

CASOS CLÍNICOS

Trichophyton erinacei, un dermatofito zoofílico emergente en Argentina con reservorio en erizos

Trichophyton erinacei, an emerging zoophilic dermatophyte in Argentina with a reservoir in hedgehogs

Carlota Gómez Peral¹, María Fernanda Rolotti², María Julia Castello³, Gabriela Melina Rey³ y Agostina Fenoglio³

RESUMEN

Las tiñas o dermatofitosis son infecciones micóticas superficiales cuyos agentes etiológicos corresponden a un grupo de hongos denominados dermatofitos. Existen tres géneros de dermatofitos (*Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*) de distribución mundial que se clasifican teniendo en cuenta su hábitat natural. Los zoofílicos se encuentran en los animales. La infección se produce por contacto y posterior adheren-

cia del hongo. El método diagnóstico siempre es a través del examen directo y la identificación definitiva del hongo que se realiza mediante el cultivo. Se presenta el caso de una paciente con una lesión de tiña incógnita causada por *Trichophyton erinacei*.

Palabras clave: dermatofitosis, *Trichophyton erinacei*, tiña incógnita. Dermatol. Argent. 2025; 31(1): 43-45

ABSTRACT

Tinea or dermatophytosis are superficial fungal infections whose etiological agents correspond to a group of fungi called dermatophytes. There are three genera of dermatophytes (*Microsporum*, *Trichophyton* and *Epidermophyton*) with worldwide distribution. They are classified taking into account their natural habitat. Zoophilias are found in animals. The infection occurs through contact and subsequent adherence

of the fungus. The diagnostic method is focused on direct examination and the definitive identification of the fungus performed through the culture. The case of a patient with a tinea incognita lesion caused by *Trichophyton Erinacei* is presented.

Key words: dermatophytosis, *Trichophyton erinacei*, tinea incognita. Dermatol. Argent. 2025; 31(1): 43-45

¹ Jefa del Servicio

² Dermatóloga Infantil, Médica de Planta

³ Residentes del Servicio de Dermatología

Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría, Sor María Ludovica, Ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Julia Castello

E-mail: majucastello@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 17/4/2024

Fecha de trabajo aceptado: 3/1/2025

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

CASO CLÍNICO

Una niña de 11 años, sin antecedentes personales ni heredofamiliares de importancia médica, fue traída al consultorio de Dermatología por presentar dermatosis en el cuarto espacio interdigital de la mano izquierda de 4 semanas de evolución. Al examen físico se evidenciaba una lesión eritematovesicular pruriginosa de bordes bien definidos que se extendía hasta la región palmar (Foto 1).

En la primera consulta refirió que había realizado tratamiento tópico con una crema que contenía micónazol, gentamicina y betametasona desde hacía 15

días. Se decidió suspender el mismo, interpretando que dicha lesión se podría encontrar modificada por el uso de corticoides y se la citó a las 2 semanas.

En la segunda consulta se observó una placa inflamatoria eritematosa con bordes descamativos y con tendencia a la curación central, que comprometía el cuarto espacio interdigital y la palma de la mano izquierda (Foto 2). En la anamnesis dirigida, los familiares de la paciente refirieron que habían adquirido un erizo como mascota hacía un mes y que el mismo presentaba áreas desprovistas de púas (Foto 3).

Se solicitó examen micológico directo y cultivo,

con aislamiento de *Trichophyton erinacei*, confirmado por el Instituto Nacional de Microbiología “Dr. Malbrán” (Foto 4). Se inició tratamiento sistémico con terbinafina oral 250 mg/día, que luego de 2 semanas debió suspenderse por presentar exantema micropapular pruriginoso generalizado, interpretándose como una

reacción adversa cutánea moderada a dicho fármaco. Se rotó a griseofulvina 500 mg/día por vía oral y también se indicó nitrato de miconazol como tratamiento coadyuvante tópico, dos veces al día, con resolución de la dermatosis luego de 2 meses, quedando una mácula hiperpigmentada posinflamatoria.



