

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **140**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2004**

Artículo:

VIII. Micosis superficiales

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

VIII. Micosis superficiales

Roberto Arenas-Guzmán*

La Sección de Micología del Departamento de Dermatología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" se creó hace 10 años y desde entonces se han estudiado las micosis de la piel y los casos micológicos que se atienden en el resto del hospital. Dentro de las micosis superficiales, las más frecuentes son las dermatofitosis o tiñas, un grupo de enfermedades dermatológicas ocasionadas por hongos queratinofílicos que afectan la piel o sus anexos y que se reúnen en tres géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. Éstas se pueden localizar de la cabeza a las uñas de los pies y reciben el nombre de la zona afectada vgr. *tinea capititis* y *tinea pedis*, en el caso de la afección de uñas se prefiere el nombre de onicomicosis. El objetivo de esta comunicación es presentar en forma resumida los trabajos sobre dermatofitosis publicados en los últimos 10 años que fueron realizados en la Sección de Micología.¹⁻²⁹ La frecuencia del pie de atleta en un estudio realizado en el hospital fue de 29%, ocasionado por *Trichophyton rubrum* en 69% y *Candida* en 22%.¹ Las onicomicosis se observaron en 24% y se debieron a dermatofitos en 74%, en especial *T. rubrum*.² De éstas fueron infecciones mixtas en 11%, y de éstas 73% por un dermatofito asociado *Candida*.^{6,11} La tiña de los pies y onicomicosis en niños son raras, se estudiaron 31 casos, 13 con tiña de los pies y 12 con onicomicosis y seis con ambas.⁴ Se informaron cinco casos de dermatofitosis de la zona del pañal, cuatro por *Epidermophyton floccosum* y uno por *T. rubrum*.¹⁵ En un estudio de pies de 30 niños con dermatitis atópica se encontraron dermatofitos en 10% y *Candida* en 20%.¹⁷ Los niños con síndrome de Down presentan una frecuencia elevada de onicomicosis.⁹ Escolares portadores de dermatofitos se encontraron en 6% (*T. rubrum* y *T. mentagrophytes*).⁵ En pacientes con SIDA se observó onicolisis en 35%, cromoniquia en 39%, distrofia ungueal importante en 56%, onicomicosis subungueal distal en 43% y onicomicosis subungueal proximal en 13%.⁷ Las onicomicosis en diabéticos se presentaron en 31%, sobre todo por *Candida sp* y especialmente cuando no había control metabólico.^{3,8,26}

En psoriasis y alteraciones ungueales se confirmó onicomicosis en 29%, se aisló en 12% levaduras y en 11% dermatofitos.¹⁰ En pacientes con úlceras venosas de las piernas los cambios en uñas están presentes en 61% y son onicomicosis en 36%.¹² En un estudio de 159 pacientes con *tinea cruris* predominó *T. rubrum* y la tiña del cuerpo en 117 casos afectó por igual hombres y mujeres, principalmente en tronco y extremidades y predominó *T. rubrum* y *M. canis*.^{14,16} En 51 casos de tiña de las manos, 58% fueron hombres con afección de una mano en 90% y en 39% se demostró el síndrome de una mano y dos pies; la etiología en 56% *Trichophyton rubrum* y en 4% *Epidermophyton floccosum*.¹³ Nueve casos de querion/granuloma tricofítico presentaron cambios histopatológicos similares, con infiltrado inflamatorio perifolicular en 78%, con presencia de esporas en 67% y de granuloma de células gigantes en 75% de los casos de querion y 25% en granulomas.¹⁸ La terapéutica en tiña de la cabeza, tiña de pies y onicomicosis incluye antimicóticos sistémicos como griseofulvina, itraconazol, fluconazol y terbinafina, y tópicos como urea-bifonazol y tioconazol.¹⁹⁻²⁹

Referencias

1. Leyva J, Méndez P, Arenas R. Pie de atleta. Datos actuales sobre su causa en la Ciudad de México. Dermatol Rev Mex 1998;42:58-62.
2. Arenas R, Ocejo D. Onicomicosis: frecuencia actual en un departamento de dermatología de la Ciudad de México. Dermatol Rev Mex 1997;41:171-175.
3. Wanze-del-Angel V, Arce M, Arenas R, y cols. Detección de micosis podales y portadores en pacientes diabéticos ambulatorios. Estudio clínico-micológico en 106 pacientes. Dermatol Rev Mex 1997;41:216-222.
4. Arenas R, Rosales C. Onicomicosis y tiña de los pies. Estudio de 31 casos en edad pediátrica. Dermatol Rev Mex 1997;41:139-142.
5. Monroy E, Abiega C, Arenas R. Detección de portadores de dermatofitos en escolares de una institución pública. Dermatol Rev Mex 1999;43:8-12.
6. Saez de Ocariz MM, Monroy E, Arenas R. Onicomicosis mixtas. Comunicación de 26 casos. Dermatol Rev Mex 1999;43:208-12.
7. Arenas R, Aristimuño M, Abiega C, Arenas R. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y onicomicosis. Dermatol Venezol 1999;37:28-29.
8. Arenas R, Rubalcaba J, Leyva J, y cols. Onicomicosis y diabetes mellitus tipo 2. Frecuencia en 143 pacientes ambulatorios. Dermatol Rev Mex 1999;43:1-7.
9. Cordova ME, Arenas R, López C, Crespo A, Monroy E. Síndrome de Down. Frecuencia y características de la onicomicosis de los pies. Dermatol Rev Mex 2000;44:5-9.
10. Muñoz HL, Leyva J, Arenas R. Onicomicosis. Su frecuencia en pacientes con psoriasis. Dermatol Rev Mex 1999;43:41-45.

