

CASO CLÍNICO

Presentación clínica inusual de tiña corporis en un adolescente causada por trichophyton mentagrophytes

Cristina Solórzano Torres,* Karla Garcés Granoble,** Jorge Enrique Úraga Pazmiño,**
Henry Junior Parra Vera****

* Dermatóloga Centro
Dermatológico Dr. Úraga
** Médico Adscrito Centro
Dermatológico Dr. Úraga
*** Director Centro Dermatológico
Dr. Úraga
**** Centro de Investigación
Microbiológica

Correspondencia a:
cris_solorzano39@yahoo.es

Palabras clave: Tiña,
Trichophyton Mentagrophytes,
inusual

RESUMEN

Las dermatomicosis son causadas comúnmente por dermatofitos. El *Trichophyton rubrum* es la especie más común que causa infecciones seguido del *Trichophyton mentagrophytes*. Cuando afecta a humanos tiende a producir lesiones más inflamatorias formando microabscesos y pústulas. Reportamos el caso de un paciente de 14 años con una placa liquenificada y otra anular en espalda de largo tiempo de evolución cuyo cultivo micológico reportó *Trichophyton mentagrophytes* dándose tratamiento antimicótico oral y tópico.

INTRODUCCIÓN

Las dermatomicosis se pueden dividir según el patógeno responsable en infecciones por dermatofitos, levaduras y mohos.¹ Las tiñas o dermatofitosis son infecciones frecuentes en la piel causadas por dermatofitos, capaces de invadir tejido queratinizado, produciendo placas anulares, eritematosas y descamativas. El *Trichophyton mentagrophytes* es un hongo zoofílico que afecta a mamíferos y aves. Es el segundo microorganismo reportado luego del *Trichophyton rubrum*.² Cuando afecta a humanos tiende a producir lesiones más inflamatorias formando microabscesos y pústulas.³

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 14 años, que acude al Centro Dermatológico Dr. Úraga, sin antecedentes patológicos de importancia, con una placa

anular liquenificada eritematosa de gran tamaño localizada en zona lumbar y glútea de 3 años de evolución (fig 1A.), además otra lesión anular eritematosa con bordes irregulares de menor tamaño en tercio superior de espalda y de poco tiempo de aparición (fig 1B.), las que estaban acompañadas de prurito intenso. Se pidió cultivo de hongos que dio positivo para *Trichophyton mentagrophytes*.

A la dermatoscopia se evidencia lesiones con vasos puntiformes, escamas blancas superficiales sobre una base violácea (fig. 2)

El estudio micológico reveló la presencia de hifas (fig.3)

Se indica tratamiento con itraconazol oral 200 mg/d y crema antimicótica con sertaconazol, observándose mejoría en su control.

