

Casos de Microbiología Clínica

Caso nº 503

Tinea corporis en paciente inmigrante infectada por el VIH.

Descripción

Mujer de 29 años nigeriana, de raza negra, que regresa a España, donde ha residido los últimos 5 años, después de una estancia de 4 meses en su país de origen. Acude a la consulta de Enfermedades Infecciosas por presentar, desde hacía 2 meses, una lesión en la cara supero-anterior del hombro izquierdo consistente en una placa máculo-papulosa de 7-8 cm, pruriginosa, con crecimiento progresivo centrífugo y borde eritemato-escamoso bien definido, alrededor de la cual aparecen lesiones más pequeñas de diversos tamaños (figura 1). Como antecedentes, a la paciente se le diagnosticó hacía 2 años infección por el VIH (grupo A-3 del CDC, 1993) y el virus de la hepatitis B, presentando buena respuesta al tratamiento anti-retroviral administrado, con carga viral indetectable en la actualidad; en su país había tenido múltiples episodios de malaria. En el examen físico presenta buen estado general, sin adenopatías y no se detectan lesiones cutáneas en otras partes del cuerpo, incluyendo uñas y cuero cabelludo.

Se remitió a la paciente al laboratorio de Microbiología para toma de muestra de escamas de piel de las lesiones y estudio de hongos.

El laboratorio emitió un resultado previo informando la observación de micelios en el examen directo de la muestra, lo que permitió la instauración de tratamiento con terbinafina oral (250 mg/día) y tópica durante 3 semanas.

En el cultivo de las escamas de piel en placas de Sabouraud cloranfenicol actidionica (SCA) a los 7 días de incubación crecieron múltiples colonias de un hongo (figura 2). ■



Figura 1. Lesión de *tinea corporis* en hombro de la paciente.

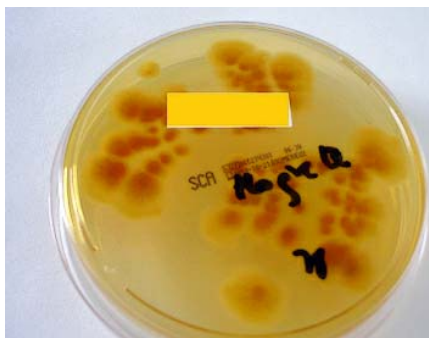
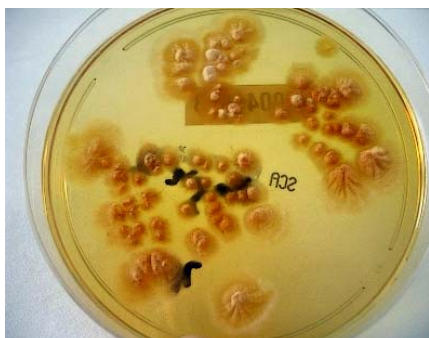


Figura 2. Anverso y reverso de colonias de *T. soudanense* en SCA, incubado a 28°C, después de 24 días.

Caso descrito y discutido por:

Olha Stelmakh¹,
M^o Teresa Durán Valle¹ y
Carlos Barros Aguado²
Sección de Microbiología¹ y
Unidad de Enfermedades
Infecciosas²
Hospital Universitario de
Móstoles - Móstoles. Madrid

Correo electrónico:
mduran.hmtl@salud.madrid.org

CON LA COLABORACIÓN EDITORIAL DE:

Dr. JUAN IGNACIO ALÓS
Servicio de Microbiología.
Hospital Universitario de Getafe
Getafe - Madrid.

Editado por:

FRANCISCO
SORIA
MELGUIZO, S.A.

Caramuel 38, 28011 Madrid
Tel. 91 464 94 50
Fax. 91 464 62 58
<http://www.f-soria.es>

1. ¿Cuál es el diagnóstico? ¿Qué métodos microbiológicos lo confirman?

El margen eritemato-escamoso y el aspecto anular es un hallazgo típico de las lesiones sobre la piel lisa producidas por hongos dermatofitos, por lo que en primer lugar se sospechó una *tinea corporis* (tiña).

La *tinea corporis* es una enfermedad de la piel lisa, que se localiza en tronco, brazos y piernas, producida por hongos dermatofitos de los géneros *Microsporum* y *Trichophyton*. Las dermatofitosis son muy frecuentes en todo el mundo, se cree que afectan al 20-25% de la población mundial y son mucho más frecuentes en climas tropicales que en climas templados.

Para confirmar la sospecha diagnóstica se limpió la lesión con

alcohol de 70° y se recogieron escamas del borde activo, raspando con bisturí estéril y frotando después con moqueta estéril. En la observación microscópica de las escamas con KOH al 20% y dimetil-sulfóxido (DMSO), con el objetivo de 20x, se observaron micelios hialinos estrechos, septados y ramificados.

El resto de escamas y la moqueta se sembraron en placas de agar SCA, que se incubaron a 28°C. A los 7 días se observó el crecimiento de múltiples colonias de color amarillo y superficie aterciopelada lisa, con bordes estrellados, que con el tiempo desarrollaron pliegues radiales y elevación central; el envés de las colonias presentó color amarillo-anaranjado. ■

2. ¿Qué agentes etiológicos pueden estar implicados? ¿Cómo se realiza la identificación?

Los agentes etiológicos de *tinea corporis* están en relación con la región geográfica, condiciones socio-económicas y hábitos de la población. Algunas especies como *T. rubrum* tienen distribución mundial, mientras que otras están restringidas a regiones geográficas o continentes.