*Jefe de la Sección de Micología. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Académico numerario

11. Arenas R, Saéz de Ocariz MM, Monroy E. Emerging onychomycosis and new pathogen agents. 14th ISHAM Congress. Buenos Aires, Argentina; 1999.
12. Saez de Ocariz MM, Arenas R. Frequency of toenail onychomycosis in patients with cutaneous manifestations of chronic venous insufficiency. Int J Dermatol 2001;40:18-25.
13. Vázquez H, Leyva J, Arenas R. Tiña de las manos y síndrome de una mano y dos pies. Estudio retrospectivo de 51 casos. Dermatol Rev Mex 1998;42:9-12.
14. Vásquez del Mercado E, Arenas R. Datos epidemiológicos y factores causales de la tiña de la ingle. Revisión de 5 años. Dermatol Rev Mex 2001;45:126-129.
15. Peral ME, Arenas R. Dermatofitosis en la zona del pañal. Presentación de cinco casos. Dermatol Rev Mex 2001;45:4-7.
16. Vásquez del Mercado E, Arenas R. Epidemiología y causas de la tiña del cuerpo. Experiencia de cinco años. Dermatol Rev Mex 1999;43:260-263.
17. Herrera M, Arenas R, Sosa C, Ruiz Maldonado R. Dermatofitos y *Candida* en pacientes pediátricos con dermatitis atópica. Dermatol Rev Mex 1993;37:12-14.
18. Bojorquez, MA, Arenas R, Molina D, Vega Me. Granuloma tricofítico/Querion de Celso. Datos clínicos, micológicos e histopatológicos de 9 casos. Dermatol Rev Mex 2002;46:15-22.
19. Guevara E, Greene J, Arenas R. Tiña de la cabeza. Tratamiento actual en cinco pacientes. Dermatol Rev Mex 1996;40:262-265.
20. Navarrete O, Vázquez H, Arenas R. Tiña de la cabeza en el anciano. Un caso excepcional por *Trichophyton tonsurans*. Dermatol Rev Mex 1999;43:123-6.
21. Fernández, RF, Liébanos S, Arenas R. Tiña de la cabeza recurrente en un adulto. Dermatol Venezolana 2002;40:70-73
22. Arenas R, Fernández G, Domínguez L. Onychomycosis treated with Itraconazole or Griseofulvin alone with and without a topical antimycotic or keratolytic agent. Int J Derm 1991;30:586-589.
23. Arenas R, Domínguez J, Fernández LM. Open randomized comparison of itraconazole versus terbinafine in onychomycosis. Int J Dermatol 1995;34:138-143.
24. Arenas R, Arce M, Leyva J. Onicomicosis dermatofítica. Estudio abierto, comparativo y al azar entre pomada de bifonazol-urea combinada con un monopulso de itraconazol o terbinafina. Dermatol Rev Mex 1999;43:149-56.
25. Arenas R, Ocampo J, Sosa JL, García C. Pomada de bifonazol-urea como tratamiento tópico de las onicomicosis. Dermatol Rev Mex 1995;39: 85-88.
26. Aristimuño M, Arenas R, Rubalcaba J, y cols. Onicomicosis en pacientes diabéticos tipo 2 ambulatorios. Datos clínico-epidemiológicos y tratamiento con bifonazol-urea. Dermatol Rev Mex 2000;44:60-68.
27. Domínguez-Cherit J, Teixeira F, Arenas R. Combined surgical and systemic treatment of onychomycosis. Br J Dermatol 1999;140:778-780.
28. Gómez M, Arenas R, Salazar JJ, y cols. Tiña de los pies. Estudio multicéntrico para valorar la eficacia y tolerancia de una dosis semanal de fluconazol Dermatol Rev Mex 1996;40:251-255.
29. De la Barreda F, Arenas R, Domínguez SL. Tioconazol a 28% en barniz. Tratamiento de 20 casos de onicomicosis. Med Cut ILA 1994;XXII:147-150.