

MICOSIS SUPERFICIALES EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE QUITO

Dra. Mercedes Egas Pérez*, Dra. Gladys Pazmiño Yépez*,
Dr. Vinicio Andrade* Dra. Jeannete Zurita**

RESUMEN

Se estudiaron 108 pacientes con lesiones en piel, cuero cabelludo y uñas para investigación de hongos, mediante KOH y/o cultivo. 47 pacientes (43 o/o) presentaron KOH (+), de éstos 43 fueron cultivados 35 (81 o/o) presentaron cultivo positivo para hongos.

El KOH fue (-) en 62 (57 o/o), realizándose cultivo en 34 (97 o/o) y apenas 1 fue positivo par hongos.

Las muestras fueron sembradas en Mycoceol y posteriormente en Sabouraud para su identificación. El dermatofito más aislado fue Tricofiton mentagrafites 19 (54 o/o). En relación a la distribución de las lesiones el cuero cabelludo fue el más afectado 37 (40.6 o/o). Las micosis en piel y anexos en los niños de éste estudio es frecuente (43 O/o), siendo la zona más afectada el cuero cabelludo. Hay correlación con el KOH y el cultivo. El dermatofito aislado con mayor frecuencia es el Tricifiton mentagrafites.

INTRODUCCION

Las micosis superficiales constituyen un capítulo importante dentro de la patología cutánea. Si bien son relativamente frecuentes, se ha exagerado su diagnóstico y es costumbre calificar y aún tratar diferentes dermatosis en forma errónea con todo tipo de preparaciones antimicóticas y aún terapia sistémica, con las consiguientes fallas terapéuticas y complicaciones de diversa índole. A ésto contribuye la automedicación del paciente quien con mayor frecuencia que el médico, considera cualquier enfermedad cutánea como una infección micótica. Desde el punto de vista epidemiológico, es importante recalcar que las micosis cu-

táneas tienen una distribución mundial aunque su prevalencia es favorecida por factores tales como climas cálidos y húmedos. Aunque no existe una diferencia clara de tipo racial, parece ser que la raza negra presenta menos susceptibilidad a las infecciones por dermatofitos que la caucásica. De igual manera existen diferencias por grupos de edad, cuyo ejemplo más claro es el de la tiña cápitis, la cual no se manifiesta después de la pubertad, probablemente por el efecto inhibitorio del *Pitirosporum ovale* cuya presencia en la edad post-puberal probablemente aumenta la resistencia a esta micosis.

Los microorganismos que ocasionan las micosis cutáneas son numerosos. Nos referiremos únicamente a las Dermatofitosis. Los dermatofitos comprenden 3 géneros de hongos: *Microsporum*, *Trichophyton* y

Epidermophyton. Las Dermatofitosis comprenden el mayor número de micosis superficiales conformando las tiñas cutáneas, cada una de ellas presenta un cuadro clínico bien definido.

OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia de micosis superficiales en la edad pediátrica.
2. Importancia del KOH para diagnóstico de infecciones micóticas.
3. Zona corporal más afectada.

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 108 pacientes referidos de la Consulta Externa de Dermatología del HBO, con lesiones en la piel, cuero cabelludo y uñas para investigación de hongos y/o cultivo.

* Médicos Postgrado de Pediatría.

** Dra. MSc. Microbióloga.

RESULTADOS

47 pacientes presentaron KOH (+), de éstos 43 fueron cultivados en Mycosel (posee cicloexamina que inhibe el crecimiento de dermatofitos ambientales como *Aspergillus*, *Penicillium fusarium* y *cloranfenicol* o *gentamicina* que inhiben el crecimiento bacteriano), cuando se tiene la colonia pura se pasa a medio Sabouraud para ver sus características morfológicas. De los que se cultivaron 35 (81 o/o) presentaron desarrollo para hongos.

El KOH fue (-) en 62 (57 o/o), de éstos se cultivaron 34 (54.8 o/o), no hubo desarrollo de hongos en 33 (97 o/o) y apenas 1 fue positivo. El dermatofito aislado con mayor frecuencia fue *Trichophyton Mentagrophytes* 19 (54 o/o), seguido de *Microsporum canis* 8 (23 o/o), *Trichophyton rubrum* 2 (5.7 o/o); dentro de las levaduras: *Cándida* 5 (14.2 o/o).

En relación a la distribución de las lesiones el cuero cabelludo fue el más afectado (Tiña cápitis) 37 (40.8 o/o), luego piel lampiña de tórax y miembros (Tiña córporis) 25 (27 o/o), seguido de lesiones en cara 17 (18.8 o/o), mano (Tiña manun) 5 (5.4 o/o), espacios interdigitales 3 (3.2 o/o), boca 1 (1 o/o) y periné 1 (1 o/o), ésta única lesión en periné fue por *Cándida*, debido a que la mayoría de Pediatras tratan las micosis perineales y no refieren al especialista. No se encontró lesiones en uñas (Tiña ungiom-onicomiosis).

