

## Caso clínico

# *Tinea gladiatorum*. Comunicación de tres casos y breve revisión de la literatura

María del Carmen Padilla Desgarenes,\* Filadelfo Venadero Albarrán,\*\*  
Gissel Castellanos Ramos\*\*\*

### RESUMEN

La *tinea gladiatorum* o tiña de los gladiadores es una infección por dermatofitos, en particular por *Trichophyton tonsurans*, que generalmente se presenta en atletas que practican algún deporte que implique contacto directo cuerpo a cuerpo, tales como el rugby, artes marciales y lucha grecorromana.

Esta dermatofitosis tiene interés epidemiológico debido a su alta prevalencia y recurrencia, lo cual es motivo de suspensión de las actividades en competencia deportiva.

Cuando se trata de lesiones únicas el manejo es con antimicóticos tópicos, en el caso de formas diseminadas se prefieren los sistémicos, itraconazol, fluconazol y la terbinafina.

Palabras clave: *Tinea gladiatorum*, *Trichophyton tonsurans*, terbinafina.

### ABSTRACT

*Gladiatorum Tinea or ringworm of the gladiators is a dermatophyte infection, in particular by Trichophyton tonsurans, occurring in athletes who play sports involving direct contact such as rugby, martial arts and wrestling.*

*This dermatophytosis has epidemiological significance because of its high prevalence, which is cause for suspension of the athlete's sports competition.*

*The management is with topical antifungal in located lesions, in disseminated forms are preferred the systemic antifungals, especially triazoles itraconazole and fluconazole, and terbinafine.*

Key words: *Tinea gladiatorum*, *Trichophyton tonsurans*, *terbinafine*.

### INTRODUCCIÓN

La tiña corporal es una infección relativamente frecuente en atletas que practican deportes de contacto. La clave del diagnóstico son los antecedentes epidemiológicos y la ausencia de otra dermatofitosis que pudiera ser el foco primario de infección.

El tratamiento antimicótico es efectivo tanto por vía tópica como sistémica y su elección dependerá de la

presentación clínica. Es recomendable realizar detecciones de forma rutinaria en estos deportistas, así como difundir información médica acerca de esta entidad y sus medidas de prevención para cortar oportunamente la cadena de transmisión.

Es importante revisar a los luchadores antes de las competencias, instituir tratamiento en caso necesario y permitir su participación después de recibir terapéutica antimicótica durante dos semanas con la finalidad de evitar la transmisión.

\* Dermatóloga, Jefe del Servicio de Micología.

\*\* Médico Internista y Dermatólogo.

\*\*\* Residente del tercer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

### CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1

Masculino de 25 años, originario del Estado de México, y con residencia los últimos 7 años en San Bernardino,



**Figura 1.** Caso 1. Topografía en región frontal y hemifacial derecha.

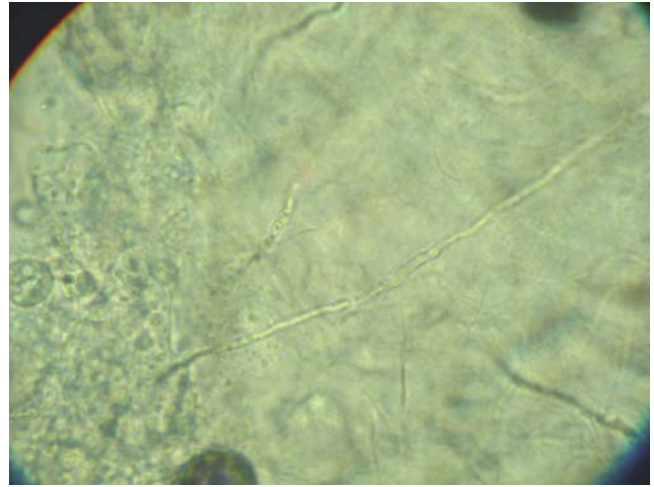


**Figura 2.**  
Caso 1. Lesiones en hemitórax derecho.

California, EUA. Ocupación entrenador de artes marciales mixtas.

Presenta una dermatosis diseminada a cabeza y tronco; de la primera afecta la región frontal y hemifacial derecha, del segundo, hemitórax derecho, unilateral y asimétrica. La dermatosis es de aspecto monomorfo, constituida por pápulas de 2-3 mm, eritema y escamas blanquecinas, que confluyen para formar dos placas, la menor de 6 x 3 cm y la mayor de 30 x 30 cm, circulares de aspecto «anular», con borde activo. De 8 meses de evolución (**Figuras 1 y 2**).

