

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2ª clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

TOMO LXXXIV

JULIO-AGOSTO 1954

NÚM. 4

TIÑA IMBRICADA

ROBERTO NÚÑEZ ANDRADE

Académico de número

ETIMOLOGÍA. Latín *imbrex* = *teja* (teja curva romana), de donde *imbricatus* = formado de elementos que se recubren parcialmente como las tejas de un tejado.

SINONIMIA. *Baanecedutú* (indios *Nhambiquaras*, Matto Grosso, Brasil); *Chimberé* (indios *Purú-borá*, que habitan las riberas del río San Miguel, en la parte más lejana del Matto Grosso, cerca de la frontera con Bolivia, Goiás, Minas Geraes, São Paulo, Brasil; Paraguay) *Roofo*, que significa "enfermedad voladora" (indios *Carajás*, Goiás, Brasil, que creen que sus enemigos, les transmiten la enfermedad, soplándoles las escamas); *Jiote* (Guatemala); *Buckwar*, *Gune*, *Kunekune*, *Oune*, *Salo*, *Tukunekune* (Islas Gilbert); *Gogo*, *Gogomón*, *Gugo* (Islas Marshall); *Cascado* (Java, Molucas); *Etemane*, *Gorap*, *Kilinaí*, *Koerab*, *Koerab-besi* (Estados Malayos); *Herpes de Manson*, *Ictiosis tropical*, *Lafa-Tokelau* (Samoa); *Loesoeng*, *Lusung* (Borneo); *Peta* (Isla Burditch); *Pita* (Islas Tokelau); *Tatofat*; *Tokelau* (Islas Fidji, Samoa); *Sarna de Burma* (Burma); *Sarna de Dayak* (Borneo); *Sarna de Malabar* (Malabar, Madras, India); *Tiña circinada tropical*; *Tiña escamosa*; *Herpes desquamans* (Turner, 1869); *Dermatomycosis crónica figurata "exfoliativa"* (Tampson, 1898); *Tiña intersecta* Castellani 1907 (Ceilán, Sur de la India); *Keratophitia imbricata* (Primer Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología y Sifilografía, Río de Janeiro, Brasil, 1950); *Tiña elegante* o *Tiña en encaje* (Núñez Andrade, 1953).

DEFINICIÓN. Queratofitosis pruriginosa, caracterizada por grandes placas de contorno policíclico, recubiertas de escamas, cuyo borde externo es

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del día 17 de febrero de 1954.

fijo y libre el interno, las que se disponen en círculos concéntricos o rosetas, dando una apariencia especial a la piel, como si estuviera cubierta por encaje, causada por *Trichophyton concentricum* Blanchard, 1896.

HISTORIA. La primera descripción de este padecimiento data de 1686 y se encuentra en la relación del viaje alrededor del mundo, de William Dampier, navegante inglés, quien observó la enfermedad en Mindanao (Filipinas) y en Guam (Islas Marianas).

Cook y el caballero de Entrecasteaux (1780) vieron la enfermedad en las islas Tonga Marsden, en Sumatra, en los indígenas de Polo-Más.

Alibert (1832) representó el padecimiento en su Atlas. Meerdervort (1839), lo señala en las islas Ceram, Ceram-Laut, Goram y Aroe. Fox (1844) y Wilkes, la observaron en las islas Gilbert. En esta época era desconocida la enfermedad en las islas Tokelau; fue introducida por un indígena, quien la llevó de las Islas Gilbert. Este indígena se llamaba Peter, de donde el nombre de "Peta" y "Pita", dado a la afección por los aborígenes de las islas Tokelau. Estos, en 1869, la llevaron a Samoa. Fue designada, lo mismo que en las islas Fidji, por el nombre de *Tokelau*. Turner (1869), quien la había observado en Samoa y dio una buena descripción de ella, la llamó *Herpes desquamans*.

En 1874, Tillbury Fox, en escamas que le había enviado Turner, fue el primero en señalar la existencia de un hongo que creyó que era idéntico al del herpes circinado que se veía en Europa.

MacGregor (1876), encontró la enfermedad en las islas Fidji, pero sólo en individuos venidos de las islas Salomón o de las Nuevas Hébridas.

Koeninger (1878) también encontró filamentos en las escamas, en aborígenes de las islas Samoa, donde creyó que la enfermedad fue introducida en 1860.

Patrick Manson (1878) después de sus observaciones en China y en el archipiélago Malayo, le dio el nombre de *Tinea imbricata*, y demostró que se trataba de una dermatosis diferente del herpes circinado europeo; hizo del *Tokelau*, una entidad clínica distinta, dio una descripción completa de él y trató de inocularlo al hombre.

Bonafy (1893) hizo un estudio detallado, bajo la misma denominación de *Tokelau*, nombre indígena de la enfermedad en las islas Fidji.

Sabouraud (1894) afirmó la naturaleza tricofítica de la *tiña imbricata*.

Desgraciadamente, ninguno de estos autores encontró la posibilidad de dar la prueba definitiva por el cultivo del parásito.

