

RESUMENES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

TIÑAS

ERNESTO MACOTELA-RUIZ *† y RAÚL SERGIO SUÁREZ-DE LA TORRE ‡

Las tiñas son infecciones de la piel y sus anexos producidas por un grupo de hongos conocidos como dermatofitos, los cuales tienen en común utilizar la queratina en su fase parasitaria. Según su nicho ecológico se dividen en: antropofílicos (viven en la piel del hombre), zoofílicos (viven en la piel de los animales) y geofílicos (viven en el suelo). De su nicho natural pasan a parasitar al hombre y pueden producir los siguientes tipos de dermatofitosis:

- 1) Tiña del pelo
- 2) Tiña de la piel glabra
- 3) Tiña de las uñas
- 4) Tiña inflamatoria de la cabeza (querión de Celso)
- 5) Tiña fávica
- 6) Granuloma tricoftico
- 7) Micetoma por dermatofitos

Cada uno de estos tipos tiene algunas variedades clínicas, dependiendo, sobre todo, de su localización (tiña de los pies, tiña inguinal, tiña de la mano, etc.).

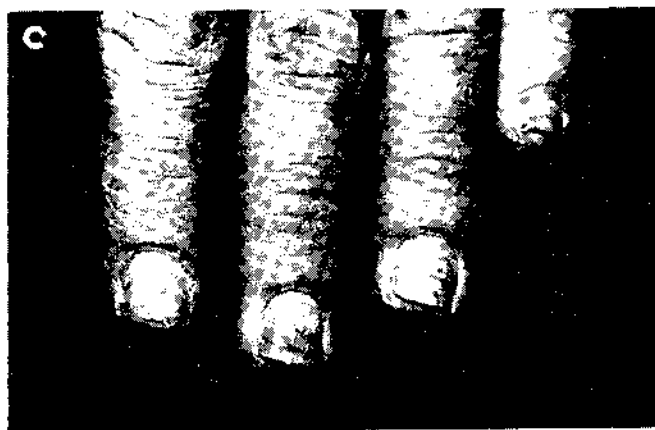
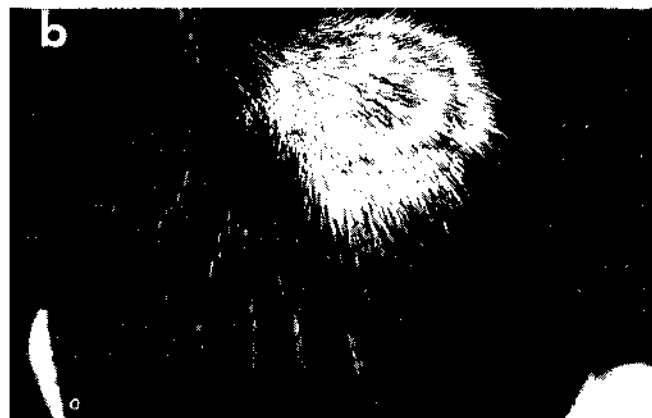
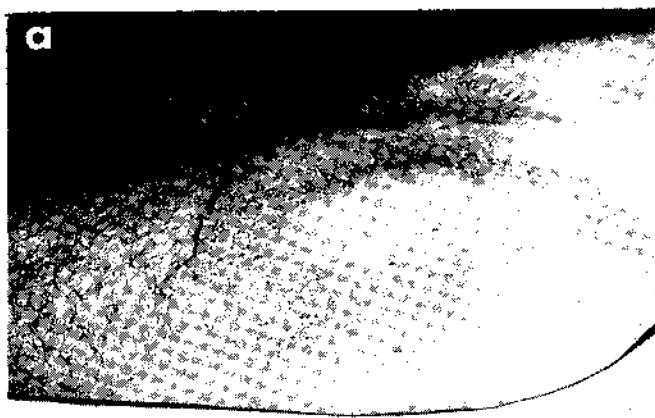
La *tiña del pelo* se presenta en los niños y excepcionalmente en algunos adultos, aunque éstos pueden ser portadores sanos.¹ Se trata de placas pseudoalopécicas,

escamosas, con pelos cortados a diversos niveles. El tamaño y la cantidad de estas placas es variable y en la forma inflamatoria se observan abscesos, que dan un aspecto muy típico a la lesión. El diagnóstico se confirma observando los pelos parasitados en el microscopio, entre lámina y laminilla, montados en solución acuosa de KOH al 40 por ciento. El tratamiento se hace a base de griseofulvina micronizada por vía bucal (15 mg./Kg. de peso en 24 horas en los niños y 500 mg. al día en los adultos) durante seis semanas en promedio.