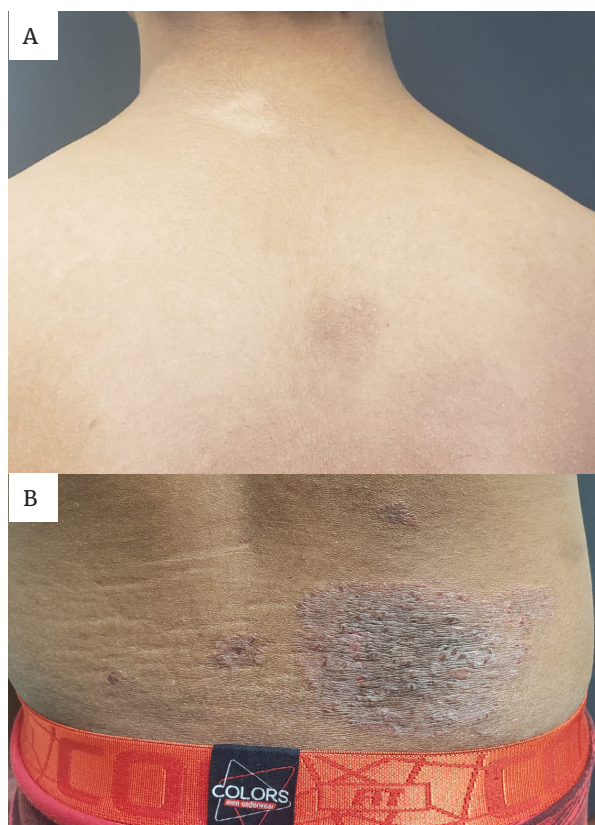


Figura 1. A) Placas infiltradas con una superficie descamativas, de color marrónceo de borde regular, localizada en línea media de tercio superior de espalda. B) Placa infiltrada, descamativa con bordes definidos, de color marrónceo, en zona lumbar derecha.

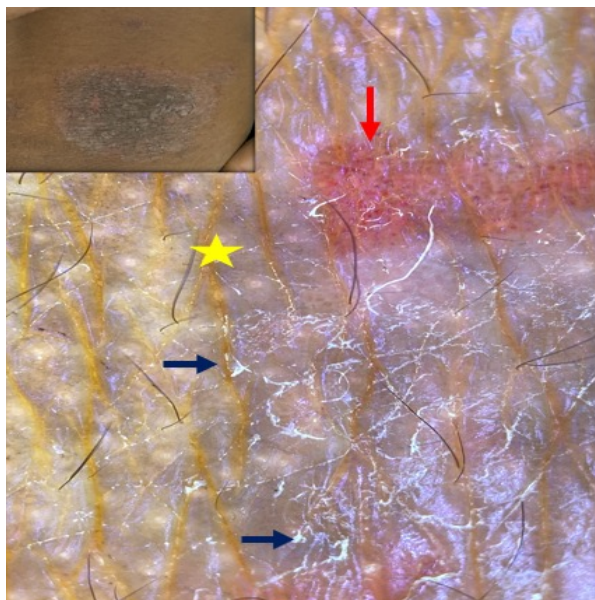


Figura 2. La dermatoscopia demuestra: escamas blancas superficiales (flechas azules) y vasos puntiformes (flecha roja), sobre una base eritemato violácea. [modo polarizado con aumento de 10x]

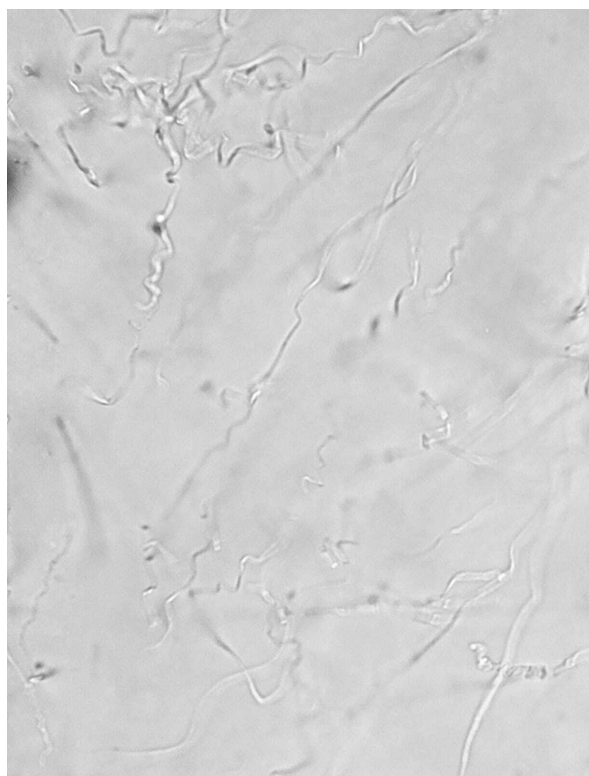


Figura 3. Estudio micológico: presencia de hifas

DISCUSIÓN

Los dermatofitos son un grupo de hongos invasores de tejidos queratinizados (piel, cabello y uñas) de humanos y animales para causar dermatofitosis aguda y crónica.⁴

