



## MICOSIS SUPERFICIALES EN PEDIATRÍA

Jordi Peyrí Rey \*

Incluiremos datos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos que suponen una novedad en el capítulo casi inmodificado de las micosis superficiales, sabiendo la alta incidencia de dichas infecciones en pediatría.

Un hecho importante y frecuentemente ignorado, es el asentamiento de los hongos causantes de las infecciones superficiales en la capa córnea. Exclusivamente en esta capa de la epidermis y nunca en tejidos vivos. Este dato de su localización es importantísimo retenerlo en cuanto al conocimiento de la clínica y de la terapia.

Tenemos que descalificar la opinión de que toda acromía supone una infección micótica. En países de clima menos cálido la modalidad de la pitiriasis versicolor en su forma acrómica es una rareza y el hecho de la alta frecuencia en nuestro país ha supuesto que procesos como la pitiriasis alba o el vitiligo sean diagnosticados de micosis, cuando en la primera y segunda infancia la incidencia de pitiriasis versicolor es bajísima.

Otro de los procesos ignorados y diagnosticados de infección micótica es la queratólisis puntata. Entidad clínica donde se encuentran en plantas de los pies lesiones puntiformes, descamáticas y de un aspecto dishidrosiforme, donde no se han podido aislar otros gérmenes que corinebacterium u otras bacterias lo cual obliga a un tratamiento antibacteriano.

Ultimamente se señala la mayor incidencia de Tricofiton Rubrum y menor del T. Mentagrophytes, tanto en países como Inglaterra y Francia, como por Pereiro en Galicia. Grimalt y cols. así como nosotros en una revisión del trienio (1969-1971) no pudimos constatar lo mismo. Este dato no es una sola curiosidad, el T. Rubrum aparece con una clínica atípica y resistencias al tratamiento. Dentro de los datos epidemiológicos recogidos entonces señalemos que casi un 50 % habían adquirido la infección de

(\*) Sección Dermatología C. S. Principes de España. Hospitalet.

conejos y fueron escasos los contactos con perros y gatos; puntos de contagio más frecuentes en la estadística bordelense de Maleville.



A. Knight al comprobar que la temperatura ideal de crecimiento de los epidermofitos es de 27°-33° y con un 93 %-98 % de humedad nos explica el alto contingente de infecciones micóticas en la Catalunya estival.

Sabemos de la preferencia de los hongos por el cuero cabelludo de los niños (Calayton en 15 años sólo encuentra 15 casos en el adulto) y esta predilección parece inexplicable a pesar de que varios trabajos inclinan a pensar que el factor que influye es la composición de la epidermis en cuanto a la composición de los ácidos grasos. La casi desaparición de las tiñas nos han permitido observar mayor incidencia en los escasos casos, de querion o tiña inflamatoria. Rasmussen refirió una correlación entre el querion y la reacción intensa a la tricofitina, pero esta explicación de inmunidad celular es difícil de aceptar en una infección predominantemente córnea. Es curioso el estudio, también de Clayton, de la población de la misma clase donde había un caso de tiña; encontrando un 31 % de portadores, que dejaban de serlo al poner en tratamiento el caso afecto clínicamente.

A pesar de que el tratamiento de las epidermoficias más idóneo es la griseofulvina, la aparición del miconazol y el clotrimazol en uso tópico han supuesto un avance que con el "Ketonazol", aún no comercializado, y por vía sistémica, se han podido comprobar resoluciones satisfactorias en procesos resistentes, como es el caso de granuloma moniliásicos.