Tinea manuum. Datos epidemiológicos y micológicos de 366 casos

ROBERTO ARENAS*

Se presentan datos epidemiológicos y micológicos de 366 casos de *tinea manuum* estudiados en 30 años; se señala el brusco aumento de esta dermatofitosis en los últimos cinco años (249 casos). Predomina en varones (70%), es más frecuente de los 11 a los 40 años de edad, es ocasionada por *T. rubrum* en 86 por ciento, afecta una sola mano en 61 por ciento y en ambas en 21 por ciento, el tiempo promedio de evolución es de dos años. Un examen directo con KOH confirma el diagnóstico en 93.5 por ciento.

CLAVES: *Tinea manuum*, dermatofitosis, *T. rubrum*.

SUMMARY

Epidemiological and micological data of a 30 years long study on 366 cases of *tinea manuum*. A sudden raise on the last five years (249 cases). The mycosis is caused by *T. rubrum* (86%), mostly affects men (70%) among 11 and 40 years of age, on one hand (61%) and seldom both (21%). The course last 2 years in average. The KOH examination confirms the diagnosis (93.5%).

KEY WORDS: *Tinea manuum*, dermatophytosis, *T. rubrum*.

Introducción

La *tinea manuum*, dermatofitosis crónica de las manos o tiña de las manos es una enfermedad cosmopolita, todavía mal conocida. Sin embargo, su identificación es fácil y se confirma con un sencillo examen directo. En muchos textos se estudia junto con la tiña de los pies.¹

Es una dermatofitosis ocasionada casi siempre por un hongo antropofílico: *T. rubrum*; generalmente afecta sólo una mano y se manifiesta por anidrosis e hiperqueratosis difusa de palmas y dedos, descamación pulverulenta y acentuación de los pliegues de flexión; a veces hay un borde marginado y puede tener el aspecto

de eccema crónico.² Cuando se localiza en el dorso de la mano, la mayoría la considera como *tinea corporis* o herpes circinado, dada su similitud con otras dermatofitosis del cuerpo.

La localización en la mano se conoce desde el siglo XIX. En 1870 Tilbury Fox hizo la primera descripción en Inglaterra.³ En 1887 Celso Pellizzari dio lectura a sus investigaciones sobre *T. tonsurans* durante un congreso médico en Pavia e hizo su publicación en 1888; identificó siete casos de micosis palmar al hacer exámenes microscópicos metódicos y señaló el aspecto dishidri-forme de las lesiones, las dificultades para demostrar el hongo e hipotetizó sobre la *tinea pedis*.⁴ En 1892 Djélalladdin-Moukhtar comunicó en la literatura francesa dos casos con tricoficia de regiones palmares y plantares. En 1916 Ormsby y Mitchell revisaron la literatura sobre tiña de pies y manos. Calnan describió en 1958

Trabajo de ingreso presentado en la Academia Mexicana de Dermatología, el 16 de febrero de 1991.

* Académico numerario. Centro Dermatológico Pascua. Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Secretaría de Salud.

cinco formas clínicas; hiperqueratósica, exfoliante, vesiculosa, pápulo-folicular y eritematoescamosa laminar.^{1,3}

Por cuanto a estudios epidemiológicos las comunicaciones son escasas. De 1921 a 1925 Ballage observó 40 casos en Munich, la mayoría en dorso de manos. Londero y col en Río Grande do Sul, Brasil, señalan no haber encontrado ningún caso con localización palmar entre 1943 casos comprobados de dermatofitosis entre 1960 y 1975. En 1985 Wanke y Wanke informaron de trece casos en Río de Janeiro.⁵ En 1985 Leroy y Lachapelle se refieren al aspecto ocupacional de la *ínea manuum*, y describen dieciséis casos entre 355 pacientes investigados por dermatitis crónica de manos.⁶ En 1988 Terragni, Oriani y Lasagni, de Milán, comunican los datos de veinte años con 52 casos observados entre 10.257 casos de dermatofitosis.⁷

El presente trabajo incluye los datos de 366 casos estudiados en 30 años en el laboratorio de micología del Centro Dermatológico Pascua (CDP); esta cifra representa 1,28 por ciento de 28.550 pacientes registrados con diagnóstico de micosis cutánea.

