

CASOS CLÍNICOS

Dermatofitosis extendida en una paciente con HIV/sida

Extended dermatophytosis in a HIV/AIDS female patient

Valeria Pussetto¹, Sofía Botinelli¹, Florencia Agüero¹, Susana Amigot² y Mónica Recarte³

RESUMEN

En los individuos con infección por el HIV, la frecuencia de las dermatofitosis es similar a la de la población general. Sin embargo, suelen asumir presentaciones clínicas inusuales y originarse por agentes etiológicos poco comunes, principalmente en asociación con la severidad de la inmunosupresión.

Son características las lesiones asintomáticas, atípicas, extensas, resistentes al tratamiento y recurrentes. Estas lesiones pueden imitar muchas otras

dermatosis, por lo que su diagnóstico es un verdadero desafío.

Presentamos el caso de una mujer de 24 años, HIV positiva, con una forma inusual de dermatofitosis extendida por *Microsporum canis*.

Palabras clave: dermatofitosis generalizada, HIV/sida, tiña de la cabeza (*tinea capitis*), *Microsporum canis*.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (1): 54-56

ABSTRACT

In individuals with HIV infection, the frequency of dermatophytosis is similar to that of the general population. However, they usually assume unusual clinical presentations and originate from rare etiologic agents, mainly in association with the severity of immunosuppression.

Asymptomatic, atypical or anergic, extensive, resistant to treatment and recurrent lesions are characteristic. Such lesions may simulate

many other dermatoses, so their diagnosis is a real challenge.

*We present the case of a 24 years old HIV-positive woman with an unusual form of extended dermatophytosis by *Microsporum canis*.*

Key words: Generalized dermatophytosis, HIV/AIDS, tinea capitis, *Microsporum canis*.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (1): 54-56

¹ Médica de la Carrera de Especialista en Dermatología, Universidad Nacional de Rosario

² Docente de la Cátedra de Micología Clínica, Universidad Nacional de Rosario

³ Profesora Adjunta de la Cátedra de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina

Contacto del autor: Valeria Pussetto

E-mail: valeria_pussetto@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 8/3/2017

Fecha de trabajo aceptado: 29/6/2017

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 24 años, con antecedente de infección por el HIV diagnosticada en 2007, sin tratamiento, consultó a nuestro servicio por la aparición de lesiones anulares en el tronco y los miembros superiores asociadas a placas alopécicas en el cuero cabelludo, de 5 meses de evolución. El examen físico evidenció múltiples lesiones circinadas de límites netos, bordes levemente

eritematosos con micropápulas y un centro hipercrómico con finas escamas, asintomáticas, localizadas en el tronco y los miembros superiores (Foto 1). Presentaba también dos placas alopécicas en el cuero cabelludo, levemente eritematosas, con escamas y pelos cortados a la misma altura (Foto 2), además de lesiones compatibles con una onicomycosis distrófica total en ambos pies.

Los hallazgos de laboratorio fueron: hematocrito 27%, hemoglobina 8 g/dl, glóbulos blancos 3700/mm³, recuento de linfocitos T CD4⁺ 51/mm³ y carga viral 4702 co-pias/ml. Se realizó un examen micológico directo y cultivo de las lesiones de la piel y el cuero cabelludo, que mostró la presencia de abundantes hifas y crecimiento de *Microsporum canis*. Se comenzó el tratamiento con terbinafina en dosis de 250 mg/día, por razones de disponibilidad en la institución, y se reinició la terapia antirretroviral supervisada. La paciente evolucionó favorablemente, con resolución de las lesiones tras 6 semanas de tratamiento (Fotos 3 y 4).



FOTO 4: Placa alopécica repoblada en resolución.



FOTO 1: Lesiones circinadas con bordes levemente eritematosos y finas escamas en el tronco.



FOTO 2: Placa alopécica con escaso eritema y escamas.



FOTO 3: Resolución de las lesiones en el tronco al finalizar el tratamiento con terbinafina.

