

Micosis Superficiales en el Hospital Escuela

Dra. Alicia Mejta de Calona (1), Dra. Ofelia de Sierra (2), Lic. Francisca de Navarro (3)

RESUMEN

Se revisaron retrospectivamente 646 estudios micológicos, incluyendo dermatofitosis, *Candida* y *P. versicolor*. Se analizó la edad, sexo, localización, KOH y cultivo en 360 estudios positivos. El *T. rubrum* fue el agente más aislado (25%), el cuero cabelludo el sitio más afectado (27%), los adultos femeninos, el grupo de edad más afectado (36%). *Candida* afectó predominantemente uñas (45%) y pies (28%). En niños el cuero cabelludo fue más afectado y en adultos uñas (32%); cuerpo lampino (22%).

T. rubrum y *M. canis* agentes más aislados en niños (35% y 30%). *T. rubrum* fue el agente más aislado en *Tina capitis* (45%), *Tina corporis* (53%), *Tina manum* (50%) y *Tina ungueum* (60%). *T. mentagrophytes* en pie (54%). De 288 estudios negativos 44% provinieron de cuerpo lampino, 19% de pies y 8% uñas. Y el cultivo fue más sensible que el KOH para hacer el diagnóstico.

Se concluye que las micosis superficiales son muy frecuentes y que ante la sospecha clínica de lesiones atípicas debe hacerse estudio micológico para evitar

- (1) Especialista en Dermatología, Clínicas Viera, Tegucigalpa, D.C.
Profesora Catedra de **Dermatología, U.N.A.H.**
- (2) Jefe de Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, D.C.
- (3) Jefe Sección Micología Laboratorio Hospital Escuela, Tegucigalpa, D.C.

Palabras Claves: Micosis superficiales, Frecuencia, Localización, Cultivos.

error en el tratamiento, y que en lesiones de uñas y cuerpo lampino deben descartarse otras patologías antes de iniciar tratamiento antimicótico.

INTRODUCCION

Las micosis superficiales representan una gran parte de la diaria consulta en el servicio de Dermatología del Hospital Escuela y son una patología muy frecuente en la Consulta Médica General.

Este trabajo analiza los estudios micológicos solicitados por la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Escuela durante los años 1988 y 1989 con el fin de determinar las especies infectantes más frecuentes, su localización anatómica, su distribución por edad, sexo y métodos diagnósticos laboratoriales.