FOTO 1: Aspecto clínico de la lesión. Placa eritematosa con vesículas en el borde activo.



FOTO 2: Evolución clínica a las 2 semanas de suspender el corticoide.



FOTO 3: Se observa el erizo con área desprovista de púas que corresponde a la lesión inflamatoria por dermatofito.



FOTO 4: Cultivo en placa de Petri donde se observan colonias pulverulentas.

COMENTARIOS

Las dermatofitosis en niños son patologías frecuentes a nivel mundial. La domesticación de animales exóticos dio origen a la aparición de variedades de *Trichophyton mentagrophytes*, cuya prevalencia se encuentra en aumento. En la literatura existen reportes de casos donde se han aislado estos agentes etiológicos en diferentes animales (cobayos, erizos) y en distintos lugares geográficos^{1,2}. Hasta el momento, en la Argentina se publicó una serie de casos de tiñas por cobayos causadas por *Trichophyton benhamiae*, pero no se comunicó que fueran transmitidas por erizos³.

Los erizos son mamíferos insectívoros pequeños y nocturnos originarios de Europa, Asia o África, capa-

ces de transmitir varias zoonosis (salmonellosis, candidiasis, micobacteriosis, dermatofitosis, etc.), ya sea presentando la enfermedad o actuando como portadores. Se reconocen 16 especies de erizos agrupadas en cinco géneros: *Hemiechinus* (dos especies), *Atelerix* (cuatro especies), *Erinaceus* (cuatro especies), *Paraechinus* (cuatro especies) y *Mesechinus* (dos especies). Los géneros que se describen con mayor frecuencia son el *Erinaceus* (conocido como erizo europeo) y el *Atelerix* (erizo africano). De todas estas especies, dos en particular se adoptan comúnmente como mascotas: el erizo europeo y el erizo pigmeo africano⁴.

En el caso de las dermatofitosis, los animales pue-

den ser asintomáticos o presentar placas secas, escamosas y, en ocasiones, áreas de pseudoaleopecia por pérdida de las espinas^{1,2,4}.

La presentación clínica de la tiña en los humanos, según lo reportado en la bibliografía, es mucho más manifiesta ya que el hongo ocasiona una fuerte respuesta inflamatoria. Las lesiones se presentan como placas eritematoescamosas, anulares y con pústulas, y los sitios más afectados son las áreas expuestas como las manos y los antebrazos (76%) como en el caso de nuestra paciente.

La tiña incógnita es un término utilizado para la presentación clínica atípica de infecciones por dermatofitos causadas por la administración de corticoides u otros medicamentos inmunosupresores que modulan la respuesta inmune local o sistémica⁵⁻⁸.

En el caso clínico presentado, la reacción infecciosa estuvo enmascarada por el uso de crema con betametasona durante 15 días, lo cual retrasó el diagnóstico.

Con respecto al tratamiento sistémico, el empleo de terbinafina durante al menos 6 semanas es el tratamiento de elección, no obstante, nuestra paciente presentó una reacción farmacológica moderada con dicho fármaco por lo cual tuvo que rotarse el antimicótico a griseofulvina 500 mg/día en conjunto con imidazoles tópicos durante 8 semanas lográndose una buena respuesta terapéutica.

Es importante concientizar a la comunidad acerca del riesgo que implica domesticar este tipo de animales; las infecciones zoonóticas que generan presentan manifestaciones clínicas variadas que pueden confundirse con otro tipo de dermatosis inflamatorias^{1,2}.

Consideramos valioso dar a conocer nuestro caso clínico con el fin de aportar información sobre las lesiones clínicas generadas por esta variedad de *trichophyton*, así como la indicación de otra alternativa terapéutica para pacientes que, por diferentes motivos, no puedan recibir terbinafina.