COMENTARIOS

Las dermatofitosis constituyen un grupo de micosis superficiales que afectan la piel y sus anexos, ocasionadas por hongos queratinofílicos pertenecientes a los géneros *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*^{1,2}.

En los pacientes con infección por el HIV, la frecuencia de las dermatofitosis es similar a la de la población general. Sin embargo, suelen asumir presentaciones clínicas inusuales, con lesiones atípicas y extensas, y mayor tendencia a la recidiva^{1,2}.

La dermatofitosis generalizada o extendida es una entidad poco frecuente, caracterizada por la presencia de lesiones múltiples (más de seis) y compromiso de áreas grandes o de varios sitios anatómicos. Se diferencia de la dermatofitosis diseminada porque el dermatofito no penetra en la dermis, en el tejido celular subcutáneo ni en los ganglios linfáticos. Aunque se observó en pacientes inmunocompetentes, afecta con mayor frecuencia a huéspedes inmunodeprimidos o con alteración de la barrera cutánea²⁻⁵.

El agente causal más frecuente es, al igual que en los pacientes inmunocompetentes, *Trichophyton rubrum*. Sin embargo, en los pacientes con HIV se describieron agentes etiológicos menos comunes (especies del género *Microsporum*) como promotores de presentaciones atípicas, sobre todo en asociación con una inmunosupresión severa^{4,5}.

Entre las lesiones atípicas se describen áreas de hiperqueratosis mal delimitadas, con pocos signos de inflamación. Se denominan lesiones anérgicas y pueden imitar otras dermatosis, como la dermatitis seborreica o la xerodermia. Por ello, el abordaje de estos pacientes siempre debe incluir el análisis micológico⁴.

Los mecanismos patogénicos que explican el desarrollo de lesiones anérgicas, extensas o múltiples en los pacientes con HIV aún no están claros. Algunos autores plantean la hipótesis de que la pérdida de función de los linfocitos T CD4⁺, los cambios en el equilibrio entre las respuestas inmunitarias Th1 y Th2 y el daño a la

inmunidad celular podrían explicar su aparición⁴. Esta hipótesis se apoya en el hecho de que, aunque la dermatofitosis puede presentarse en cualquier momento de la infección por el HIV, la mayoría de los casos de lesiones extensas o atípicas se han informado en los pacientes con una severa inmunodepresión: recuento de linfocitos T CD4⁺ inferior a 100 células/mm³ o con enfermedades oportunistas características de la etapa del sida⁴⁻⁸.

Otros factores también pueden influir en la aparición de presentaciones inusuales, como la terapia antirretroviral o el uso de antifúngicos sistémicos para la profilaxis de infecciones oportunistas, que podrían alterar la expresión clínica de la dermatofitosis, aumentar su gravedad y dificultar el tratamiento debido a los mecanismos de resistencia al fármaco⁴.

La tiña del cuero cabelludo es una entidad típica de la infancia, muy poco frecuente en los adultos. El sudor, el sebo, la presencia de *Pityrosporum ovale* y el aumento del grosor del pelo ofrecerían protección después de la pubertad. Sin embargo, se han publicado varios casos en adultos. El diagnóstico en estos pacientes suele ser problemático debido a sus variadas presentaciones clínicas, que pueden aparentar cuadros como dermatitis seborreica o alopecia areata o difusa³⁻⁸. Los factores favorecedores incluyen las inmunodeficiencias (por neoplasias, HIV, tratamientos con citostáticos o esteroides), las enfermedades crónicas descompensadas (diabetes mellitus, anemia), las disfunciones hormonales y las alteraciones de la barrera cutánea^{7,9,10}.

Las micosis superficiales localizadas pueden tratarse inicialmente con antifúngicos tópicos, como los derivados azólicos (micomazol, clotrimazol, tioconazol), o con terbinafina, en cremas o lociones, dos o tres veces por día, durante un promedio de 15 a 30 días⁷. Sin embargo, en las dermatofitosis que no responden a ese

tratamiento y en las formas generalizadas o extensas, la terapia antimicótica sistémica es la de elección^{5,7,8}. Los antimicóticos orales incluyen griseofulvina, terbinafina y azoles como ketoconazol, itraconazol y fluconazol.

