Medicina de Familia. SEMERGEN 51 (2025) 102614

Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Tiña facial de origen zoonótico por *Microsporum canis* en paciente pediátrico

Zoophilic tinea faciei in a child due to *Microsporum canis*

J.I. Martínez Ortega[a], **T.K. Medina Angulo**[b,*] **e I. Fernández Reyna**[c]

[a] *Department of Dermatology, Dermatological Institute of Jalisco «Dr. José Barba Rubio», Zapopan, Jalisco, México*
[b] *Autonomous University of Campeche, Campeche, México*
[c] *Yucatán Dermatological Center, Mérida, Yucatán, México*

Niño escolar previamente sano acudió a consulta con una lesión facial de una semana de evolución. La lesión se había agrandado progresivamente, sin fiebre ni síntomas generales. Al examen físico se observó una placa eritematoescamosa anular de gran tamaño, con borde activo elevado y aclaramiento central, que comprometía la región malar, temporal y periorbitaria izquierda, incluyendo el párpado superior, sin evidencia clínica de afectación de pestañas (fig. 1).

El paciente refirió contacto cercano con su perro, el cual presentaba múltiples placas alopécicas agrupadas con descamación y costras. A partir de la morfología clásica de la lesión y el antecedente epidemiológico, se sospechó una dermatofitosis zoofílica, probablemente por *Microsporum canis*. Se realizó examen directo con hidróxido de potasio (KOH) y cultivo micológico (fig. 2).

Las dermatofitosis zoonóticas, como las producidas por *Microsporum canis*, son infecciones frecuentes en la edad pediátrica, debido al contacto estrecho con animales domésticos y al sistema inmune en desarrollo. En atención primaria, es fundamental considerarlas en el diagnóstico diferencial de lesiones inflamatorias faciales, especialmente ante placas eritematoescamosas de distribución centrífuga. Su reconocimiento clínico oportuno permite iniciar tratamiento adecuado y evitar intervenciones innecesarias o retrasos diagnósticos, en especial en regiones donde no se dispone de herramientas complementarias[1]. La lámpara de Wood, cuando está disponible, es una herramienta útil en consulta primaria, ya que puede revelar fluorescencia verdosa característica de infecciones por *Microsporum* spp., a diferencia de *Trichophyton* spp., que no presentan fluorescencia[2,3]. Asimismo, es crucial interrogar sobre el contacto con animales domésticos, para orientar el diagnóstico, interrumpir cadenas de transmisión y prevenir recurrencias.

Debido al tamaño y localización periorbitaria de la lesión, y pese a la ausencia de signos francos de afectación folicular, se decidió iniciar tratamiento antifúngico sistémico empírico antes de la confirmación micológica. Se prescribió terbinafina oral a 125 mg/día/durante 30 días, con resolución completa al seguimiento de un mes. Griseofulvina, opción habitual en niños con tiña por *Microsporum canis*, no estaba disponible en el centro tratante, lo que condicionó la elección terapéutica.

Tras 2 semanas, el cultivo mostró colonias con morfología compatible con *Microsporum canis*. La tinción con azul de lactofenol reveló macroconidios hialinos, gruesos y fusifor-

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tiffanykmedinaangulo@gmail.com (T.K. Medina Angulo).

https://doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102614
1138-3593/© 2025 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Figura 1 Hallazgo clínico en tiña facial por *Microsporum canis*. Placa eritematoescamosa anular de gran tamaño en la hemicara izquierda, con afectación malar, temporal y periorbitaria, incluyendo párpado superior.

mes con 6-8 septos, confirmando el diagnóstico etiológico (fig. 2).

Las formas extensas, aquellas localizadas en zonas pilosas como el cuero cabelludo o la barba, y las que afectan regiones especiales como el área periorbitaria, por su proximidad ocular y la presencia de estructuras pilosas como cejas y pestañas, requieren tratamiento sistémico, dado el mayor riesgo inherente de afectación folicular profunda y complicaciones locales[4,5]. Aunque la griseofulvina sigue siendo el tratamiento de primera línea frente a *Microsporum canis*, la terbinafina y el itraconazol son alternativas eficaces[3]. En este caso, la terbinafina demostró ser una opción válida, con resolución clínica completa.

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de los tutores legales. Las imágenes fueron tomadas conforme a los protocolos institucionales de privacidad y confidencialidad.

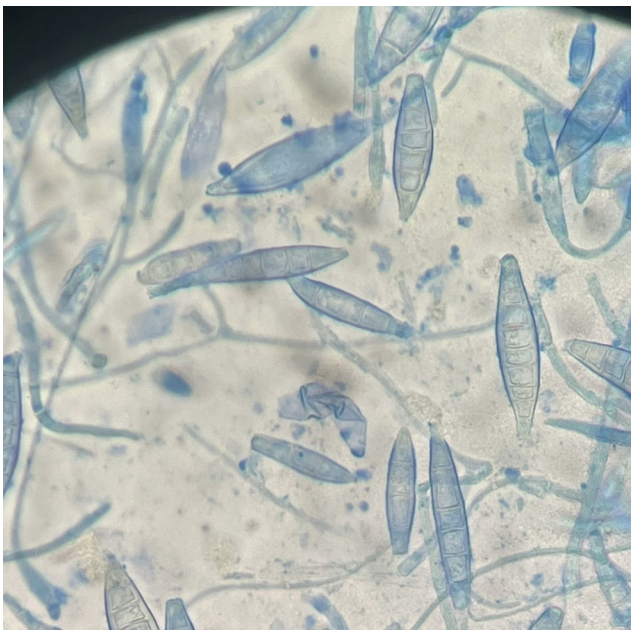

Figura 2 Hallazgo micológico en tiña facial por *Microsporum canis*. Microscopía (×100) tras tinción con azul de lactofenol mostrando macroconidios gruesos, hialinos y septados (6-8 tabiques), característicos de *M. canis*.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Kovitwanichkanont T, Chong AH. Superficial fungal infections. Aust J Gen Pract. 2019;48:706–11.
2. Martínez-Ortega JI, González SF. Erythrasma: Pathogenesis and diagnostic challenges. Cureus. 2024;16:e68308.
3. Martínez-Ortega JI, González SF, Martinez-Jaramillo B, Cibrian AG. *Microsporum canis*-induced tinea capitis: A rapid screening algorithm. Cureus. 2024;16:e55919.
4. Martínez-Ortega JI, Quej JE, Angulo TK. *Tinea Blepharociliaris:* A Case Report and Literature Review. Cureus. 2024;16:e76308.
5. González-Escalante AP, Ruiz-Arriaga LF, Arenas R, Hermosillo-Cardoza BA, Eljure-López N, Atoche-Dieguez CE. Answer to: Acquired causes of eyebrow and eyelash loss: A review and approach to diagnosis and treatment. Australas J Dermatol. 2023;64:e403–5e.