Nieuwenhuis (1898) fue el primero en cultivar el parásito, obteniendo la reproducción de la infección en el hombre, por inoculación del cultivo.

Tribondeau (1899) dio también una buena descripción en Tahití; creyó que el agente patógeno era un *Lepidohyton*.

Pinoy (1903), Wehmer (1903), adoptaron la teoría *aspergilar*, cuya inexactitud fue demostrada después.

No hubo confirmación unánime de la causa del *Tokelau*, hasta que fueron obtenidos cultivos por Castellani (1910) y después por Hanawa y Nagai (1917).

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA. La *tiña imbricada* existe en México.

González Herrejón, González Chávez, González Ochoa, Latapí y Rico Venegas, han observado casos procedentes del Estado de Puebla. Núñez Andrade (7 casos) en enfermos procedentes de los Estados de Tlaxcala y Puebla. Seguramente pronto se observarán pacientes de los estados vecinos a los ya citados.

En Guatemala (Díaz A., 1937), Figueroa y Conant (1940) la han encontrado en los estados de Chimaltenango, Huehuetenango, Solalá, Suchitepequez; Gómez (1946).

En El Salvador (1937-1938). En Colombia (Mora Mora, 1938). En Brasil (Paes Leme, 1903), Paranhos y Leme (1904), da Fonseca (1930), Area Leao y Goto (1950) en los indios *Uaurá* en la parte alta del río Xingú, Matto Grosso; Goiáz, Minas Geraes, São Paulo.

Africa. Ha sido observada en Sudáfrica, en un Kaffir (Pijper, 1918). El padecimiento fue llevado a Sudáfrica por migraciones de Oceanía.

Asia. La enfermedad existe en Burma, Ceilán, China, Filipinas, Formosa, especialmente en el sur de la isla Indochina, sobre todo en el delta de Tonkín, Tailandia, Península de Malaca e Indonesia.

Oceanía. Ha sido señalada en casi todas las islas: Marianas, Marquesas, Marshall, Nueva Caledonia, Nuevas Hébridas, Salomón, Tokelau y Tonga.

Algunos autores creen que la infección, en Asia, tuvo origen en la Península de Malaca y de ahí se extendió a China, Burma, Formosa y las Islas del Pacífico.

Como se ve, la enfermedad no es exclusivamente oceánica y asiática.

Fonseca (1930) emitió la hipótesis de que la *tiña imbricada* fue importada por aborígenes que emigraron de Oceanía a Sudamérica.

Figueroa y Conant (1940) en relación con un caso observado en Guatemala, creen que es más lógico explicar la existencia, en América, de la *tiña imbricada*, debido a la existencia saprofítica del parásito, que puede hacerse patógeno en casos especiales. De esta manera explican la existencia de casos esporádicos, que se observan de tiempo en tiempo.

González Ochoa (1951) creyó que la falta de brotes epidémicos podía

deberse a condiciones adversas de clima, ya que el de la altiplanicie mexicana es distinto al de las islas del Pacífico, donde predomina el padecimiento.

EPIDEMIOLOGÍA. Edad. La enfermedad se observa principalmente en jóvenes y adultos. Algunos creen que es rara en niños menores de 10 años, pero nosotros hemos observado la afección en una niña de tres años de edad, quien la adquirió en el Estado de Tlaxcala, México.

Sexo. El padecimiento es más frecuente en el hombre que en la mujer.

Raza. La *tiña imbricada* ataca de preferencia a los indígenas, debido probablemente a las malas condiciones higiénicas en que viven.

Ocupación. No tiene relación con ninguna actividad especial.

Endemicidad. En muchas islas del Pacífico del Sur, la frecuencia es muy alta: de $\frac{1}{3}$ a $\frac{3}{4}$ de la población están afectadas. En otras regiones, donde las condiciones climáticas son desfavorables para el desarrollo del hongo, se observan sólo casos esporádicos.

SINTOMATOLOGÍA. Topografía. La *tiña imbricada* ataca todo el cuerpo. Sin embargo, las lesiones predominan en tronco y miembros. Ciertas partes son menos afectadas, como los grandes pliegues: cuello, axilas, regiones inguinocrurales, palma de la mano y planta de los pies.

Anexos. Los cabellos pueden estar infectados, lo mismo que las uñas.

MORFOLOGÍA. El elemento característico de la *tiña imbricada* es la "roseta" o "cocarda".

Como el médico ve muy raramente el principio de la afección, la evolución se conoce sobre todo debido a los estudios experimentales humanos de P. Manson (1878). Después de un período de incubación de unos 10 días, la epidermis se levanta ligeramente, formando una lesión eritemato-pápulo-vesiculosa, redondeada u ovalar, de 5 mm. de diámetro, de color café claro. Por el rascado, la vesícula se rompe; sus bordes forman una pequeña circunferencia, cuyo diámetro crece rápidamente, alcanzando en una semana de uno a dos centímetros de diámetro; hay que distinguir la circunferencia propiamente dicha y el interior del círculo; la circunferencia es un collarcito que se continúa con la piel sana del lado externo, teniendo el borde interno, elevado y libre. Si este collarcito se levanta por el raspado, debajo queda un anillo rosado; la lesión es eritemato-escamosa, según que el collarcito haya desaparecido o esté intacto. La superficie del círculo que delimita, se pigmenta, y toma un color café más o menos obscuro, más visible en las pieles claras.