Las *tiñas de la piel glabra* se presentan como placas pruriginosas, critematoescamosas en su centro, con un borde vesiculoso. Cuando son lesiones crónicas adquieren aspecto liquenificado; pero siempre el borde circinado vesiculoso orienta al diagnóstico. Estas placas adquieren aspectos morfológicos variables, según su localización (ingle, pliegues interglúteos). Su diagnóstico es confirmado observando al microscopio las escamas entre lámina y laminilla montadas en KOH al 40 por ciento. El tratamiento depende de su extensión, localización y cronicidad. Por lo general es suficiente el manejo local con los diferentes agentes tópicos (soluciones, tinturas, cremas, pomadas o ungüentos) con pirrolnitrina, clotrimazol, tolnaftato, triacetilo de glicerilo o bromosalinida. El excipiente debe ser seleccionado según la topografía y la actividad de la lesión.

* Académico numerario.

† Servicio de Dermatología y Micología Médica. Hospital General, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

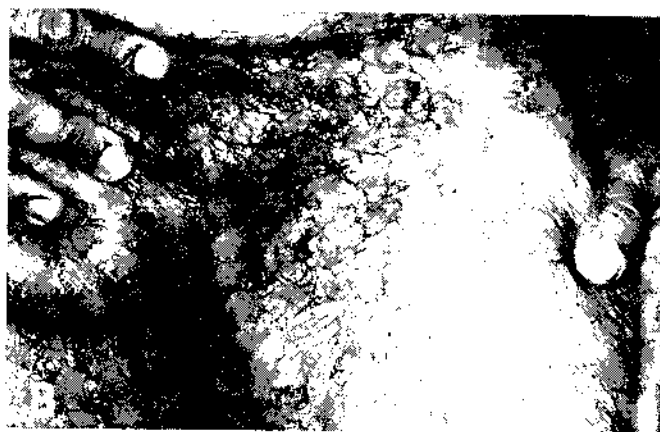
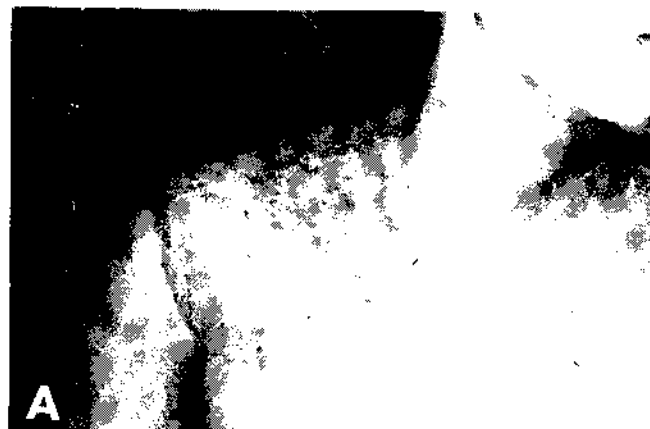


1a. Placa de tiña corporis sobre cicatriz quirúrgica producida por *Trichophyton rubrum*. b. Tiña del pelo. Nótese la pseudoalopecia y las escamas. c. Tiña de las uñas. El ataque se inició por la porción distal. d. Granuloma tricofítico de Majocchi en un niño con diabetes.

Una localización muy común de la tiña es en los pies. Este *pie de atleta* puede presentarse bajo cuatro tipos clínicos:² 1) tipo hiperqueratósico papuloescamoso crónico; 2) tipo intertriginoso crónico (cuyo único síntoma puede ser una o varias fisuras en los pliegues interdigitales); 3) tipo subagudo (con aparición de vesiculopústulas y ampollas), y 4) tipo agudo erisipelatoso, por infección piógena secundaria. El manejo de estas formas clínicas debe efectuarse cuidadosamente; ya que si bien las formas hiperqueratósica crónica y la intertriginosa crónica responden bien al tratamiento local o general, en los tipos subagudo y agudo hay que tratar previamente el proceso ecematoso o infeccioso para evitar el empeoramiento de las lesiones, o la aparición de tricofitides que en ocasiones son de gran importancia. Localmente se ordenarán pediluvios dos o tres veces al día con permanganato

de potasio al 1/10 000 en agua, hasta mejoría del cuadro. Si las lesiones de la forma aguda presentan signos de erisipela, la infección se tratará con eritromicina por vía bucal. Una vez dominado el estado subagudo o agudo, el manejo se hará como el de la tiña de la piel lampiña ya descrito. En la forma hiperqueratósica crónica es de utilidad el ungüento de Whitfield.

