



Nuevos aspectos clínicos de las dermatomicosis

José Carlos Moreno Giménez

Sección de Dermatología, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España

Resumen

Aunque las tiñas poseen características clínicas tan bien definidas que no suelen plantear problemas diagnósticos para el dermatólogo, pueden presentar en ocasiones ciertas peculiaridades, muchas veces desencadenadas por un tratamiento inadecuado, que las convierten en atípicas. En el presente artículo revisamos la *tinea capitis* en adultos, la tiña folicular y granulomatosa de las piernas, la *tinea faciei* y la *tinea incognita*.

Tinea capitis en adultos, *Tiña folicular* y *granulomatosa* de las piernas, *Tinea faciei*, *Tinea incognita*

New clinical aspects of dermatomycosis

Summary

Usually the clinical diagnostic of tinea is easy for the dermatologist, but occasionally, mostly as a result of an unsuitable treatment, the cutaneous lesions can show up atypical forms. In this article *tinea capitis* in the elderly, *tinea follicularis* et *granulomatosa* of the legs, *tinea faciei* and *tinea incognita* are discussed.

Key words

Tinea capitis in the elderly, *Tinea follicularis* et *granulomatosa* of the legs, *Tinea faciei*, *Tinea incognita*

Las dermatofitosis son por lo general procesos dermatológicos de fácil diagnóstico clínico, lo que determina que en muchas ocasiones, de forma inadecuada, se omita el estudio micológico. Creemos impropio esta actitud, porque trae como consecuencia la carencia de un soporte diagnóstico y con ello la pérdida de datos epidemiológicos importantes en cualquier enfermedad infecto-contagiosa.

Los distintos aspectos clínicos de las dermatofitosis (Tiñas) son sobradamente conocidos y se sustentan en la clasificación general de las mismas, universalmente aceptada, que recogemos en la Tabla 1.

Tabla 1. Tiñas. Clasificación.

<i>Tinea capitis</i>
<i>Tinea barbae</i>
<i>Tinea corporis</i>
<i>Tinea cruris</i>
<i>Tinea pedis</i>
<i>Tinea manuum</i>
<i>Tinea unguium</i>

Dado que las manifestaciones clínicas de las dermatofitosis suelen ser altamente evocadoras, muy rara vez el dermatólogo, salvo en la tiña ungueal [1], se plantea problemas de diagnóstico. No obstante, en distintas ocasiones pueden aparecer formas que escapan de la expresión rutinaria de las mismas y que hacen difícil establecer dicho diagnóstico. Tan solo el plantearse su posibilidad, y la realización de examen directo y cultivo, nos permitirán alcanzar el mismo [2].

Las formas atípicas de las tiñas suelen deberse a dos situaciones:

- Terapéutica: como consecuencia del uso de tratamientos inadecuados, generalmente corticoides o cremas polivalentes, de amplia difusión a pesar de su escasa utilidad y amplios inconvenientes.

- Circunstancia inmunológica del individuo, siendo las manifestaciones de estos procesos en los pacientes con sida la expresión más característica.

No debemos olvidar que la presencia de algunas dermatosis preexistentes, como ya demostramos en la ictiosis laminar, pueden determinar, tanto una mayor susceptibilidad a padecer la afección como una tendencia a producir formas extensas y poco sintomáticas de la misma [3,4]. Parece establecido que es la característica composición de la epidermis de estos pacientes lo que explica estos hechos.

Revisaremos a continuación, siempre siguiendo nuestra experiencia, la *tinea capitis* en adultos, la tiña folicular y granulomatosa de las piernas, la *tinea faciei* y el extenso grupo de la *tinea incognita*.

Dirección para correspondencia:
Dr. José Carlos Moreno Giménez
Sección de Dermatología,
Hospital Universitario Reina Sofía,
Córdoba, España



Figura 1. *Tinea capitis* en adulto: típica presencia de "puntos negros".



Figura 2. *Tinea capitis* en adulto: forma inflamatoria.

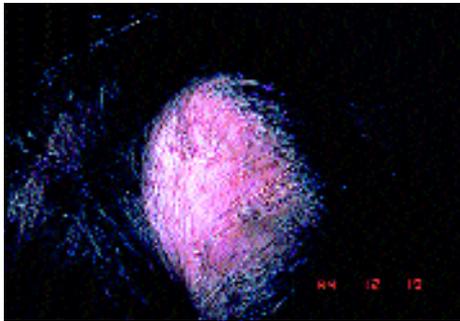


Figura 3. *Tinea capitis* en adulto: lesiones tipo pseudopelada.



