

## Tinea corporis extensa en paciente inmunocompetente

L. Campos Muñoz, A. Quesada Cortés, D.M. Arranz Sánchez y R.M. Díaz Díaz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Tinea corporis es producida por la infección por dermatofitos de la piel lampiña. Habitualmente son lesiones poco extensas en pacientes inmunocompetentes. Un varón de 40 años, de origen rumano, consultó por lesiones cutáneas pruriginosas anulares de hasta 30 cm, de borde papuloso eritemato escamoso, afectando hasta un 60% de la superficie corporal total. Se realizó una visión con hidróxido de potasio (KOH) y cultivo de las lesiones, que resultaron positivos para *Trichophyton rubrum*, estableciéndose el diagnóstico de tinea corporis. Las condiciones socio-sanitarias desempeñan un papel de gran importancia en las infecciones por dermatofitos, siendo un grupo de riesgo la población inmigrante. En el caso presentado, pensamos que es la situación socio-sanitaria del paciente la que ha debido determinar la presentación clínica peculiar de una tinea corporis de tan gran extensión.

*Palabras clave:* tinea, inmigración, factores socioeconómicos.

Tinea corporis is caused by infection of glabrous skin from dermatophytes. They are generally fairly localized lesions in immunocompetent patients. A 40 year old male, of Romanian origin, consulted about itchy cutaneous lesions with the shape of large rings up to 30 cm in diameter, with a scaly erythematous border containing papules. It affected up to 60% of the total body surface. A KOH test and culture of the lesions were done, and were positive for trichophyton rubrum, the diagnosis of tinea corporis being established. Socio-health care conditions play a very important role in infections due to dermatophytes, the immigrant population being a risk group. In the case presented, we think that the socio-health care situation of the patient is that which must determine the distinctive clinical presentation of such a widespread tinea corporis.

*Key words:* tinea, immigration, socioeconomic factors.

### INTRODUCCIÓN

La tinea corporis, o herpes circinado, es producida por la infección por dermatofitos de la piel lampiña. Cada vez más frecuente, es un cuadro de fácil diagnóstico y tratamiento en la consulta de Atención Primaria.

La transmisión se produce por contacto directo con animales o sujetos enfermos, y también por autoinfección de dermatofitosis en otra localización, tales como las uñas o los pies<sup>1,2</sup>. Las lesiones típicas son placas eritematosas anulares, de borde sobrelevado escamoso y centro claro. Pueden ser únicas o múltiples, pudiendo confluir, sin ser habitualmente muy extensas en pacientes sin alteraciones de su inmunidad.

Correspondencia: L. Campos Muñoz.  
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz.  
Paseo de la Castellana, 261.  
28046 Madrid.  
Correo electrónico: luciacampos78@yahoo.es

Recibido el 02-12-04; aceptado para su publicación el 11-04-05.

Presentamos un caso de un paciente con tinea corporis peculiar por su rápida e intensa extensión, hecho poco frecuente en pacientes inmunocompetentes.

### EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 40 años, de origen rumano, trabajador de la construcción, con antecedentes de hepatitis A en la infancia, consultó por lesiones cutáneas muy pruriginosas de 2 meses de evolución. Éstas habían comenzado en abdomen y se habían extendido de forma progresiva a cuello, brazos, espalda, tórax y miembros inferiores.

En la exploración se observaban en tronco placas anulares de gran tamaño, hasta 30 cm, confluentes, de borde papuloso eritemato escamoso y centro más claro, junto a lesiones secundarias de rascado. En extremidades las lesiones eran similares, afectando hasta un 60% de la superficie corporal total (figs. 1 y 2).

Se realizó una visión con hidróxido de potasio (KOH) del raspado del borde de una lesión, observándose estructuras fúngicas. En el cultivo se aisló en medio de Saboraud *Trichophyton rubrum*. Se solicitó hemograma, bioquímica,



**Figura 1.** Placas anulares de gran tamaño en tronco, cuello y brazos.



**Figura 2.** Lesiones ocupando la práctica totalidad de miembros inferiores.

coagulación y serología para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que resultaron normales o negativas.

El paciente comenzó tratamiento con 100 mg de itraconazol diarios durante 4 semanas. Las lesiones desaparecieron progresivamente, junto con el prurito, habiendo remitido por completo al finalizar el tratamiento.

