

Tiña inflamatoria de la ingle en una mujer por *T. mentagrophytes* var *interdigitale*

Mercedes Gómez Vázquez, Dolores Sánchez-Aguilar, Manuel Pereiro Jr y Jaime Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

Resumen.—Se presenta el caso de una mujer de 22 años diagnosticada de tiña inflamatoria crural por *T. mentagrophytes* var *interdigitale*.

Las infecciones por dermatofitos a nivel inguinocrural son poco frecuentes en el sexo femenino. Además, *T. mentagrophytes* var *interdigitale* es un dermatofito antropofílico que generalmente produce *tinea pedis* no inflamatoria.

Fue tratada con griseofulvina, 500 mg/ día durante 4 semanas, con curación completa.

Palabras clave: tiña crural inflamatoria, mujer, *Tricophyton mentagrophytes* var *interdigitale*.

Gómez Vázquez M, Sánchez-Aguilar D, Pereiro M Jr, Toribio J. Tiña inflamatoria de la ingle en una mujer por *T. mentagrophytes* var *interdigitale*. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(7):461-3.

INFLAMMATORY TINEA CRURIS IN A WOMAN DUE TO *T. MENTAGROPHYTES* VAR *INTERDIGITALE*

Abstract.—We report a case of inflammatory tinea cruris by *T. mentagrophytes* var *interdigitale* in a woman. Inflammatory tinea cruris in female patients is uncommon. Furthermore, *T. mentagrophytes* var *interdigitale*, an antropophylic dermatophyte, usually causes non-inflammatory tinea pedis. Treatment with griseofulvine, 500 mg/ d during 4 weeks, was curative.

Key words: inflammatory tinea cruris, *T. mentagrophytes* var *interdigitale*, woman.

INTRODUCCIÓN

La tiña crural es una infección por dermatofitos de la región genital, perianal y perineal, que puede seguir un curso agudo o crónico. Afecta con mayor frecuencia a los adultos jóvenes, con predominio de varones, siendo excepcional en las mujeres¹. Las especies más frecuentemente implicadas en el desarrollo de tiña crural son *Tricophyton rubrum* y *Epidermophyton floccosum* y con menor frecuencia el *T. mentagrophytes*^{2, 3}. Éstos son hongos antropofílicos y, por tanto, sólo encontrados en relación con la piel humana, siendo su mecanismo de transmisión directamente de hombre a hombre o indirectamente a través de fómites, adquiriendo ocasionalmente un carácter epidémico. Se debe también tener en cuenta la posibilidad de una autoinoculación a partir de micosis en los pies. Los principales factores predisponentes en su desarrollo son la maceración y la humedad local¹.

Presentamos un caso de una tiña inflamatoria crural producida por *T. mentagrophytes* var *interdigitale* en una mujer.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 22 años, sin antecedentes de interés, que consulta por un cuadro de 1 mes de evolución que ini-

cialmente consistía en una lesión asintomática, redondeada, eritematodescamativa, localizada a nivel pubiano, que fue aumentando progresivamente de tamaño. Se aplicó emolientes y corticosteroides tópicos sin mejoría clínica; las lesiones se extendieron a zonas vecinas.

Coincidiendo con una maniobra de rasurado local se produjo un empeoramiento clínico, acompañado de dolor y pustulación; realizó tratamiento con anti-sépticos tópicos y cloxacilina sin mejoría.

En la exploración (fig. 1) presentaba a nivel de la región pubiana y desbordando los pliegues inguinales una placa eritematoedematosa, exudativa, con múltiples pústulas foliculares y dolor intenso a la palpación. El pelo de desprendía fácilmente a la tracción. En el hipogastrio, muslos y zona glútea se observaban placas de morfología circinada, eritematosas y con un collarate descamativo. No presentaba alteraciones interdigitales ni ungueales.

El examen directo de los pelos de la región pubiana y de las escamas del borde de las lesiones crurales y glúteas fue positivo, observándose en el cultivo una colonia blanconacarada, con centro verdoso, aspecto algodonoso y borde pulverulento compatible con *T. mentagrophytes* var *interdigitale* (fig. 2). El estudio microscópico del micelio confirmó el diagnóstico, observándose las características microconidios con disposición arracimada.

Se realizó tratamiento con griseofulvina a una dosis única de 500 mg/ día durante 4 semanas con resolución completa del cuadro.

Correspondencia:

Mercedes Gómez Vázquez. Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. C./ San Francisco, s/ n. 15782 Santiago de Compostela (A Coruña). Correo electrónico: mejaim@usc.es

Aceptado el 2 de mayo de 2002.



Fig. 1.—Aspecto clínico de la lesión, afectando a la región inguinocrural, parte baja de abdomen y superior de muslos. En la región pubiana es donde se observa el componente inflamatorio.

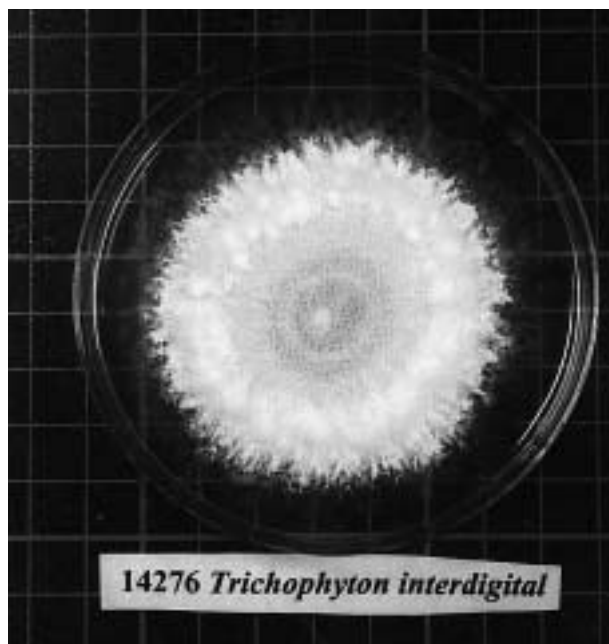


Fig. 2.—Colonias blancas pulverulentas típicas de *T. mentagrophytes* var *interdigitale*.

