

Las tiñas

JOSÉ LUIS SÁNCHEZ-CARAZO Y BLANCA MARTÍN

Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Sanchez_joscar@gva.es; blancamartin@hotmail.com

Introducción

Las tiñas son infecciones superficiales de la piel y los anejos cutáneos causados por hongos filamentosos denominados dermatofitos.

Estos constituyen un grupo de hongos taxonómicamente similares, caracterizados por su afinidad para colonizar tejidos que contienen queratina (piel lampiña, pelos, uñas) tanto en el hombre como en los animales. Existen alrededor de 39 especies de dermatofitos, pero sólo unas pocas son patógenas humanas.

Los dermatofitos se clasifican, según su reservorio, en: *a)* especies geofílicas que viven en el suelo y utilizan la queratina de forma saprofita; *b)* especies zoofílicas que viven en estructuras queratinizadas de diferentes animales y que ocasionalmente parasitan al hombre, y *c)* especies antropofílicas, que son parásitos exclusivos de humanos. El conocimiento del nicho ecológico es importante epidemiológicamente, a partir del cual se puede establecer el origen de la infección.

Hay 3 géneros de dermatofitos patógenos humanos: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*¹.

Para un mejor estudio de las tiñas, éstas se clasifican según la localización, añadiendo el término en latín (*capitis*, *corporis*, *cruris*, *pedis*, *unguium*) y se trata de olvidar las denominaciones antiguas que inducen a confusión y no se refieren a términos etiológicos (herpes circinado, eccema marginado, pie de atleta, etc.) (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las tiñas según la localización

Tiñas del pelo	
Tiña <i>capitis</i>	Kerion
Tiña <i>barbae</i>	<i>Sycosis barbae</i>
Tiñas de piel lampiña	
Tiña <i>corporis</i>	Herpes circinado
Tiña <i>cruris</i>	Eczema marginado de hebra
Tiña <i>manum</i>	Tiña de la mano
Tiña <i>pedis</i>	Pie de atleta
Tiña de las uñas	
Tiña <i>unguium</i> (onicomicosis)	Onicomicosis

Tiña *capitis*

Es la infección fúngica del cuero cabelludo por dermatofitos de los géneros *Microsporum* y *Trichophyton*.

Afecta a niños en edad escolar y puede ocasionar pequeñas epidemias. En algunos países industrializados, representa un problema de salud pública, llega a afectar al 4% de niños en edad escolar y hasta el 15% son portadores asintomáticos.

Se pueden distinguir 3 formas clínicas:

a) Tiña microspórica: causada en nuestro medio, sobre todo, por *Microsporum canis*, la parasitación del pelo es ectotrix (masa de artroconidias alrededor del tallo del pelo). Se caracterizan por la presencia de una placa alopecica de bordes netos, grisácea, única, redondeada, de crecimiento centrífugo y con descamación intensa, con todos los cabellos de la placa afectados y cortados a nivel del infundíbulo piloso. También se llama tiña tonsurante^{2,3} (fig. 1).

b) Tiña tricofítica: causada en nuestro medio por *Trichophyton mentagrophytes*, *T. tonsurans* y *T. rubrum*. El tipo de parasitación es endotrix (artroconidias dentro del pelo). Clínicamente se aprecian múltiples parches o placas de alopecia, irregulares, de pequeño tamaño, que con el tiempo pueden formar placas grandes por coalescencia. No todos los pelos están afectados dentro de las placas, lo que da un aspecto apolillado de la zona. Los pelos se rompen por encima del orificio folicular y ofrecen un aspecto de "puntos negros" a la placa, nombre con el que se conoce a este tipo de tiña^{2,3} (fig. 2).



Figura 1. Tiña microspórica.



Figura 2. Tiña trocofítica.

c) Tiña inflamatoria: la pueden causar especies tanto zoonóticas con geofílicas, y también pueden aparecer en la barba en adultos. Comienza con aparición de pústulas foliculares con afectación profunda, es dolorosa y forma un nódulo que presenta supuración por los orificios foliculares (espumadera). Los pelos se depilan fácilmente, aunque generalmente están adheridos a la placa en un magma seropurulento. Se suele acompañar de una adenopatía locorregional y el estado general está conservado. Clásicamente se denomina "querión"⁴.

