

PONENCIAS

A) MICOSIS SUPERFICIALES

La *tinea incognita*

Vicente Crespo Erchiga, María Crespo Palomo, Silvestre Martínez García, Elia Samaniego González y Elisabeth Gómez Moyano
 Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

La denominación *tinea incognita* se aplica a cualquier tiña cuya expresión clínica característica se ve modificada por el tratamiento inadecuado con corticoides o inmunomoduladores tópicos. Esta variedad de tiña presenta dos peculiaridades: son difíciles de diagnosticar clínicamente (a veces, muy difíciles), y, en cambio, sencillas desde el punto de vista del diagnóstico micológico, ya que los elementos fúngicos suelen estar presentes en el material parasitado en número incluso más abundante que en las dermatofitosis habituales.

La *tinea incognita* representa un problema creciente. Este diagnóstico, que casi no se contemplaba 20 años atrás, representa ahora más del 20% de las formas clínicas de dermatofitosis, por delante de la *tinea capitis*. En nuestra casuística, más del 80% de los casos se dan en adultos de ambos sexos. La elevada incidencia de este proceso justifica que se traten separadamente sus distintas localizaciones. Entre estas, predomina claramente la facial, seguida de piernas, tronco, brazos, manos y pies. Se presentan ejemplos clínicos de *tinea incognita* en sus distintas localizaciones, destacando por su frecuencia y especial problemática la facial. El espectro de tratamientos tópicos, casi todos corticosteroides, que habían usado los pacientes y habían ocasionado la alteración de las lesiones clínicas, alejándolas cada vez más de su morfología característica y prolongando con ello el error diagnóstico (a veces a lo largo de veinte y treinta años) es muy amplio. Predominan los corticoides asociados a antibacterianos, destacando asociación con gentamicina, ácido fusídico y neomicina, seguidas por los corticoides puros, a menudo de potencia alta (acetónido de fluocinolona, clobetasol) y recientemente los macrólidos inhibidores de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus tópicos).

Las especies implicadas con mayor frecuencia en *tinea incognita*, independientemente de su localización, y según nuestra estadística, son *Trichophyton rubrum* y *Trichophyton mentagrophytes*, seguidas a distancia por *Microsporium canis*, *Microsporium gypseum* o *Microsporium tonsurans*.

Una vez alcanzado el diagnóstico correcto, el tratamiento suele ser fácil. Por fortuna, contamos en la actualidad con un amplio abanico de fármacos antifúngicos, tanto tópicos como sistémicos, de probada eficacia. Es reconfortante comprobar cómo se resuelven en poco tiempo lesiones cutáneas que venían atormentando al enfermo durante años.

Dermatomicosis en la España del siglo XXI: cambios asociados a la inmigración. Nuevo enfoque de la Micología Clínica

María Soledad Cuétara

Servicio de Microbiología, Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid)

Se entiende como dermatomicosis las infecciones superficiales causadas por una gran variedad de agentes etiológicos, entre los que cabe mencionar: levaduras del género *Candida* spp., *Malassezia* spp. y *Trichosporon* spp. y hongos miceliales como los dermatofitos, *Neoscytalidium dimidiatum* y *Hortaea werneckii*.

Algunos de estas especies tienen una repartición geográfica limitada y el aumento de la inmigración ocurrida en los últimos 15 años en España ha llevado consigo la aparición de cambios epidemiológicos ligados a este hecho, que se circunscriben especialmente al *Neoscytalidium dimidiatum* y a los dermatofitos.

Neoscytalidium dimidiatum, en nuestro medio se aísla en lesiones de pies y onicomosis de pacientes procedentes de zona endémica, aunque ya se han descrito casos en población autóctona sin historia de viajes a zona endémica, aunque en algunos si existía contacto estrecho con población inmigrante. Una dificultad añadida es el hecho de que las infecciones producidas por este agente en un alto porcentaje se asocia a infección por dermatofitos; como clínicamente son indistinguibles uno de otro, es imprescindible sospecharlo para evitar el uso de actidiona en los medios de cultivo si queremos aislar el *Neoscytalidium* spp. Además puesto que las infecciones causadas por este último son prácticamente intratables (no responden a tratamiento antifúngico tópico ni sistémico), cuando coexisten ambas infecciones puede haber falta de respuesta terapéutica por persistencia del *Neoscytalidium* spp.

