

Dermatofitosis y resolución: un caso de tiña corporis

Rebeca Hernández Román*, **Cristina Pérez Fernández****, **Carmen Martí Rodríguez*****, **María Hernández Carrasco****

* *MIR Medicina Familiar y Comunitaria. GAPVAO. CS Plaza del Ejército. Valladolid (España).*

** *LES Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. GAPZA. CS Toro. Zamora (España).*

*** *MIR Medicina Familiar y Comunitaria. GAPZA. CS Toro. Zamora (España).*

Correspondencia: Rebeca Hernández Román. rhernandezrom@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: Las dermatofitosis o tiñas son infecciones cutáneas causadas por hongos, transmitidas por contacto directo con personas, animales infectados o superficies contaminadas. El propósito de este artículo es proporcionar una comprensión detallada sobre las tiñas, abarcando sus manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento.

Exposición del caso: Varón de 53 años que consulta por lesión dérmica en antebrazo izquierdo única redondeada de unos 5 centímetros de diámetro ligeramente sobreelevada con descamación, aclaramiento central y borde eritematoso, pruriginosa.

Diagnóstico y discusión: Al indagar en la anamnesis, el paciente refiere que es pastor de ovejas, por lo que tras plantear varios diagnósticos diferenciales se obtiene el diagnóstico de tiña corporis, realizando tratamiento antifúngico empírico y resolviéndose por completo la lesión.

PALABRAS CLAVE

Tiña corporis; Dermatofitosis; Hongos

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las dermatofitosis o tiñas son infecciones cutáneas causadas por hongos. Estas infecciones son comunes y se transmiten por contacto directo con personas, animales infectados o superficies contaminadas. El propósito de este artículo es proporcionar una comprensión detallada sobre las tiñas, abarcando sus manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento. Se pretende destacar la importancia de un diagnóstico oportuno y preciso, así como las estrategias de prevención y control para minimizar la propagación de estas infecciones en la comunidad.

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Acude a consulta de atención primaria en el medio rural un varón de 53 años. Refiere que presenta una lesión desde hace 5 semanas en el antebrazo izquierdo, que ha aumentado de tamaño las dos últimas semanas acompañada de prurito y una ligera descamación en la superficie. El paciente niega fiebre u otra sintomatología asociada. No refiere picadura o traumatismo en dicha zona. Como antecedentes personales únicamente destaca el consumo de tabaco, no presentando en el momento actual ningún tratamiento farmacológico activo.

A la exploración física el paciente presenta buen estado general, afebril, eupneico en reposo con constantes vitales y resto de la exploración física sin alteraciones. Presenta una lesión dermatológica única redondeada de unos 5 centímetros de diámetro ligeramente sobreelevada con descamación, aclaramiento central y borde eritematoso, localizada en la cara

anterior de la región distal del antebrazo izquierdo. No se aprecian otras lesiones satélites dermatológicas.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN:

De acuerdo con la morfología de la lesión dérmica, se plantean varios diagnósticos diferenciales (Tabla 1):

Se decide ampliar la anamnesis del paciente; este niega haber realizado viajes al extranjero o haber presentado síntomas catarrales las semanas previas a la aparición de la lesión; el paciente interrogado sobre su profesión comenta ser ganadero, concretamente pastor de ovejas. Con todos estos datos, nuestra sospecha diagnóstica orienta a que la lesión puede estar producida por una infección transmitida por estos animales. Según la morfología, la lesión se corresponde con un herpes circinado o eccema de hebra, que se describe en los casos de tiña corporis.

Las tiñas o dermatofitosis son infecciones fúngicas provocadas por hongos filamentosos que tienen afinidad por adherirse e invadir tejidos queratinizados, como la piel, el cabello y las uñas [1]. Los hongos encargados de producir estas infecciones comprenden en torno a 40 especies, clasificadas en los géneros *Epidermophyton*, *Microsporum* y *Trichophyton* [2, 3].

Las dermatofitosis tienen una distribución global con mayor incidencia en áreas cálidas y húmedas. La transmisión ocurre con mayor frecuencia en entornos densamente poblados y entre personas que tienen contacto con animales infectados. Factores socioeconómicos, como la falta de acceso a la atención médica y condiciones de vida precarias, pueden aumentar el riesgo de contraer la infección. Las poblaciones más vulnerables incluyen a niños, ancianos y personas con sistemas inmunológicos debilitados [2].

En nuestro entorno, los animales que más comúnmente transmiten la enfermedad son los gatos domésticos, seguidos de los perros. También se han observado casos de infecciones relacionadas con roedores, como los conejos [2].

La transmisión de esta enfermedad puede realizarse de persona a persona por contacto directo de la piel de una persona infectada, de animal a persona o a través de objetos contaminados [2].

La tiña puede manifestarse de varias formas clínicas, dependiendo del área del cuerpo afectada y del agente causal específico. Algunas de las formas clínicas más comunes incluyen [3]:

- **Tiña corporis:** Afecta áreas de la piel distintas de la cabeza, como el tronco, los brazos o las piernas. Se caracteriza por erupciones cutáneas circulares escamosas con bordes elevados y eritematosos.
- **Tiña del cuero cabelludo:** También conocida como *tinea capitis*, afecta el cuero cabelludo y el cabello, causando áreas de pérdida de cabello, inflamación y costras.
- **Tiña inguinal:** Afecta la región inguinal y genital, causando enrojecimiento, picazón, descamación y a veces fisuras en la piel.
- **Tiña pedis:** Comúnmente conocida como *pie de atleta*, afecta los pies, causando picazón, enrojecimiento, descamación y fisuras entre los dedos y en las plantas de los pies.
- **Tiña ungueal:** Afecta las uñas de las manos o los pies, causando engrosamiento, decoloración, fragilidad y a veces deformidad de las uñas.
- **Tiña barbae:** Afecta la barba y el área circundante en hombres con pelos faciales, causando enrojecimiento, inflamación y áreas de piel escamosa.