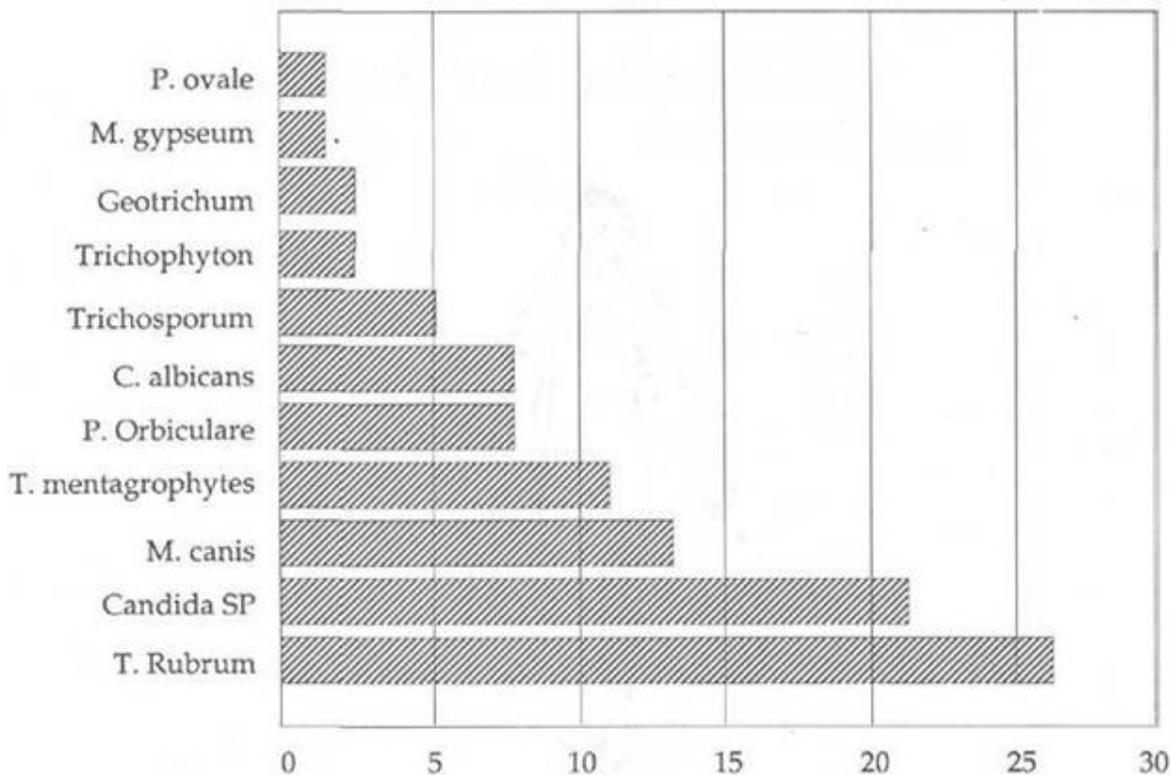
MATERIALES Y METODOS

Se revisaron retrospectivamente 646 estudios micológicos solicitados por sospecha clínica en la Consulta Externa de Dermatología de enero de 1988 a diciembre de 1989. En los que se analizaron la edad, sexo, localización anatómica y resultado de estudio micológico (KOH y cultivo).

La identificación y tipificación del agente causal se realizó en la sección de Micología del Laboratorio de Microbiología del Hospital Escuela de Tegucigalpa. Se incluyeron los casos de dermatofitosis, candidosis y pitiriasis versicolor.

GRAFICA No. 1

Frecuencia Agente Etiológico



MICOSIS SUPERFICIALES EN HONDURAS

Porcentaje

RESULTADOS

La Grafica I muestra que de todos los casos (candida, dermatofitos y pitiriasis) Trichophyton tubrum fue el agente mas aislado (25%) seguido por la Candida sp. (no albicans) (21%) y Microsporum canis (12%). De los 176 casos de derma to fitosis (Tinas) el 45% fue causado pot T. rubrum, siguiendole el M. canis con 22% y T. mentogrophytes con 18%

La Candida sp. represento el 65% de los 99 casos de candidosis. El Pitirosporum orbiculare se aislo en el 90% de 31 casos.

El cuero cabelludo fue el sitio mas frecuentemente afectado (27%); seguido por el cuerpo lampifio (25%),

uñas (19%) y pies (16%) (Ver Grafica 2).

Los adultos mayores de 20 anos fueron el grupo de edad mas afectado (36%) y todas las formas clinicas fueron mas frecuentes en mujeres (63%).

T. rubrum fue el mas aislado en todas las edades (79) pero sobre todo en nifios menores de 11 afios (39%). La Candida sp. Afecto predominantemente a adultos.

La Tabla 1 muestra que en contra de lo esperado el 45% de las tinas capitis fueron producidospor T. rubrum asi como el 53% de las tinas corporis y 60% de las tinas Ungeum. La Tina pedis fue causada en su mayoria por el T. mentagrophytes (54%). La mayor afeccion ungueal fue por Candida (84%).