Hay un tipo de tiña denominada "tiña fávica" que es una infección crónica del cuero cabelludo cuyo agente es *T. schoenleinii*. Se caracteriza por la existencia de las denominadas "cazoletas fávicas", que son acúmulos foliculares de micelios. Es un tipo de tiña prácticamente erradicada que sólo existe de forma endémica en países subdesarrollados de África y el Océano Índico.

El diagnóstico diferencial de la tiña *capitis* se debe realizar básicamente con:

- Alopecia areata: las placas están bien delimitadas con aspecto pseudoatrófico y ausencia total de pelos, sin descamación. Si la lesión está activa, se aprecian pelos en forma de "maza" o de "signo de admiración" que se desprenden fácilmente.
- Dermatitis seborreica: dermatosis eritemato-descamativa pruriginosa, que cursa sin depilación. Pueden haber pelos englobados en las escamas, las cuales son grandes, untuosas, adherentes y de color amarillento.
- Tricotilomanía es el hábito compulsivo de traccionarse el pelo, aunque pueden darse casos de tracciones en el ámbito escolar. Las placas son irregulares y se localizan en áreas accesibles (fronto-temporal), la alopecia es difusa, sin estar todos los pelos afectados, estos aparecen cortados a diferentes alturas.

Una mención aparte merece la *tiña inflamatoria*, que en ocasiones se presenta como una consulta urgente. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con un absceso. En este caso, suele haber un mayor dolor que cede cuando drena espontánea o quirúrgicamente y el cuadro clínico es el de una infección con fiebre y malestar general. En la tiña inflamatoria destaca la conservación del estado general y el drenaje por múltiples orificios foliculares y la depilación espontánea⁵.



Figura 3. Tiña corporis.
Localización facial.
Morfología clásica.



Figura 4. Tiña corporis *microspórica*.

Tiña corporis

Es la parasitación por dermatofitos de los 3 géneros de la piel glabra de todo el tegumento, aunque se hacen 3 excepciones, ya que presenta una morfología y una clínica particular: a) la tiña de la cara (tiña *faciei*); b) la tiña de las manos (tiña *manum*), y c) la tiña de la región inguinal (tiña *cruris*).

La clínica común es la presencia de placas circulares de crecimiento centrífugo (de ahí el nombre de "herpes circinado"), discretamente eritematosas y secas, cuyo borde activo es discretamente pápulo-pustuloso con un área con finas escamas, inmediatamente posterior a este borde. El centro de la lesión tiende a la curación y presenta una morfología normal. El borde avanza progresivamente y conforma lesiones circulares, a veces policíclicas, por superposición de varios elementos^{2,3} (fig. 3).

La aparición de las lesiones suele darse en partes descubiertas, a causa de la fácil inoculación de las esporas fúngicas. Los dermatofitos del género *Trichophyton* suelen dar placas extensas únicas, mientras que los del género *Microsporum* dan pequeñas lesiones múltiples que se deben al contagio a partir de mascotas domésticas (perros y gatos)^{2,3} (fig. 4).



Figura 5. *Tiña faciei. Morfología atípica por localización y aplicación de cremas corticoides.*

El diagnóstico diferencial en esta edad se debe realizar básicamente con la pitiriasis rosada de Gibert, una entidad indistinguible en su comienzo. La primera lesión denominada "medallón heráldico" es similar a una tiña *corporis* y a las 2 semanas aparecen lesiones idénticas y de menor tamaño en todo el tronco. Son asintomáticas y autolimitadas. Los factores que orientan la clínica son la forma lanceolada en vez de numular de las lesiones, la descamación periférica continua en collar, así como la erupción súbita de las lesiones.

