



CARTAS AL DIRECTOR

Lesión anular de crecimiento centrífugo



Annular lesion of centrifugal growth

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 21 años, sin antecedentes personales de interés. Acude por presentar una lesión asintomática, de una semana de evolución, localizada en la región interescapular. Refiere contacto previo con gatos y con animales de granja.

En la exploración física presenta, en la zona interescapular, una placa eritematosa anular rodeada por un collarite de finas escamas, sobrelevado, con lesiones papulopustulosas y centro más pálido (fig. 1).

Se realiza toma de muestra, mediante raspado de la lesión, para cultivo microbiológico, en la que se aísla *Microsporum canis*, confirmando el diagnóstico de tiña corporal. Se pauta tratamiento con cotrimazol tópico, desapareciendo las lesiones tras 21 días de medicación.

Los dermatofitos son un grupo de hongos que se caracterizan por su capacidad de invadir estructuras queratinizadas como el estrato córneo de la piel, el pelo o las uñas, dando lugar a las dermatofitosis o tiñas. Existen 3 géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*¹, y clínicamente se pueden clasificar dependiendo de la topografía afectada (tiña de la cara o tinea faciei, tiña de la piel lampiña o tinea corporis, tiña de la barba o tinea barbae, etc.).

El interés clínico y epidemiológico de estas micosis es ampliamente reconocido, ya que constituyen un importante problema de salud pública. La distribución de las dermatofitosis varía según los diferentes países y áreas geográficas. En los países menos desarrollados, la especie más frecuente es la antropofílica, *Trichophyton rubrum*, responsable de la tiña del pie, la onicomiosis y la tiña crural, mientras que en Europa occidental y en España las especies predominantes son las zoofílicas^{2,3} (*Microsporum canis* y *Trichophyton mentagrophytes*), en función de ciertos factores como el clima, el desarrollo económico, los hábitos culturales, la disponibilidad de antifúngicos y, sobre todo, los cambios demográficos⁴.

La tinea corporis es la segunda micosis superficial más frecuente, por detrás de la tinea unguium. Clínicamente se suele presentar como una lesión única o múltiples, dispersas por el tronco, de morfología anular y crecimiento



Figura 1 Lesión anular de crecimiento centrífugo, de borde sobrelevado y descamativo con centro más pálido.

centrífugo, ligeramente descamativa, con una zona central más aclarada y un borde activo, sobre el que se desarrollan lesiones papulopustulosas y costrosas, que frecuentemente se confunde con un eccema. La aplicación inapropiada de corticoides tópicos en infecciones micóticas de la piel origina una modificación en su presentación clínica conocida descriptivamente como tiña incógnita. El aspecto del cuadro clínico resultante es tan atípico que puede simular diversas dermatosis, tales como lupus eritematoso discoide, rosácea, dermatitis seborreica, impétigo, dermatitis de contacto, erupción polimorfa solar y psoriasis, entre otras⁵.

Cuando las lesiones son escasamente descamativas hay que realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades, como granuloma anular, micosis fungoide, pitiriasis rosada de Gilbert, eritema anular centrífugo y liquen plano anular.

El tratamiento de la tinea corporis es el antifúngico tópico, solo en casos de lesiones extensas o múltiples y recurrentes se emplean antifúngicos sistémicos⁶.

Bibliografía

- Vena GA, Chieco P, Posa F, Garofalo A, Bosco A, Cassano N. Epidemiology of dermatophytoses: Retrospective analysis from 2005 to 2010 and comparison with previous data from 1975. *New Microbiol.* 2012;35:207–13.

2. Lamilla AM, Rodríguez-Nevaldo IM, Fernández-Recio JM, Chaves AJ, de Argila D, Garduño E. Infección cutánea por *Microsporum nanum*. *Semergen*. 2007;33:159–60.
3. Veraldi S, Guanzioli E, Schianchi R. Epidemic of tinea corporis due to trichophyton mentagrophytes of rabbit origin. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:392–3.
4. García-Martos P, García-Agudo L, Agudo-Pérez E, Gil de Sola F, Linares M. Dermatofitosis por hongos antropofílicos en Cádiz (1997-2008). *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:242–7.
5. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel*. 2002;17:12–7.
6. Kelly BP. Superficial fungal infections. *Pediatr Rev*. 2012;33:22–37.

M.T. López-Villaescusa*, M. Rodríguez-Vazquez, M.L. Martínez-Martínez y M.E. Gómez-Sánchez

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lopezvillaescusa@hotmail.com (M.T. López-Villaescusa).