



Micosis superficiales en pacientes embarazadas en un hospital general de segundo nivel de atención

Superficial mycosis in pregnant patients in a general hospital.

Diana Carolina Vega-Sánchez,¹ Pablo Aldelmo Eloy-Reyes,² Jaime Calderón-Pérez,² Luis García-Valdez,¹ Ramón Felipe Fernández-Martínez,¹ Roberto Arenas-Guzmán¹

Resumen

ANTECEDENTES: Las micosis superficiales se generan por contacto directo con el hongo o con una persona o animal infectado, y afectan la piel, los anexos y las mucosas; las pacientes embarazadas son susceptibles a cambios cutáneos fisiológicos y patológicos.

OBJETIVO: Describir las micosis superficiales en pacientes embarazadas del Servicio de Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal realizado en pacientes embarazadas de la consulta externa del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González de julio de 2016 a julio de 2017.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes que acudieron al Servicio de Micología; el grupo de edad más afectado fue de 21 a 40 años de edad (86.9%); 17 tuvieron tiña plantar (73.9%) y 4 (17.9%) tuvieron onicomicosis distrófica total. Dos cultivos fueron positivos para *Trichophyton rubrum*.

CONCLUSIONES: Las micosis superficiales fueron poco frecuentes en el grupo estudiado: 17 pacientes con tiña de los pies y 4 con onicomicosis. El agente aislado fue *Trichophyton rubrum*.

PALABRAS CLAVE: Micosis superficiales; embarazo; *tinea pedis*; onicomicosis; *Trichophyton rubrum*.

Abstract

BACKGROUND: Superficial mycoses are generated by direct contact with the fungus or with an infected person or animal, and affect the skin, the attachments and mucous membranes; pregnant patients are susceptible to skin changes, both physiological and pathological.

OBJECTIVE: To know the frequency of superficial mycoses in pregnant patients from the obstetrics service of the Hospital General Dr. Manuel Gea González.

MATERIAL AND METHOD: A descriptive, observational, prospective and cross-sectional study carried out in pregnant patients of the Gineco-Obstetrics Service of the Hospital General Dr. Manuel Gea González, Mexico City, from July 2016 to July 2017.

RESULTS: Twenty-three patients were included in the mycology department for their physical examination; the most affected group was between 21 and 40 age years (86.9%); 17 patients presented *tinea pedis* (73.9%) and 4 (17.9%) onychomycosis.

CONCLUSIONS: Superficial mycosis were not frequent in the group of study: 17 patients had *tinea pedis* and 4 onychomycosis. The causal agent isolated was *Trichophyton rubrum*.

KEYWORDS: Superficial mycosis; Pregnancy; *Tinea pedis*; Onychomycosis; *Trichophyton rubrum*.

¹ Sección de Micología.

² Sección de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: 2 de abril 2018

Aceptado: 3 de abril 2018

Correspondencia

Diana Carolina Vega Sánchez
vssdiana@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Vega-Sánchez DC, Eloy-Reyes PA, Calderón-Pérez J, García-Valdez L y col. Micosis superficiales en pacientes embarazadas en un hospital general de segundo nivel de atención. Med Int Méx. 2019 enero-febrero;35(1):16-19. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i1.2126>



ANTECEDENTES

Durante el embarazo se produce una serie de modificaciones vasculares, endocrinas, metabólicas e inmunológicas que afectan la piel. Las dermatosis del embarazo se dividen en tres grupos: cambios cutáneos fisiológicos, dermatosis específicas del embarazo y dermatosis exacerbadas por el embarazo.¹⁻⁴ Existen pocos reportes de micosis superficiales en el embarazo. El objetivo de este artículo es describir las micosis superficiales en pacientes embarazadas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes atendidas en la consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, a quienes se les invitó a acudir al Servicio de Micología en caso de que tuvieran lesiones en la piel o sus anexos sospechosas de micosis.

