



Casos Clínicos

Dra Beatriz Pi
Postgrado Enfermedades Infecciosas
Facultad de Medicina
Enero 2012



- Sexo Femenino. 29 años. VIH diagnosticado en 2008, Recibiendo TARV desde julio 2011 – ABC/3TC/EFV. CV 25000 Población linfocitaria 114 CD4
- Concorre a policlínica por lesiones de piel pruriginosas topografiadas a nivel distal de ambos MMII de cuyas características se destacan que son confluentes, eritemato-escamosas, con tendencia a la curación central y crecimiento periférico de conformación irregular,
- Presenta además lesiones de rascado
- 3 meses de evolución , nunca recibió tratamiento.







Dermatofitos

micosis superficial que afecta tejidos queratinizados: piel, pelo, uñas sin compromiso mucoso.



DERMATOFITOS

- Infección generada por Dermatófitos: TIÑAS
- Según localización se clasifican:
 - Tiña Capitis
 - Tiña Ungueum
 - Tiña Corporis**
 - Tiña Pedis
 - Tiña Barbae
 - Tiña Cruris
 - Tiña de pies y manos



Dermatofitos

- Micosis superficial → no atraviesan la membrana basal
- Hongos filamentosos.
- Compromiso epidermis y anexos: uñas y pelo.
- No compromete mucosas.
- Queratinofílicos - queratinolíticos
- Según reservorio y forma de transmisión:
 - persona-persona : antropofílicos
 - persona-animal: zoofílicas
 - hombre-suelo: geofílicos



- 3 géneros: (y mas de 40 especies)

Microsporum: afectación piel y pelo.

Trichophyton: afectación de piel, pelo, y uñas.

Epidermophyton: afectación de piel glabra y raramente uñas.

Se diferencian según las características macroscópicas de las macroconidias, y la presencia o ausencia de microconidias.



- En pacientes con VIH con bajo recuento de CD4, u otra inmunodepresión la forma de presentación de las dermatofitosis es mas extensa, con formas inflamatorias y dificultades en el control terapéutico de las lesiones.
- Dada la topografía de las lesiones de nuestra paciente planteamos diagnostico clínico presuntivo de Tiña corporis – (Herpes Circinado)
- El agente más frecuentemente aislado es *Microsporum o Trichophyton*



- Diagnóstico diferencial

A pesar de que la topografía no es típica creemos importante descartar que se trate de escabiosis, dado que en pacientes inmunodeprimidos puede presentarse con lesiones extensas, más inflamatorias y atípicas.

Para descartarlo se solicitará estudio parasitológico de las lesiones en busca de *Sarcoptes scabiei*



Diagnóstico

Clínico

Epidemiológico

Estudio micológico : KOH + cultivos

El KOH (directo) permite un diagnóstico inmediato de dermatofitosis.

Cultivo: diagnóstico de certeza, procedimiento más lento. Medio de cultivo: Sabouraud

Examen histológico



Tratamiento

Se realizará tratamiento tópico o sistémico según la topografía de las lesiones, la presentación clínica y la extensión.

La identificación de la especie determina la elección del tratamiento en algunas ocasiones.

Se realizará tratamiento oral en :

Afecciones extensas

Zonas hiperqueratósicas

Tiña ungueum

Tiña capitis

Inmunodeprimidos



Tratamiento

- **ANTIFUNGICOS:**
- **TRIAZOLES:**

Itraconazol – Alta unión a la queratina alcanza buenas concentraciones en piel, pelo, uñas

Ketoconazol

(**Fluconazol** – Triazol que se une menos a la queratina por lo que **no es una opción** en las dermatofitosis)

- **TERBINAFINA** : Alilamina fungicida con alta unión a la queratina y tejido graso.



Bibliografía

- Molina de Diego A. Aspectos clínicos diagnósticos y terapéuticos de las dermatofitosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. **2011**;29(Supl 3):33-39
- Rubio M., Rezusta A, Gil J., Ruesca R. Perspectiva micologica de los dermatofitos en el ser humano. *Rev Iberoam Micol*. **1999**; 16:16-22
- Palacio A., Garau M., Cuetara M. Tratamiento actual de las dermatofitosis. *Rev Iberoam Micol* **2002**; 19: 68-71
- Hongos Verdaderos (reino fungi) En: Conti I. Micología médica. Montevideo Uruguay. FEFMUR. **2009**; 87-99
- Ballesté R, Fernández N, Mousqués N, et al. Dermatofitosis en población asistida en el Instituto de Higiene. *Rev Med Uruguay* **2000**; 16:232-242