Algunos días después, aparece una pápulo-vesícula semejante a la primera, en el interior del círculo, siguiendo el mismo proceso; después una tercera, una cuarta y una quinta; rara vez más. La velocidad y la intensi-

dad del crecimiento disminuyen, a medida que evolucionan nuevos elementos. Manson ha comparado este proceso a las ondas que se ven en la superficie de una agua tranquila cuando se arroja una piedra. Así se desarrolla la "roseta" o "cocarda" de la *tiña imbricada*.

Este es el aspecto esquemático de las lesiones cuando no se han rasgado; cuando esto sucede, las lesiones son de contorno policíclico, dibujando arabescos o dibujos caprichosos, como "encaje". Después de algunos meses o años, la piel presenta un aspecto ictiosiforme.

Las escamas son delgadas, secas, de forma triangular o esféricas; su tamaño varía de 3 a 6 mm. y pueden alcanzar hasta 20; están firmemente adheridas en la parte externa de la lesión; el borde libre, que está dirigido hacia el centro del círculo, es redondeado. Cuando las escamas son grandes, o cuando los anillos están muy cercanos unos a otros, las escamas se superponen, como las tejas de un tejado, de donde viene el nombre de *tiña imbricada*.

El color de las escamas varía del blanco brillante al gris amarillento sucio; este color es debido al polvo depositado en las células córneas. Frecuentemente se observa hipopigmentación en las zonas donde las escamas son adherentes. En la palma de la mano y en la planta del pie las escamas son más gruesas y frecuentemente existen fisuras.

ANEXOS

Cabellos: los cabellos, cuando están infectados, son secos, frágiles, fácilmente desprendibles, incurvados o rectos, tal como se observa en las tiñas de la piel cabelluda.

Uñas: cuando están invadidas, presentan el aspecto general de las onicomicosis: gruesas, opacas, frágiles, quebradizas, corroídas, irregulares.

FORMAS CLÍNICAS. Topográficamente, tres formas: circunscrita, regional y generalizadas.

Según el aspecto adoptado por la erupción, se distinguen cuatro modalidades clínicas: una forma concéntrica, una forma diseminada, una forma escamosa y una forma mixta. (Figs. 1, 2, 3, 4, 5, 6).

En los casos antiguos, hay siempre *eosinofilia* (6 a 45%).

Síntomas subjetivos. La *tiña imbricada*, va acompañada de prurito muy intenso y penoso; no es continuo, pero se exacerba por numerosas causas: cambios de temperatura, baños en agua de mar, alimentación salada o con especias; se acentúa más por la noche, produciendo entonces dolor e insomnio.

Evolución. La *tiña imbricada* es una enfermedad extremadamente tenaz y no tiene ninguna tendencia espontánea a la curación. El estado general no se afecta, excepto cuando hay infección agregada, o por la intensidad del prurito.

Diagnóstico. El diagnóstico es en general fácil, sobre todo al principio, cuando los anillos concéntricos, y la disposición características de las escamas es todavía bien apreciable.

Más tarde, cuando las "rosetas" o "cocardas" se han hecho confluentes o han sido destruidas por el rascado, la identificación es más difícil. Sin embargo, una investigación minuciosa, permitirá encontrar una "roseta" o "cocarda" intacta y el examen micológico aclarará las dudas. Jouveau-Dubreuil aconseja ensayar un tratamiento corto que hace reaparecer el aspecto característico. El examen micológico deberá ser minucioso, ya que otras dermatofitosis pueden simular la *tiña imbricada*; en ésta, los elementos micelianos son siempre más numerosos en las escamas.

Jeanselme ha señalado además, como elemento de diagnóstico, la transición brusca entre los elementos escamosos, así como la forma redondeada y convexa de las zonas de proyección; el contorno de la piel sana es cóncavo.

Hay que recordar que la *tiña imbricada*, es un padecimiento rural, pero que se diagnostica casi siempre en las ciudades.