Las uñas de los pies o de las manos pueden ser atacadas por los dermatofitos; esto se inicia por el borde libre de las uñas (a diferencia de la candidosis ungueal que principia a partir de los pliegues periungueales), el cual pierde su textura normal, volviéndose friable y de consistencia pulverulenta en su superficie inferior. Su color cambia, adquiriendo tonos amarillo-ocre. Pueden estar enfermas una o varias uñas, constituyendo un buen foco de diseminación, sobre todo en los casos de onicomycosis de los pies, que mantienen la forma plantar y a veces son el origen de la tiña inguinal por autoinoculación. Su tratamiento consiste en la administración de griseofulvina por vía bucal un mes antes y dos meses después de



practicar onicectomía. Una vez realizada ésta, puede agregarse la aplicación local de solución yodosalicilada como coadyuvante.

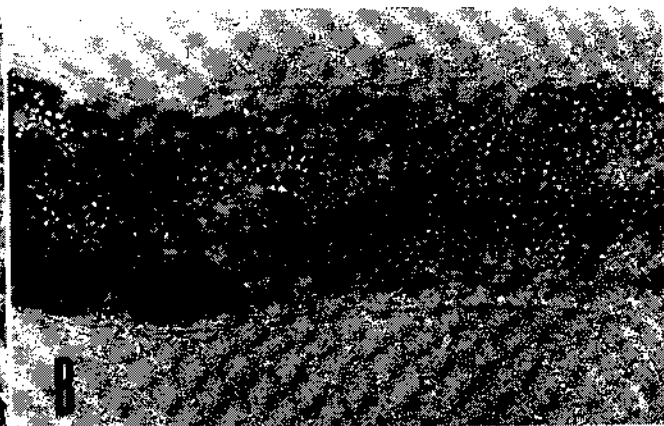
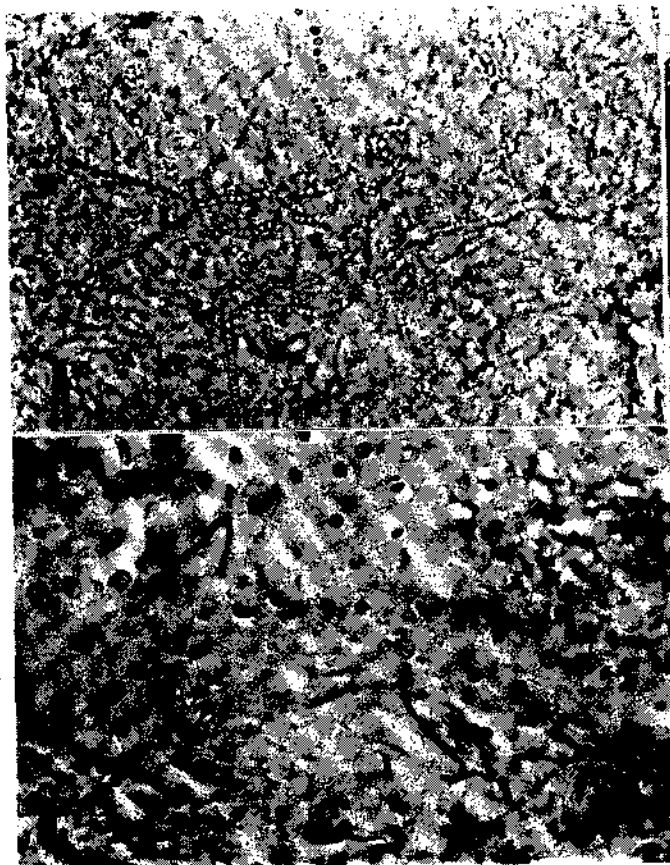
La tiña inflamatoria o querión de Celso es una variedad de la tiña de la cabeza en la cual el hongo que ha invadido el pelo y el folículo piloso produce una inflamación muy importante, dando un aspecto "en panal de miel". Hay autores que consideran que se trata de una tiña autocurable por la reacción inflamatoria; no obstante, se aconseja el tratamiento a base de griseofulvina por vía bucal durante seis o más semanas, según la evolución clínica. Si las placas son muy exudativas pueden agregarse fomentos de permanganato de potasio al 1/10 000 en agua o aplicación de tintura de Milian.

