

MUY ALTA FOTO-PROTECCIÓN NUEVA TECNOLOGÍA ANTI-BRILLO



NUEVO

ANTHELIOS XL

GEL-CREMA TOQUE SECO 50+FPS

Muy alta protección.
Nueva tecnología anti-brillo.

NUEVO

ANTHELIOS XL

GEL-CREMA TOQUE SECO 50+

MUY ALTA PROTECCIÓN:
[XL-PROTECT™]

UVA / UVB / LUZ VISIBLE
INFRARROJOS
FPS 50+

+

EXCLUSIVA MOLÉCULA
ANTI-SUDOR
[AIRLICIUM™]

Capaz de absorber 100 veces
su peso en agua.
Detecta y controla sebo y sudor.

- SIN marcas blancas
- SIN brillo
- Disponible en versión CON color



Tiña del cuerpo por *Trichophyton violaceum*

Tinea corporis due to Trichophyton violaceum.

Lara-Cruz G¹, Tirado-Sánchez A¹, Araiza J², Escandón-Pérez S⁴, Arellano I³, Bonifaz A¹

Estimado editor:

Comunicamos el caso de una paciente de 31 años de edad, originaria de la Ciudad de México y residente de Huixquilucan, Estado de México; sin antecedentes personales patológicos. Inició con incremento de peso, debilidad muscular, oligomenorrea, hirsutismo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cefalea global intermitente de tipo opresivo y dermatosis en los pies con lesiones eritematoescamosas. Por lo que se estableció el diagnóstico de hipercortisolismo endógeno por los estudios bioquímicos (incremento de cortisol 50.56 µg/dL) y los estudios de imagen por resonancia magnética (adenoma hipofisario), así como los mencionados anteriormente.

La paciente tenía una dermatosis diseminada que afectaba el cuello en la cara anterior y lateral, el tronco en la cara anterior en el pliegue submamario, la cara posterior interescapular, los pliegues inguinales e interglúteos y las extremidades superiores por ambas caras. Estaba constituida por múltiples placas hipercrómicas color marrón-violáceo, algunas con escama fina blanquecina en su superficie y otras en la periferia; en las extremidades inferiores tenía escama gruesa amarillenta (Figuras 1, 2 y 3), de tal forma que ante la sospecha clínica de tiña del cuerpo se tomó una muestra de examen directo con KOH (10%) con hallazgo de filamentos delgados y tabicados, y se realizó cultivo en medios de Sabouraud dextrosa agar con y sin antibióticos que desarrolló dermatofito identificado como *Trichophyton violaceum* (Figuras 4 y 5).

¹ Servicio de Dermatología.

² Servicio de Micología.

³ Jefa del Servicio de Dermatología. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

⁴ Estudiante de medicina, Universidad Anáhuac del Norte.

Recibido: octubre 2016

Aceptado: noviembre 2016

Correspondencia

Dr. Alejandro Bonifaz
a_bonifaz@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

Lara-Cruz G, Tirado-Sánchez A, Araiza J, Escandón-Pérez S y col. Tiña del cuerpo por *Trichophyton violaceum*. Dermatol Rev Mex. 2017 mar;61(2):164-167.



Figura 1. Dermatitis localizada en la región submamaria, donde también se observan estrías violáceas por exceso de corticoides endógenos.

La tiña del cuerpo ocupa el segundo lugar entre las dermatofitosis con frecuencia de 15%, es un padecimiento cosmopolita, afecta principalmente el tronco en 49%, las extremidades en 29% y la cara en 22%.^{1,2} Este caso es de interés porque en México es poco frecuente la tiña del cuerpo ocasionada por la especie *Trichophyton violaceum*,^{3,4} que representa 10% entre otras especies de *Trichophyton* spp, según el estudio de López y su grupo, realizado en México con 2,084 pacientes con diagnóstico de tiña.³ Respecto a Latinoamérica y México, los cinco dermatofitos más frecuentes son: *T. rubrum* (70%), *T. mentagrophytes* (10%, incluye *T. interdigitale*), *T. tonsurans* (3%), *M. canis* (13%) y *E. floccosum* (1%). De manera esporádica (3%) se aíslan *M. gypseum*, *M. nanum*, *T. violaceum*, *T. concentricum* y *T. verrucosum*.¹

