

Tiña corporis en pacientes venezolanos atendidos en la consulta de Dermatología de un Centro de Diagnóstico Integral.

Tinea corporis in Venezuelan patients attended in the Dermatology Department from the Comprehensive Diagnosis Center.

Dr. Valentín Caballero Ortiz,^I Dra. Maricel Vázquez Céspedes,^{II} Dr. Mijail Ruiz González,^I Dr. Antonio Caballero Ortiz^{III} y Dra. Leidis Duharte Castillo^I

^I Policlínico Universitario "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Ángel Machado, Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Policlínico Universitario "Julián Grima García", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo de 2 340 pacientes con *Tinea corporis* que acudieron a la consulta de Dermatología del Centro de Diagnóstico Integral El Bajo del municipio de San Francisco (Venezuela), de enero a diciembre del 2010, con vistas a determinar las características de la enfermedad en estos, la cual constituyó la segunda causa de morbilidad dermatológica en la serie. Predominaron el sexo masculino, el grupo etario de 20-29 años, las caderas como la región anatómica más afectada, las lesiones únicas y las de bordes definidos. A pesar de las diferentes medidas higienicoepidemiológicas llevadas a cabo, la tiña corporis todavía resulta un problema de salud, por lo que se deben efectuar intervenciones educativas en toda la población venezolana, de modo que sean modificados los factores de riesgos de la infección.

Palabras clave: *Tinea corporis*, consulta de dermatología, Centro de Diagnóstico Integral, Venezuela.

ABSTRACT

A longitudinal and prospective study was conducted in 2 340 patients with *Tinea corporis* that went to the Dermatology Department from "El Bajo" Comprehensive Diagnosis Center of San Francisco municipality (Venezuela), from January to December 2010, with the purpose of determining the characteristics of the disease in these patients, which was the second leading cause of dermatological morbidity in the series. Male sex, the age group of 20-29 years, the hips as the most affected anatomical site, single lesions and lesions of defined edges prevailed. Despite the different epidemiological health measures undertaken, tinea corporis is still a health problem, therefore educational interventions must be implemented in all Venezuelan population, so that the risk factors for infection are modified.

Keywords: *Tinea corporis*, dermatology department, Comprehensive Diagnosis Center, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano más extenso y externo que tiene el hombre, por lo que se convierte en la parte de contacto y relación con el medio ambiente. Desde el punto de vista embriológico, se compone de 2 capas: la epidermis y los anexos cutáneos derivados del ectodermo, y la dermis con la grasa subcutánea, originados del mesodermo. Los nervios y los melanocitos son de origen neuroectodérmico.¹

Al respecto, la epidermis está compuesta por un epitelio poliestratificado queratinizante del que surgen los folículos pilosebáceos, las glándulas sudoríparas ecrinas y las uñas. La dermis, por otra parte, está constituida por una sustancia fundamental más un componente fibroso, formado principalmente por colágeno y elastina, en que se encuentran contenidos los elementos celulares que la conforman, así como los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios.¹⁻⁴

Respecto a su estructura, la piel presenta una variación regional marcada que puede clasificarse en 2 tipos (desde el punto de vista microscópico): lamiña y pilosa. La lamiña recubre la palma de las manos y la planta de los pies, mientras que la pilosa cubre el resto del organismo. La densidad del pelo es mayor en la cabeza, las axilas y la región pubiana, así como en la cara en el caso de los varones.⁵

El comienzo del estudio sistemático de los hongos data de hace 250 años. De hecho, los pueblos antiguos eran conocedores de las fermentaciones biológicas, por ejemplo: los egipcios pensaban que se debía a un legado de Osiris, en tanto, los griegos adoraban a Dionisos y los romanos, a Baco, y celebraban grandes fiestas en las cuales abundaba el vino. Incluso los indios de México y Guatemala creían que la aparición de hongos del tipo setas, como la *Amanita muscaria*, estaba relacionada con el rayo y trueno.^{5,6}

Posterior a estos descubrimientos y debido al interés en la investigación de los antimicóticos, aumentó la preocupación por el hallazgo de nuevos hongos causantes de enfermedades y también de nuevas afecciones producidas por agentes micóticos, así como la contribución en la descripción de diversas entidades micóticas y su epidemiología.³⁻⁶

