



# Dermatomycosis no tropicales (excepto la pitiriasis versicolor)

C. Viguié-Vallanet, C. Bonnet

*Las micosis de la piel y los anexos se diagnostican con frecuencia en la consulta de dermatología. Este diagnóstico, que a veces es clínicamente evidente, suele establecerse por exceso, lo que da lugar a tratamientos inútiles, o bien se pasa por alto, con las consiguientes complicaciones relacionadas con una corticoterapia inadecuada. Por lo tanto, la toma de muestras para su estudio micológico guiada por la exploración física y realizada mientras el paciente no recibe ningún tratamiento es indispensable, en particular para las afectaciones ungueales, del cuero cabelludo, las lesiones atípicas y las personas inmunodeprimidas, que cada vez son más numerosas. En el futuro, las técnicas de espectrometría de masas (MALDI-TOF) o de biología molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ayudarán en el diagnóstico. La epidemiología ha variado a lo largo del tiempo, así como con las medidas de higiene y la aparición de tratamientos muy eficaces, pero las migraciones de población hacen que se diagnostiquen especies muy diversas en los laboratorios no tropicales. Sólo la identificación precisa de una cepa permite encontrar el origen de un contagio, humano o animal, y tratar a los contactos. Hay que recordar que no se requiere la exclusión escolar de niños con tiña una vez iniciado el tratamiento.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Dermatomycosis; Tiñas; Candidiasis cutaneomucosas; Candidiasis vaginales; Onicomycosis; *Scytalidium* spp.; Mohos

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Dermatofitias o dermatofitosis</b>	2
Dermatofitosis de la piel lampiña	2
Tiñas del cuero cabelludo	3
Dermatofitosis particulares de los grandes pliegues	6
Lesiones de los pies	6
Dermatofitosis profunda	10
■ <b>Dermatofitosis por levaduras</b>	10
Candidiasis cutaneomucosas superficiales	10
Tratamiento de las candidiasis	12
■ <b>Otras micosis cutaneomucosas</b>	13
Tricosporonosis o piedra blanca	13
Tiña negra	13
Criptococosis cutánea primaria	13
Lesiones profundas micóticas	13
■ <b>Conclusión</b>	13

## ■ Introducción

Las micosis que se encuentran en la consulta se deben a dermatofitos, levaduras o mohos. Hay que distinguir entre micosis no tropicales y micosis tropicales. En países como Francia, muchas micosis que se diagnostican son importadas: la mayoría de los agentes causantes de tiñas antropófilas o de los mohos de zonas tropicales responsables de onicomycosis (escitalidiosis). Las micosis no tropicales son superficiales, pero pueden volverse subcutáneas, incluso profundas, en pacientes con inmunodepresión local o sistémica. Las causas de inmunodepresión han aumentado en los últimos 30 años, con la aparición de retrovirus (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]) y el aumento del número de tratamientos inmunosupresores en las afecciones graves (leucemias, cánceres, colagenosis, enfermedades reumáticas crónicas). Las levaduras y los mohos saprófitos de la piel también pueden volverse patógenos en caso de

inmunodepresión. Los flujos de población son cada vez más numerosos por diversos motivos (trabajo, negocios, actividades recreativas, inmigración), lo que aumenta el número y la diversidad de las cepas de hongos aisladas. Los dermatofitos (siempre patógenos) se estudian por separado. Las levaduras, salvo *Malassezia* spp., y algunos mohos se describen en otro artículo de la EMC [1]. La identificación precisa del hongo patógeno permite escoger el tratamiento más eficaz y realizar un estudio epidemiológico en busca de los contactos (animales o humanos) que requieran tratamiento.

## ■ Dermatomicosis o dermatofitosis [2]

Los dermatofitos son hongos filamentosos, queratinófilos, que afectan al estrato córneo de la epidermis, al cabello y al pelo. Son Ascomycetos, Gymnoascaceae del género *Arthroderma*. Estos hongos microscópicos, filamentosos y de tallo septado, se multiplican de dos formas diferentes: una reproducción sexuada con producción de ascosporas cuando se encuentran dos cepas complementarias (una de polaridad positiva y otra negativa), lo que los clasifica como Deuteromicetos (hongos imperfectos), clase Hyphomycetes. La reproducción asexual da lugar a la producción de dos tipos de esporas o conidios (aleurias): esporas unicelulares o microaleurias (microconidias) y esporas pluricelulares de base truncada, tabicadas transversalmente denominadas macroaleurias (macroconidias). Según la morfología de las aleurias, se distinguen tres géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton* (*Epidermophyton floccosum* es el único del género).

### Dermatofitosis de la piel lampiña

La «tiña del cuerpo» o «tiña circinada» se denominaban «herpes circinado» debido a su aspecto clínico redondeado, circinado. Aparecen en la zona de contacto entre la piel sana y una lesión micótica después de una incubación de alrededor de 3 semanas. La lesión elemental es pruriginosa, escamosa, redondeada y de evolución centrífuga, con un centro sano y un borde activo escamoso o eritematovesiculososo. Se debe establecer el diagnóstico diferencial con un ecema de contacto, un ecema atópico, eccemátides acrómicas o no, así como lesiones de psoriasis (en gotas o en placas). La lesión inicial de la pitiriasis rosada de Gibert es comparable a una dermatofitosis.