Trichophyton violaceum es un hongo antropofílico con distribución mundial y es endémico de las zonas climáticas áridas del Magreb o norte de África, Europa oriental y gran parte de Asia.⁵⁻⁸ Se caracteriza por un crecimiento muy lento, aproximadamente entre dos y cuatro semanas, con promedio de 20 días; forma colonias limitadas, lisas o plegadas, color rojo-púrpura o violeta oscuro, de aspecto ceroso; al reverso del cultivo se observa el mismo color; a la micromorfología



Figura 2. Dermatitis localizada en la región axilar, constituida por una placa eritematoescamosa extensa, hipercrómica, sin borde activo.

muestra abundante micelio tabicado y distorsionado con escasos microconidios sésiles e hifas reflexivas, en cepas maduras se observan abundantes clamidoconidios intercalares; hay cepas con pocos elementos reproductivos.^{1,9}

El mecanismo de parasitación se inicia por el contacto de los elementos fúngicos, como los conidios o hifas, que caen en cualquier parte del cuerpo, crecen limitados a la capa córnea y



Figura 3. Dermatitis localizada bilateral y simétrica en los pliegues inguinales, constituida por placas eritematoescamosas hipercrómicas color marrón-violáceo con borde activo.



Figura 4. Colonia violácea cerosa de *Trichophyton violaceum* (medio Borelli).

se extienden por el cuerpo; asimismo, es común que se origine a partir de un foco primario, principalmente de tiña de los pies, con diseminación posterior y de esta manera produce tiña del cuerpo. En el caso de la tiña de la cabeza, la infección se inicia en la piel y luego se parasitan los pelos. Respecto a la topografía clínica y grupos etarios, en niños afecta principalmente la cabeza y ocasionalmente se manifiesta como tiña del cuerpo en adultos. Cuando se observa en tiña

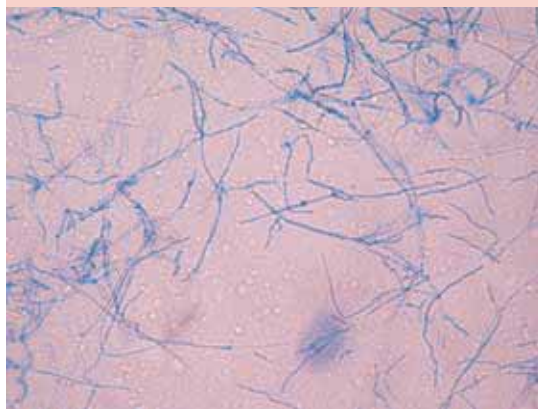


Figura 5. Múltiples hifas, con escasos clamidoconidios.

de la cabeza muestra una parasitación endótrix y clínicamente se observan placas alopecicas y pelos cortados desde la apertura folicular que dan la apariencia de puntos negros. La tiña del cuerpo se distingue por placas eritematoescamosas circulares u ovals hipercrómicas con borde eritematoso y violáceo.^{7,10-12}

El diagnóstico se realiza mediante anamnesis y exploración física de las características clínicas de la dermatosis; sin embargo, es importante que se corrobore mediante examen directo y cultivo; de preferencia el medio Sabouraud agar adicionado con tiamina debido a que este cofactor estimula su crecimiento, formado microconidios piriformes, cercanos a 2-4 μm de tamaño y debido a que es muy pleomórfico, debe conservarse en medio de arroz o de coco agar.¹ También se han reportado casos de una variedad de cepa de *Trichophyton violaceum* que no genera pigmento, considerada pálida, que puede pasar como contaminante y puede confirmarse correctamente por secuenciación genética.¹³

En la terapéutica establecida ante la infección por este agente, han demostrado ser más efica-

ces y potentes la terapia tópica con derivados azólicos una a dos veces al día durante dos a tres semanas, mientras que para tratamientos sistémicos los más efectivos son: terbinafina, voriconazol y posaconazol. Deng y su grupo,⁷ utilizando cepas de tiña de la cabeza por *Trichophyton violaceum* proveniente de diversas partes del mundo, hicieron un estudio *in vitro*, encontraron las MIC más bajas para terbinafina, voriconazol y posaconazol; debido a que estos triazólicos son de alto precio, la terbinafina se coloca como la mejor opción por costo/beneficio, este medicamento se administró a nuestra paciente a dosis de 250 mg/día, durante seis semanas, con lo que se obtuvo curación clínica y micológica.