Se tomaron muestras de las lesiones por raspado con una cureta o con un portaobjetos estériles para ser revisadas con microscopía de luz con KOH a 10% y para cultivo en agar micobiótico. Se registró edad, topografía, si tenían o no antecedente de alguna enfermedad micológica, tiempo de evolución, así como los signos y síntomas presentes.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes con lesiones sugerentes de micosis superficial. Se confirmaron 21 casos: 73.9% de las pacientes tuvieron tiña de los pies y 17.9% tuvieron onicomicosis distrófica total. Sólo en dos casos el cultivo fue positivo y el agente causal fue *Trichophyton rubrum*, de los que uno fue tiña plantar y uno onicomicosis. Dos pacientes tuvieron tiña de los pies y oni-

comicosis. Los pacientes tenían entre 14 y 44 años de edad. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron prurito, escama y onicólisis: 11 pacientes tenían prurito y escama, 2 tenían prurito, 3 escama y 5 onicólisis; la evolución fue de 6 meses a 5 años; 34.7% refirieron antecedente de micosis superficiales.

DISCUSIÓN

Las micosis superficiales son ocasionadas por dermatofitos, hongos parásitos de la queratina, que comprenden tres géneros anamorfos: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*, ninguno de los cuales forma parte de la flora normal de la piel; afectan la piel y sus anexos. Se manifiestan por afección pilar, engrosamiento ungueal o por placas con eritema y descamación con bordes activos. Estas micosis son de evolución subaguda o crónica más o menos pruriginosas. La invasión profunda es excepcional.¹

Durante el embarazo se produce una serie de modificaciones vasculares, endocrinas, metabólicas e inmunológicas que hacen a la mujer embarazada especialmente susceptible a un grupo de cambios cutáneos fisiológicos y patológicos.

Entre las modificaciones fisiológicas están la hiperpigmentación (areola, piel genital y línea alba), melasma, hirsutismo, cambios en las uñas, aumento en la actividad de las glándulas ecrinas, disminución en la producción de las glándulas apocrinas, aumento en la actividad de las glándulas sebáceas, estrías de distensión y cambios vasculares en araña, eritema palmar, edema facial, varicosidades en las piernas, inestabilidad vasomotora, dermografismo, edema e hiperemia de las encías.¹⁻⁴

Las afecciones cutáneas que se reducen durante el embarazo son eccema atópico, acné, liquen plano, eritema nudoso, psoriasis, AR, enferme-

dad de Fox-Fordyce, hidradenitis supurativa, esclerodermia sistémica, dermatitis alérgicas de contacto, procesos infecciosos virales (herpes simple, herpes zoster, condilomas), bacterianos (impétigo, tricomoniásis, lepra), micóticos (candidosis, foliculitis por *Malassezia* sp) y SIDA.³⁻⁵

Las afecciones cutáneas que pueden agravarse durante el embarazo son la dermatitis atópica, urticaria y angioedema, lupus eritematoso sistémico, lepra, melanoma, neurofibroma, granuloma piógeno, dermatomicosis, pénfigo vulgar, micosis fungoide, porfiria cutánea tarda, granuloma eosinofílico y micetoma.^{4,5}

Las dermatosis específicas del embarazo que corresponden a este grupo son la colestasis intrahépatica, herpes gestacional, erupción polimorfa del embarazo o pápulas y placas urticariformes y pruriginosas del embarazo, pénfigoide gestacional, prúrito del embarazo, foliculitis puriginosa del embarazo y erupción atópica del embarazo.¹⁻⁶

Las dermatosis en el embarazo también pueden ser agrupadas según el microorganismo causal, así, existen afecciones en la piel de origen bacteriano, viral y micótico. La colonización y las infecciones micóticas son más frecuentes en el embarazo. Las infecciones suelen ser de origen endógeno, por modificación del ecosistema microbiano intestinal o vaginal.⁷ Se consideran micosis superficiales cuando afectan las mucosa, la piel o los anexos. Sus síntomas, según la zona afectada, pueden ser eritema, escamas y vesículas. De manera similar, los signos más frecuentes son prurito o ardor.