Tres géneros anamórficos (asexuales o imperfectos) causan dermatofitosis: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. Los dermatofitos pueden infectar a humanos (antropofílicos) o mamíferos no humanos (zoofílicos), o pueden residir principalmente en el suelo (geofílicos). El *Trichophyton rubrum* es la especie más común que causa infecciones por dermatofitos en los últimos 70 años y representa del 80 al 90 % de las cepas. Otros aislamientos comunes incluyen el *Trichophyton mentagrophytes* y el *Microsporum audouinii*. La infección generalmente ocurre con el contacto directo con la piel del suelo, animales o la piel de otros humano.⁵

La gravedad de la infección por dermatofitos puede variar de leve a grave como consecuencia de las res-

puestas del huésped a los productos metabólicos de el hongo, la virulencia de la cepa infectante o especies, la localización anatómica de la infección y factores ambientales locales.⁴

La dermatofitosis cutánea o tiña a veces puede simular otras dermatosis y presentar múltiples síntomas clínicos atípicos entre las que incluyen eritema multiforme, dermatitis seborreica, lupus eritematoso, dermatitis herpetiforme, dermatitis eccematosa, erupción polimorfa, psoriasis. Aunque éstos son más comunes en individuos inmunocomprometidos, pueden ser vistos en personas inmunocompetentes también. Hay casos con manifestaciones inusuales de tiña que se denominan tiña atípica.⁶

El *Trichophyton mentagrophytes* destaca como el segundo agente causal más frecuente de la dermatofitosis después de *T. rubrum*., caracterizado morfológicamente en base al desarrollo de macro y microconidios con suaves paredes. La taxonomía de *T. mentagrophytes* es compleja debido a los cambios que ha sufrido en los últimos años. Sin embargo, hoy en día, sólo cinco especies son considerados: *T. mentagrophytes*, *T. interdigitale*, *T. erinacei*, *T. quinckeanum* y *T. benhamie*, así como nueve genotipos diferentes de *T. mentagrophytes*.⁷

Existe el reporte de un caso *Trichophyton mentagrophytes* variante *erinacei* en una niña de 10 años con dos lesiones eritematosas en cara que no mostraron ser tan

inflamatorias, de dos semanas de evolución y cuyo contacto era un erizo que tenía de mascota.⁸

El diagnóstico de la dermatofitosis se basa en la historia clínica y el examen físico, sin embargo se pueden hacer pruebas con hidróxido de potasio (KOH) que revelarán hifas largas, angostas, ramificadas y tabicadas. Otro método de confirmación es un cultivo fúngico (agar Sabourad) en el cual el crecimiento es de aproximadamente cinco días hasta cuatro semanas en ciertas especies.⁵

Las técnicas de biología molecular contribuyen a la identificación de dermatofitos teniendo alta especificidad y sensibilidad en su detección a partir de muestras clínicas, e incluso cuando los cultivos evaluados por métodos convencionales son negativos.⁹

La dermatoscopia puede ser una herramienta diagnóstica. El estudio de Ankad, et al muestra patrones dermatoscópicos que varía según la evolución de las lesiones como son la presencia del color de los glóbulos, el color del fondo de la lesión, presencia de escalas y folículos. tabla 1.¹⁰

La dermatofitosis requiere una terapia a largo plazo, generalmente con la terbinafina, fluconazol, itraconazol y azoles como el ketoconazol, miconazol. La dermatofitosis en etapa temprana es a menudo tratado con éxito con agentes fungistáticos tópicos basados en agentes antifúngicos de base química