DISCUSIÓN

La tiña crural, también denominada ecema marginado de hebra, es una infección por dermatofitos de la región inguinal y de la piel circundante, relativamente frecuente en los varones y considerada excepcional en las mujeres¹. La infección está generalmente producida por *T. rubrum* y *E. floccosum*, siendo menos frecuente como agente causal el *T. mentagrophytes*^{2, 3}. Es una infección con alto índice de recidivas, al parecer en relación con la persistencia de los dermatofitos en regiones clínicamente sanas (escroto, pliegues inguinales y glúteo) y con un estado de hipersensibilidad antigénica a los mismos^{4,6}.

Trichophyton mentagrophytes es una de las especies más frecuentemente aisladas en los animales y en el hombre. Sus variedades están bien definidas existiendo formas zoofílicas (var *mentagrophytes*, var *quincleanum*, var *erinacei*) y la forma antropofílica var *interdigitale*⁷. El *T. mentagrophytes* var *interdigitale* no es encontrado frecuentemente como causa de patología a nivel

inguinocrural, siendo habitualmente causa directa de los intertrigos interdigitales micóticos^{3,8}. Como hongo antropofílico tiene poca capacidad para producir inflamación, siendo más frecuente que produzca un cuadro crónico, persistente y recalcitrante al tratamiento⁷.

Lo llamativo de este caso es la intensa respuesta inflamatoria a nivel inguinocrural que hace pensar en la posibilidad de que se trate de una forma de respuesta clínica de dicho dermatofito cuando afecta a regiones pilosas, puesto que la afectación de la piel glabra no se acompañó de este componente inflamatorio. No se puede descartar que la inflamación pudiese estar relacionada con los múltiples tratamientos tópicos locales aplicados ni con las maniobras de rasurado efectuadas por la paciente.

En los últimos años la mayor parte de los estudios realizados en torno a las dermatofitosis están centrados en su tratamiento, en la búsqueda de fármacos que produzcan la curación del cuadro con los mínimos efectos secundarios y la menor proporción de recidivas⁹.

Los tratamientos antimicóticos tópicos se emplean principalmente en la tiña crural aguda y subaguda, teniendo en cuenta la sensibilidad de la región y el riesgo de que el tratamiento produzca irritaciones y secundariamente sobreinfecciones. El fluconazol, el itraconazol, la terbinafina^{10,11} y con menos frecuencia la butenafina¹² son los más empleados. Los tratamientos sistémicos son utilizados cuando hay escasa efectividad de los tópicos o el cuadro tiene un importante componente inflamatorio. En este caso utiliza-

mos la griseofulvina con buena respuesta clínica y sin efectos adversos inherentes al fármaco. Algunos autores proponen la utilización de la terbinafina en el tratamiento de estas dermatofitosis por su mayor efectividad y menor número de efectos secundarios¹³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Odom R. Pathophysiology of dermatophyte infections. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:S2-7.
2. Aly R. Ecology and epidemiology of dermatophyte infections. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:S21-5.
3. Pereiro Miguens M, Pereiro M, Pereiro M Jr. Review of dermatophytoses in Galicia from 1951 to 1987, and comparison with other areas of Spain. *Mycopathologia* 1991;113:65-78.
4. Chakrabarti A, Sharma SC, Talwar P. Isolation of dermatophytes from clinically normal sites in patients with tinea cruris. *Mycopathologia* 1992;120:139-41.
5. Chakrabarti A, Sharma SC, Handa S, Chander J, Kumar D, Sahgal R. Association of hypersensitivity and carriage of dermatophytes in clinically normal sites in patients with tinea cruris. *Mycopathologia* 1995;131:71-4.
6. Kaaman T. Cell-mediated reactivity in dermatophytosis: differences in skin responses to purified trichophytin in tinea pedis and tinea cruris. *Acta Derm Venereol* 1981;61:119-23.
7. Ungpakorn R, Holdom M, Hamilton AJ, Hay RJ. Purification and partial characterization of the Cu, Zn superoxide dismutase from the dermatophyte *Trichophyton mentagrophytes* var *interdigitale*. *Clin Exp Dermatol* 1996;21:190-6.
8. Weller R, Leifert C. Transmission of *Trichophyton interdigitale* via an intermediate plant host. *Br J Dermatol* 1996;135:656-7.
9. Van Heerden JS, Vismar HF. Tinea corporis/ cruris: new treatment options. *Dermatology* 1997;194 Suppl 1:14-8.
10. Leshner JL Jr. Recent developments in antifungal therapy. *Dermatol Clin* 1996;14:163-9.
11. Greer DL, Jolly HW Jr. Treatment of tinea cruris with topical terbinafina. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:800-4.
12. Leshner JL Jr, Babel DE, Stewart DM, Jones TM, Kaminska L, Goldman M, Weintraub JS. Butenafina 1% cream in the treatment of tinea cruris: a multicenter, vehicle-controlled, double-blind trial. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:S20-4.
13. Del Palacio Hernández A, López Gómez S, González Las-tra F, Moreno Palancar P, Iglesias Díez L. A comparative double-blind study of terbinafina (Lamisil) and griseofulvin in tinea corporis and tinea cruris. *Clin Exp Dermatol* 1990;15:210-6.