Con estos datos se emite el diagnóstico clínico de Tiña del cuerpo. Para confirmarlo se realiza raspado con bisturí del borde de las lesiones para examen directo



**Figura 3.** Caso 1. Examen directo con filamentos.



**Figura 4.**  
Caso 1. Aspecto macroscópico del cultivo de *Trichophyton tonsurans*.

con KOH, observándose filamentos a la microscopía óptica (**Figura 3**).

Aspecto macroscópico del cultivo (**Figura 4**).

Se prescribió tratamiento a base de terbinafina 250 mg al día por 4 semanas con resolución de las lesiones, en la revisión de control sólo presentaba manchas hiperpigmentadas residuales (**Figura 5**).

### Caso 2

Masculino de 21 años, originario de Texcoco, Estado de México. Ocupación estudiante. Presenta dermatosis

diseminada a cabeza de la que afecta cara en región submandibular, tórax en su cara anterior izquierda y tórax posterior en la línea media. Bilateral y asimétrica. De aspecto monomorfo, constituida por eritema, pápulas y escamas que confluían y formaban placas semicirculares, de bordes bien definidos, en algunas con presencia de escamas (**Figura 6**).

Al interrogatorio dirigido, el paciente tenía como antecedente de importancia la práctica profesional de Lucha Olímpica (*wrestling*), así como el antecedente de aparición de lesiones similares en su pareja (caso 3).

### Caso 3

Femenino de 20 años, originaria del Distrito Federal. Ocupación estudiante. Presentaba dermatosis locali-



**Figura 5.**

Caso 1 después de 4 semanas de tratamiento con terbinafina.

zada a tórax posterior del lado izquierdo, unilateral; de aspecto monomorfo, constituida por eritema, pápulas y escamas, que confluían y formaba una placa circular, de 10 x 6 cm, de bordes elevados bien definidos.

En ambos pacientes se realiza el diagnóstico clínico de *Tinea gladiatorum*. La morfología macroscópica y examen microscópico del cultivo se exponen en las **figuras 7 y 8**.

Con lo anterior se confirmó el diagnóstico de tinea gladiatorum por *T. tonsurans* y se administró a ambos pacientes terbinafina a dosis de 250 mg al día durante cuatro semanas con resolución completa de las lesiones. Caso 2 (**Figura 9**).

### Análisis de los casos

Los pacientes 1 y 2 practican deportes que implican contacto cuerpo a cuerpo, y en el caso número 3 se considera el antecedente epidemiológico de la convivencia con su pareja (caso 2).

El desarrollo de los cultivos de los tres pacientes correspondió a *Trichophyton tonsurans*, que como sabemos es un dermatofito antropofílico. Además, en la exploración física no se encontraron otras dermatofitosis, integramos el diagnóstico de *Tinea gladiatorum* por *T. tonsurans*.

### REVISIÓN

#### Antecedentes

La primera descripción de una infección producida por el contacto cuerpo a cuerpo durante encuentros deportivos de lucha grecorromana fue el herpes simple y se le denominó herpes gladiatorum. Recientemente se han descrito infecciones cutáneas en luchadores causadas por dermatofitos, las cuales reciben el nombre de tinea gladiatorum, en analogía con el herpes gladiatorum.



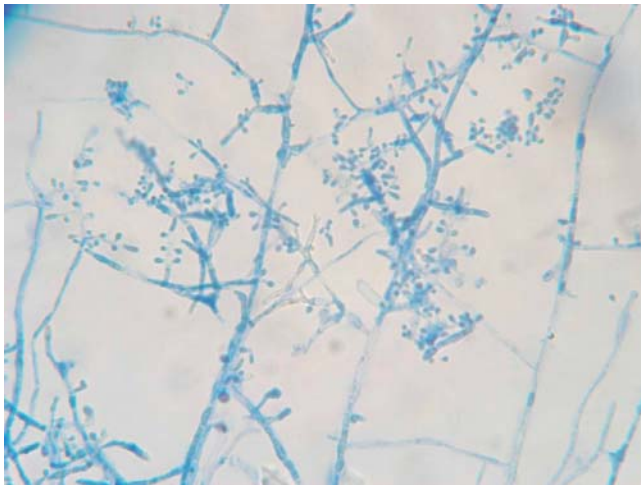
**Figura 6.**

Caso 2. Lesiones en tórax, en cara anterior izquierda y tórax posterior.



**Figura 7.**

Caso 2. Cultivo con desarrollo de colonias de *T. tonsurans*.