Datos clínicos

La tiña de las manos se clasifica en dorsal y palmar. Muchos consideran a la primera como *ínea corporis*; se caracteriza por lesiones circinadas con pápulas, descamación furfurácea y bordes activos vesiculosos; cuando se afectan los pliegues (intertrigo dermatofítico) se acentúa el cuadrículado natural de las comisuras interdigitales.

La tiña palmar es la verdadera *ínea manuum*; tiene dos formas clínicas importantes: la inflamatoria o vesiculosa y la no inflamatoria o escamosa.¹

La forma inflamatoria, dishidrótica o ecematoide, generalmente la ocasiona el *T. mentagrophytes*, predomina en climas templados, es aguda y por brotes, se caracteriza por una erupción de vesículas de uno a dos milímetros de diámetro, la mayoría multiloculadas y en placas de contornos circinados o arciformes, afecta las palmas hasta sus bordes; en ocasiones hay vesículas aisladas, más grandes y tensas, de contenido claro o ligeramente viscoso; si se erosionan las vesículas, quedan superficies eritematosas rezumantes y bordeadas de un collarate de escamas.

La forma no inflamatoria o hiperqueratósica es la más frecuente y la causa *T. rubrum*, es de evolución subaguda o crónica, empieza por una o varias vesículas que rápidamente se destacan y descaman; mientras

tanto aparecen otras, en las partes vecinas y dan lugar a placas rojas y escamosas, redondeadas o de forma irregular con escamas adherentes, difusas, o finas y pulverulentas en raspado superficial; hay anhidrosis y acentuación de los pliegues de flexión y dermatoglifos; a veces toman aspecto nacarado. También puede haber eritema, hiperqueratosis, grietas y fisuras. Las placas están rodeadas de un collarate seco y grueso, en la parte periférica se puede encontrar edema y vesículas o pústulas de color gris amarillento; éstas se disponen en forma de corona y se secan y eliminan a medida que se extiende la placa. Cuando no se forman vesículas o son imperceptibles, aparecen placas secas y policíclicas conocidas como *dishidrosis lamellaris sicca*. La evolución es crónica y sin tendencia a la curación en las formas secas. En cambio, en las formas agudas o subagudas tiende a la curación espontánea si no hay factores agravantes, ya sean químicos, ocupacionales o traumáticos. En ocasiones la cronicidad se debe al reemplazo de la infección fúngica por un proceso ecematoso. La evolución promedio es de un año -según la mayoría de los autores-, pero muchas veces se prolonga por no haberse efectuado el diagnóstico ni empleado una terapéutica inadecuada. En el CPD se encontró una evolución de dos años en promedio, la menor de ocho días y la mayor de veinte años.

No en todos los casos hay síntomas, el prurito es inconstante, puede haber hormigueo o sensación de quemadura; rara vez hay dolor y cuando ocurre se debe a edema inflamatorio o grietas.

Todos los autores mencionan que casi siempre se afecta una sola mano, dato coincidente en el 61 por ciento de casos en el CDP. Nosotros observamos que se afectan ambas manos en forma aislada o las dos juntas con la misma frecuencia: mano derecha en 33 por ciento, izquierda en 28 por ciento ambas manos en 21 por ciento, no se registró el dato en 18 por ciento. Es curioso que cuando una mano se afecta, la otra no siempre se afecte aun a pesar de la evolución prolongada, puesto que las oportunidades para inoculación son continuas.

No hay factores predisponentes, salvo deformidades anatómicas o compresión ocupacional de los espacios interdigitales que lleven a maceración y produzcan entonces una condición similar a la que se presenta en la tiña de los pies. Como factores favorecedores se consideran actividad manual, sudación abundante, acrocianosis, inflamación previa como en la dermatitis por contacto y uso repetido de jabones alcalinos.

