

VIII. Micosis superficiales

Roberto Arenas-Guzmán*

La Sección de Micología del Departamento de Dermatología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" se creó hace 10 años y desde entonces se han estudiado las micosis de la piel y los casos micológicos que se atienden en el resto del hospital. Dentro de las micosis superficiales, las más frecuentes son las dermatofitosis o tiñas, un grupo de enfermedades dermatológicas ocasionadas por hongos queratinofílicos que afectan la piel o sus anexos y que se reúnen en tres géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. Éstas se pueden localizar de la cabeza a las uñas de los pies y reciben el nombre de la zona afectada vgr. *tinea capitis* y *tinea pedis*, en el caso de la afección de uñas se prefiere el nombre de onicomycosis. El objetivo de esta comunicación es presentar en forma resumida los trabajos sobre dermatofitosis publicados en los últimos 10 años que fueron realizados en la Sección de Micología.¹⁻²⁹ La frecuencia del pie de atleta en un estudio realizado en el hospital fue de 29%, ocasionado por *Trichophyton rubrum* en 69% y *Candida* en 22%.¹ Las onicomycosis se observaron en 24% y se debieron a dermatofitos en 74%, en especial *T. rubrum*.² De éstas fueron infecciones mixtas en 11%, y de éstas 73% por un dermatofito asociado *Candida*.^{6,11} La tiña de los pies y onicomycosis en niños son raras, se estudiaron 31 casos, 13 con tiña de los pies y 12 con onicomycosis y seis con ambas.⁴ Se informaron cinco casos de dermatofitosis de la zona del pañal, cuatro por *Epidermophyton floccosum* y uno por *T. rubrum*.¹⁵ En un estudio de pies de 30 niños con dermatitis atópica se encontraron dermatofitos en 10% y *Candida* en 20%.¹⁷ Los niños con síndrome de Down presentan una frecuencia elevada de onicomycosis.⁹ Escolares portadores de dermatofitos se encontraron en 6% (*T. rubrum* y *T. mentagrophytes*).⁵ En pacientes con SIDA se observó onicolisis en 35%, cromoniquia en 39%, distrofia ungüeal importante en 56%, onicomycosis subungüeal distal en 43% y onicomycosis subungüeal proximal en 13%.⁷ Las onicomycosis en diabéticos se presentaron en 31%, sobre todo por *Candida sp* y especialmente cuando no había control metabólico.^{3,8,26}

En psoriasis y alteraciones ungüeaes se confirmó onicomycosis en 29%, se aisló en 12% levaduras y en 11% dermatofitos.¹⁰ En pacientes con úlceras venosas de las piernas los cambios en uñas están presentes en 61% y son onicomycosis en 36%.¹² En un estudio de 159 pacientes con *tinea cruris* predominó *T. rubrum* y la tiña del cuerpo en 117 casos afectó por igual hombres y mujeres, principalmente en tronco y extremidades y predominó *T. rubrum* y *M. canis*.^{14,16} En 51 casos de tiña de las manos, 58% fueron hombres con afección de una mano en 90% y en 39% se demostró el síndrome de una mano y dos pies; la etiología en 56% *Trichophyton rubrum* y en 4% *Epidermophyton floccosum*.¹³ Nueve casos de querion/granuloma tricofítico presentaron cambios histopatológicos similares, con infiltrado inflamatorio perifolicular en 78%, con presencia de esporas en 67% y de granuloma de células gigantes en 75% de los casos de querion y 25% en granulomas.¹⁸ La terapéutica en tiña de la cabeza, tiña de pies y onicomycosis incluye antimicóticos sistémicos como griseofulvina, itraconazol, fluconazol y terbinafina, y tópicos como urea-bifonazol y tioconazol.¹⁹⁻²⁹

Referencias

1. Leyva J, Méndez P, Arenas R. Pie de atleta. Datos actuales sobre su causa en la Ciudad de México. *Dermatol Rev Mex* 1998;42:58-62.
2. Arenas R, Ochoa D. Onicomycosis: frecuencia actual en un departamento de dermatología de la Ciudad de México. *Dermatol Rev Mex* 1997;41:171-175.
3. Wanzke-del-Angel V, Arce M, Arenas R, y cols. Detección de micosis podales y portadores en pacientes diabéticos ambulatorios. Estudio clínico-micológico en 106 pacientes. *Dermatol Rev Mex* 1997;41:216-222.
4. Arenas R, Rosales C. Onicomycosis y tiña de los pies. Estudio de 31 casos en edad pediátrica. *Dermatol Rev Mex* 1997;41:139-142.
5. Monroy E, Abiega C, Arenas R. Detección de portadores de dermatofitos en escolares de una institución pública. *Dermatol Rev Mex* 1999;43:8-12.
6. Saez de Ocariz MM, Monroy E, Arenas R. Onicomycosis mixtas. Comunicación de 26 casos. *Dermatol Rev Mex* 1999;43:208-12.
7. Arenas R, Aristimuño M, Abiega C, Arenas R. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y onicomycosis. *Dermatol Venezol* 1999;37:28-32.
8. Arenas R, Rubalcaba J, Leyva J, y cols. Onicomycosis y diabetes mellitus tipo 2. Frecuencia en 143 pacientes ambulatorios. *Dermatol Rev Mex* 1999;43:1-7.
9. Cordova ME, Arenas R, López C, Crespo A, Monroy E. Síndrome de Down. Frecuencia y características de la onicomycosis de los pies. *Dermatol Rev Mex* 2000;44:5-9.
10. Muñoz HL, Leyva J, Arenas R. Onicomycosis. Su frecuencia en pacientes con psoriasis. *Dermatol Rev Mex* 1999;43:41-45.