La tiña de la cara es una localización frecuente en la infancia, ya que es una zona de fácil exposición. En principio la morfología clínica no difiere de la tiña *corporis*, con borde activo y centro aclarado, pero debido a la estructura de la cara, con y al tipo de piel, las lesiones tienden a adoptar formas irregulares, poco inflamatorias y de bordes imprecisos lo que la convierten en una enfermedad fácilmente confundible, fundamentalmente con lesiones de eccema. La clave diagnóstica la da la tendencia al crecimiento de las lesiones de tiña, la descamación periférica y poco apreciable, mientras que en las placas de eccema la descamación está presente en toda la dimensión de la placa^{2,3} (fig. 5).

La tiña *manum* suele ser una tiña hiperqueratósica y de larga evolución (años), por lo que no se da en la infancia. Igualmente, la tiña inguinal, una dermatofitosis de morfología típica distribuida en la cara interna de los muslos, se da sólo en varones jóvenes o adultos.

Tiña pedis

Es la infección fúngica de los pies y está relacionada con el empleo de calzado y la frecuentación de espacios públicos (piscinas, gimnasios, etc.). Es la infección más prevalente en adultos jóvenes a partir de la pubertad.

Hay 3 formas clínicas: interdigital, vesiculosa y crónica hiperqueratósica. La primera es la más frecuente en la infancia y se presenta como una descamación en los últimos espacios interdigitales, con o sin fisuración y maceración de éstos. La forma vesiculosa aparece en periodos de calor (primavera y verano) y se presenta con la apari-



Figura 6. *Dermatitis plantar juvenil.*

ción de múltiples vesículas muy pruriginosas situadas en el arco plantar que tienden a la curación dejando áreas descamativas. La forma crónica hiperqueratósica es la evolución de las anteriores, con un aspecto de una piel seca con fina descamación que afecta a toda la planta del pie, con aumento de los pliegues cutáneos.

En la edad infantil, el diagnóstico diferencial básico es con la dermatitis plantar juvenil, que se presenta en niños atópicos o con piel seca y afecta a la parte anterior del pie. Los dedos aparecen rojos, brillantes con grandes escamas adheridas, y suele aparecer prurito e, incluso, dolor^{2,3} (fig. 6).

Onicomycosis

Es la afectación de la lámina ungueal por hongos. Como la clínica es idéntica para todo tipo de hongos, no se utiliza el término tiña *unguium*, aunque el 90% de la enfermedad ungueal fúngica está causada por dermatofitos y el resto, por levaduras y mohos.

La onicomycosis es infrecuente durante la infancia, pero no tan rara como parece, si bien la mayoría de las alteraciones ungueales que aparecen durante esta época de la vida se deben a distrofias ungueales⁶.

Clínicamente aparece una uña despegada del lecho en su porción distal con descamación entre la lámina y el lecho e hiperqueratosis⁷.

Tratamiento

Se plantean 2 vías, a veces complementarias.

Vía sistémica

Se utiliza en las lesiones de gran extensión de tiña *corporis* o aquellas en las que el tratamiento tópico ha fracasado.

do, y en las lesiones de cuero cabelludo y uñas. Los fármacos que se pueden utilizar son:

- Griseofulvina: es el fármaco de elección, la dosis a utilizar es de 20 mg/kg/día y debe mantenerse el tratamiento al menos durante 6 semanas. La absorción de griseofulvina se incrementa con la ingesta de grasas vegetales. Como efectos secundarios, se han descrito dolor de cabeza y fotofobia, pero en general es muy bien tolerada⁸.

- Terbinafina: la dosis es de 250 mg/día, 125 mg en niños que pesen entre 20 y 40 kg o la mitad por debajo de ese peso. No se debe utilizar en menores de 2 años. El tratamiento dura 4 semanas, pero se han descrito casos de respuesta insuficiente cuando el agente causal es *M. canis*.

- Itraconazol: 5 mg/kg/día (solución oral) que hay que tomar sin comida duración 4 semanas.

Vía tópica

Derivados imidazólicos: hay múltiples. el referente es clotrimazol. Se debe realizar una aplicación diaria mantenida durante 4-6 semanas. No hay resistencias a imidazoles, y en la mayoría de los casos se producen recidivas por tratamientos cortos.