Figura 4. *Tinea capitis* en adulto: lesiones de gran extensión por evolución prolongada.

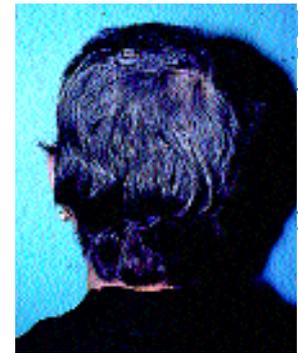


Figura 5. Resultado del caso anterior tras tratamiento específico con griseofulvina.

TINEA CAPITIS EN ADULTOS

Desde que R. Sabouraud publicó "Les teignes", es célebre la frase: "unas curan antes (microspóricas), otras más tarde (tricofíticas), pero todas sin excepción con la llegada de la pubertad". En efecto, la tiña del cuero cabelludo es un proceso exclusivo de la edad infantil, ya que incluso en el caso de no ser tratadas suelen curar con la llegada de la pubertad, posiblemente por la puesta en marcha de la secreción sebácea que determina un medio hostil en cuero cabelludo para el desarrollo de los dermatofitos. No obstante, es un hecho bien conocido la posible presencia de este tipo de procesos en la etapa adulta, no solo de forma activa sino como una situación asintomática (portadores).

La mayoría de los trabajos publicados [5] determinan un patrón bien establecido de *tinea capitis* en adultos (Tabla 2), con predominio en mujeres, generalmente en edades postmenopáusicas, posiblemente por la influencia de las hormonas sexuales en la producción de sebo. Son procesos que pasan durante largo tiempo desapercibidos, diagnosticados de dermatitis seborreica o distintos procesos inflamatorios, y resultan por tanto de evolución prolongada. La expresividad clínica es muy variable, corresponden predominantemente a formas tricofíticas, y van desde la aparición de manifestaciones típicas con presencia de pelos rotos y *blacks dots* (Figura 1), a la existencia de formas inflamatorias (Figura 2), lesiones sugestivas de dermatitis seborreica [6] o cuadros superponibles a procesos pseudopeládicos (Figura 3). Es por ello que ante procesos sospechosos, de evolución crónica y con escasa respuesta al tratamiento, debe procederse al examen clínico y micológico para descartar esta posibilidad diagnóstica, cuya eventual confirmación determinará un notable éxito terapéutico, ya que la práctica totalidad de los casos

presentan una excelente respuesta al tratamiento específico clásico con griseofulvina (Figura 4 y 5). En muchas ocasiones resulta de gran ayuda la búsqueda de otras manifestaciones de "tiña" en otros lugares del organismo. En nuestra experiencia no es rara su asociación a *tinea faciei*.

Tabla 2. *Tinea capitis* en adultos. Características.

Predominio en mujeres postmenopáusicas
Larga evolución
Clinica
* Típica
* Tipo dermatitis seborreica
* Cuadros pseudopelédicos
* Presencia de otras "tiñas" en el otras localizaciones
Agentes etiológicos
* Predominio del género <i>Trichophyton</i>
Buena respuesta terapéutica

Los agentes etiológicos implicados en esta forma peculiar de tiña no difieren de los encontrados en la etapa infantil: *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton mentagrophytes* y *Microsporum canis*.

La presencia de portadores asintomáticos, no solo en niños sino en adultos, es un tema de enorme interés por las repercusiones epidemiológicas que plantea. La existencia de los mismos está perfectamente establecida [7,8]. Así, Sharma y cols. [9] realizaron de forma aleatoria cultivos de material procedente de cuero cabelludo en 200 niños aparentemente sanos que asistían, por otro de tipo de patologías, a un hospital metropolitano de Missouri-Kansas City, revelando que el 4% presentaban cultivo positivo a *T. tonsurans* (var. *sulfureum*), todos los pacien-

tes pertenecían a la raza negra y tenían la costumbre de realizar trenzado del pelo, así como al empleo de "gomi-na", por lo que piensan que estos dos procedimientos cosméticos son factores que condicionan la aparición de la parasitación. Este problema parece ser menos importante en la raza blanca, ya que Polonelli y cols. [10] solo encuentran cultivos positivos en dos de 754 estudiantes romanos examinados. Creemos prudente cuando menos el examen de los familiares afectos, sobre todo en raza negra, en busca de mínimas manifestaciones (lesiones descamativas, pelos rotos...), que nos sugieran proceder al estudio micológico de los mismos. En este sentido es muy evocador el trabajo de Babel y cols [11], quienes al examinar a los familiares y convivientes de 50 niños afectos de *tinea capitis* obtuvieron cultivos positivos en el 34% de los casos, siendo todos formas asintomáticas.