*Jefe de la Sección de Micología. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Académico numerario

11. **Arenas R, Saéz de Ocariz MM, Monroy E.** Emerging onychomycosis and new pathogen agents. 14th ISHAM Congress. Buenos Aires, Argentina; 1999.
12. **Saez de Ocariz MM, Arenas R.** Frequency of toenail onychomycosis in patients with cutaneous manifestations of chronic venous insufficiency. *Int J Dermatol* 2001;40:18-25.
13. **Vázquez H, Leyva J, Arenas R.** Tiña de las manos y síndrome de una mano y dos pies. Estudio retrospectivo de 51 casos. *Dermatol Rev Mex* 1998;42:9-12.
14. **Vásquez del Mercado E, Arenas R.** Datos epidemiológicos y factores causales de la tiña de la ingle. Revisión de 5 años. *Dermatol Rev Mex* 2001;45:126-129.
15. **Peral ME, Arenas R.** Dermatomofitosis en la zona del pañal. Presentación de cinco casos. *Dermatol Rev Mex* 2001;45:4-7.
16. **Vásquez del Mercado E, Arenas R.** Epidemiología y causas de la tiña del cuerpo. Experiencia de cinco años. *Dermatol Rev Mex* 1999;43:260-263.
17. **Herrera M, Arenas R, Sosa C, Ruiz Maldonado R.** Dermatomofitos y *Candida* en pacientes pediátricos con dermatitis atópica. *Dermatol Rev Mex* 1993;37:12-14.
18. **Bojorquez, MA, Arenas R, Molina D, Vega Me.** Granuloma tricofítico/Querion de Celso. Datos clínicos, micológicos e histopatológicos de 9 casos. *Dermatol Rev Mex* 2002;46:15-22.
19. **Guevara E, Greene J, Arenas R.** Tiña de la cabeza. Tratamiento actual en cinco pacientes. *Dermatol Rev Mex* 1996;40:262-265.
20. **Navarrete O, Vázquez H, Arenas R.** Tiña de la cabeza en el anciano. Un caso excepcional por *Trichophyton tonsurans*. *Dermatol Rev Mex* 1999;43:123-6.
21. **Fernández, RF, Liébanos S, Arenas R.** Tiña de la cabeza recurrente en un adulto. *Dermatol Venezolana* 2002;40:70-73
22. **Arenas R, Fernández G, Domínguez L.** Onychomycosis treated with Itraconazole or Griseofulvin alone with and without a topical antimycotic or keratolytic agent. *Int J Derm* 1991;30:586-589.
23. **Arenas R, Domínguez J, Fernández LM.** Open randomized comparison of itraconazole versus terbinafine in onychomycosis. *Int J Dermatol* 1995;34:138-143.
24. **Arenas R, Arce M, Leyva J.** Onicomycosis dermatofítica. Estudio abierto, comparativo y al azar entre pomada de bifonazol-urea combinada con un monopolso de itraconazol o terbinafina. *Dermatol Rev Mex* 1999;43:149-56.
25. **Arenas R, Ocampo J, Sosa JL, García C.** Pomada de bifonazol-urea como tratamiento tópico de las onicomycosis. *Dermatol Rev Mex* 1995;39: 85-88.
26. **Aristimuño M, Arenas R, Rubalcaba J, y cols.** Onicomycosis en pacientes diabéticos tipo 2 ambulatorios. Datos clínico-epidemiológicos y tratamiento con bifonazol-urea. *Dermatol Rev Mex* 2000;44:60-68.
27. **Domínguez-Cherit J, Teixeira F, Arenas R.** Combined surgical and systemic treatment of onychomycosis. *Br J Dermatol* 1999;140:778-780.
28. **Gómez M, Arenas R, Salazar JJ, y cols.** Tiña de los pies. Estudio multicéntrico para valorar la eficacia y tolerancia de una dosis semanal de fluconazol *Dermatol Rev Mex* 1996;40:251-255.
29. **De la Barreda F, Arenas R, Domínguez SL.** Tioconazol a 28% en barniz. Tratamiento de 20 casos de onicomycosis. *Med Cut ILA* 1994;XXII:147-150.