Actualmente se ha evidenciado un aumento mundial de las enfermedades de la piel, entre las que sobresale la tiña *corporis*, la cual ocasiona un mayor número de pacientes en las consultas dermatológicas y ha originado alteraciones psicodermatológicas en muchos, debido a que la exposición de las lesiones y su localización frecuente afecta la estética y produce un impacto negativo en ellos, con las consecuentes alteraciones en el orden laboral y las relaciones interpersonales por la vergüenza, ansiedad y depresión que estas manifestaciones generan.⁷⁻⁹

Según la morbilidad registrada por la Dirección Regional de Epidemiología en su Anuario del año 2002, se notificaron 1 321 personas con micosis superficial en el municipio de Valle Grande, de los cuales 63,2 % correspondieron a afectados con tiña *corporis*. A pesar de estos datos, existe un subregistro considerable de los casos no diagnosticados o mal identificados que fueron valorados por el personal médico del sistema de salud convencional de esta área.^{5,6,10} El programa de medicina comunitaria que comenzó a finales del 2003 en este municipio resulta de gran importancia para mejorar los indicadores.

En relación con lo expuesto anteriormente, el elevado número de pacientes que acudía diariamente a la consulta de Dermatología del Centro de Diagnóstico Integral (CDI) El

Bajo, motivó a la realización de una investigación que permitiera conocer las manifestaciones de la enfermedad, sus elementos clínicos fundamentales y otros factores determinantes que pudieran influir en los estándares de salud integral.

MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo de 2 340 pacientes con *Tinea corporis* que acudieron a la consulta de Dermatología del Centro de Diagnóstico Integral El Bajo del municipio de San Francisco (Venezuela), de enero a diciembre del 2010, con vistas a determinar las características de la enfermedad en estos, para lo cual se consideraron criterios de inclusión (individuos con el diagnóstico y que dieron su consentimiento a participar en la investigación) y de exclusión: los que presentaron trastornos psiquiátricos que les impedían referir adecuadamente los datos de su enfermedad, aquellos con otras enfermedades dermatológicas asociadas y los que se negaron a participar en la serie.

Los datos se extrajeron de la hoja de trabajo diario y un cuestionario confeccionado al efecto que constó de 2 partes: la primera incluyó el nombre completo del paciente (solo las iniciales), el sexo y la edad (según los años cumplidos en el momento), y la segunda contenía la información referente a características clínicas de las lesiones: cantidad (únicas y múltiples), tipo de bordes (clasificados en definidos y no definidos), regiones anatómicas más afectadas (definidas por las áreas corporales donde aparecieron las distintas lesiones propias de la enfermedad) y cuadro clínico de los pacientes.

Para conocer la frecuencia de la tiña *corporis* (diagnóstico clinicodermatológico) en relación con otros procesos dermatológicos, se utilizó el Registro de Morbilidad de los pacientes examinados en dicha consulta durante el mencionado período, lo cual permitió catalogar estadísticamente la afección. El médico de asistencia utilizó criterios diagnósticos de la infección,³ establecidos en los libros básicos de la especialidad.

Se cumplieron los principios éticos establecidos, pues los pacientes fueron incluidos en la investigación una vez obtenido el consentimiento de estos, o del representante en el caso de los menores de edad, a través de un documento firmado.

La información se procesó mediante las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Se representó la morbilidad dermatológica en el Centro de Diagnóstico Integral El Bajo y se observó que la tiña *corporis* estaba entre las 7 primeras causas (tabla 1). Las dermatitis tuvieron el mayor número de afectados, con 41,4 %, seguido de la tiña *corporis*, con 2 340 pacientes, para 31,1 %.

Tabla 1. Morbilidad dermatológica en el CDI El Bajo

Enfermedades	No.	%
Dermatitis	3 115	41,4
Tienda <i>corporis</i>	2 340	31,1
Escabiosis	1 404	18,6
Psoriasis	219	2,9
Enfermedades de transmisión sexual	200	2,6
Vitílico	170	2,2
Verrugas vulgares	130	1,7
Total	7 518	100,0

Según edad y sexo, la afección se presentó con predominio en el grupo etario de 20-29 años (tabla 2), con 588 afectados, para 35,3 %, y tuvo menor frecuencia en el grupo de 0-9 años, con 40 pacientes, para 2,4 %. Primó el sexo masculino, con 71,0 % del total.