Tabla 1: Dermatoscopia de las dermatofitosis. Ankad et al

PATRONES DERMATOSCÓPICOS		
PATRÓN	CORTA DURACIÓN	LARGA DURACIÓN
Color de glóbulos	Rojo, rojo/café	Café oscuro a negro
escamas	mínima	abundante
Color del fondo de la lesión	Rosa pálido a rojo intenso	Plomo a negro
Folículo*	Pelos terminales hipopigmentados	Escalas perifoliculares
	Vellos traslúcidos	Vellos traslúcidos
	Puntos negros, pelos en sacacorchos, pelos rotos	Pelos terminales hipopigmentados

*Observaciones preliminares, necesitan una evaluación adicional para afirmar estos cambios.

antes mencionados. Sin embargo, si no se tratan inmediatamente y adecuadamente, éstas infecciones pueden volverse crónicas, requiriendo medicamentos fungicidas orales.^{11,12}

CONCLUSIÓN

Las infecciones por dermatofitos pueden presentarse en múltiples formas, simulando otras lesiones dermatológicas. El *Trichophyton mentagrophytes* se manifiesta como una erupción extremadamente inflamatoria y pruriginosa. En aquellas que son de larga duración y recalcitrantes, se recomienda hacer el examen micológico que junto con el examen clínico exhaustivo aportan las claves para un correcto diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nenoff P, Krüger C, Ginter-Hanselmayer G, Tietz HJ. Mycology – an update. Part 1: Dermatomycoses: Causative agents, epidemiology and pathogenesis. JDDG J der Dtsch Dermatologischen Gesellschaft [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2022 Apr 3];12(3):188–210. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ddg.12245>
2. Kim WJ, Kim TW, Mun JH, Song M, Kim HS, Ko HC, et al. Tinea incognita in Korea and its risk factors: Nine-year multicenter survey. J Korean Med Sci. 2013;28(1):145–51.
3. Camila Quiñones, Paula Hasbún WG. Tinea incognita due to *Trichophyton mentagrophytes* [Internet]. Vol. 50, Mycoses. 2007. p. 85–7. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/English/Original/CaseReport/6787.act>
4. Khosravi AR, Mansouri P, Naraghi Z, Shokri H, Ziglari T. Unusual presentation of tinea cruris due to *Trichophyton mentagrophytes* var. *mentagrophytes*. J Dermatol. 2008;35(8):541–5.
5. Yee G, Aboud AM Al. Tinea Corporis. Pediatr Clin Advis [Internet]. 2021 Dec 22 [cited 2022 Apr 5];562–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544360/>
6. Dogra S, Narang T. Emerging atypical and unusual presentations of dermatophytosis in India. Clin Dermatology Rev. 2017;1(3):12.
7. Frías-De-león MG, Martínez-Herrera E, Atoche-Diéguez CE, González-Cespón JL, Uribe B, Arenas R, et al. Molecular identification of isolates of the *trichophyton mentagrophytes* complex. Int J Med Sci. 2020;17(1):45–52.
8. Guimera F, Fagundo E, Sa R, Universitario H, Canarias D, Laguna L, et al. 210 Pediatric Dermatology Vol. 28 No. 2 March/April 2011, 2011;28(2):210–2.
9. Onidia Rómulo Pérez R. Los dermatofitos una amenaza zoonótica, características generales, aspectos clínicos para cada especie *Dermatophytes* a zoonotic threat, general characteristics, clinical aspects for each species. Biol. 2021;53(1):15–31.
10. Ankad BS, Mukherjee SS, Nikam BP, Reshme AS, Sakhare PS, Mural PH. Dermoscopic Characterization of Dermatophytosis: A Preliminary Observation. Indian Dermatol Online J [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 3];11(2):202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3247619/>
11. Ilag LL. Ringworm Disease– Causes, Diagnosis and Treatment: AMYCOT®, a Novel Natural Treatment for Ringworm and other Tinea Infections. J Dermatology Clin Res. 2018;(April):18–21.
12. Frieden IJ. Diagnosis and management of tinea capitis. Pediatr Ann. 1987;16(1):39–48.