En nuestro área, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* y *M. canis* son las especies aisladas con mayor frecuencia, aunque en los últimos años ha aumentado el aislamiento de otras como *T. tonsurans*, *T. violaceum* y *T. soudanense*, en relación con la inmigración.

La identificación tradicional de hongos dermatofitos se realiza por cultivo en agar Sabouraud cloranfenicol al que se le puede añadir actidiona, y estudio de sus características morfológicas macroscópicas (topografía y color de las colonias) y microscópicas (presencia y forma de macro y microconidios) específicas de cada especie.

Algunos aislados no producen conidios en los medios primarios de aislamiento y en este caso se debe realizar un subcultivo a otro medio de cultivo para inducir la esporulación, siendo el agar patata dextrosa uno de los más utilizados.

Cuando existen dificultades en la identificación de estos hongos, por falta de producción de estructuras morfológicas características

o por semejanza entre varias especies, puede recurrirse a pruebas complementarias; las más utilizadas son: 1) la detección de ureasa después de 7 días para diferenciar *T. rubrum* (ureasa negativa) de *T. mentagrophytes* (ureasa positiva), 2) la prueba de perforación del pelo in vitro (positiva para *T. mentagrophytes* y *M. canis*, y negativa para *T. rubrum*), y 3) el requerimiento de factores de crecimiento (*T. tonsurans* y *T. violaceum* presentan poco crecimiento en medios sin tiamina).

T. soudanense presenta colonias de crecimiento lento con pigmento amarillo-anaranjado, rara vez produce microconidios piriformes y la morfología microscópica de las hifas con producción de ramificaciones hacia lados opuestos es la clave para su identificación.

El hongo dermatofito aislado se identificó presuntamente como *T. soudanense* por el color y topografía de las colonias, presencia de hifas distorsionadas, ureasa negativa, escaso crecimiento en medios nutricionales y falta de esporulación en los medios de cultivo. Al no resultar evidentes las hifas características de especie, se envió a la Unidad de Micología del Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda, que confirmó la identificación como *T. rubrum* genotipo A (antiguo *T. soudanense*). ■

3. ¿Cuál es el hábitat, la distribución geográfica y las formas clínicas de la infección que produce *T. soudanense*?

T. soudanense es un hongo dermatofito antropofílico (el reservorio es el hombre), endémico en países tropicales de África del Noroeste y Central. Es una de las causas más frecuentes de *tinea capitis* en la población infantil de áreas endémicas y se asocia a menudo a *tinea corporis*; con menor frecuencia produce onicomicosis (*tinea unguium*) en la población adulta.

Las infecciones producidas por *T. soudanense* han aumentado en los últimos años en Europa y América del Norte y se han detectado principalmente en inmigrantes africanos. En Australia y Nueva Zelanda se ha informado desde principios de 1990 un incremento de casos de *tinea capitis* por esta especie y otras como *T. violaceum* y *M. audouinii* en niños inmigrantes de África del Este, en particular, y con evidencia de

transmisión de estos agentes a la población local.

Los hongos dermatofitos antropofílicos se transmiten por contacto directo con escamas o pelos que contienen artroconidios, al com-

partir ropa, peines, toallas, duchas, etc. Las condiciones de humedad, calor y oclusión favorecen la infección. ■

4. ¿Cómo influye la infección por el VIH en la incidencia y evolución de la *tinea corporis*?

Según algunos estudios realizados en la era pre-TARGA no está claro que los pacientes con infección por el VIH tengan una mayor incidencia de enfermedad por dermatofitos (con la excepción de la enfermedad ungueal) respecto a la población general, ni que la dermatofitosis sea más frecuente a medida que desciende el recuento de linfocitos CD4+, aunque el tratamiento con azoles sistémicos para infecciones fúngicas invasivas o mucosales en algunos pacientes pudo haber reducido la incidencia de dermatofitosis.

Sin embargo, la dermatofitosis epidérmica suele presentarse con un curso más agresivo, mayor variabilidad en la forma de presenta-

ción y mayor resistencia al tratamiento.

En pacientes con infección avanzada por el VIH se ha descrito enfermedad por dermatofitos extensa y diseminada afectando simultáneamente a diversas áreas corporales como plantas y dedos de pies, manos, uñas, ingle, nalgas, piernas, tronco y cara.

La tiña del cuerpo puede complicarse con la invasión de la dermis y la formación de granulomas de Majocchi, que consisten en nódulos granulomatosos que se producen como resultado de la rotura de un folículo infectado en la dermis y que con frecuencia se localizan en extremidades inferiores. ■

5. ¿Cuál es el tratamiento más apropiado de la *tinea corporis* en un paciente con infección por VIH?

El tratamiento de las dermatofitosis de los pacientes con infección por el VIH no difiere sustancialmente del aconsejado para otros sin dicha infección, aunque los primeros pueden requerir dosis de antifúngicos más altas y tratamientos más prolongados.

Los pacientes que reciben TARGA responden mejor a la terapia antifúngica y experimentan menos recurrencias.

Para las formas de *tinea corporis*, *tinea cruris* o *tinea pedis* localizadas no inflamatorias se considera que deberían ser tratadas inicialmente con un imidazol o terbinafina tópicos, cada 12 horas, 2-4 semanas. Las formas extensas o inflamatorias pueden tratarse con terbinafina oral, 250 mg/día, 2-4 semanas. ■

Bibliografía

- 1 Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses* 2008; 51(Suppl 4): 2-15.
- 2 Martínez Marcos FJ, Suárez Marrero, González Nieto JA. Manifestaciones cutáneas de las micosis en los pacientes con infección por el VIH. En: *Infecciones fúngicas en pacientes infectados por el VIH*. Antonio Rivero Román. 2008: pag. 161-83.