Tabla 2. Pacientes con tiña *corporis* según edad y sexo

Grupo etario (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-9	40	2,4	47	6,9	87	3,3
10-19	285	17,1	85	12,5	370	15,8
20-29	588	35,3	161	23,7	749	32,0
30-39	357	21,4	125	18,4	482	20,5
40-49	205	12,3	123	18,1	328	12,5
50-59	123	7,6	84	12,3	207	7,9
60-69	64	3,9	53	7,8	117	4,4
Total	1 662	100,0	678	100,0	2 340	100,0

Las zonas mayormente afectadas por la infección fueron las caderas, con 40,7 % de los integrantes de la serie (tabla 3), le siguieron en orden descendente el tórax y los brazos, con 27,7 %.

Tabla 3. Pacientes con tiña *corporis* según regiones anatómicas afectadas

Región anatómica	No.	%
Cara	172	7,4
Tórax	250	10,7
Cara y tórax	315	13,5
Tórax y brazos	650	27,7
Caderas	953	40,7
Total	2 340	100,0

Se observó un predominio de las lesiones únicas, con 1 633 afectados, lo que representó 69,8 % del total de la casuística; en tanto, el resto de los pacientes (707 de ellos, para 30,2 %) presentó lesiones múltiples.

En lo referente al tipo de borde de las lesiones en la piel, pudo apreciarse que la mayoría de las personas infectadas poseían bordes definidos en estas (2 320, para 99,1 %), mientras que solo 20 afectados (0,8 %) presentaban del tipo no definido.

DISCUSIÓN

En la serie la tiña *corporis* estuvo entre las 7 primeras causas de consultas dermatológicas y presentó el segundo lugar en frecuencia. Estos resultados son comparables con los de la investigación de Acosta y Cazorla,⁴ quienes exponen que la infección constituyó una de las principales causas de consulta, con una prevalencia de 30 % del total de pacientes estudiados. También se corresponde con lo expuesto por otros autores¹¹⁻¹³ y con los datos suministrados por los facultativos de la Consulta Regional de Dermatología Clínica, donde dicha afección también fue la segunda razón de consulta por micosis.¹⁴

Según la edad y el sexo, Chaudhary *et al*¹² refirieron una mayor incidencia en el sexo masculino y una edad media de 10,6 años. Los resultados de la casuística muestran similitud en cuanto a los grupos de edades del estudio de Sosa *et al*¹⁵ efectuado en el 2005 en Argentina, pero difiere respecto al sexo, pues en sus resultados primaron las féminas. Acosta y Cazorla⁴ describen los aspectos clínico-epidemiológicos de la tiña *corporis* en una comunidad pesquera del estado de Falcón, en la que obtuvieron el porcentaje de infección más elevado en el sexo femenino.

Por otra parte, la prevalencia del sexo masculino en esta serie pueden deberse fundamentalmente a aspectos relacionados con la higiene corporal, que realizan mayormente las mujeres, así como a la mayor sudoración y cantidad de vello corporal que caracterizan a los hombres.

En relación con las zonas anatómicas afectadas los resultados de la serie se corresponden con los de la investigación realizada en la India central por Chaudhary *et al*¹² en 100 pacientes con *pityriasis versicolor*. También Padilla *et al*⁷ encontraron resultados similares en el Centro Dermatológico Pascua (España); además, Sánchez¹³ en su trabajo detalla que las zonas anatómicas principalmente afectadas por la afección eran las caderas, el tórax y los brazos. Sin embargo, Acosta⁴ difiere con estos hallazgos y concluye en su investigación que la zona anatómica más perjudicada era la cara (que en esta serie ocupa el último lugar); en tanto, Sosa *et al*¹⁵ difieren del actual estudio, pues refieren un predominio de las lesiones en el tronco.

