

## Tiña diseminada

C. Mauleón<sup>1</sup>, M. Valdivielso-Ramos<sup>1</sup>, M.Á. Martín<sup>1</sup>, E. Chavarría<sup>1</sup>, P. de la Cueva<sup>1</sup>, J.M. Hernanz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario «Infanta Leonor». <sup>2</sup>Hospital Universitario Madrid Sanchinarro. Madrid

### Resumen

La tiña corporal es una infección superficial producida por dermatofitos. Es la segunda tiña en frecuencia en la infancia, tras la tiña del cuero cabelludo. Puede diseminarse y producir lesiones a distancia si no es tratada a tiempo. El origen de la infección suelen ser los animales domésticos. El tratamiento es tópico, salvo cuando aparecen múltiples lesiones o si asocia una afectación de las áreas pilosas, en cuyo caso el tratamiento de elección es por vía oral. La griseofulvina y la terbinafina son los antimicóticos orales más empleados en la actualidad.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

### Palabras clave

Tiña, dermatofito, *Microsporum canis*

### Caso clínico

Niño de 5 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Acudió a la consulta por la aparición de lesiones de una semana de evolución, que comenzaron en la cara y en el cuello para ir progresivamente diseminándose a la parte superior del tronco (figura 1). En la exploración presentaba multitud de placas eritematoso-descamativas, redondeadas y ovaladas, con borde eritematoso de aumento progresivo y descamación fina central, localizadas predominantemente en la cara, el cuello y la parte superior del tórax. Se apreciaban también escasas costras en la zona central de las lesiones, algunas con una inflamación moderada (figura 2). El paciente se encontraba afebril, con buen estado general; el resto de la exploración física fue irrelevante. El niño es el único miembro de la familia afectado, y convive de manera habitual con gatos.

Tras un diagnóstico inicial de impétigo contagioso, y dado que el paciente no mejoraba con el tratamiento antibiótico oral y tópico, se realizó un cultivo cutáneo para hongos, que fue positivo para *Microsporum canis*. Se pautó tratamiento con griseofulvina oral durante 2 meses, con la completa resolución de las lesiones.

### Discusión

Las micosis por dermatofitos, o dermatofitosis, son infecciones producidas por hongos que se adhieren a los tejidos queratini-

### Abstract

*Title:* Disseminated tinea

Tinea corporis is a superficial infection caused by dermatophytes. It is the second most common tinea in childhood after the ringworm of the scalp. It may spread and cause distant lesions if not treated on time. Pets are usually on the origin of the infection. Topical treatment is sufficient except when multiple lesions appear or in case of involvement of hairy areas. In those circumstances, oral treatment is appropriate. Griseofulvin and terbinafine are the most commonly used systemic treatments.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

### Keywords

Tinea, dermatophyte, *Microsporum canis*



**Figura 1.** Afectación facial y de la parte superior del tronco por múltiples placas eritematoso-descamativas redondeadas y ovaladas



**Figura 2.** Lesiones de predominio facial, moderadamente inflamatorias

zados, como el estrato córneo de la piel, las uñas y el pelo. Por definición, son micosis superficiales. Los dermatofitos no son saprofitos ni flora común de los huéspedes, aunque puede existir el estado de portador asintomático. Pueden clasificarse, según la especie, en geofílicos, zoofílicos y antropofílicos, en función de si colonizan preferentemente el suelo, los animales o los seres humanos. Los hongos geofílicos y zoofílicos suelen dar lugar a infecciones con una inflamación moderada, a diferencia de los antropofílicos, en los que la inflamación es escasa y pueden pasar inadvertidos.

*M. canis* es, en nuestro medio, el patógeno más frecuentemente encontrado en la tiña del cuero cabelludo, que a su vez es la dermatofitosis más habitual en la infancia. Desde esa localización puede diseminarse a la piel limpia periférica y producir tiña facial. En otras latitudes, los patógenos más comunes en las tiñas del cuero cabelludo son *M. audouinii* (África) y *Trichophyton tonsurans* (Estados Unidos y Gran Bretaña). Debido a los flujos demográficos, en España cada vez se dan más casos por microorganismos inusuales hace años. La tiña del cuero cabelludo producida por *M. canis* genera áreas alopecicas con escasa inflamación y cura sin cicatriz.