La primera clasificación de las dermatosis en el embarazo fue propuesta por Holmes y Black en 1983 que incluyó cuatro condiciones: 1) pénfigoide gestacional, 2) erupción polimorfa del embarazo, 3) prúrito del embarazo y 4) foliculitis puriginosa del embarazo. La segunda

clasificación fue propuesta por Shornick en 1998 e incluyó colestasis del embarazo. La clasificación más reciente la propusieron Ambros-Rudolph y colaboradores en 2006, después de su estudio retrospectivo en 505 pacientes embarazadas; ellos introdujeron una nueva entidad denominada erupción atópica del embarazo.⁸⁻¹²

Chanussot y su grupo, en un estudio descriptivo, prospectivo y transversal realizado de junio de 2005 a febrero de 2006, revisaron 400 pacientes embarazadas, de las que 36 (9%) tuvieron dermatosis, el promedio de edad fue de 24.4 años, para la mayoría era el primer embarazo. Las afecciones cutáneas predominaron en el tercer trimestre del embarazo. Las dermatosis fueron: acné, erupción polimorfa del embarazo o pápulas urticariformes y placas pruriginosas del embarazo, dermatitis por contacto y prurito. Una paciente de 25 años de edad tuvo pitiriasis versicolor y otra de 35 años, tiña de la ingle.¹

Hassan y su grupo, en un estudio transversal realizado en 650 mujeres embarazadas, con límites de edad de 17 a 39 años, encontraron que 272 (42%) eran primigestas y 378 (58%) multigestas. Todas las pacientes mostraron cambios en la piel, el más común fue la línea negra (80%). No se encontraron micosis.¹³

Fernandes y Amaral, en un estudio transversal de 905 pacientes embarazadas, encontraron que 79 (8.72%) mostraron dermatosis específicas, la erupción atópica (n = 56, 70.8%) y la erupción polimorfa (n = 8, 10.1%) fueron las más comunes; no hubo casos de micosis.^{14,15}

CONCLUSIONES

Este estudio muestra que las micosis superficiales no son frecuentes. La más común de ellas fue la tiña de los pies y sólo hubo cuatro casos de onicomicosis distrófica total.



REFERENCIAS

1. Chanussot C, Arenas R, Monge AH, Reyes AE. Dermatosis del embarazo. Estudio en 36 pacientes. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González 2006;7:63-67.
2. Vaughan JS, Munro BM. Pregnancy dermatoses. J Am Acad Dermatol 1999;40:233-41.
3. Hernando LB, Díez LI. Dermatoses específicas del Embarazo. Actualización. Actas Dermosifiliogr 2002;93:159-67.
4. Vora RV, Gupta R, Mehta MJ, Chaudhari AH, Pilani AP, Patel N. Pregnancy and skin. J Family Med Prim Care 2014;3(4):318-24.
5. Sorokin I, Stoichevich F. Dermatoses específicas del Embarazo. Univ Nacional de la Planta 2014;3-7.
6. Soutou B, Aractingi S. Skin disease in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015 29(5):732-40.
7. García HM, García SD, Copolillo EF, Cora EM, Barata AD, Vay CA, Torres RA, Tiraboschi N, Famiglietti MR. Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas. Identificación de levaduras y sensibilidad a los antígúngicos. Revista Argentina de Microbiología 2006;38:9-12.
8. Sävervall C, Sand FL, Thomsen SF. Dermatological diseases associated with pregnancy: pemphigoid gestationis, polymorphic eruption of pregnancy, intrahepatic cholestasis of pregnancy, and atopic eruption of pregnancy. Dermatol Res Pract 2015;2015:979635.
9. Holmes RC, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 1983;8:405-12.
10. Shornick JK. Dermatoses of pregnancy. Semin Cutan Med Surg 1998;17:172-81.
11. Ambros-Rudolph CM, Mullegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: Results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. Am Acad Dermatol 2006;54:395-404.
12. Sachdeva S. The dermatoses of pregnancy. Indian J Dermatol 2008;53(3):103-105.
13. Hassan I, Bashir S, Taing S. A Clinical Study of the Skin Changes in Pregnancy in Kashmir Valley of North India: A Hospital Based Study. Indian J Dermatol 2015;60:28-32.
14. Fernandes LB, Amaral WN. Clinical study changes in low and high risk pregnant women. An Bras Dermatol 2015;90(6):822-826.
15. Mucci MJ, Cuestas ML, Cervetto MM, Landaburu MF, Mujica MT. A prospective observational study of vulvovaginitis in pregnant women in Argentina, with special reference to candidiasis. Mycoses Article first published online: 2 mar 2016.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.