Diagnóstico diferencial. Deberá hacerse con los padecimientos siguientes:

1. *Otras dermatofitosis*, principalmente la *Tinea corporis*. El sistema de anillos concéntricos de descamación, el prurito muy intenso, la falta de reacción inflamatoria, la persistencia de la lesión en el centro y la falta de curación espontánea para la *tiña imbricada* son caracteres opuestos a los de la *Tinea corporis*.
2. *Pinto*. Distribución geográfica especial. En México, principalmente cuenca hidrográfica del río Balsas; discromías; al examen microscópico: *Treponema carateum*, Brumpt, 1938.
3. *Pénfigo brasileño o foliáceo*. Distribución geográfica especial. Endémico en Brasil (Goiáz, Matto Grosso, Minas Geraes, São Paulo); se encuentran lesiones bulosas, vesiculosas, placas papiráceas plegadas, transparentes y descamación; signo de Nikolsky; lesiones en mucosas; prueba del yoduro de potasio positiva; etiología desconocida; examen microscópico negativo para *T. concentricum*.
4. *Dermatitis exfoliativa*. Principio por malestar general, fiebre ligera y calofríos; eritema intenso en pliegues; después, eritrodermia; me-

- oría al mes o mes y medio y repetición de los trastornos; examen micológico negativo para *T. concentricum*.
5. *Pitiriasis rubra de Hebra*. Principio en pliegues, por placas eritematosas; después eritrodermia, piel infiltrada, dura, atrófica; sensación de frío y tensión; muerte por caquexia, enteritis o tuberculosis; examen micológico negativo para *T. concentricum*.
 6. *Ictiosis*. Padecimiento congénito; sin descamación en círculos concéntricos, o escamas que son libres en el borde interno y adherentes en la parte externa; no contagiosos; examen negativo para *T. concentricum*.
 7. *Sifilides anulares concéntricas y serpiginosas*. Antecedentes de chancro sifilítico; otras lesiones del período secundario; reacciones serológicas positivas para la sífilis; examen micológico negativo para *T. concentricum*.
 8. *Hanseniasis*. Disestesia o anestesia; examen micológico negativo para *T. concentricum*.

ETIOLOGÍA. El dermatofito que causa esta dermatosis es *Trichophyton concentricum*, Blanchard, 1896.

Area Leao (1953) da los sinónimos siguientes:

Lepidophyton concentricum Geddoelst, 1902.

Aspergillus lepidophyton Pinoy, 1903.

Trichophyton mansoni Castellani, 1905.

Trichophyton castellani (Perry, 1907) Castellani, 1908.

Endodermophyton concentricum Castellani, 1910.

Endodermophyton indicum Castellani, 1911.

Oospora concentrica Hanawa y Nagai, 1917.

Endodermophyton mansoni Castellani, 1919.

Arthrosporia tropicalis Grigoraki, 1925.

Arthrosporia indica Grigoraki, 1925.

Endodermophyton roquettei Fonseca, 1925.

Mycoderma concentricum Vuillemin, 1929.

Mycoderma roquettei Vuillemin, 1921.

Achorium concentricum Guiart y Grigoraki, 1928.

Achorium indicum Guiart y Grigoraki, 1928.

Este dermatofito se presenta en las escamas, en forma de filamento y de segmentos micelianos en forma rectangular o cuadrada, de longitud variable, de 2 a 3.5 micras de anchura.

El diagnóstico exacto de la especie sólo puede hacerlo un experto micólogo, por examen de los cultivos.

Manson ha transmitido la afección de un enfermo a un sujeto sano y Castellani la ha inoculado, a partir de cultivos. La enfermedad es la misma en los dos casos, con una ligera diferencia en el período de incubación: 8 a 10 días en la directa; 12 a 15 días a partir del cultivo.

Cuando se siembran escamas parasitadas en medio de Sabouraud con 2 por ciento de dextrosa, el dermatofito se desarrolla lentamente, en forma de un ligero levantamiento veloso que cubre la escama, el cual no se diferencia de otras especies del género. Al mes aproximadamente, cuando el crecimiento es completo, esta acumulación toma la apariencia de una colonia amontonada, blanca o blanco-amarillenta, que se va obscureciendo con la edad, hasta que es ligeramente café, especialmente en el centro y se difunde en el medio. La colonia tiene pliegues profundos, de superficie lisa, de apariencia cerea; después, aun en las colonias blancas, hay un pigmento ambarino, que se difunde en el medio. A medida que envejece y después de resiembras sucesivas, se hace aterciopelada, especialmente en los filos de la colonia (Figs. 7, 8 y 9).

Visto al microscopio, el cultivo carece de la rica morfología de otros tricofitones y presenta simplemente clamidosporas de diferente tamaño y tipo: intercalado, lateral y terminal. Las hifas son tómulas de diámetro variable; muestran, de modo similar a *T. schoenleini*, dilatación y ramificaciones llamadas "candeleros fávicos". En el medio de cultivo usual, no tienen husos o eleurosporas.

La inoculación por *T. concentricum* se hace sobre una lesión mínima de la piel. Puede hacerse por contacto directo o indirecto. Se conocen numerosos casos de contaminación por intermedio de vestidos, ropa interior, esteras. La suciedad corporal de numerosas tribus oceánicas, asiáticas, africanas y americanas, favorecen la evolución de la enfermedad, en tanto que los enjabonados y las fricciones diarias, impiden que el parásito tenga tiempo de fijarse y desarrollarse.

Diagnóstico de laboratorio. El diagnóstico de laboratorio es sencillo. Se ponen algunas escamas en solución de potasa cáustica o en cloro-lactofenol de Amann, entre laminillas y se examinan microscópicamente. Se notan numerosos filamentos entretnejidos en todas direcciones. Estos filamentos están formados por pequeñas articulaciones cuboides o ligeramente alargadas, que semejan un rosario.