GRAFICA 2

Frecuencia Localizacion

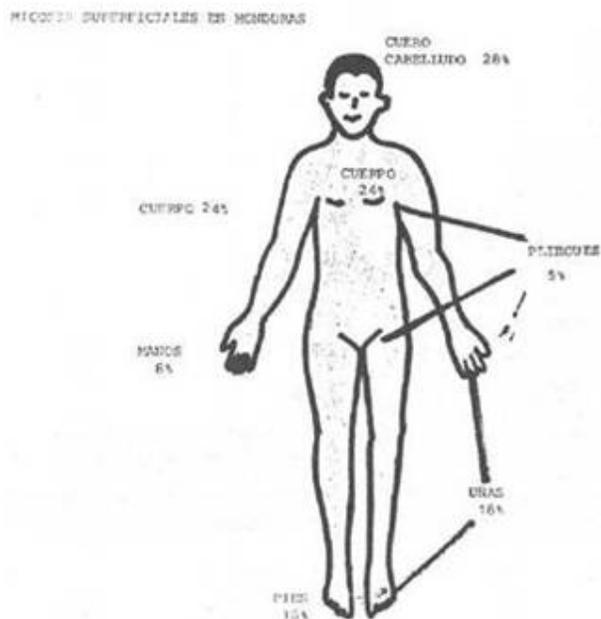


Tabla No. 1

Agente Etiológico Según Localización

| | T. rubrum | M. canis | T. Menta grophytes | Tricho- porum | Tricho- phyton | H. gypseum | TOTAL |
|-------------|-----------|----------|-----------------------|------------------|-------------------|------------|-------|
| T. CAPITIS | 35 (45%) | 32 | 4 | 2 | 2 | 2 | |
| T. MANUM | 5 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | |
| T. CORPORIS | 21 | 6 | 6 | 3 | 2 | 2 | 77 |
| T. PLIEGUES | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 10 |
| T. PEDIS | 7 | 1 | 14 | 4 | 0 | 0 | 8 |
| T. UÑAS | 9 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 26 |
| TOTAL | 79 | 39 | 32 | 15 | 6 | 5 | 176 |

La *P. versicolor* se localizó como es lo más común de preferencia en tronco (42%) y cuello (26%) pero se aislaron 2 casos de miembros inferiores.

En niños el cuero cabelludo fue el sitio más afectado (71%) y en adultos unas (32%), cuerpo (22%) y pies (21%) (Ver Gráfica 3).

Llamó la atención 5 casos de tina capitis tricofítica en mujeres adultas cuya clínica era muy atípica y que nos sugiere que estos casos sean más frecuentes. Al analizar la localización anatómica de donde provenían los estudios micológicos con resultados negativos encontramos 44% de cuerpo lampino, 19% de pies y 8% de unas (Gráfica 4).

De 646 estudios realizados y 311 positivos en 49 casos el KOH fue positivo con cultivo negativo y en 94 el KOH negativo con cultivo positivo; sugiriéndose mayor sensibilidad con el cultivo.

DISCUSION

En nuestro estudio las dermatofitosis ocuparon el primer lugar, las candidosis el segundo y solo hubo pocos casos de Pitiriasis versicolor lo cual discrepa con los hallazgos de otros autores (2,10) pero puede explicarse que el hecho de que el cuadro clínico de *P. versicolor* es tan evidente que solo se solicitó estudio micológico en aquellos en que había duda.

La predominancia en nuestro estudio del *T. rubrum*, especie antropofítica coincide con la revista *Mycosis newsletters* 1976-1980 de la Sociedad Internacional de Micología humana animal (1,6) y diferenció el reportado por Simal (1) y Palacio Hernández (2) quienes encontraron predominancia del *T. mentagrophytes* (9).

También es diferente la predominancia de *T. rubrum* en cuero cabelludo pues en otros estudios (1,2,3), predominó, en unas y pies, siendo de esperar encontrar más *M. canis* en tina capitis (4,5). El hallazgo de tina capitis por *T. rubrum* en mujeres adultas coincide y se presentaron con clínica diferente a la clásica tina microspórica o por *T. tonsurans* (13,14).

En los adultos se aisló más *Candida*, tina pedis y onicomicosis como sucedió en otros estudios (8,11),

Predominando la tina capitis en los niños como es la tendencia universal (1,2, 6,5). La tinapedis no ocurrió en niños (12).