Las complicaciones más frecuentes son la infección

bacteriana y onicomicosis. Con frecuencia se halla asociada a tiñas en ingles, pies y uñas. No hay fenómeno ide.

El diagnóstico diferencial es con ides de dermatofitosis podal; todos los cuadros clínicos que se incluyen en el eccema de manos como: dishidrosis, dermatitis por contacto, dermatitis atópica, eccema de manos por contacto, dermatitis atópica, eccema de manos por contacto, dermatitis atópica, eccema numular y liquen simple; candidosis; tiña negra, psoriasis, sifilides, pitiriasis rubra pilar, otras queratodermias palmoplantares incluso queratosis arsenicales.

Datos epidemiológicos

Esta dermatofitosis predomina en el sexo masculino (70 %); es rara en niños y en personas mayores de 70 años de edad (Cuadro I).

Cuadro I. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Escala	Núm. casos
0 - 10 años	4
11 - 20 -	77
21 - 30 -	116
31 - 40 -	72
41 - 50 -	43
51 - 60 -	34
61 - 70 -	13
71 - 80 -	6
80 - más -	1

Se encuentra más frecuentemente de los once a los cuarenta años de edad, con predominio entre los veintinueve y los treinta años; este dato coincide con lo señalado en la mayoría de las publicaciones. El caso extremo fue un paciente de 83 años de edad y 5 de evolución; en los menores de diez años de edad la dermatofitosis fue causada por agentes distintos de *T. rubrum*, excepto en un caso.

No se ha podido establecer la relación enfermedad-ocupación. En otras estadísticas se ha visto sobre todo en obreros y empleados, aunque la mayor parte de nuestros pacientes se dedican a actividades manuales (Cuadro II).

Empleados y estudiantes suman 46 por ciento y varios el 36 por ciento lo que importa 82 por ciento; en este último apartado se incluyen artesanos, zapateros, músicos, campesinos y otras ocupaciones que, de alguna manera, realizan labores manuales.

Cuadro II. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO CON LA OCUPACIÓN

Ocupación	Núm. casos
Estudiantes	73
Empleados	77
Labores del hogar	53
Obreros	28
Comerciantes	32
Varios	63
No reportada	40

Estudio micológico

Se señala que la intradermoreacción con tricofitinas es negativa. Para el examen directo se debe recolectar material abundante y demostrar filamentos dermatofíticos. Este estudio aislado fue positivo 47 por ciento (170 casos); examen directo y cultivo dieron positivo en 46 por ciento (173 casos). El examen directo dio un total de positivos en 93.5 por ciento (343 casos). El cultivo fue positivo por separado en 23 casos y en un total en 53 por ciento (196 casos). Los dermatofitos causantes figuran en el cuadro III.

Cuadro III. DERMATOFITOS CAUSANTES DE *TINEA MANUUM*

Escala	Núm. casos
<i>T. rubrum</i>	177
<i>T. mentagrophytes</i>	8
<i>T. tonsurans</i>	3
<i>M. canis</i>	6
<i>E. floccosum</i>	2

En la mayoría de las estadísticas se reporta *T. rubrum* en más de 75 por ciento de los casos, nosotros lo encontramos en 86 por ciento; el resto de los agentes sólo dieron 14 por ciento; el más frecuente entre estos fue *T. mentagrophytes* que ocasiona sobre todo formas inflamatorias; un caso por este agente se presentó en un menor de diez años de edad, los otros tres casos en este grupo de edad fueron por *T. tonsurans*, *M. canis* y *T. rubrum*. Los casos por *E. floccosum* se presentaron en un hombre de 70 años de edad y en una mujer de 46; no se aislaron *T. violaceum*, *T. verrucosum* ni *M. gypseum*.

La transmisión puede ser a partir de otro individuo, de animales o de la tierra; ya sea directamente o por fomites (raquetas, toallas) y también por autoinoculación.

