

Dermatofitides. Una entidad clínica casi olvidada

Lidia Gómez, Elsy Cavallera

Instituto de Biomedicina, Hospital Vargas. Caracas, Venezuela. ecavallera@yahoo.com

Resumen:

Introducción: Las dermatofitides se deben a una reacción de hipersensibilidad a los antígenos dermatofílicos. **Objetivo:** Determinar las diferentes formas clínicas de dermatofitides de pacientes que han acudido a la consulta de micología del Instituto de Biomedicina durante el período enero-septiembre 2010. **Materiales y métodos:** Se realizó examen directo y cultivo tanto del área de sospecha de micosis superficial como de la reacción ides, apertura de historia clínica, exámenes de laboratorios de rutina que incluían VIH, y determinación del tipo de dermatofitides según la clasificación de Arêa Leão. Se excluyeron aquellos pacientes que habían recibido tratamientos tópicos o sistémicos. **Resultados:** Se identificaron 6 casos de dermatofitides, siendo la forma clínica más frecuente la liquenoide con un 50% de los casos correspondiente a 3 pacientes, seguido de la forma dishidrosiforme con un 33,33% (2 pacientes) y por último la exantemática con 16,67% (1 paciente). **Discusión:** El espectro de las manifestaciones clínicas de la reacción ides es muy variado, es una entidad de la que cada vez se habla menos pero que es importante conocerla para evitar tratamientos innecesarios y poder diferenciarla de otras dermatosis, de allí la importancia de su sospecha clínica y de la evaluación integral del paciente que acude a consulta.

Palabras clave: dermatofitides, reacción ides

Abstract:

Introduction: Dermatophytids are due to a hypersensitivity reaction to dermatophyte antigens. **Objective:** Determine the different clinical forms of dermatophytids of patients who attended the mycology outpatient clinic of the Instituto de Biomedicina during the January-September 2010 period. **Materials and Methods:** A direct examination and culture of both the area suspicious of superficial mycosis as well as of the dermatophytid reaction were carried out, and a clinical case history and routine laboratory examinations including HIV, and the determination of the type of dermatophytid according to the Arêa Leão classification were also done. Patients who had received previous topical or systemic treatment were excluded. **Results:** Six dermatophytid cases were identified; lichenoid was the most frequent clinical form seen in 50% of the cases, corresponding to 3 patients, followed by the dishydrosiform with 33.3% (2 patients) and lastly the exanthematic form with 16.67% (1 patient). **Discussion:** The spectrum of clinical manifestations of the dermatophytid reaction is extremely varied; it is an entity which is being continuously less mentioned, but it is important to recognize it to avoid unnecessary treatments and to differentiate it from other dermatoses; therefore the importance of its clinical suspicion and of the integral evaluation of the patients who attend the outpatient clinic.

Key words: dermatophytids, dermatophytid reaction

Introducción

Los hongos más comunes en las patologías micóticas de la piel pertenecen a los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. El género *Trichophyton* es el más estudiado en relación a las respuestas inmunes del hospedero, aunque probablemente estas respuestas son semejantes a las originadas por hongos de otros géneros citados.

Las sustancias antigénicas de los hongos incluyen principalmente polisacáridos, queratinasas, polipéptidos y el ácido ribonucleico. Los glicopéptidos de los géneros *Epidermophyton*, *Microsporum* y *Trichophyton* son similares entre sí y altamente antigénicos.⁽¹⁾

Los anticuerpos formados contra cualquiera de estos géneros de hongos tienen relación cruzada entre sí, con la sustancia cementante intercelular de la epidermis. Estos

anticuerpos pueden ser de las clases IgG, IgM, IgA e IgE, y pueden ser comprobados por pruebas de hemaglutinación, precipitación y fijación de complemento. El nivel sérico de estos anticuerpos se correlaciona con la presencia o no de la infección cutánea y con la extensión de la infección. En el caso de las "ides" que acompañan las infecciones, es común la detección de esos anticuerpos en el suero de los pacientes, aunque no se conozca el verdadero significado de esa correlación.⁽¹⁾

A través de la intradermorreacción tricofítica, se puede observar la inmunidad mediada por células en pacientes previamente infectados por hongos del género *Trichophyton*. La tricofitina es un antígeno de un "pool" de dermatofitos purificado, inyectado intradérmicamente que debe ser observado en 30 minutos y en 48 horas. Si hay desarrollo de respuesta de inmunidad celular al antígeno inyectado surgirá dentro de 48 horas una pápula indurada e inflamada en el sitio, lo que ocurre comúnmente después de infecciones por hongos dermatofitos. Puede haber una reacción eritematosa en pocos minutos, lo que demuestra que ha ocurrido interacción con IgE ligada a los mastocitos.⁽²⁾

El mecanismo por el cual el huésped se torna sensibilizado a los antígenos de esos dermatofitos es semejante al que ocurre en la inducción de dermatitis de contacto. A través de la difusión de los antígenos micóticos por la epidermis, ocurre la sensibilización inicial que es seguida por la proliferación de linfocitos capaces de reaccionar contra esos antígenos. Estos linfocitos a través de la producción de citoquinas y la producción de mediadores inflamatorios, hacen que ocurra el cuadro clínico reactivo en los pacientes sensibilizados con tricofitina positiva.⁽¹⁾

Dermatofitides o reacción "ide", consiste en una erupción cutánea a distancia, no parasitada, producida por una reacción de hipersensibilidad frente a una infección fúngica primaria por dermatofitos.⁽³⁻⁵⁾ El mecanismo de producción de los "ides" es desconocido, se supone que la absorción de antígeno micótico en dirección a la circulación puede tener importancia.