Es necesario aclarar que no siempre el dermatólogo solicita el correspondiente examen micológico sobre todo en casos de *P. versicolor*, ciertas lesiones en terdigi tales, paroniquia, etc. y que una gran cantidad de personas encuentran "normal" y se han acostumbrado a coexistir con problemas tales como la tina pedis, acudiendo al médico solo cuando surgen complicaciones, lo que podría dar un sesgo en los resultados de nuestro estudio, pero podemos concluir diciendo que se destaca la importancia de las micosis superficiales en la consulta médica general y dermatológica, haciendo incapie en que es importante realizar estudio micológico en pacientes con escamas y prurito en cuero cabelludo sin aspecto típico de tina capitis microspórica pues pueden corresponder a tina tricofítica, lo mismo que en las lesiones de pies donde el aspecto clínico de las candidosis no albicans puede confundirse con tina pedis llevando a error en el tratamiento (8).

Recalcamos que no todas las lesiones de unas son producidas por hongos y deben descartarse primero otras patologías como trauma, psoriasis, liquen plano y dermatitis de contacto, además la mayoría de los casos con lesiones sospechosas clínicamente de tina corporis dieron cultivos negativos sugiriendo que esta es menos frecuente de lo que se cree y es preferible solicitar estudio micológico de lesiones en piel lampina, antes de iniciar tratamiento antimicótico.

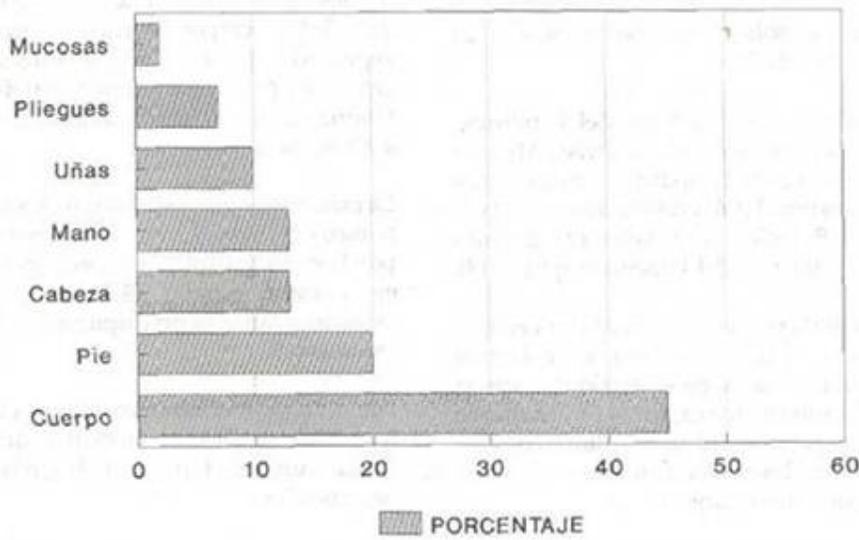
La mayor exposición de las mujeres (amas de casa) a la humedad, trauma, etc. predispone a la infección por hongos y explican la predominancia de ese sexo en nuestro estudio (3,7). Además, los pacientes atópicos están más predispuestos a las dermatofitosis crónicas (15).

Por último, encontramos que el cultivo es un método más sensible y específico que el examen en fresco con KOH para el diagnóstico de micosis superficiales.