Los cultivos se obtienen rápidamente, sembrando escamas pasadas por alcohol por 8 a 10 minutos, para evitar la contaminación bacteriana.

En medio de Sabouraud con 2 por ciento de dextrosa, aparecen al cuarto día numerosos filamentos, que cubren la escama, y la colonia se desarrolla como ya se indicó.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Como el proceso no invade estructuras más allá de la capa córnea, las lesiones consisten en *marcada paraqueratosis*: las escamas representan alteraciones degenerativas de la capa córnea y *acantosis* de la epidermis.

Pueden verse los filamentos entre las células córneas, como puntos, en sección transversal, o fragmentos más grandes, de acuerdo con la dirección de la sección.

TRATAMIENTO. Innumerables medicamentos se han preconizado para tratar la *tiña imbricada*.

El mejor tratamiento consiste en el empleo de *queratolíticos* y *funguicidas*. El queratolítico de elección es el ácido salicílico, que puede usarse en solución en alcohol, desde el 2 por ciento para los niños, hasta el 20 para adultos.

Antes de aplicar queratolíticos y funguicidas, es de recomendarse a los enfermos tomar un baño de agua tibia, *friccionándose enérgicamente la piel enferma*, para desprender más fácilmente las escamas.

Entre los nuevos funguicidas (a base de dihidro cloruro asterol, acetato de metacresil, ácido undecilénico, propiónico, salicilanilida, etc.), que comercialmente se presentan en forma de solución, ungüento o polvo, de los que son preferibles los dos primeros mencionaremos los siguientes: *Asterol tintura* (Roche), *Cresatin* (Sharp & Dohme), *Desenex tintura* (Wallace & Tiernan), *Carfusin* (Rorer), *Sopronol solución* (Wyeth), *Undecuprin* (Cutter), *Undecilén* (Richter), *Mycodecyl* (Theraplix), *Mycilén* (I. S. I.), *Decupryl*, *Fungetol*, *Mycyl*, etc.

Pueden aplicarse una, dos o tres veces al día, cada tercer día o dos veces por semana, según el caso y el grado de sensibilidad del enfermo.

Para las lesiones ungueales, además de lo citado, se recomiendan toques con solución de nitrato de plata amoniacal, *Salinidol* (Doak).

A falta de estos modernos funguicidas se podrán prescribir las fórmulas siguientes:

Para niños

- | | | | |
|---------------------------------|----------|-----------------------------|---------|
| 1. Yodo metaloide | 0.50 g. | 2. Yodo metaloide | 1 g. |
| Alcohol a 70° | 100 cc. | Alcohol a 70° | 100 cc. |
| | Toques. | | Toques. |
| 3. Resorcinol | 1 a 3 g. | | |
| Alcohol a 90° | 100 cc. | | |
| Aplicar una o dos veces al día. | | | |

Para adultos

- | | | | |
|---------------------------------|---------|----------------------------------|----------|
| 4. Acido salicílico | 2 g. | 5. Resorcina | 2 a 4 g. |
| Acido benzoico | 4 g. | Tintura de benjuí | 30 cc. |
| Alcohol a 70° | 100 cc. | Pinceladas por partes del cuerpo | |
| Aplicar una o dos veces al día. | | distintas cada día, mañana y | |
| | | tarde. | |

Si el prurito es muy intenso, lociones antipruriginosas: *Quotane* loción, *Caladryl* loción, *Tephorin* loción, o bien:

- | | |
|--------------------------|----------|
| 6. Mentol | 0.60 g. |
| Fenol | 0.30 g. |
| Resorcinol | 2 a 3 g. |
| Loción de calamina | 100 cc. |
| | Loción. |

El tratamiento, en muchos casos es desesperante, pues recidiva con gran facilidad, aun después de la curación aparente.

PRONÓSTICO. El pronóstico es *benigno*. Sin embargo, *es una dermatosis tenaz*, que cuando no es atendida con cuidado, puede tener una duración indefinida; no presenta tendencia espontánea a la curación.

El estado general no es afectado directamente, pero el prurito muy intenso y continuo, exacerbado en verano y el aspecto de las lesiones en algunos enfermos, especialmente de la raza blanca, pueden tener una influencia marcada sobre la salud física y moral; disminuir su capacidad de trabajo que los lleva a una miseria económica y fisiológica; pueden persistir alteraciones pigmentarias.

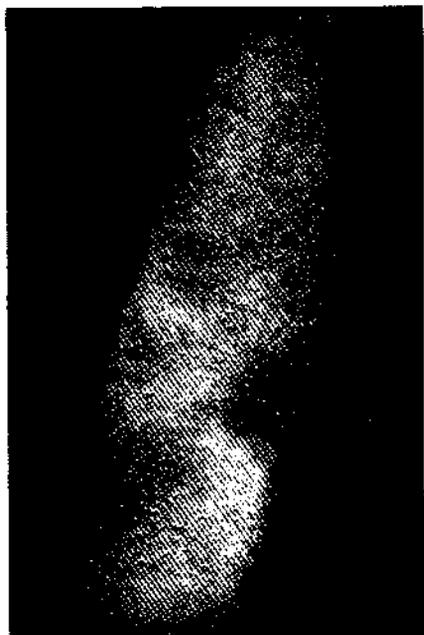
Los casos más difíciles de tratar son aquellos en que existen lesiones en manos y uñas; las recidivas por reinoculación son frecuentes.