Comentarios

En un periodo de 30 años (1965-1990) se enviaron al laboratorio de micología del C.D.P. 903 casos con diagnóstico presuntivo de *tinea manuum*; se confirmó en la tercera parte (366 casos). La incidencia de esta dermatofitosis era muy baja: de 1956 a 1959 no se registró ningún caso; en los siguientes 25 años (1960-1985) se encontraron 117, es decir un promedio de 4.6 casos por año. Sin embargo, es llamativo el aumento de la incidencia en los últimos años: en 1986 se observaron 60 y la cifra permaneció estable en los siguientes años (en 1987, 49; en 1988, 40; en 1989, 57; en 1990, 43).

No se ha dilucidado si en los tres decenios anteriores no se diagnosticaba o si realmente no existía. Creemos la segunda opción más factible pues en los precedentes 25 años, de 415 sospechosos, el diagnóstico se confirmó únicamente en la cuarta parte de los casos; en cambio, en los últimos cinco años el diagnóstico fue probable en 488 y se confirmó en la mitad de los casos (249).

Actualmente la posibilidad de tiña de las manos se debe tener en cuenta al encontrarnos frente a las siguientes situaciones clínicas: lesiones eritematoescamosas crónicas de manos, hiperqueratosis difusa de palmas y dedos, en anhidrosis importante, acentuación de pliegues de flexión o ante la presencia de descamación pulverulenta al raspado.

La tiña de las manos es más frecuente cuando hay ocupación manual (82 %), pero rara vez constituye una enfermedad profesional. Predomina en varones (70 %), es más frecuente de los 11 a los 40 años de edad, parece poco contagiosa y es de fuente antropofítica de *T. rubrum* en 86 por ciento. Afecta una sola mano en 61 por ciento, pero, su localización: derecha, izquierda o en

ambas, tiene frecuencia similar; el tiempo promedio de evolución es de dos años; en la misma persona frecuentemente se asocia con dermatofitosis en otra localización. El examen directo confirma el diagnóstico en 93.5 por ciento. Es un método rápido y sencillo. El tratamiento es más prolongado que en otras tiñas de la piel lampiña, en general dura más de dos meses; se pueden utilizar antimicóticos tópicos pero es más recomendable utilizar antifúngico sistémico como griseofulvina, itraconazol o terbinafina. En algunos casos se recomienda la combinación de un local y un sistémico; si hay afección ungueal debe prolongarse hasta la curación de las uñas.

Estudios más especializados han mostrado datos interesantes, por microscopía electrónica se ha observado progresión del dermatofito al interior de corneocitos y por radioautografía *in vivo* aumento del recambio epidérmico en respuesta a la agresión parasitaria.⁶

Agradecimientos

A la técnica laboratorista Aurora Aguilar.

Referencias

1. Grigoriu D, Delacrétaz J, Borelli D. *Traité de Mycologie Médicale*. Payot-Lausanne. Doin Ed-Paris. 1984: 87-98.
2. Moschella SL, Hurley HJ. *Dermatology*. 12nd ed. Saunders Company. Philadelphia. 1985; 182: 756-757.
3. Rippon JW. *Medical Mycology*. Philadelphia; Saunders Company, 1988: 217-218.
4. Panconesi E, Difonzo EM, Celso Pellizzari e Aldo Castellani. Due Fiorentini nella storia della micologia. *Micología Dermatológica* 1989; 3 (3): 187-197.
5. Wanke NCF, Wanke B. *Tinea manuum*. Relato de 13 casos. *Med Cut ILA* 1985; xiii: 497-501.
6. Leroy B, Lachapelle JM. Etude de la dermatophyte chronique des mains (*Tinea manuum*). *Les Nouvelles Dermatologique* 1985; 4 (3): 123-126.
7. Terragni L, Oriani A, Lasagni A. *Tinea manuum*. *Micología Dermatológica* 1988; 2 (2): 141-144.