TIÑA FOLICULAR Y GRANULOMATOSA DE LAS PIERNAS

Hemos tenido la oportunidad de estudiar nueve casos de este proceso [12] que creemos equiparable al granuloma tricofítico de Majocchi o a la foliculitis dermatofítica, que posiblemente supongan distintos grados de expresión de un mismo cuadro. Suele afectar a mujeres sanas en las que aparecen lesiones de foliculitis en piernas de intensidad variable (Figura 6), generalmente unilaterales, aunque pueden hacerlo en ambas extremidades, casi



Figura 6. Tiña folicular y granulomatosa de las piernas.

siempre con un mayor predominio en una de las mismas. Por lo general son mujeres morenas que se ven obligadas a depilarse con frecuencia, por lo que se piensa que este procedimiento cosmético, pero traumatizante, tiene algún papel en su desarrollo. Los agentes etiológicos pueden ser muy variables, pero con un claro predominio de *Trichophyton rubrum*. (Tabla 3).

Tabla 3. Tina folicular y granulomatosa de las piernas. Características

Lesiones de foliculitis superficial y/o profunda con formación de granulomas
Distribución unilateral o asimétrica
Prácticamente exclusiva de mujeres morenas (depilación frecuente)
Dermatofitos: <i>T. rubrum</i> y <i>T. mentagrophytes</i>
Necesidad de tratamiento sistémico

La etiopatogenia del proceso no está bien establecida, pero parece orientarse hacia la alteración de la integridad de la barrera cutánea, producida por la depilación. Posteriormente puede determinarse una reacción inflamatoria con rotura folicular, en la que también podría estar implicado este procedimiento, lo que llevaría a una reacción granulomatosa secundaria. En estos casos creemos necesario recurrir siempre a tratamiento sistémico.

TINEA FACIEI

En realidad corresponde a la infección por dermatofitos de la cara. Revisamos nuestra casuística que publicamos en la Revista Francesa de Dermatología [13]. Suponían un total de 46 casos, de los que pudimos obtener las conclusiones siguientes (Tabla 4): existían dos picos

Tabla 4. *Tinea faciei*. Características.

Predominio en etapa infantil y senil
Dificultad diagnóstica: larga evolución
Fotosensibilidad
Dermatofitos: <i>T. mentagrophytes</i> , <i>T. rubrum</i> , <i>M. canis</i>
Preferible realizar tratamiento sistémico

de incidencia, uno en la etapa infantil y otro a partir de la 5ª década de la vida, siendo muy rara su presencia en las edades medias. En ambos grupos los diagnósticos eran difíciles de establecer, ya que no era rara la presencia de forma atípicas (Figura 7), responsables de una larga demora en el diagnóstico del proceso, que simulaba en



Figura 7. *Tinea faciei*.

muchas ocasiones otras dermatosis. La rosácea en la etapa adulta y las enfermedades fotosensibles, tanto en niños como en adultos, y muy especialmente el lupus eritematoso (Figura 8), fueron los diagnósticos diferenciales esta-



Figura 8. *Tinea faciei* con distribución en "alas de mariposa" que plantea problemas de diagnóstico diferencial con el lupus eritematoso.

blecidos. Y es que hay que tener presente que la tiña de la cara se caracteriza por un empeoramiento con la exposición solar. Por lo general eran cuadros extensos que precisaron de tratamiento sistémico para su resolución. Los dermatofitos implicados fueron en su mayoría *T. mentagrophytes*, *T. rubrum*, *M. canis* y *T. tonsurans*, éste último siempre asociado a *tinea capitis*.