Es necesario conocer esta entidad para evitar tratamientos innecesarios, y para diferenciarla de otras dermatosis como dermatitis atópica, urticaria, sobreinfección bacteriana, dermatitis de contacto, diseminación de la infección micótica y muchas otras enfermedades cutáneas a las que puede imitar.⁽⁵⁾

Las dermatofitides requieren tres criterios para su diagnóstico: a) infección por dermatofitos confirmada, generalmente una forma inflamatoria; b) erupción a distancia de elementos no infecciosos, es decir, a diferencia de la lesión primaria, el examen directo y el cultivo son negativos,

y c) desaparición espontánea de las dermatofitides tras la curación de la lesión fúngica primaria. Además, las pruebas cutáneas son positivas a la tricofitina (cultivo preparado a partir de cultivos de dermatofitos). Por lo general, esta prueba raras veces se realiza en la práctica cotidiana.^(3,4)

Se observa en menos del 5 % de los pacientes con dermatofitosis. Sucede con mayor frecuencia en el curso de infecciones muy inflamatorias como querion de Celso, causado por *Trichophyton verrucosum* o *tinea pedis ampollosa*, causada sobre todo por la variante zoofílica de *Trichophyton mentagrophytes* o *Epidermophyton floccosum*, que suelen presentar cuadros más inflamatorios que *Trichophyton rubrum*.^(4,5) Estas lesiones se pueden presentar ya al inicio de la infección o poco después. En ocasiones, las lesiones a distancia se desencadenan con el inicio de un tratamiento efectivo para la dermatofitosis, lo que no debe interpretarse como una reacción medicamentosa adversa ni debe suspenderse el tratamiento.⁽⁴⁾ La clínica es muy variada, puede aparecer de forma localizada o generalizada. En 1940 Arêa Leão la clasifica en 3 tipos:^(6,7)

- a) dermatofitides liquenoides, pápulas foliculares de pequeño tamaño, acuminadas que se agrupan de forma simétrica en el tronco, zona lateral del cuello y con menor frecuencia en la cara;⁽⁸⁾ a menudo, coexisten con un querion de Celso.⁽⁵⁾ También pueden presentarse liquen escrufuloso, espinuloso, rubro plano, folicular o córneo (hipertrófico).
- b) dermatofitides exudativa o dishidrosiformes, con vesículas en caras laterales de dedos y palma de manos, muchas veces asociadas a tinea pedis muy inflamatoria.^(4,5,9) Otros patrones reactivos, mucho más raros y de dudoso significado son: eritema nodoso, reacción de tipo erisipela (especialmente en la región pretibial acompañando una tinea pedis interdigital), eritema anular centrífugo, eritema exudativo multiforme, lesiones eczematosas que simulan pitiriasis rosada u otitis crónica externa,⁽¹⁰⁾ psoriasis,⁽⁶⁾ eritrodermia o urticaria.⁽¹¹⁾
- c) tipo exantemático, exantema escarlatíniforme.

En 1943 Peck y Schwartz la clasifican en 4 formas principales:

- I-. Dermatofitides epidérmicas: Eccematosa, Liquenoide, Paraqueratótica y Psoriasiforme.
- II-. Dermatofitides Cutáneas (afectan la dermis):
 1. Formas difusas: Eritrodermia, Exantemas y Enantemas escarlatíniformes.
 2. Formas circunscritas y diseminadas: Localización folicular, Erupción papular o exudativa, Erupción erisipeloide.
- III-. Dermatofitides subcutáneas con nódulos hipodérmicos: Aguda y Crónica
- IV-. Dermatofitides vasculares: Flebitis Migratoria y Urticaria.

El tratamiento consiste en tratar el foco primario.

Si la reacción "ide" es muy intensa (diseminada o gran inflamación) puede requerir el uso de corticoides tópicos o sistémicos para minimizar los síntomas, pero por lo general no requiere ningún tratamiento ya que al tratar la micosis de base las lesiones desaparecen.

Objetivos

Determinar las diferentes formas clínicas de dermatofitosis de pacientes que han acudido a la consulta de micología del Instituto de Biomedicina durante el período enero-septiembre 2010.

Materiales y Métodos

Estudio longitudinal prospectivo de los casos de dermatofitosis que acudieron a la consulta de micología del Instituto de Biomedicina en el año 2010.