La tiña corporal y facial en los niños está producida comúnmente, según las diferentes series y autores, por *T. mentagrophytes* o por *M. canis*<sup>1</sup>. Otras especies encontradas en España son *T. rubrum* y *T. tonsurans*. La tiña facial por *M. canis* suele

ser consecuencia directa del contagio de una mascota, habitualmente perros o gatos, pero también pueden observarse casos de contagio desde niños portadores de tiña del cuero cabelludo a la zona facial de otros niños sanos<sup>2</sup>, o bien por autoinoculación desde el cuero cabelludo de estos niños portadores hacia la propia zona facial, dando lugar a brotes recurrentes de tiña facial si no se trata el foco primario<sup>3</sup>.

Aunque suele afectar a niños de 4-9 años, *M. canis* puede afectar a niños de todas las edades; asimismo, se han descrito casos en unidades neonatales<sup>4</sup>, en las que no ha sido posible encontrar la fuente de contagio.

Clínicamente, la tiña facial y la corporal cursan de manera similar, con una placa redondeada, con borde activo creciente en expansión. El centro es descamativo y puede mostrar signos de mejoría con normalidad cutánea. Con el tiempo, esta placa puede diseminarse y dar lugar a otras lesiones por contagio, produciendo una tiña diseminada, como en el presente caso.

La tiña corporal y facial puede confundirse con el eccema numular, o «en moneda», dado que en ambas entidades aparecen placas eritematoso-descamativas. Respecto al eccema, son habituales los de niños con antecedentes y/o estigmas de atopia, como xerosis, eccema en la flexuras, pitiriasis alba, prurito tras el contacto con tejidos sintéticos o de lana, o tras la sudoración, etc. Asimismo, las placas de eccema no tienen un borde tan activo, y la descamación es homogénea, sin predominio central.

El impétigo contagioso es otra entidad con la que podemos confundir la tiña diseminada, como ocurrió en este caso. Esto ocurre porque las lesiones de tiña suelen ser pruriginosas, y el rascado puede ocasionar una sobreinfección bacteriana secundaria y dar pie a dudas diagnósticas. En el impétigo primario, las costras melicéricas son habitualmente más abundantes y evidentes. Si quedara duda de si existe una sobreinfección secundaria, es recomendable tratarla también con antibioterapia oral o tópica, según el tamaño y la diseminación de las lesiones.

La pitiriasis rosada cursa también con placas eritematoso-descamativas; sin embargo, las lesiones tienen una descamación más fina, suelen ser ovaladas, se localizan en el tronco y se disponen en «árbol de navidad». Todas tienen un tamaño parecido, a excepción de la primera de ellas, o «placa heraldo», cuyo tamaño es mayor.

La dermatitis seborreica facial también puede generar confusión, aunque las lesiones de esta entidad suelen tener menor descamación, son más untuosas y no tan eritematosas.

La tiña incógnita es relativamente frecuente en las tiñas localizadas en la cara. Se produce por un uso inadecuado de corticoides tópicos, que enmascara los signos inflamatorios de la infección, propiciando un crecimiento del hongo y aumentando su virulencia. Algunos estudios han encontrado hasta un 30% de casos de tiña incógnita en niños con dermatofitosis facial. Esta patología ha aumentado exponencialmente en los

últimos 15 años, probablemente debido al uso indebido y sin receta de corticoides tópicos. En nuestro medio, es más habitual en niños mayores de 9 años, sin diferencias por sexo. El dermatofito aislado con mayor frecuencia es *T. mentagrophytes*<sup>5</sup>.

El diagnóstico definitivo se realiza con el cultivo micológico, pero una tinción con hidróxido de potasio (KOH) al 30 o 40% de una muestra de rascado de la zona con una hoja de bisturí puede ayudar a establecer un diagnóstico rápido, ya que determina la presencia o no de hifas. Tiene una sensibilidad cercana al 90% cuando la realizan expertos. El examen en fresco no permite distinguir qué tipo de dermatofito está produciendo la infección.

El cultivo se realiza en el medio de Sabouraud. Tras 4 semanas aparecen colonias blancas algodonosas, con borde desflecado. Los macroconidios de *M. canis* son característicos, fusiiformes, abarquillados y con extremos estrechos<sup>6</sup>.

El tratamiento de la tiña corporal y facial se basa en los antimicóticos tópicos. Debemos ser cuidadosos con estos fármacos, dado que producen con frecuencia una dermatitis irritativa si se aplican en exceso o en una zona de eccema. No es infrecuente encontrar pacientes erróneamente tratados por un eccema numular con un antimicótico tópico, en los que secundariamente se produce un notable empeoramiento de la lesión. Entre los fármacos empleados están los azoles (2 veces al día durante 2-4 semanas), la terbinafina (1 vez al día durante 1 semana), y la naftilina (1 vez al día durante 2-4 semanas).