Los autores de la casuística opinan que la preponderancia de la afección en la zona de las caderas pudiera estar relacionada con las actividades laborales que realizaban típicamente los afectados, sobre todo los hombres de la población estudiada (carboneros, trabajadores del petróleo y el cemento), las que propiciarían la acentuación de lesiones en dicha área del cuerpo debido a algunos elementos favorecedores.

Según el tipo de lesión, Padilla *et al*⁷ y Linares¹⁰ en sus investigaciones determinaron una mayor frecuencia de las lesiones únicas, lo que coincide con los resultados del presente estudio y la experiencia de los autores en su práctica médica dermatológica. Al respecto, opina que el mejoramiento de la educación sanitaria que se ha producido durante los últimos años en la República Bolivariana, facilita que los pacientes acudan en busca de atención médica en momentos iniciales de su enfermedad.

Respecto a los tipos de bordes de las lesiones, si se comparan los resultados de este estudio con los hallazgos de Sánchez¹³ se observa una coincidencia. Los pacientes con afecciones de bordes no definidos eran aquellos que erróneamente habían recibido tratamiento con cremas antiinflamatorias antes de ser atendidos en el referido centro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado T. Dermatofitosis por hongos. Madrid: Editorial Medicina Internacional 2007: 99-127.
2. Larrondo Muguerza RJ, González Angulo AR, Hernández García LM. Micosis superficiales. Dermatofitosis. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [citado 22 Ago 2007];17(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600009
3. Abreu A, Lovio Z, Larrondo R. Dermatología en la atención primaria de salud. Avan Méd. 1998;5(16):8-10.

4. Acosta Quintero ME, Cazorla Perfetti DJ. Aspectos clínico-epidemiológicos de la pitiriasis versicolor (PV) en una comunidad pesquera de la región semiárida del Estado Falcón, Venezuela. Rev Iberoam Micol. 2004;21(4):191-4.
5. Venezuela. Sistema Regional de Salud del Estado Zulia. Anuario de Epidemiología y Estadísticas vitales. Maracaibo: Dirección Regional de Epidemiología;2005.
6. Berkow R, Beers M, Fletcher A. El Manual Merk. Barcelona: Editorial Océano; 2006. p. 1015-7.
7. Padilla C, Rodríguez Acar M, Medina Castillo D, Gutiérrez Zambrano SC, Mendoza Espada L, Ramos Garibay A. Pitiriasis versicolor. Presentación de tres casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2004;13(1):49-55.
8. Pereira Neves R, Correia Magalhães OM, Lucas da Silva M, Maria de Souza-Motta C, Aciole de Queiroz L. Identification and pathogenicity of *Malassezia* species isolated from human healthy skin and with macules. Braz J Microbiol. 2005;36(2):114-7.
9. Padilla MC. Micosis superficiales. Rev Fac Med UNAM. 2003;46(4):134-7.
10. Linares C. Etiología de las micosis humanas de Córdoba en los últimos 4 años. Rev Iberoam Micol. 1990;7:85.
11. Bastardo de Albornoz MC. Epidemiología de las micosis. En su: Temas de micología médica. Caracas: El Arca, 1996:1-18.
12. Chaudhary R, Singh S, Banerjee T, Tilak R. Prevalence of different *Malassezia* species in pityriasis versicolor in central India. Indian J Dermatol. 2010;76(2):159-64.
13. Sánchez P. Aspectos clínicos de las micosis. Pamplona: Universidad de Navarra; 2005. p. 20-35.
14. Soares Roza M, Dornellas D, Tavares Rodrigues M, Viana Vieira P, Cipriane Frade MA, Feital de Carvalho MT. Pityriasis versicolor and AIDS. An Bras Dermatol. 2003;78(5):569-77.
15. Sosa MA, Giusiano G, Mangiaterra M, Bustillo S. Agentes etiológicos de pitiriasis versicolor. Corrientes: Universidad Nacional del Nordeste; 2005 [citado 5 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-015.pdf>

Recibido: 14 de marzo de 2012

Aprobado: 22 de abril de 2012

Valentín Caballero Ortiz. Policlínico Universitario "Josué País García", Micro 3, Centro Urbano "Abel Santamaría Cuadrado", Santiago de Cuba, Cuba.