En cuanto a los dermatofitos (especies queratinofílicas procedentes de los géneros *Epidermophyton*, *Trichophyton* y *Microsporium*) son los causantes de las dermatofitosis o tiñas, las cuales se clasifican en *tinea capitis*, *tinea faciei*, *tinea corporis*, *tinea cruris*, *tinea pedis*, *tinea manuum* y *tinea unguium*. Aunque son enfermedades infecto contagiosas, no son de declaración obligatoria, por lo que su verdadera prevalencia es desconocida, solo disponemos en nuestro país de escasos estudios epidemiológicos realizados en población de riesgo de *tinea capitis* y *tinea unguium*. Sin embargo, es de destacar que, algunos de ellos tienen repartición geográfica limitada y el aumento de la inmigración ha llevado consigo la aparición de cambios epidemiológicos ligados a este hecho, que se circunscriben especialmente a algunas dermatofitosis, como la *tinea capitis*. Resurgen especies que estaban erradicadas en nuestro país desde hace 50 años tales como *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton violaceum* y *Microsporium audouinii*, observándose en población inmigrante procedente del Caribe, América del Sur y especialmente de África. Además como consecuencia directa del contacto directo con esta población inmigrante, ha emergido en población autóctona la infección por *Trichophyton tonsurans*. Otras especies tales como el *Trichophyton soudanense*, *Microsporium ferrugineum*, y más improbablemente *Trichophyton ferrugineum* o *Trichophyton concentricum* podrían detectarse en el futuro si aumentase la tasa de inmigración procedente de la zona endémica.

El tratamiento adecuado de estas dermatomicosis exige un diagnóstico etiológico correcto, lo que implica la obtención de una adecuada toma de muestra (cuantitativa y cualitativamente), rigor en la interpretación de los exámenes directos, medios de cultivo adecuados, identificación a nivel de especie y valoración/interpretación correcta de los cultivos positivos, en especial en lo que se refiere a las onicomosis.

PONENCIAS

B) MICOSIS IMPORTADAS

El clínico y las micosis importadas. La histoplasmosis

Joaquim Gascon

Centre Salut Internacional, Hospital Clinic, CRESIB, Barcelona

La histoplasmosis es una infección causada por un hongo dimórfico endémico del continente americano, aunque se ha descrito en otras latitudes. En Europa, la presencia de *Histoplasma capsulatum* se ha descrito sólo en áreas restringidas (1). Las infecciones descritas en nuestro continente han sido básicamente debidas a reactivaciones endógenas de infecciones latentes importadas de otras latitudes, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos.

Sin embargo, debido al aumento de los viajes internacionales, el diagnóstico de la histoplasmosis ha pasado a ser bastante común en los centros especializados en patología importada. Además, un porcentaje muy importante de los viajeros españoles tienen como destino América Latina. En nuestra experiencia clínica, el diagnóstico de histoplasmosis ha tenido lugar en pacientes con un amplio abanico de presentaciones clínicas, que incluyen histoplasmosis agudas moderadas, severas y leves, histoplasmosis, histoplasmosis diseminada progresiva y complicaciones reumatológicas secundarias a histoplasmosis (2-4).

En otro estudio de nuestro grupo quedó evidenciado que los viajes a Latinoamérica son un factor de riesgo para infectarse por *H. capsulatum* (5). Un 20% de los viajeros a América Latina se infectaron por *H. capsulatum*, frente a un 3% de viajeros al oeste de África ($p = 0,0025$) y el 0% del grupo control, formado por personas que no habían viajado. Trece de los pacientes infectados tuvieron manifestaciones clínicas compatibles con histoplasmosis aguda, y seis de ellos necesitaron tratamiento específico. Aparte del hecho de dormir sobre el suelo, y la duración del viaje, no se pudo determinar ningún otro factor de riesgo para la adquisición de *H. capsulatum* en el grupo de viajeros a América Latina. Ello pone de manifiesto que la mayoría de infecciones se producen de forma inaparente, en una gran variedad de situaciones.