**Figura 8.** Caso 2. Examen microscópico del cultivo, micérico septado irregular. Hifas, tabicadas con numerosos microconidios alargados y piriformes.

Esta entidad tiene como sinónimos: tinea corporis gladiatorum o Tiña de los gladiadores.<sup>1</sup> También se le ha denominado de *Trichophytosis gladiatorum* por el agente causal predominante que es el *Trichophyton tonsurans*.<sup>2</sup>

### Epidemiología

Los rangos de prevalencia comunicados en la literatura oscilan del 20 al 77%. Sin embargo, la mayoría de los autores presentan variaciones en la metodología para establecer el diagnóstico, desde aquellos que lo integran por los antecedentes y el estudio micológico, hasta únicamente aplicación de encuestas.<sup>3</sup>

La prevalencia entre 20 y 25% fue el valor más constante en las publicaciones en las que el diagnóstico se obtuvo a través de examen directo y cultivo.<sup>4-6</sup>

Los factores de riesgo para contraer la infección son: pérdida de continuidad de la piel (abrasiones, laceraciones), uso de ropa sintética, oclusiva, productos de lubricación de base oleosa y medidas higiénicas deficientes. Se ha descrito que las esteras de los gimnasios y el equipo de protección utilizados por los atletas pueden ser un reservorio de dermatofitos, lo que es aun controvertido.<sup>7</sup>

### Etiología

En publicaciones internacionales, el agente aislado más frecuentemente es *Trichophyton tonsurans*, algunos autores lo reportan incluso en el 100% de las muestras y cultivos.<sup>8,9</sup> En 28 miembros de un equipo de lucha en Alaska diagnosticados como tiña del cuerpo, el agente etiológico en 10 casos (35.7%) fue *T. tonsurans*, los autores sugieren que esta cifra tan elevada (casi dos tercios de todos los miembros del equipo) puede obedecer a una fuente alterna de transmisión como fómites en el



**Figura 9.**

Caso 2, después de tratamiento antimicótico.

material y equipo del gimnasio.<sup>5</sup> Hedayati y colaboradores, cultivaron muestras de las esteras (colchonetas) del gimnasio, obteniendo cultivos positivos en 100% para *T. tonsurans*.<sup>4</sup>

En México se ha publicado que las tiñas del cuerpo constituyen el 15% del total de las dermatofitosis,<sup>10,11</sup> y que en el 70% de los casos el agente causal fue por *T. rubrum*, en 20% por *M. canis*, y en 10% por *T. tonsurans*.<sup>12</sup> No hay sin embargo un estudio que describa cuál es el o los agentes etiológicos en el caso de tinea gladiatorum.

### CUADRO CLÍNICO

La topografía predominante es tronco y cabeza, seguido de cuello y extremidades superiores.

Se observa eritema, pápulas, escama blanquecina, que confluyen formando placas que adoptan configuración anular. Esta morfología típica de tiña del cuerpo puede variar y semejar lesiones de dermatitis atópica.<sup>13</sup>

### TRATAMIENTO

Se ha comparado el uso de tratamiento antimicótico tópico con el sistémico. A dos grupos de luchadores con diagnóstico de tiña, se les administró clotrimazol en crema al 1% una vez al día y fluconazol 200 mg una vez a la semana por 3 semanas. No hubo diferencia en cuanto al tiempo de mejoría de los síntomas (11.9 días con clotrimazol *versus* 10.1 días con fluconazol), ni en la resolución de la lesión clínica (18.7 clotrimazol *versus* 17.2 con fluconazol) pero sí en el tiempo de negativización del cultivo (23 días para el clotrimazol y 11 días para el fluconazol), aunque no es estadísticamente significativo, sí tiene un impacto en la vida del atleta, pues le permite reincorporarse en un periodo corto de tiempo a sus actividades deportivas.<sup>14</sup>

Beller y colaboradores, compararon griseofulvina sistémica con ketoconazol tópico, la primera administrada vía oral por un mes en los pacientes que tenían más de dos lesiones y ketoconazol en crema una vez al día durante un mes en los pacientes con una sola lesión. Ellos observaron recaídas en 12 de los atletas independientemente del antimicótico utilizado.<sup>5</sup>

En general, las publicaciones coinciden en la comodidad de la posología y eficacia del fluconazol vía oral, 200 mg 1 vez por semana, por 3 a 4 semanas.