La literatura sugiere que en los casos en que se sospeche micosis y el examen directo (KOH) sea negativo, deberá recurrirse al cultivo para comprobar su presencia: no encontramos mayor diferencia en este estudio ya que en la mayoría de muestras con KOH (+), el cultivo fue también positivo (81 o/o).

DISCUSION

Las micosis de piel y anexos de los niños de este estudio son frecuentes (43 o/o).

Los tres principales géneros responsables de las infecciones por dermatofitos son: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epermophyton* (1-2-3).

La especie *Trichophyton* causa lesiones en todo tejido queratinizado incluido piel, pelos y uñas (2-4).

La especie *Microsporum* invade el cabello y la especie *Epidermophyton* la piel en zonas de flexión y humedad (5).

La especie *Trichophyton* y *Microsporum* se adquiere por contacto directo con personas o animales parásitos (6).

En nuestro estudio la zona más afectada fue el cuero cabelludo (Tiña cápitis), coincidiendo con la literatura mundial. La tiña de la cabeza es una dermatosis propia de la infancia (2-15-18).

El agente etiológico causante de la tiña cápitis es el *Trichophyton tonsurans* (90 o/o) y menos frecuentemente otros *Microsporum* y otros *Trichophyton* (5-7-

20)

Sin embargo en este estudio el dermatofito aislado con mayor frecuencia fue el *Trichophyton mentagrophytes* y el *Microsporum canis*.

Los procedimientos diagnósticos incluyen: examen con lámpara de Wood de pelos afectados, examen microscópico con hidróxido de potasio (KOH) e identificación por cultivo del agente etiológico (19-21).

En el trabajo realizado 43 o/o de los pacientes tuvieron KOH (+) de éstos se realizó cultivo en Mycosel al 90 o/o de pacientes, de los cuales el cultivo fue positivo para hongos en el 81 o/o.

Hay correlación entre el KOH (+) y el cultivo (+) para hongos.

BIBLIOGRAFIA

1. Atton AV, Tunnessen WW: Alopecia in children: The Most comun causes. *Peditr Rev* 12:25, 1990.
2. Arndt KA: *Manual of Dermatologic Therapeutics*, 3er. ed. Boston, Little, Brown, 1983.
3. Allen HB, Honing PJ, Leyden JJ, et al: Selenion sulfite: Adjuntive therapy for tinea capitis. *Pediatrics* 69:81, 1982.
4. Barth JH: Normal hair growth in children. *Pediatr Dermatol* 4:173, 1987.
5. Goslen JB, Kobayashi GS: Mycologic infections. In Fitz patric TB, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds): *Dermatology in General Medicine*, ed 3. NY, McGraw-Hill, 1987, p. 2193.
6. Gan VN, Petruska M, Ginsburg CM: Epidemiology and treatment of tinea capitis. *Pediatr Infect Dis J* 6:46, 1987.
7. Hurwitz S: *Clinical Pediatric Dermatology*, Philadelphia, WB Saunders, 1981.
8. Hurwitz S: *Clinical Pediatric Dermatology*. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1981, p 83.
9. Hurtwitz s: Hair disorders. In Schachner LA Hansen RC (eds): *Pediatric Dermatology*. New York, Churchil Livingstone, 1988, p 575.
10. Krowchuk DP, Lucky AW, Primmer SI, et al: Current status of identification and management of tinea capitis. *Pediatrics* 72:626, 1983.
11. Moschella SL, Hurley HM: *Dermatology*. 2nd. ed. Vols I and II. Philadelphia, WB Saunders, 1985.
12. Rasmussen JE, Ahmed AR: *Trichophyton* reactions in children with tinea capitis. *Arch Dermatol* 114:371, 1978.
13. Rasmussen JE (ed): *Pediatric dermatology*. *Pediatric Clin North Am* 30 (3) and 30 (4), 1983.
14. Rasmussen JE: Hair loss in children. *Pediatric Rev*. 3: 85, 1981.
15. Rasmussen JE: Diseases of the scalp. *Pediatr Rev*. 7: 109, 1985.
16. Solomon LM: Tinea capitis: Current concepts. *Pediatr Dermatol* 2:224, 1985.
17. Solomon LM, Esterly NB, Loeffel ED: *Adolescent Dermatology*. Philadelphia, WB Saunders, 1978.
18. Stein DH: Fungal, protozoal and helmin infections. In Schachner LA. Hansen RC (eds): *Pediatric Dermatology*. New York. Churchil Livingstone, 1988, p 1415.
19. Tanz RR, Hebert AA, Esterly NB: Treating tinea capitis. *J Pediatric* 112:987, 1988.
20. Taplin D, Meinking TL: Scabies, lice, and fungal infections. *Prim Care* 16:551, 1989.
21. Weston WL: *Practical Pediatric Dermatology*. Boston, Little, Brown, 1979.