

Erupción cutánea facial en una niña de 4 años de edad

E. Chavarría Mur, C. Mauleón Fernández, E. Balbín Carrero, M. Valdivielso Ramos, P. de la Cueva Dobao, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad con lesiones cutáneas que comenzaron en la frente y luego fueron extendiéndose a los párpados y las mejillas. Mejoraron transitoriamente con la administración de corticoides tópicos, pero empeoraron con posterioridad. Con la sospecha clínica de tiña facial se realizó un cultivo de hongos. En el cultivo creció *Microsporum canis*. La lesión desapareció tras un mes de tratamiento con griseofulvina oral.

La tiña facial es una infección cutánea superficial por hongos dermatofitos. En la mayoría de los casos se diagnostica de forma tardía, sobre todo porque se trata inadecuadamente con corticoides tópicos. El tratamiento de elección en estos casos es la griseofulvina.

Palabras clave

Tiña facial, dermatofitos, *Microsporum canis*

Abstract

Title: Facial rash in a 4-year-old girl

We report the case of a 4-year-old girl with skin lesions which began in the forehead and progressively extended to the eyelids and cheeks. These lesions improved temporarily with the use of topic corticosteroids worsening afterwards. A fungal culture was conducted before the clinical suspect of ringworm facial (*tinea faciale*); *Microsporum canis* grew in the culture.

The lesion disappeared after a 1-month treatment with oral griseovin. The facial ringworm (*tinea faciale*) is a superficial skin infection caused by dermatophytes fungi. In most of the cases the facial ringworm (*tinea faciale*) is diagnosed too late, especially because it is treated inadequately with topic corticoids. The choice treatment in these cases is with griseofulvine.

Keywords

Facial ringworm (*tinea faciale*), dermatophytes, *Microsporum canis*

Caso clínico

Niña de 4 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acudió a la consulta de dermatología pediátrica por presentar desde hacía 5 semanas una erupción cutánea facial discretamente pruriginosa. La lesión había comenzado con la afectación de toda la frente y la raíz del cuero cabelludo (figura 1). Fue diagnosticada de dermatitis seborreica y tratada en otro centro con prednicartrato tópico en la frente y ciclopiroxolamina (en solución) en el cuero cabelludo. Tras una semana con dicho tratamiento, la lesión mejoró, pero sin resolverse en su totalidad, y al cesar el tratamiento con prednicartrato tópico nuevamente comenzó a empeorar, extendiéndose por la cara, motivo por el que fue derivada a nuestra consulta.

La niña presentaba una placa eritematosa ligeramente descamativa que se extendía por la frente, la raíz del cuero cabelludo, los párpados, el dorso nasal y la parte superior de las mejillas, con un borde pseudovesiculoso y costroso más inflamatorio (figuras 2 y 3). No presentaba lesiones similares en otras zonas del cuero cabelludo, en los pabellones auriculares ni en el resto del cuerpo.



Figura 1. Eritema y descamación localizados en la frente y la raíz del cuero cabelludo

El diagnóstico de presunción fue tiña; la posibilidad de que se tratase de una dermatitis seborreica o de una psoriasis era poco probable, ya que las lesiones respetaban el resto de cuero cabe-



Figura 2. Progresión de la lesión que afecta a los párpados y parte de las mejillas



Figura 3. Detalle del borde de un avance pseudovesiculoso costroso (inflamatorio) de la lesión

lludo y los pabellones auriculares; por otra parte, la morfología de la lesión, a modo de placa de crecimiento centrífugo con un borde de progresión pseudovesiculoso e inflamatorio, avalaba la posibilidad de que se tratase de una tiña. La familia de la niña negaba el contacto de la paciente con animales, y ninguno de sus miembros mostraba lesiones cutáneas similares.

Se tomaron muestras de las escamas del borde inflamatorio para un estudio con hidróxido de potasio (KOH) y cultivo.

El estudio con KOH mostró múltiples hifas septadas y en el cultivo creció *Microsporum canis*, lo que confirmó el diagnóstico de tiña.

La niña fue tratada con griseofulvina 10 mg/kg/día durante 4 semanas, transcurridas las cuales se constató la desaparición completa de la lesión.