Se realizó examen directo y cultivo tanto del área de sospecha de micosis superficial como de la reacción ides, apertura de historia clínica, exámenes de laboratorios de rutina que incluían HIV, y determinación del tipo de dermatofitosis según la clasificación de Arêa Leão. Se excluyeron aquellos pacientes que hayan recibido tratamientos tópicos o sistémicos.

Resultados

Se identificaron 6 casos de dermatofitosis (Tabla 1 y Foto 1), siendo la forma clínica más frecuente la liquenoide con un 50% de los casos correspondiente a 3 pacientes, seguido de la forma dishidrosiforme con un 33,33% (2 pacientes) y por último la exantemática con 16,67% (1 paciente).

Discusión

La incidencia de las dermatofitosis es universal, afectando ambos sexos y a todos los grupos etarios, solo existiendo diferencias en cuanto a la distribución geográfica de las distintas especies. Diversas circunstancias como migraciones, viajes, cambios en los hábitos de higiene, universalización de ciertas prácticas deportivas y el clima de ciertas ciudades hacen que la epidemiología de las dermatofitosis sea muy cambiante. Así cualquier persona que presente una infestación por dermatofitos puede presentar una reacción alérgica a los mismos.

El espectro de las manifestaciones clínicas de la reacción ides es muy variado. En nuestro trabajo la forma clínica más frecuente fue la liquenoide en 50% de los mismos, a diferencia de los reportes en la literatura donde las formas dishidrosiformes tienden a ser las más frecuentes.⁽¹⁾ En nuestro estudio la forma dishidrosiforme ocupó el segundo lugar con un 33,33% y por último la forma exantemática (urticariana) con un 16,67%.

Si bien es conocido que la exposición a hongos produce una reacción inflamatoria en la vía aérea superior, es también

Tabla 1. Casos de dermatofitosis en la consulta de micología del Instituto de Biomedicina del año 2010.

Caso	Edad	Sexo	Dermatofitosis	Dermatofitosis	Cultivo
1	23	F	Tinea pedis	Liquenoide	<i>Trichophyton rubrum</i>
2	38	M	Tinea unguis y corporis	Liquenoide	<i>Trichophyton mentagrophytes</i>
3	58	M	Tinea unguis	Dishidrosiforme	<i>Trichophyton rubrum</i>
4	40	F	Tinea pedis	Exantemática	<i>Trichophyton rubrum</i>
5	45	F	Tinea unguis	Dishidrosiforme	<i>Trichophyton mentagrophytes</i>
6	52	M	Tinea pedis	Liquenoide	<i>Trichophyton rubrum</i>





Foto 1. Casos clínicos y examen directo con clorazol black-E

cierto que es poco identificada sobre la piel,⁽⁵⁾ adicionalmente es una entidad de la que cada vez se habla menos pero que es importante conocer para evitar tratamientos innecesarios y poder diferenciarla de otras dermatosis como dermatitis atópica, urticaria, sobreinfección bacteriana, dermatitis de contacto, diseminación de la infección micótica y muchas otras enfermedades cutáneas a las que puede imitar. De allí la importancia de sus sospecha clínica y de la evaluación integral del paciente que acude a consulta.

Referencias Bibliográficas

1. Cocé LC. Micosis superficiales. En: Rondón-Lugo, A. Dermatología. Tomo I. Caracas, 1995. Cap 60, p.p. 649-651.
2. Leyre Aguado Gil y col. Reacción de hipersensibilidad retardada negativa a la inyección de dermatofitina en un paciente con tinea pedis y dermatofitides. Reunión de la Sección Vasco- Nava rra-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Zaragoza, España 2007.
3. Al Aboud K, Al Hawsawi K, Alfadley A. Tinea incognito on the hand causing a facial dermatophytid reaction. Acta Derm Venereol. 2003;83:59.
4. Romano C, Rubegni P, Ghilardi A, Fimiani M. A case of bullous tinea pedis with dermatophytid reaction caused by Trichophyton violaceum. Mycoses. 2006;49:249-50.
5. Kaaman T, Torssander J. Dermatophytid. A misdiagnosed entity? Acta Derm Venereol. 1983;63:404-8.
6. Gianni C, Betti R, Crosti C. Psoriasiform id reaction in Tinea corporis Mycoses. 1996;39:307-8.
7. Iglesias ME, Espana A, Idoate MA, Quintanilla E. Generalized skin reaction following tinea pedis (dermatophytids). J Dermatol. 1994;21:31-4.
8. Monteagudo B, León E, Cabanillas M, Novo AI y Ordóñez P. Dermatofitides faciales. An Pediatr (Barc). 2008;68(4):401-14
9. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Plantar Trichophyton rubrum infections may cause dermatophytids on the hands. Acta Derm Venereol. 1994;74:403-4.
10. Busch RF. Dermatophytid reaction and chronic otitis externa. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;118:420.
11. Méndez J, Sánchez A, Martínez JC. Urticaria associated with dermatophytosis. Allergol Immunopathol. 2002;30:344-5.