BIBLIOGRAFÍA

- Cardona-Hernández MA, López-Ortiz KV, Rodríguez-Silva J. Tiña inflamatoria por *Trichophyton erinacei*. ¿Una enfermedad emergente? *Dermatol Rev Mex*. 2021;65:S151-S156.
- Rivaya B, Fernández-Rivas G, Cabanes FJ, Bielsa I, et al. *Trichophyton erinacei*: an emergent pathogen of pediatric dermatophytosis. *Rev Iberoam Micol*. 2020;37:94-96.
- Maldonado I, Elsirí ME, Mónaco M, Hevia A, et al. *Tricophyton Benhamiae*, un dermatofito zoofílico emergente en Argentina con reservorio en cobayos: descripción de 7 casos en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Argent Microbiol*. 2022;54:11-20.
- Ruszkowski J, Hetman M, Turlewicz-Podbielska H, Pomorska-Mól M. Hedgehogs as a potential source of zoonotic pathogens. A review and an update of knowledge. *Animals*. 2021;11:1754-1767.
- Ghaderi A, Tamimi P, Firooz A, Fattahi M, et al. Updates on tinea incognita. Literature review. *Curr Med Mycol*. 2023; 9: 52-63.
- Schieke S, Garg A. Micosis superficiales. En: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K Eds. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2014; 2277-2297.
- Abad M, Label A, LLorca V. Patología infecciosa. Micosis superficiales. En: Larralde M, Abad ME, Luna P, Boggio P, Ferrari B. *Dermatología Pediátrica*. Ed. Journal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2021;227-232.
- Lammoglia-Ordiales L, Martínez-Herrera E, Toussaint-Caire S, Arenas R, et al. Tiña incógnita y granuloma de Majocchi adquirido de un erizo. Un caso mexicano. *Rev Chilena Infectol*. 2018;35:204-206.

PERLAS

Carla Minaudo

Médica Asistente, Servicio de Dermatología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



MEJORÍA DE LA ENFERMEDAD DE FOX-FORDYCE CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

Paciente de 36 años con enfermedad de Fox-Fordyce (EFF) de 4 años de evolución axilar bilateral, con prurito. Se le indicaron tratamientos tópicos con aceponato de metilprednisolona al 1%, tretinoína al 0,5%, clindamicina al 1%, todos sin respuesta a los 3 meses. Además, presentaba hiperhidrosis por lo que se indicó tratamiento con toxina botulínica tipo A, 75 unidades por lado. Durante el seguimiento la paciente mostró reducción significativa tanto de la sudoración como del número de las pápulas de la EFF. La EFF es un trastorno crónico poco frecuente que afecta áreas ricas en glándulas apocrinas, principalmente en axilas, región anogenital y periareolar. Se observa en pacientes jóvenes de

sexo femenino. Se presenta como pápulas color piel, usualmente pruriginosas. Es causada por el taponamiento folicular del infundíbulo piloso en la porción distal del conducto apocrino y porciones secretoras de las glándulas apocrinas. Secundariamente se produce una respuesta inflamatoria local linfohistiocitaria. Su causa se desconoce, pero existe una clara influencia hormonal. Además, hay casos descriptos posdepilación laser.

Se postulan muchos tratamientos a partir de casos aislados, pero ninguno demostró ser particularmente efectivo. Entre ellos los tópicos: corticoides, inhibidores de calcineurina, tretinoína, clindamicina; los sistémicos: isotretinoína y anticonceptivos orales; y otros como el láser, la escisión quirúrgica y la fototerapia.

Con respecto a la toxina botulínica, la disminución del sudor puede aliviar el prurito. Además, hay evidencia clínica de su efecto antipruriginoso en otras patologías como el liquen simple crónico, la neuralgia parestésica y el prurito braquiradial. El mecanismo se relaciona con la disminución de la liberación de acetilcolina, sustancia P y glutamato, relacionados con el prurito. Por el contrario, el proceso por el cual la toxina botulínica produce mejoría en la EFF se desconoce. Sin embargo, los autores la sugieren como una alternativa terapéutica válida para casos recalcitrantes de EFF.

Sun L, Brazao C, Sousa DD, Patrocínio J, et al. Improvement of Fox-Fordyce disease with botulinum toxin type A. *Dermatology Online Journal*. 2025. 31(1). <http://dx.doi.org/10.5070/D331164982>. Consultado marzo de 2025.