La histoplasmosis ha pasado a ser una enfermedad frecuente en viajeros y tiene que formar parte del diagnóstico diferencial ante la presencia de un síndrome febril, sobre todo si coincide con la presencia de tos.

Bibliografía:

- Manfredi R, Mazzoni A, Nanetti A, Chiodo F. Histoplasmosis capsulati and duboisii in Europe: the impact of the HIV pandemic, travel and immigration. Eur J Epidemiol, 1994; 10: 675-681.
- Alonso D, Muñoz J, Letang E, Salvadó E, Cuenca-Estrella M, Buitrago MJ, Torres MJ, Gascón J. Imported acute histoplasmosis with rheumatologic manifestations in spanish travelers. J Trav Med 2007; 14: 338-342.
- García-Vázquez E, Velasco M, Gascón J, Corachán M, Mejías T, Torres-Rodríguez JM. Infección por *Histoplasma capsulatum* en un grupo de cooperantes en Guatemala. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005; 23: 274-276.

Micosis de importación en España. Rol del micólogo

Eidi Alvarado-Ramírez y Josep M. Torres-Rodríguez

Unitat de Recerca en Malalties Infeccioses i Micologia, IMIM, y UDIMAS, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

Las enfermedades importadas, incluyendo las micosis, constituyen un problema creciente en salud pública y constituyen un reto para el micólogo en cuanto a su diagnóstico.

En la actualidad dos situaciones contribuyen a que se considere una patología emergente en España: el elevado número de personas inmigrantes procedentes de áreas geográficas con micosis endémicas no autóctonas y los viajes internacionales a esas zonas por parte de un turismo masificado y principalmente en personas que permanecen periodos más prolongados por temas de cooperación internacional, ligado a la presencia de ONG. Si consideramos micosis importada a la que se adquiere fuera del país y que es producida por hongos cuyo hábitat es predominante o exclusivo en las zonas endémicas de América, África y Asia, hay que valorar la adquisición de ciertas infecciones superficiales como la *tinea nigra palmaris*, la piedra negra y tiñas por dermatofitos no habituales como *Trichophyton soudanense*, *M. audouinii*, *T. concentricum* y otros.

Algunas micosis subcutáneas como los micetomas y la cromomicosis, se adquieren también en zonas endémicas, no obstante algunos micetomas por especies cosmopolitas como *Scedosporium apiospermium*, se han adquirido en nuestro país.

Las principales micosis importadas que se consideran hoy día son las sistémicas por patógenos primarios dimórficos, principalmente la histoplasmosis y paracoccidioidomicosis, que en su mayoría proceden de Centro y Sudamérica. La histoplasmosis también se ha descrito en pacientes de origen subsahariano.

Existe un número muy limitado de publicaciones referidas a las micosis de importación en España, y los estudios epidemiológicos realizados en el país son muy escasos. Entre ellos destacan la investigación de tiña capitis en escolares supuestamente sanos realizada en Madrid (1997) y Barcelona (2005). Cabe señalar que dentro de la baja prevalencia de esta micosis, se hallaron diferencias estadísticas entre los niños nativos y los procedentes de la inmigración.

La encuesta sobre la histoplasmosis en personas nativas que viajaban a Latinoamérica, demostró una elevada prevalencia de infección asintomática, observándose que un considerable número de los viajeros, contrajeron una infección pulmonar o diseminada aguda, que puede ser de difícil diagnóstico.

El papel del micólogo es esencial para, conjuntamente y estrecha colaboración con el médico clínico, se oriente el diagnóstico más probable en base a los datos epidemiológicos y se apliquen las técnicas micológicas de observación microscópica, cultivo en condiciones óptimas o las inmunológicas adecuadas para llegar a la etiología precisa de la infección.