Otros: alilaminas, como la terbinafina y la naftifina. También hay la amorolfina (morfolina) y la ciclopiroxolamina, que actúan de un modo similar a los imidazoles. Estos 2 últimos también se presentan en forma galénica de laca de uñas para tratamiento coadyuvante de las micosis ungueales.

En el caso de las micosis, la prevención es muy importante, por lo que hay que cuidar las medidas higiénicas, evitar fomites, usar calzado adecuado, cuidar a las mascotas, etc. El uso tópico de corticoides debe proscribirse, ya que altera la morfología de las lesiones y las hace clínicamente irreconocibles⁹.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Epidemiología

1. ● Raza A. Ecology and epidemiology of dermatophyte infections. J Am Acad Dermatol. 1994;31:S21-5.
2. ● Sharma V, Hay JC, Knapp JF, Sarai S, Galloway D, Babel DE. Scalp colonization by *Trichophyton tonsurans* in an urban pediatric clinic? Asymptomatic carrier state. Arch Dermatol. 1988;124:1511-3.

3. Cuetara M, Del Palacio A, Pereiro M, et al. Prevalence of undetected tinea capitis in a prospective school survey in Madrid: emergence of new causative fungi. Br J Dermatol. 1998;138:658-61.
4. Arenas R, Toussaint S, Isa-Isa R. Kerion and dermatophytic granuloma. Mycological and histopathological findings in 19 children with inflammatory tinea capitis of the scalp. Int J Dermatol. 2006;45:215-9.
5. Elewski BE. Clinical diagnosis of common scalp disorders. J Invest Dermatol Symp Proc. 2005;10:190-3.
6. Lange J, Roszkiewicz A, Szczerkowska-Dobosz A, et al. Onychomycosis is no longer a rare finding in children. MYCOSES. 2006;49:55-9.
7. Gupta AK, Sibbald RG, Lynde CW, Hull PR, Prussick R, Shear NH, et al. Onychomycosis in children: prevalence and treatment strategies. J Am Acad Dermatol. 1997;36(3 Pt 1):395-402.
8. ●● Trovato JM, Schwartz RA, Janniger CK. Tinea capitis: current concepts in clinical practice. Cutis. 2006;77:93-9.
9. Gupta AK, Sauder DN, Shear NH. Antifungal agents: an overview. Part I. J Am Acad Dermatol. 1994;30(5 Pt 1):677-98.

Bibliografía recomendada

Cuetara M, Del Palacio A, Pereiro M, Noriega L. Prevalence of undetected tinea capitis in a prospective school survey in Madrid: emergence of new causative fungi. Br J Dermatol. 1998;138:658-61.

Se trata del mayor trabajo de investigación de campo sobre tiñas realizado en España. Se tomaron muestras de cuero cabelludo durante 2 años de unos 10.000 niños escolarizados (2-16 años). El objetivo era demostrar la incidencia y la prevalencia de micosis en la población escolar. Encontraron una prevalencia aumentada de Trichophyton tonsurans, un dermatofito poco frecuente en nuestra área en portadores asintomáticos debido a la migración.

Elewski BE. Clinical diagnosis of common scalp disorders. J Invest Dermatol Symp Proc. 2005;10:190-3.

Se trata de una revisión sobre todas las enfermedades del cuero cabelludo, incluida la enfermedad parasitaria o inflamatoria que tengan como denominación común la presencia de descamación, prurito o depilación. Es una revisión completa de estas enfermedades en la que se comentan estrategias diagnósticas y puntos de vista terapéuticos.

Gupta AK, Sauder DN, Shear NH. Antifungal agents: an overview. Part I. J Am Acad Dermatol. 1994;30(5 Pt 1):677-98.

Junto con la parte II, es una revisión completa de los tratamientos antifúngicos tópicos y sistémicos que hay en la actualidad, con indicaciones, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y efectividad. Es también una guía de uso en los diferentes cuadros clínicos.