El estudio micológico se realiza cuando el paciente no recibe ningún tratamiento antifúngico local (más de un mes después de su interrupción). Las escamas contaminadas se obtienen del borde de las lesiones. El estudio directo de las escamas teñidas con negro clorazol E, KOH al 10% o calcoflúor, permite observar, al microscopio, filamentos micélicos en menos de una hora. Este diagnóstico positivo permite tratar al paciente y comenzar el estudio epidemiológico. El cultivo en dos medios de Sabouraud (con y sin actidiona) requiere 3-4 semanas para precisar el género y la especie del hongo aislado (aspecto macroscópico y microscópico de las colonias). La espectrografía de masas (MALDI-TOF) identifica las cepas según su composición en proteínas, que es distinta para cada especie [3]. Se gana en precisión, pero no en tiempo de cultivo. Las técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) actuales permiten una identificación precisa de las cepas aisladas en cultivo o un diagnóstico de dermatofitosis a partir de escamas, sin precisar el género y la especie del dermatofito [4]. Otras técnicas de PCR sólo permiten buscar *Trichophyton rubrum*. Estos métodos rápidos y fiables son caros y en ocasiones se requieren varias técnicas para obtener el mismo resultado que con el estudio micológico clásico [5].

Algunos dermatofitos son zoófilos (transmitidos por un animal), otros son geófilos (transmitidos por el suelo o el



Figura 1. Dermatomicosis por *Trichophyton mentagrophytes*.

hocico de un animal) y otros son antropófilos (transmisión interhumana). Las lesiones de la cara, o tiña facial, ocupan un lugar aparte [6,7]. Se deben en la mayoría de los casos a dermatofitos zoófilos (*Trichophyton mentagrophytes* [Fig. 1], *Trichophyton verrucosum*, *Microsporum canis*). Su aspecto suele ser inflamatorio, con pápulas más o menos infiltradas en el borde de las lesiones. Se aíslan en niños atraídos por los animales domésticos, cuya presencia debe buscarse en el entorno (perro, gato, roedores, conejos, caballos). La contaminación puede producirse durante una estancia en el campo. La aplicación de corticoides locales en estas lesiones confundidas con eccemátides puede hacer que tengan un aspecto engañoso, lo que explica el nombre de «tiña incógnita» [7]. El efecto inmunosupresor local de los corticoides permite que el hongo penetre en la dermis y se observa la presencia de papulopústulas inflamatorias más o menos purulentas [6-9]. Las preparaciones locales responsables de estas lesiones contienen corticoides solos (68,5% de los casos), asociaciones con antibióticos (16,7%), antifúngicos (11,1%), ambos (3,7%) [6,7]. En el estudio histológico, los granulomas dérmicos describen en la literatura con el nombre de «micetoma». El «granuloma de Majocchi era la denominación inicial de las lesiones profundas debidas a *T. rubrum*, pero otros dermatofitos también provocan estas lesiones (*T. tonsurans*), así como otros hongos (*Candida* spp., *Aspergillus* spp.) [10].

Los dermatofitos zoófilos provocan lesiones de la cara y de la piel lampiña. El estudio epidemiológico para buscar el animal causante del contagio depende del dermatofito implicado (Cuadro 1) [11]. *M. canis*, descubierto en un perro, se transmite por el gato en el 80% de los casos. También se le ha aislado del pelo de otros animales (conejo, cachorro de león). Una sola cría de gato puede contagiar a varias personas de la familia, pero también a otros animales domésticos de la casa. Hay que cuidar al animal afectado y a los «portadores sanos» como a los humanos. El veterinario efectúa el tratamiento del animal con griseofulvina. *T. mentagrophytes* se aísla del caballo (++) del perro, de roedores, de conejos y de gatos. Este saprofito del suelo contamina las vallas del campo, las paredes de las jaulas de animales afectados y el hocico de los perros de caza. *T. verrucosum* (*ochraceum*) afecta a los bóvidos y a los ovinos. Los dermatofitos zoófilos son distintos en las zonas rurales o urbanas. En el campo, predominan *T. verrucosum*, *T. mentagrophytes* y *M. gypseum* (geófilo). Los animales de compañía varían según los países. En la actualidad, existe un aprecio por los roedores: chinchilla en Japón, ratones y cobayas en Francia. Suelen ser portadores de *T. mentagrophytes*. Un mismo animal puede ser portador de distintos dermatofitos.

Los dermatofitos cutáneos antropófilos son *E. floccosum*, *T. rubrum* (++) , *T. interdigitale* y los agentes de las tiñas (*T. tonsurans*, *T. soudanense*, *M. langeronii*). En presencia de lesiones sugestivas, se deben buscar otras afectaciones (autocontagio por rascado) o a una persona afectada en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3196856>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3196856>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)