La tiña fávica o *favus*, forma excepcional en nuestro medio, se caracteriza por la presencia de grandes cantidades de micelio en la superficie de la piel, que forman lesiones conocidas como *scutula* (del latín: escudo). La lesión se inicia en un folículo piloso, que se extiende produciendo eritema y secundariamente alopecia atrófica. Las placas desprenden un olor desagradable y pueden localizarse en la piel cabelluda y con menos frecuencia en la piel lamiña. El aspecto costroso, alopécico, el mal olor, hacen fácil el diagnóstico de la enfermedad que se comprueba por el labo-

2. A. Tiña de la piel lamiña. Placa eritematoescamosa, con borde circinado y vesiculoso. El centro de la placa es escamoso. B. Tiña inguinocrural. C. Tiña de los pies tipo intertriginoso crónico. D. Tiña de los pies tipo subagudo.

ratorio. Su tratamiento consiste en la limpieza de las lesiones y griseofulvina por vía bucal por el tiempo que sea necesario. Algunos autores siguen aconsejando³ la depilación con rayos X en las zonas de endemia (Asia, Europa, África).⁴

En algunas ocasiones los dermatofitos pueden producir lesiones granulomatosas al invadir la dermis. El aspecto clínico es el de pápulas hiperqueratósicas confluentes o bien de aspecto verrucoso. El diagnóstico se corrobora por el laboratorio, por medio de estudios micológicos e histopatológicos.⁵ Una buena proporción de estos pacientes presenta trastornos de tipo general (diabetes, inmunodeficiencias). Es útil recordar una forma clínica⁶ que se manifiesta como una foliculitis crónica granulomatosa, en las pacientes con onicomycosis o dermatofitosis crónica de los pies y que tienen la costumbre de rasurarse las piernas por razones de estética. El manejo del granuloma tricoftico es a base de griseofulvina por vía bucal y fuera de los casos descritos en segundo término, descartar un padecimiento de tipo general, sobre todo en niños.



3 A. Escamas de piel observadas en KOH al 1/40 al microscopio. Se observan los filamentos miceliares y abundantes artrosporas de dermatofitos. B. Pelo parasitado observado en fresco. Se observan múltiples esporas de dermatofito en su interior. C. Biopsia de un granuloma tricofítico. Los filamentos atraviesan la epidermis para llegar a formar en dermis un granuloma (tinción de P.A.S.).

El micetoma por dermatofitos⁷ es excepcional y sólo existen algunos casos comunicados en la literatura.⁶

A continuación se transcribe la formulación de algunas de las preparaciones magistrales mencionadas:

- | | |
|---|---------|
| A) Loción yodosalicilada: | |
| Yodo metaloide | 0.5 g. |
| Acido salicílico | 2 g. |
| Alcohol | 30 ml. |
| Agua destilada c.b.p. | 100 ml. |
| h.s.a. Sg. Loción yodosalicilada | |
| B) Tintura de Milian: | |
| Verde de metilo | 0.1 g. |
| Violeta de genciana | 0.1 g. |
| Alcohol | 30 ml. |
| Agua destilada c.b.p. | 100 ml. |
| h.s.a. Sg. Tintura de Milian | |
| C) Ungüento de Whitfield modificado: | |
| Acido salicílico | 3 g. |
| Acido benzoico | 6 g. |
| Propilenglicol | 100 ml. |
| h.s.a. Sg. Ungüento de Whitfield modificado | |

REFERENCIAS

1. Mariat, F.: *La technique du carré de tapis, méthode simple de prélèvement dans les mycoses superficielles*. Ann. Inst. Pasteur 113:666, 1967.
2. Conant, N. F.; Smith, D. T.; Baker, R. D. y Callaway, J. L.: *Sintomatología, pronóstico y tratamiento de las dermatomycosis*. Micología. 3a. ed. México, Interamericana. 1972, p. 444.
3. Rippon, J. W.: *Dermatophytosis and dermatomycosis*. Medical mycology. Filadelfia, W. B. Saunders Co. 1974, p. 118.
4. Ajello, L.: *The epidemiology of the dermatophytes*. The epidemiology of human mycotic diseases. Al-Doory, Y. (Ed.). Springfield, Charles C Thomas. 1975, p. 270.
5. Macotella-Ruiz, E.; López Martínez, R.; Carvajal Rosado, M. y Ancona Alayón, A.: *Granulomas tricofíticos y mixto por Candida albicans y Trichophyton rubrum*. Med. Cut. 4:57, 1969.
6. Wilson, J. W.; Plunkett, O. A. y Gregersen, A.: *A nodular granulomatous perifolliculitis of the legs caused by Trichophyton rubrum*. Arch. Derm. 69:250, 1954.
7. Mariat, F.: Comunicación personal al autor. México. 1976.