La curación no puede considerarse definitiva mientras la piel no haya vuelto a su coloración normal y el examen micológico sea negativo para *T. concentricum*.

PROFILAXIA. *Individual:* aseo corporal y de las ropas; evitar el contagio directo o indirecto. En los casos esporádicos, aislamiento del enfermo, pero no en sala general. Todos sus efectos, ropas personales y de la cama, serán sometidos a desinfección.

En los individuos cuidadosos de su aseo personal, es relativamente fácil obtener muy buenos resultados. Para el indígena, sólo la educación le hará comprender la necesidad de tratar los enfermos al principio y evitar su contacto.

General: Instituir tratamiento médico a los enfermos, enérgicamente y lo más posible. Es el mejor medio de detener la extensión de la enfer-



Figs. 1 y 2. Lesiones típicas de antebrazo y brazo. Enferma del Estado de Puebla, Méx.

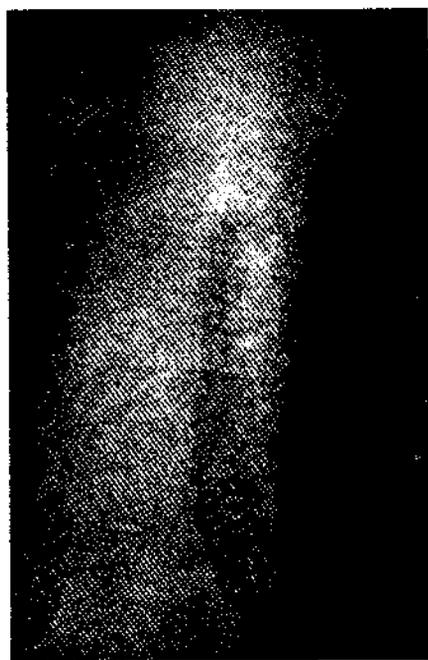


FIG. 3. Placas eritemato-escamosas modificadas por el rascado.

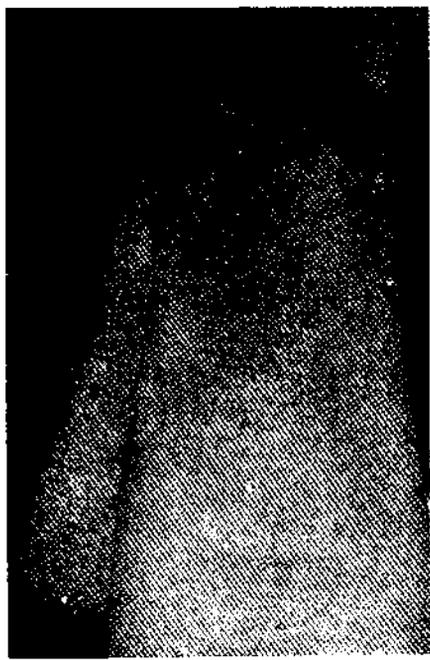


FIG. 4. Placas eritemo-escamosas simulando *Tiña corporis*. Niña de 3 años de edad; contrajo la enfermedad en Tlaxcala, México.

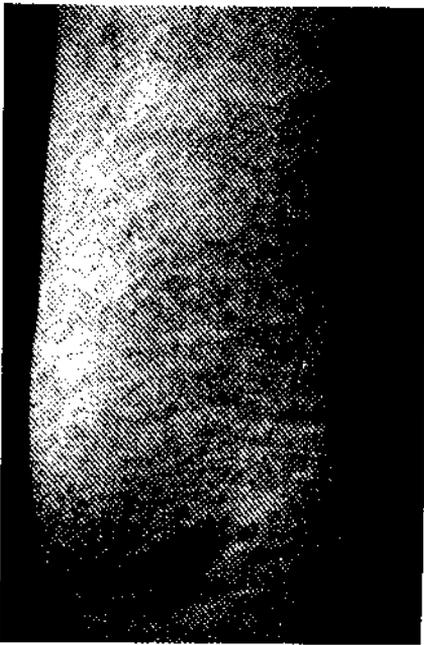


FIG. 5. Lesiones en hueso popíteo, simulando placas de neuro-dermitis.



FIG. 6. Huellas lineales de rascado. Niña de 3 años de edad, del Estado de Tlaxcala, México.



FIGS. 7, 8, 9 y 10. *T. concentricum* colonia de 60 días. En la Fig. 9 nótese la pigmentación en el centro; en la 10, nótese la pigmentación de la colonia en centro y periferia.

medad, ya que en las zonas endémicas, donde la mayor parte de la población está atacada, no es posible emplear el aislamiento.