De acuerdo con la distribución de la lesión de nuestro paciente que se encuentra situada en el antebrazo y la morfología presentada, se diagnostica a nuestro paciente de una tiña corporis.

Una vez diagnosticado al paciente de una tiña corporis, se establece tratamiento antifúngico empírico basado en experiencia clínica previa con terbinafina tópica una aplicación cada 12 horas durante una semana, tras el cual se aprecia una ligera mejoría de la lesión, pero sin llegar ser la esperable, es por ello que se decide comenzar con itraconazol oral 100 mg, un comprimido cada 12 horas durante una semana. Tras esta medicación la evolución es muy favorable pero no completa, por lo que se decide completar el tratamiento y continuar durante un mes tomando un comprimido de Itraconazol 100 mg al día [2, 4]. Se puede ver la evolución de la lesión en la figura 1.

El pronóstico de la tiña suele ser bueno con el tratamiento adecuado. La mayoría de los casos se

resuelven completamente con medicamentos antifúngicos tópicos o, en casos más graves o resistentes, con medicamentos antifúngicos orales (5). Sin embargo, el tiempo necesario para la curación puede variar según la gravedad de la infección, la respuesta al tratamiento y otros factores individuales (6).

6. Sirka CS, Behera B, Pradhan S, Rout AN, Sahu K, Dash G, Jena J. Diagnosis of a recurred lesion in dermatophytosis patients after 2 weeks of antifungal therapy: A prospective observational study. *J Family Med Prim Care*. 2024;13(2):465-470

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohórquez Peláez L, Cardona Castro N. Diagnóstico diferencial de las micosis superficiales con enfermedades dermatológicas. *CES Med*. [Internet]. 2010; 24(1):37-52. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000100004&lng=en.
2. Yee G, Al Aboud AM. Tinea Corporis. [Actualizado el 8 de agosto de 2023]. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544360/>
3. Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis and management of tinea infections. *Am Fam Physician*. 2014;90(10):702-10.
4. Chen E, Ghannoum M, Elewski BE. Treatment-resistant tinea corporis, a potential public health issue. *Br J Dermatol*. 2021;184(1):164-165.
5. Dorado Fernández M, Salas García T, López Gómez A, Arcas MI, Ruiz Martínez J, Hernández-Gil Sánchez J. Tiña del cuerpo de rápida evolución [Rapidly evolving tinea corporis]. *Rev Iberoam Micol*. 2016;33(1):59-60.

TABLAS Y FIGURAS

ENFERMEDAD	PSORIASIS	DERMATITIS ATÓPICA	PITIRIASIS ROSADA	TIÑA CORPORIS
LESIÓN DÉRMICA	Placa de psoriasis	Eccema numular	Placa Heráldica	Herpes circinado o eccema marginado de hebra
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN	Placas palpables, bien delimitadas, cubiertas por escamas plateadas	Erupción de forma discoide, eritematosa, con descamación de su superficie	Placa redondeada, escamosa de color rosado, que a las semanas puede aparecer acompañada de más placas pequeñas	Placa redondeada con descamación y borde sobrelevado eritematoso
LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES	Superficies de flexión de las extremidades, región sacra y cuero cabelludo	Superficie de extensión de las extremidades	Tórax, abdomen o espalda	Extremidades y tronco
PRURITO	No/Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla1. Diagnóstico diferencial de la lesión dérmica

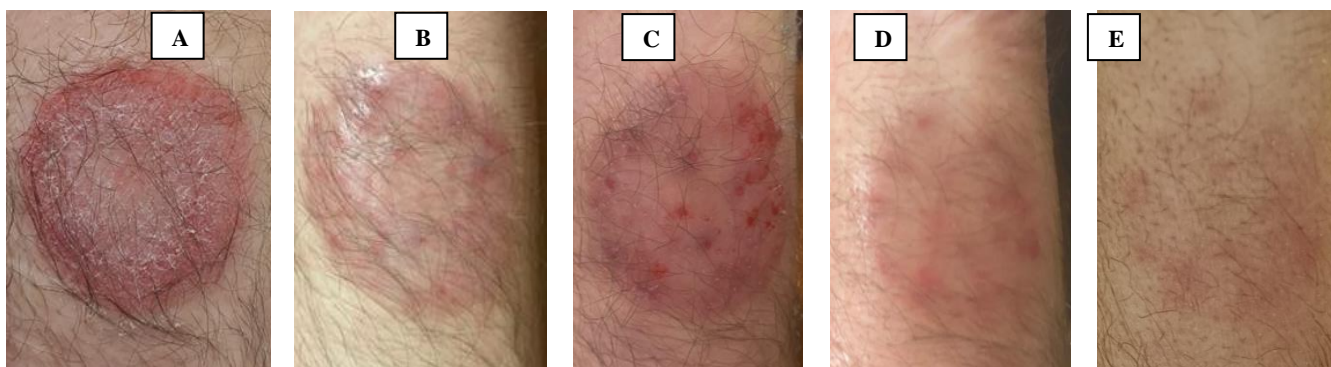


Figura 1. Evolución de herpes circinado tras tratamiento. **A.** Lesión redondeada con descamación y halo eritematoso **B.** Tras 1 semana de tratamiento con terbinafina tópica. **C.** Tras 1 semana de tratamiento con itraconazol oral. **D.** A las 2 semanas con itraconazol oral. **E.** Al mes de tratamiento con itraconazol oral.