Discusión

La tiña facial es una infección cutánea superficial por hongos dermatofitos. Los dermatofitos se alimentan de la queratina de los tejidos queratinizados: uñas, pelos y estrato córneo de la piel. Los factores de riesgo que favorecen estas infecciones son una higiene escasa, unos niveles socio-sanitario y económico bajos, convivir con animales y el uso previo de antibióticos, corticoides y fármacos inmunosupresores.

Se han descrito ocho tipos de tiñas: facial, *cruris*, *pedis*, *corporis*, ungueal, *capitis*, de la mano y de la barba. La tiña *capitis* es la más prevalente en la infancia, seguida por la tiña facial y la tiña *corporis*.

Los hongos dermatofitos que se aíslan más frecuentemente en la tiña facial son *Microsporum gypseum*, *M. canis*, *Trichophyton mentagrophytes* y *Trichophyton rubrum*, aunque esto depende del área geográfica que se considere.

En la mayoría de los casos, la tiña facial se diagnostica de forma tardía, sobre todo porque se trata inadecuadamente con corticoides tópicos o combinaciones de éstos con antifúngicos tópicos. Estos tratamientos provocan una mejoría transitoria de la lesión, por lo que al quedar la lesión inicial modificada, el diagnóstico certero requiere un alto grado de sospecha clínica.

Clínicamente, la tiña facial en los niños aparece como una placa eritematosa descamativa anular, con un borde de progresión más inflamatorio. Sin embargo, existen presentaciones atípicas, más habitualmente en adultos, en forma de pápulas, vesículas e incluso pústulas.

El diagnóstico se establece mediante la clínica cutánea, el estudio de las escamas con KOH al 10 o 20% al microscopio óptico y el cultivo en medio de Sabouraud. El estudio microscópico de las escamas con KOH al 20% es una técnica muy útil para establecer un diagnóstico diferencial inicial, a la espera del resultado del cultivo de hongos.

El diagnóstico diferencial de la tiña facial incluye todas las erupciones que pueden afectar a la cara en la infancia: dermatitis seborreica, dermatitis atópica, foliculitis, candidiasis cutánea, fotodermatosis (como el lupus eritematoso) y dermatitis alérgica de contacto.

La tiña incógnita es la tiña facial que ha sido modificada en su presentación clínica por haber sido tratada previamente con corticoides tópicos, con lo que la lesión experimenta una mejoría transitoria. La tiña incógnita suele ser menos descamativa y más foliculopustulosa.

El tratamiento de la tiña facial requiere generalmente el uso de antifúngicos sistémicos. Entre ellos, el de primera elección es la griseofulvina, en una dosis de 10 mg/kg/día, que puede ser única o repartirse en dos tomas. Otros antifúngicos que se han empleado, aunque en niños no está establecida su eficacia y seguridad, son la terbinafina, el itraconazol y el fluconazol. La

terbinafina oral (62,5 mg en los niños con un peso <20 kg, 125 mg en los de 20-40 kg y 250 mg en los que tienen un peso >40 kg) ha demostrado en diversos estudios su seguridad y eficacia en el tratamiento de las dermatofitosis, y algunos autores la consideran un tratamiento de primera línea. ■

Bibliografía

Falahati M, Akhalagi L, Lari AR, Alaghebandan R. Epidemiology of dermatophytoses in an area south of Teheran, Iran. *Mycopathologia*. 2003; 156(4): 279-287.

Filice C, Chamlin SL. A 7-year-old girl with a pruritic facial eruption. *Tinea faciei*. *Pediatr Ann*. 2008; 37(11): 726-728.

Gorani A, Oriani A, Cambiaghi S. Seborrheic dermatitis-like tinea faciei. *Pediatr Dermatol*. 2005; 22(3): 243-244.

Mahmoudabadi AZ. A study of dermatophytosis in South West of Iran (Ahwaz). *Mycopathologia*. 2005; 160(1): 21-24.

Maslen MM. human cases of cattle ringworm due to *Trichophyton verrucosum* in Victoria, Australia. *Australas J Dermatol*. 2000; 41(2): 90-94.

Patel G, Mills C. *Tinea faciei* due to *Microsporum canis* abscess formation. *Clin Exp Dermatol*. 2000; 25(8): 608-610.