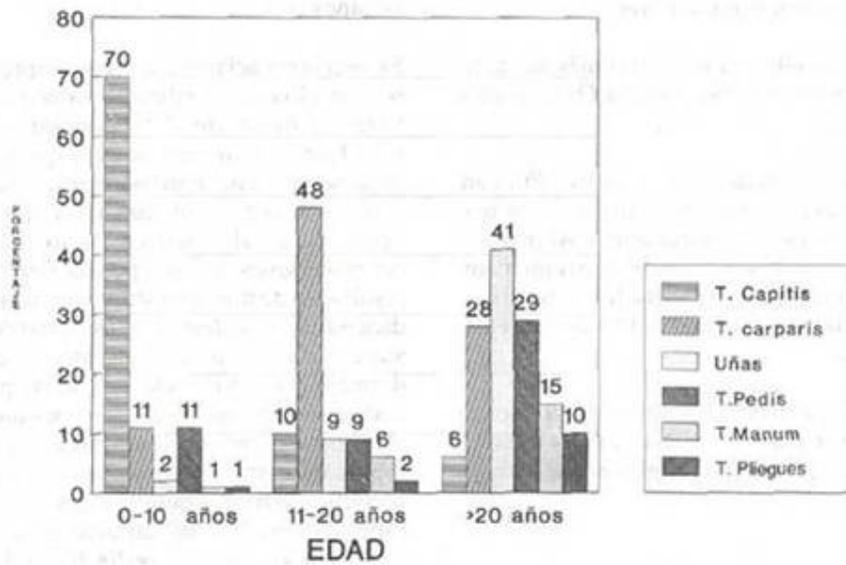
MICOSIS SUPERFICIALES En HONDURAS

MICOSIS SUPERFICIALES EN HONDURAS

GRAFICA 4
Estudios Negativos Segun Localización



GRAFICA 3
Frecuencia de Localización Segun Edad



BIBLIOGRAFIA Y REFERENCES

1. Simal y Col. Contribucion al estudio Epidemiologico de las Micosis Superficiales en Zaragoza. *Actas Dermo-Sif.* 76,5-6 (275-282) 1985.
2. Palacio Hernanz. Estudio de las Dermatofitosis a lo largo de 30 meses en el area sanitaria dependiente de la dudad sanitaria. "lodeOctubre"deMadrid. *Arch. Dermo-Sif.* 79,3(250-262) 1988.
3. Arreaza y Col. Estudio de la Flora Micotica y bacteriana en pacientes con lesiones en las unas. *Med. Cut. ILA.* Vol. XVI (285-290). 1988.
4. Vignale y Col. Tina Microsporica de Cuero Cabelludo en Adultos. *Med. Cut. I.L.A.* Vol. XI (183) 1983.
5. Garcia Perez y Col. Tina Capitis en adultos y Adolescentes. *Med. Cut. ILA.* Vol. IX (329) 1981.
6. Estudio Micosis Superficiales 1968-72. *Revista Argentina de Dermatologia.* Junio 1972.
7. Nufimar y Col. Estudio Micologico de 102 Casos de Dermatosis. *Med. Cut. ILA* Vol. XII (483) 1984.
8. C. Zaitz y Col. Estudio Epidemiologico de la Tina de Pie en Santa Casa, SaoPaulo. *Med. Cut. ILA* Vol. XVII (255) 1989.
9. Marquez. Estudiodelasdermatofitosisenla region de Murcia. Cambio de la Frecuencia dc los aislamientosenlosultimos22anos. *Med.Cut.ILA* Vol. XV (93) 1987.
10. Lacz Martins y Col. Estudio Prospectivo de la Incidencia de Pitiriasis Versicolor en la Poblacion del Municipio dc Santo Andre. SaoPaulo. *Med. Cut. ILA* Vol. XVII. (287) 1989.
11. Wertheim Silvia. Micosis del Pie en Humanos Mayores de 40 anos. *Med. Cut. ILA* Vol. IX. 1981.
12. Gonzales y Col. Tina de los pies en Ninos. *Med. Cut. ILA* Vol. XVII (239) 1989.
13. Editorial. Tinea Capitis. Current Concepts. *Arch. Dermatol.* Vol. 124. oct. 1988.
14. Sharma ct.al. Scalp colonization by trichophyton tonsurans in an Urban Pediatric Clinic. AsymtomaticCarrier State?. *Arch. Dermatol.* Vol. 124. Oct. 1988.
15. Jones et al. Immunologic Susceptibility to Chronic Dermatophytosis. *Arch. Dermatol.* Vol. 11. Aug. 1974.