Mediante una vigilancia sanitaria severa se puede impedir la importación de la *tiña imbricada*, a las regiones a donde no existe, o donde se pueda aclimatar.

REFERENCIAS

1. Alibert, J. L. M. A.: 1832. Précis Théorique et Pratique sur les Maladies de la Peau. 2e. Éd. Paris, Caille et Ravier.
2. Arca Leao, A. E. de, y Goto, M.: 1950. Tokelau entre os indios do Brasil. Hospital, Rio de Janeiro, 37:225-240.
3. Blanchard, R.: 1895. Maladies Parasitaires. Parasites Végétaux. Traité de Pathologie Générale de Ch. Bouchard. Paris. Vol. II.
4. Bonafy: 1893. Le Tokelau et son Parasite. Arch. de Méd. Navale. XL, 24-261.
5. Brumpt, E.: 1949. Précis de Parasitologie. 6e. Ed. Paris. Masson et Cie., p. 1929.
6. Castellani, A.: 1910. The Growth of the Fungus of Tinea Imbricata (Endodermophyton concentricum) on Artificial media. J. Trop. M. London, 13: 370-372.
7. Conant, N. F. et al.: 1944. Manual of Clinical Mycology. Philadelphia. W. B. Saunders Co., p. 225.
8. Dampier, W.: 1789. Voyage autour du Monde. Paris.
9. Díaz, A. F.: 1937. Primer Congreso Sanitario de Centroamérica y Panamá, Guatemala. Impreso en la Tipografía Nacional.
10. Figueroa, H. y Conant, N. F.: 1940. The First Case of Tinea Imbricata Caused by Trichophyton concentricum Blanchard 1896, reported from Guatemala. Am. J. Trop. Med., 20:287-291.
11. Fonseca, O.: 1930. Afinidades Parasitológicas e Clínicas entre o Tokelau da Asia e da Oceania e o Chimberé dos Indígenas de Matto Grosso. Rev. de Med. Cirurg de Brasil, 38:281-291.
12. Fox, J. L.: 1874. Narrative of the United States Explorating Expedition, during the Years 1839, 1840, 1841, 1842, by Charles Wilkes. Philadelphia. Lea & Blanchard. Vol. V, pp. 40-41 and 104-105.
13. Fox, T.: 1874. On Tokelau Ringworm and Its Fungus. Practitioner, 2:304.
14. Gómez, J. E.: 1946. Tokelau in Guatemala. Arch. Dermat. & Syph., 53:243-248.
15. González Ochoa, A. y Lavallo Aguilar, P.: 1947. Dermatofitos causantes de las diversas Tiñas de la piel lampiña observadas en nuestro medio. Rev. del Inst. Salub. y Enferm. Trop., 8:265-272.
16. González Ochoa, A.: 1951. *Tinea imbricata*, en Gradwohl, R. B. H., Benítez Soto, L. and Felsenfeld, O.: Clinical Tropical Medicine. St. Louis. The C. V. Mosby Co., pp. 1115-1119.
17. Hanawa, S. y Nagai, S.: 1917. Sur. Kenntness der Tinea Imbricata (Manson) mit besonderer Berücksichtigung ihres Erregers, Festschrift, K. Dohi. Tokio, 47-84, pl. IV-VIII.
18. Joyeux, Ch. y Sicé, A.: Précis de Médecine des Pays Chauds. Paris. Masson et Cie., 376-382.
19. Königer: 1878. Ueber den Polynesischen Rirnwurm auf den Karolinen-Gilbert und Samoa Inseln, Wirchow. Arch. f. Path. Anat., 72:403.
20. Langeron, M.: 1936. Nouvelle Pratique Dermatologique. Paris. Masson et Cie., Vol. II, pp. 336-354.
21. Leme, C. P.: 1903. Contribuição ao estudo do Tokelau, Thèse de Rio de Janeiro.
22. Manson, P.: 1878. Notes on Tinea Imbricata. An Undescribed Species of Body Ringworm. China. Imp. Customs. M. Rep., 16:1; M. Times & Gaz, 2:342.

23. Nieuwenhuis, A. W.: 1898. *Tinea imbricata* (Manson). Arch. f. Dermat. u. Syph., 46:163-176.
24. Núñez Andrade, R.: 1947 a 1953. *Tiña imbricata*. Presentación de enfermos en la Cátedra de Clínica de Dermatología de la Escuela Nacional de Medicina U. N. A. M. y de la Escuela Superior de Medicina Rural (I. P. N.), 1953.
25. Núñez Andrade, R.: *Tiña imbricata*. Medicina, México, 34:473-479, Oct. 25, 1953. 1903.
26. Paranhos, U.: *Tinea Imbricata* in Brazil. J. Trop. Med., 7:1953.
27. ——— y Leme, C. P.: 1906. Note en *Tinea Imbricata* in Brazil. J. Trop. Med., 9:129.
28. Pardo Castelló, V.: 1953. Dermatología y Sifilología. La Habana. Cultural, S. A.
29. Sabouraud, R.: 1894. Les Trichophites Humaines, Thèse. Fac. Méd. Paris, pp. 124-128.
30. Simons, R. D. G. Ph.: 1953. Handbook of Tropical Dermatology and Medical Mycology. Amsterdam. Elsevier Publishing Company, Vols. I-II, p. 1091.