Los comentarios que se desprenden de nuestro caso es que la paciente negó haber hecho viajes que puedan propiciar la adquisición de ese agente de alguna zona endémica, lo que nos hace pensar que el dermatofito pueda estar de manera esporádica en nuestro medio. Recientemente se han reportado múltiples casos en Europa debido a la migración frecuente que ocurre entre África y Europa, lo que condiciona que este agente etiológico pueda dispersarse o ser emergente en esos países.⁹

Asimismo, en pacientes inmunosuprimidos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, cáncer, abuso crónico de tratamientos con corticoesteroides, diabetes mellitus, trastornos linfoproliferativos, entre otros, llega a diseminarse en todo el cuerpo.¹⁴ En el caso de nuestra paciente, al tener un adenoma hipofisario productor de cortisol, generó un estado similar a un exceso de esteroides, lo que favoreció que una tiña de los pies inicial se diseminara a todo el cuerpo. Se propone insistir en la exploración clínica de los pacientes, en especial en los inmunosuprimidos o con alguna comorbilidad, así como la impor-

tancia de realizar cultivo ante la sospecha de una tiña para identificar el agente causal.

REFERENCIAS

1. Bonfiaz A. Micología. 5° ed. México: McGraw-Hill; 2012;93-131.
2. Arenas R. Dermatofitosis en México. Rev Iberoam Micol 2002;19:63-67.
3. Lopez R, Manzano P, Hernandez F, Bazan-Mora E, et al. Dynamics of dermatophytosis frequency in Mexico: an analysis of 2084 cases. Med Mycol 2010;48:476-479.
4. Welsh O, Welsh E, Ocampo J, Gomez M, Vera-Cabrera L. Dermatophytoses in Monterrey, Mexico. Mycoses 2006;49:119-123.
5. Juncosa T, Aguilera P, Jaen A, Vicente A, et al. *Trichophyton violaceum*: un patógeno emergente. Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26:502-504.
6. Zhuang K, Ran X, Lei S, Zhang C, et al. Scanning and transmission electron microscopic observation of the parasitic form of *Trichophyton violaceum* in the infected hair from tinea capitis. Scanning 2014;36:465-470.
7. Deng S, de Hoog GS, Verweij PE, Zoll J, et al. *In vitro* antifungal susceptibility of *Trichophyton violaceum* isolated from tinea capitis patients. J Antimicrob Chemother 2015;70:1072-1075.
8. Maslen MM, Andrew PJ. Tinea due to *Trichophyton violaceum* in Victoria, Australia. Australas J Dermatol 1997;38:124-128.
9. Farina C, Fazii P, Imberti G, Lombardi G, et al. *Trichophyton violaceum* and *T. soudanese*: re-emerging pathogens in Italy, 2005-2013. New Microb 2015;38:409-415.
10. Smriti C, Anuradha S, Kamlesh T, Isampreet K, Nitin K. Tinea corporis due to *Trichophyton violaceum*: A report of two cases. Indian J Med Microbiol 2015;33:596-598.
11. Romano C, Feci L, Fimiani M. Thirty-six cases of epidemic infections due to *Trichophyton violaceum* in Siena, Italy. Mycoses 2014;57:307-311.
12. Thakur R, Goyal R. Tinea capitis: Mixed or consecutive infection with white and violet strains of *Trichophyton violaceum*: A diagnostic or therapeutic challenge. J Clin Diagn Res 2015;9:3-4.
13. Valari M, Stathi A, Petropoulou T, Kakourou T, et al. Cases of Tinea capitis due to pale isolates of *Trichophyton violaceum* (*Trichophyton glabrum*) in South-East Europe. A challenge to the clinical laboratory. Med Mycol Case Rep 2012;1:66-68.
14. Zhan P, Li ZH, Geng C, Jiang Q, et al. A chronic disseminated dermatophytosis due to *Trichophyton violaceum*. Mycopathologia 2015;179:159-161.