Sin embargo, se ha determinado que la Concentración Inhibitoria Mínima del fluconazol para ejercer una acción fungicida sobre los dermatofitos es de 128 µg/

mL, en comparación con el itraconazol (0.5-2 µg/mL) y la terbinafina (< 0.015-0.125 µg/mL) que requieren concentraciones mucho menores de antifúngico, motivo por el cual se decidió el uso de terbinafina para el tratamiento de nuestros pacientes.

### Prevención

Kohl y colaboradores, realizaron un estudio doble ciego para indagar la eficacia del fluconazol en la prevención de Tiña gladiatorum. Se administraron 100 mg de fluconazol una vez a la semana durante cuatro semanas comparados contra placebo y encontrando una incidencia significativamente menor de infección en aquellos que recibieron fluconazol (6%) en comparación placebo (22%), con un valor de  $p < 0.05$ .<sup>8</sup>

Otro esquema de prevención consiste en itraconazol 200 mg a la semana cada dos semanas.<sup>10</sup>

También se ha sugerido como medida de prevención el uso de shampoos a base ketoconazol, sulfuro de selenio, fluconazol o itraconazol.<sup>1</sup>

En cuanto a los hábitos que deben sugerirse al atleta están: ducha después de los entrenamientos y cambio frecuente de ropa en las competencias.<sup>5</sup>

Debido a que se han logrado aislar dermatofitos del equipo de gimnasio, se sugiere desinfectar periódicamente el equipo y las áreas de entrenamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Adams BB. *Tinea corporis gladiatorum*. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 47: 286-290.
2. Adams BB. *Tinea corporis gladiatorum*, a cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43: 1039-1041.
3. Kohl TD, Giesen DP, Moyer Jjr, Lisney MA. *Tinea gladiatorum*: Pennsylvania's experience. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2002; 12(2): 165-171.
4. Hedayati MT, Afshar P, Shokohi T, Aghili R. A study on *tinea gladiatorum* in young wrestlers and dermatophyte contamination of wrestling mats from Sari, Iran. *Sports Med*. 2007; 41: 332-334.
5. Beller M, Gessner BD. An outbreak of *tinea corporis gladiatorum* in a high school wrestling team. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 31: 197-201.
6. Adams BB. *Tinea corporis gladiatorum*, a cross-sectional study. *J Am Dermatol*. 2000; 43: 1039-1041.
7. Pique E, Copado R, Cabrera A, Olivares M, Farina C et al. An outbreak of *tinea gladiatorum* in Lanzarote. *Clin Exp Dermatol*. 1999; 24(1): 7-9.
8. Thomas DK, Martin CD, Nemeth R, Hill BS, Evans D. Fluconazole for the prevention and treatment of *tinea gladiatorum*. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2000; 19(8): 717-722.
9. Kohl TD, Lisney M. *Tinea gladiatorum*: Wrestling's Emerging Foe. *Sports Medicine*, 2000; 29(6): 439-447.
10. Arenas R, Bonifaz A, López Martínez et al. 1er Consenso Micosis Superficiales. *Dermatología Rev Mex*. 1999; 43: 80-88.

11. Arenas R, Bonifaz A, López MR, Estrada R et al. Revisión del 1er Consenso Nacional de Prevención, diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales. *Fac Med UNAM*. 2001; 1-64.
12. Ríos LP, Súcil P, Reynoso S, Lavallo P. Incidencia de micosis en el Servicio de Micología del Centro Dermatológico Pascua, en el año 1991. *Rev Centro Dermatológico Pascua*. 1993; 2: 74-81.
13. Adams BB. *Tinea corporis gladiatorum*. *J Am Acad Dermatol*. 47 (2): 286-290.
14. Kohl TD, Martin DC, Berger MS. Comparison of topical and oral treatments for *tinea gladiatorum*. *Clin J Sports Med*. 1999; 9(3): 161-166.
15. Del Palacio A, Garau M, Cuetara MS. Tratamiento actual de las dermatofitosis. *Rev Iberoam Micol*. 2002; 19: 69-71.
16. Santos PE, Córdoba S, Rodero L, Carrillo MF, Alfonso J y cols. *Tinea capitis*: experiencia de 2 años en un hospital de pediatría en Buenos Aires Argentina. *Rev Iberoam Micol*. 2010; 27: 104-106.

Correspondencia:

Dra. María del Carmen Padilla Desgarenes  
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,  
Col: Buenos Aires, Deleg: Cuauhtémoc,  
06780, México, D.F.  
Tel. 5519 6351  
E-mail: mcpadillad@prodigy.net.mx