RESUMEN

En este trabajo se revisan en primer lugar la historia y la distribución geográfica de la tiña imbricata, conocida desde los tiempos del Capitán Cook y el caballero de Entrecasteaux, extendida por América, Asia, Oceanía y África y producida por un hongo: *Tricophyton concentricum*.

La sintomatología se distingue por el aspecto "elegante" de la "roseta" o "co-carda", que es el elemento característico primario, y que puede más tarde confluir y hacerse difícil de reconocer.

Se revisan también de una manera acuciosa las formas clínicas y el diagnóstico diferencial.

El tratamiento no es específico y se reduce fundamentalmente al uso de queratolíticos y funguicidas.

SUMMARY

History and geographical distribution of "imbricated ringworm" known since the times of Captain Cook and d'Entrecasteux, extended throughout America, Asia, Australasia and Africa, and produced by a fungus: *Tricophyton concentricum*, are first and thoroughly reviewed.

Symptomatology is landmarked by the characteristic primary lesion: the "rosette" which later on may become confluent and not so easily recognizable.

Clinical forms and differential diagnosis are also accurately described.

There is no specific treatment: keratolitics and fungicides are the most effective weapons against this disease.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR
ROBERTO NUÑEZ ANDRADE

GALO SOBERÓN Y PARRA
Académico de número

El doctor Núñez Andrade, en su interesante trabajo, nos habla de un padecimiento, la tiña imbricada, cuya primera descripción data de fines del siglo xvii y que no fue conocido en nuestro medio sino hasta hace pocos años, en que se mencionó como una verdadera rareza, en los trabajos de González Herrejón, González Chávez, González Ochoa, Latapí y Rico Venegas. El autor del estudio que comentamos, ha tenido la oportunidad de observar ocho casos, con lo cual el padecimiento va perdiendo su carácter de excepcional, para hacerse cada vez más frecuente. Es posible que su existencia entre nosotros no sea tan nueva como aparenta, y que su frecuencia se haya hecho más ostensible debido al gran progreso que hemos obtenido en dermatología y muy especialmente en micología.

De todas maneras es curioso notar que este padecimiento, como muchos otros considerados como tropicales, van perdiendo tal carácter de exclusividad con la tendencia a hacerse cosmopolitas, debido a la facilidad que encuentran para su difusión, por el progreso de los transportes y el movimiento de grandes masas de población que se desplazan en diferentes latitudes.

Si es interesante la dispersión de estas enfermedades, lo es aún más el hecho de que tiendan a adaptarse a climas que no son precisamente tropicales. Vemos como los casos descritos proceden de los Estados de Tlaxcala y Puebla que están situados, por lo menos en gran parte de su territorio, en la región Neo-ártica de nuestro país. No será difícil que en la Neo-tropical existan también y que pronto sean reportados por los médicos que en ella ejercen.

Todos los capítulos del trabajo del doctor Núñez Andrade nos parecen perfectamente desarrollados y sólo se nos ocurre un comentario breve en aquel punto que se refiere al diagnóstico diferencial con otras micosis cutáneas, las tricoficias especialmente, que durante mucho tiempo no fueron distinguidas de la tiña imbricada. El herpes circinado, tan frecuente en los climas cálidos, y que tanto se presta a confusión con la tiña imbricada, fué

para nosotros una preocupación durante el tiempo que ejercimos en lugares pintógenos, antes de que las lesiones tempranas del "mal del pinto" fueran debidamente descritas por León y Blanco y Latapí. Aún recuerdo nuestras tribulaciones cuando, el concepto popular y nuestra propia experiencia, nos llevaban a afirmar que los vulgares "empeines", ahora conocidos como lesiones de principio del Mal del Pinto, tomaban después el aspecto maculoso de este padecimiento, no obstante que la opinión de distinguidos dermatólogos nos inclinaba al convencimiento de que no eran sino micosis cutáneas. Más extrañeza sentíamos al observar que estas supuestas micosis curaban rápidamente bajo la acción de los arsenicales trivalentes. El tiempo vino a aclarar estos diagnósticos que ahora son hechos con relativa facilidad aun por los médicos no especializados en dermatología que ejercen en esos lugares. No obstante que el autor del trabajo que comentamos señala a la distribución geográfica como uno de los caracteres que deben de tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial entre la tiña imbricada y el mal del pinto, sería conveniente hacer llegar a esos médicos la clara descripción que nos hace de esta micosis, para evitar confusiones, dada la posible coexistencia que antes señalamos.

El doctor Núñez Andrade nos presenta un trabajo más, que como todos los suyos, es de un acabado perfecto. Reciba pues nuestras felicitaciones por ello.