TINEA INCOGNITO

Bajo este término se agrupan aquellos procesos que se caracterizan por haber perdido sus peculiaridades clínicas típicas, por lo que su morfología es poco evocadora para el clínico [14]. Por lo general son consecuencia de haber realizado un tratamiento intempestivo a base de corticoides (Figura 9) o cremas polivalentes. La historia clínica suele ser bastante evocadora (Tabla 5): enfermos que acuden a solicitar asistencia médica por un proceso cutáneo que lleva un curso progresivo y que son tratados, o autotratados, con pomadas corticoides o polivalentes. El



Figura 9. *Tinea incognita*: paciente con lesiones de morfología atípica después de tratamiento con esteroides tópicos.

Tabla 5. *Tinea incognita*. Características.

Historia clínica evocadora de "Tiña"
Tratamiento con corticoides o cremas polivalentes
Suspensión del tratamiento → Recidiva
Recomendamos:
- Abstención terapéutica (1-2 semanas)
- Estudio micológico

cuadro mejora de forma evidente, pero recidiva inmediatamente al suspender la medicación, por lo que vuelve a retratarse y el ciclo se repite así de forma reiterada. Cuando el paciente llega a la consulta del especialista, en muchas ocasiones lo más sensato es suspender la medicación y, sin instaurar tratamiento alguno o simplemente un placebo, esperar a ver la evolución y características del proceso, siendo fundamental tomar una muestra de las lesiones para proceder a su examen micológico

También pensamos que, una vez confirmada la *tinea incognita*, lo más razonable es realizar tratamiento sistémico, dada la dificultad que supone en muchas ocasiones la correcta delimitación de las lesiones.

Nos llama la atención en este tipo de "tiñas atípicas" el protagonismo de *T. rubrum*. Es cierto que es un dermatofito al alza y es lógico pensar que, al igual que su incremento aparece en la mayoría de las otras dermatofitosis, también lo haga en las formas atípicas. No obstante, es posible que se trate de una especie dotada de una peculiar tendencia a producir cuadros de foliculitis, que al no ser correctamente tratados conducen a la producción de formas clínicas atípicas.

Bibliografía

- Delgado V. Clínica de las dermatofitosis. Monografías en Dermatología 1993;6:375-383.
- Crespo V, Crespo A, Vera A. Diagnóstico de laboratorio de las dermatofitosis. Monografías en Dermatología 1993;6:362-364.
- Moreno Giménez JC, García Pérez A. Dermatofitosis en distintas formas de ictiosis. Estudio de ocho casos. Actas Dermosifiliogr 1982;73:349-352.
- Shelley ED, Shelley WB, Schafer RL. Generalized *Trichophyton rubrum* infection in congenital ichthyosiform erythroderma. J Am Acad Dermatol 1989;20:1133-1134.
- García Pérez A, Moreno Giménez JC. "Tinea capitis" en adultos y adolescentes. Nota sobre ocho casos. Med Cut ILA 1981;9:229-236.
- Pandya AG. Seborrheic dermatitis or tinea capitis: don't be fooled. Int J Dermatol 1998;11:827-828.
- Mariat FC, Adam M, Gentillini M, et al. Presence de dermatophytes chez l'homme en l'absence de lesions cliniques. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr 1976;74:724-729.
- Frieden IJ, Howard R. Tinea capitis: epidemiology, diagnosis, treatment and control. J Am Acad Dermatol 1994;31:S42-68.
- Sharma V, Hall JC, Knapp JF, Sarai S, Galloway D, Babel DE. Scalp colonization by *Trichophyton tonsurans* in an urban pediatric clinic (Asymptomatic carrier state). Arch Dermatol 1988;124:1511-1513.
- Polonelli L, Garcovich A, Morace G. Dermatophyte carriers among school children. Mykosen 1982;25:254-257.
- Babel DE, Baughman A. Evaluation of the adult carrier state in juvenile tinea capitis caused by *Trichophyton tonsurans*. J Am Acad Dermatol 1989;21:1209-1212.
- Moreno JC, Sotillo I. Tinea folicular y granulomatosa de las piernas. Laboratorio 1981;72:375-379.
- Jorquera E, Moreno JC, Camacho F. Tinea faciei: étude épidémiologique. Ann Dermatol Venereol 1992;119:101-104.
- Moreno JC. Tiña inflamatoria. Tinea incognita. Onicomicosis. Monografías en Dermatología. Madrid, Aula Médica, 1996.