Si la tiña es diseminada, o hay afectación de las zonas pilosas, como en la tiña del cuero cabelludo, es necesario realizar tratamiento por vía oral. El antifúngico oral ideal sería el que tuviera una forma galénica líquida, un sabor agradable, pocos efectos secundarios, un ciclo terapéutico corto, buena biodisponibilidad y facilidad para alcanzar los tejidos queratinizados. Desgraciadamente, pocos antifúngicos cumplen todos estos requisitos. En la actualidad no existe un consenso sobre el tratamiento de primera elección en niños. En una revisión reciente de Cochrane se concluyó que, para *Microsporum*, la terbinafina tenía una eficacia similar a la griseofulvina, y con esta última era necesario un tratamiento más largo. Sin embargo, los antimicóticos azólicos y la terbinafina tienen un coste mucho mayor. Se concluía que la griseofulvina era el antimicótico oral con mejor relación coste-efectividad. En la citada revisión también se observó que todos los antimicóticos orales mostraban un perfil de seguridad razonable.

La griseofulvina es fungostática e inactiva frente a levaduras. Se emplea en dosis de 20-25 mg/kg/día, aunque en la ficha técnica la dosis que se recomienda es menor. Son comprimidos que se pueden disolver con el alimento, preferiblemente

graso. Puede producir efectos secundarios hasta en un 15% de los casos, la mayoría gastrointestinales leves, y también fotosensibilidad e hipertransaminasemia transitoria leve. Interactúa con fármacos metabolizados por la enzima P-450.

El ketoconazol está en desuso por su potencial hepatotoxicidad y porque no ofrece mayores ventajas frente a otros azoles.

El fluconazol es fungostático. Su absorción y su biodisponibilidad son excelentes, y está disponible en forma galénica líquida. Penetra en el líquido cefalorraquídeo y en el riñón. Sus efectos secundarios son similares a los de la griseofulvina, salvo la fotosensibilidad. Se emplea en dosis de 6 mg/kg/día durante 3-4 semanas.

El itraconazol es fungostático y está disponible en solución oral. Se absorbe mejor con la comida grasa y las bebidas ácidas. Tiene la ventaja de permanecer en los tejidos hasta 4 semanas tras haber finalizado el tratamiento. Como efecto secundario destaca la prolongación del intervalo ST, en especial si se asocia a antihistamínicos H1, por lo que está contraindicado en estos casos y también en pacientes con una disfunción ventricular severa o en tratamiento concomitante con antagonistas del calcio (lo que es poco habitual en la edad pediátrica). Tiene multitud de interacciones farmacológicas, y también puede producir hipertransaminasemia leve y transitoria. Se emplea en dosis de 5 mg/kg/día, durante 4 semanas. En algunos países no está autorizado en niños para el tratamiento de la tiña.

La terbinafina es funguicida y no se metaboliza por la enzima P-450, pero sí por la 2D6 (interacciones con antidepresivos, ciclosporina y betabloqueadores). Produce cefalea hasta en un 10% de los pacientes, hipertransaminasemia leve y transitoria, disgeusia, visión verde y, muy ocasionalmente, trombopenia y neutropenia grave. Se emplea en dosis de 3-6 mg/kg/día, durante 4 semanas aproximadamente. ■

## Bibliografía

1. Del Boz J, Crespo V, De Troya M. Pediatric tinea faciei in Southern Spain: a 30-year survey. *Pediatr Dermatol.* 2011; 13: 1-5.
2. Atzori L, Aste N, Aste N, Pau M. Tinea faciei due to *Microsporum canis* in children: a survey of 46 cases in the district of Cagliari (Italy). *Pediatr Dermatol.* 2011; 20: 1-5.
3. Kawachi Y. Cronically recurrent and disseminated tinea faciei/corporis: autoinoculation from asymptomatic tinea capitis carriage. *Pediatr Dermatol.* 2010; 27: 527-528.
4. Mulholland A, Cassey T, Cartwright T. *Microsporum canis* in a neonatal intensive care unit patient. *Australas J Dermatol.* 2008; 49: 25-26.
5. Del Boz J, Crespo V, Rivas-Ruiz F, De Troya M. Tinea incognita in children: 54 cases. *Mycoses.* 2009; 54: 254-258.
6. Pereiro Ferreiros M, Loureiro Martínez M. Identificación de los dermatofitos más frecuentes en España. *Piel.* 2008; 23: 438-446.