## DISCUSIÓN

Ante cualquier lesión cutánea en la que exista la sospecha diagnóstica de tinea podemos hacer el diagnóstico de manera rápida y sencilla con una visión en fresco del raspado del borde activo de la lesión. Si se observan estructuras fúngicas, el diagnóstico queda confirmado. Es conveniente también solicitar un cultivo en medio de Saboraud para establecer el diagnóstico etiológico.

Algunas enfermedades eritemato descamativas frecuentes pueden plantear el diagnóstico diferencial con una tinea corporis, como el eczema numular, la psoriasis, la dermatitis seborreica, la pitiriasis rosada, el liquen plano y la sífilis secundaria. En la mayoría de estas entidades las lesiones no presentan aclaración central y suelen ser de distribución más simétrica. Todas ellas pueden excluirse fácilmente, realizando un examen en fresco y cultivo para hongos.

El factor predisponente más frecuente en nuestro medio para tinea corporis es la transpiración excesiva. También son importantes el uso de ropa oclusiva, los deportes de

contacto como rugby, fútbol o lucha, y por supuesto la respuesta inmune del paciente. Se han descrito infecciones crónicas o muy extensas por dermatofitos en pacientes VIH positivos<sup>3</sup>, con candidiasis mucocutánea crónica, en tratamiento esteroideo, o sometidos a trasplante de médula ósea<sup>4</sup>.

Las condiciones sociosanitarias desempeñan un papel de gran importancia en las infecciones por dermatofitos, como en otro tipo de infecciones. La falta de higiene, el hacinamiento, los dormitorios comunes y el bajo nivel cultural se han asociado con las dermatofitosis<sup>5</sup>. Por lo tanto, en nuestro país, un grupo de riesgo son los inmigrantes, la mayoría de los cuales se encuentran en el estrato social más bajo. Este grupo de población, cada vez más numeroso en la consulta de Atención Primaria, suele convivir compartiendo su residencia con otras familias, en condiciones de hacinamiento, y hasta un 20% no dispone de agua corriente ni recogida de basuras<sup>6,7</sup>. Por otra parte, su situación administrativa irregular y las malas condiciones laborales retrasan su consulta a los servicios sanitarios, que suele realizarse en la mayor parte de los casos en los centros de salud, al médico de Atención Primaria. Se trata de una población vulnerable a los problemas de salud derivados de las desigualdades sociales, siendo este factor más importante que la patología importada de su país de origen<sup>8</sup>.

En el caso presentado, pensamos que es la situación sociosanitaria del paciente la que ha debido determinar la

presentación clínica peculiar de una tinea corporis de tan gran extensión. Dado el ritmo de crecimiento de la población inmigrante, calculado en más del 15% anual en España, es de esperar que seamos consultados con mayor frecuencia por situaciones similares en el futuro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta AK, Chaudhry M, Elewski B. Tinea corporis, tinea cruris, tinea nigra, and piedra. *Dermatol Clin.* 2003;21:395-400.
2. Gupta AK, Cooper EA, Ryder JE, Nicol KA, Chow M, Chaudhry MM. Optimal management of fungal infections of the skin, hair, and nails. *Am J Clin Dermatol.* 2004; 5:225-37.
3. Burkhart CN, Chang H, Gottwald L. Tinea corporis in human immunodeficiency virus-positive patients: case report and assessment of oral therapy. *Int J Dermatol.* 2003;42:839-43.
4. Engelhard D, Or R, Naparstek E, Leiborici V. Treatment with itraconazole of widespread tinea corporis due to *Trichophyton rubrum* in a bone marrow transplant recipient. *Bone Marrow Transplant.* 1988; 3:517-9.
5. Metintas S, Kiraz N, Arslantas D, Akgun Y, Kalyoncu C, Kiremitai A, et al. Frequency and risk factors of dermatophytosis in students living in rural areas in EskiAYehir, Turkey. *Mycopathologia.* 2004;157: 379-82.
6. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria.* 2000; 26:314-8.
7. Benítez Robredo T, Llerena Achutegui P, López Giménez R. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr.* 2004;60:9-15.
8. Vall Combelles O, García-Algar O. Inmigración y salud. *An Pediatr.* 2004;60:1-2.