La griseofulvina es el fármaco de elección en la tiña de la cabeza causada por especies de *Microsporum* en dosis de 10-15 mg/kg de peso durante 6 a 12 semanas, aunque la infección por *M. canis* puede requerir dosis mayores de 20-25 mg/kg¹¹. Deben tenerse en cuenta sus efectos secundarios, principalmente la intolerancia gástrica, además de sus interacciones medicamentosas^{6,11}. La terbinafina, el itraconazol y el fluconazol son tan eficaces como la griseofulvina en la tiña de la cabeza causada por especies de *Trichophyton*, con tasas similares de efectos adversos^{8,11}. La terbinafina es eficaz, bien tolerada y presenta menos interacciones medicamentosas; se recomienda en dosis de 250 mg/día durante 2 a 4 semanas en las infecciones causadas por especies de *Trichophyton* y por 8 a 12 semanas para las producidas por *Microsporum* spp.^{6-8,11}. El itraconazol también es eficaz contra la tiña de la cabeza tricofítica, en dosis de 100 mg/día durante 2 a 6 semanas; sin embargo, debido a su posible interacción con los antirretrovirales, debería evitarse en los pacientes con infección por el HIV^{6,7,11}. El ketoconazol no se considera un tratamiento de primera línea, dado el potencial de efectos secundarios graves. El inicio de la terapia antirretroviral también puede contribuir a la resolución de la micosis⁷.

En conclusión, la depleción de los linfocitos T CD4⁺ en los pacientes con HIV/sida constituye un factor de riesgo para contraer infecciones micóticas atípicas o extensas. Su reconocimiento y su tratamiento rápidos son esenciales para prevenir el desarrollo de una enfermedad más grave o, incluso, invasora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruano del Salado M, Herranz Pinto P, García J, Salinas S, et al. Dermatofitosis atípica en un paciente con SIDA. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:364-366.
2. Navarrete-Dechent C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Rev Chil Infectol* 2015;32:57-71.
3. Bournerias I, De Chauvin MF, Detry A, Chambrette I et al. Unusual *Microsporum canis* infections in adult HIV patient. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:808-810.
4. Costa JEF, Neves RP, Delgado MM, Lima-Neto RG, et al. Dermatophytosis in patients with human immunodeficiency virus infection: Clinical aspect and etiologic agents. *Acta Tropica* 2015;150:111-115.
5. Arenas R, Vásquez del Mercado E, Moreno G, Fernández R, et al. Micosis superficiales en pacientes que viven con VIH/SIDA. Revisión 2010 del Consenso Nacional de Micosis superficiales. *Dermatología Rev Mex* 2010;54:259-266.
6. Morán Maese D, Tarango-Martínez VM, González Treviño LA, Mayorga J. Tiña de la cabeza en un adulto. A propósito de un caso. *Rev Iberoam Micol* 2005;22:54-56.
7. Ramos-e-Silva M, Oliveira Lima C, Casz Schechtman R, Moritz Trope B, et al. Superficial mycoses in immunodepressed patients (AIDS). *Clin Dermatol* 2010;28:217-225.
8. Hambro CA, Yin NC, Yang C, Husain S, et al. *Trichophyton rubrum* tinea capitis in an HIV-positive patient with generalized dermatophytosis. *JAAD Case Reports* 2017;3:19-21.
9. Aste N, Pau M, Biggio P. Tinea capitis in adults. *Mycoses* 1996;39:299-301.
10. López-Escobar García-Prendes M, Raya Aguado C, Maldonado Seral C, Pérez Oliva N. Tiña del cuero cabelludo por *Microsporum canis* en una mujer adulta. *Med Cutan Iber Lat Am* 2006;34:239-241.
11. Nenoff P, Krüger C, Paasch U, Ginter-Hanselmayer G. Mycology - an update. Part 3: Dermatophytoses: topical and systemic therapy. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015;13:387-410.