

Título.

Transmisión de lesiones faciales en el contexto de relaciones sexuales.

Nombres y filiaciones de los autores.

María Cotarelo Hernández¹, Teresa Puerta López² y Jorge-Alfredo Pérez-García².

¹Hospital Universitario de Toledo.

²Centro Sanitario Sandoval. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos. IdISSC

Dirección postal:

¹Hospital Universitario de Toledo, Servicio de Dermatología.

Toledo, España

²Centro Sanitario Sandoval.

emails:

María Cotarelo Hernández: mcotareloh@gmail.com

Teresa Puerta López: tpuertalopez@gmail.com

Jorge-Alfredo Pérez-García: alpergar@gmail.com

Autor de correspondencia.

María Cotarelo Hernández

Email: mcotareloh@gmail.com

Palabras clave

Trichophyton mentagrophytes, tinea, infección de transmisión sexual.

Manuscrito. Casos para el diagnóstico**Título**

Transmisión de lesiones faciales en el contexto de relaciones sexuales.

Facial lesions transmission in the context of sexual relations

Descripción de los casos

El caso índice fue un varón cisgénero homosexual de 30 años, usuario de profilaxis preexposición al VIH (PrEP), con el antecedente de haber padecido varias infecciones de transmisión sexual (ITS) en el último año. Fue valorado por presentar varias placas eritematosas, de bordes netos, con algunas pápulo-pústulas perifoliculares localizadas en el mentón, el surco nasogeniano izquierdo y el labio superior, de tres meses de evolución. El paciente refería una mejoría parcial tras el tratamiento con corticoides tópicos. **Figura 1**

Negaba haber tenido contacto con animales o presentar lesiones en otras localizaciones. Sin embargo, indicó una de sus parejas sexuales tenía unas lesiones similares y, por ello, fue también valorado en la consulta. El paciente era otro hombre cisgénero homosexual, también usuario de PrEP y con antecedentes de múltiples ITS el último año, quien presentaba una placa con borde descamativo y pústulas centrales en el labio superior. **Figura 2**

Los dos pacientes referían haber estado en una sauna en la que habían mantenido relaciones sexuales con otros hombres días antes de la aparición del cuadro.

Se tomaron muestras para diferentes ITS y un cultivo de hongos del raspado de la lesión en medio Saboureaud CMP con cicloheximida (Becton Dickinson). Tras un período de incubación de 10 días a 30°C en una atmósfera aeróbica, se obtuvieron colonias algodonosas color blanquecino, de aspecto aterciopelado y pulverulento. **Figura 3.**

¿Cuál es el diagnóstico?

Tinea barbae por transmisión en el contexto de relaciones sexuales de *Trichophyton mentagrophytes* genotipo VII.

Diagnóstico y tratamiento

El cultivo de hongos del raspado de la lesión mostró colonias compatibles con *Trichophyton spp.* Para la identificación de la especie se realizó espectrometría de masas (MALDITOF-MS, Bruker Diagnostics) dando positivo para *T. mentagrophytes* (puntuación >2). Para la diferenciación genotípica, las regiones ITS se secuenciaron en un laboratorio externo siguiendo el protocolo descrito por Jabet et al.² En ambos casos, se identificaron como *Trichophyton mentagrophytes genotipo VII (TMVII)*.

Ante estos hallazgos, se pautó tratamiento con terbinafina 250 mg/día y terbinafina tópica cada 12 horas durante 28 días, con una resolución clínica.

Discusión

Las dermatofitosis son infecciones fúngicas causadas por tres géneros de hongos: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*, conocidos por su capacidad de invadir tejidos queratinizados como pelo, piel y uñas. La transmisión es por contacto directo con huéspedes infectados o a través de fómites¹.

En la última década se han descrito varios casos que plantean la hipótesis de transmisión sexual de estos dermatofitos¹⁻⁶, como ejemplo de transmisión directa de persona a persona, como se describió anteriormente para los deportes de combate (*tinea gladiatorum*)¹.

1 En 2019, se identificó un genotipo específico de *Trichophyton mentagrophytes*, el genotipo VII,
2 en algunos pacientes con *tinea genitalis*, en los que existe la sospecha de una transmisión
3 durante las relaciones sexuales⁴ por su localización, relación temporal entre el inicio de las
4 lesiones y las relaciones sexuales, así como por su aparición en parejas sexuales de pacientes
5 infectados^{5,6}.

6 Recientemente, Jabet et al. describieron 13 casos de infecciones por *TMVII* en hombres que
7 tienen sexo con hombres, que caracterizaron como altamente sospechosas de transmisión
8 sexual².

9 Los casos descritos en el artículo son los primeros casos de *tinea barbae* descritos en España,
10 con una infección confirmada por *TMVII*, en los que existe una clara sospecha de transmisión en
11 contexto sexual, dada su localización y aparición secuencial en una pareja sexual.

12 Respecto al origen de la infección, se cree que puede existir una circulación activa a nivel
13 internacional de *TMVII*, ya que existen más de 60 casos notificados desde 2014 en Europa,
14 pudiendo haber sido el sudeste asiático el punto de partida de propagación, como sugieren los
15 primeros casos descritos tras viajes a esa región^{4,5}.

16 Es importante puntualizar que, si bien es cierto que se transmite predominantemente en
17 contexto de relaciones sexuales, no creemos que deba considerarse una infección de
18 transmisión sexual, como se ha llegado a afirmar por algunos autores, sino una infección de
19 transmisión que puede darse en el contexto de relaciones sexuales.

20 Es probable que se presenten más casos próximamente, por lo que debe existir una alta
21 sospecha clínica, una adecuada toma y análisis de muestras para la identificación del patógeno,
22 su tratamiento precoz, así como la identificación de la vía de contagio para evitar su
23 propagación.

24 El mejor tratamiento de la infección por *TMVII* es la administración oral de terbinafina 250
25 mg/día durante 4 semanas o hasta la resolución clínica. Como alternativas, pueden utilizarse
26 itraconazol o griseofulvina.

27 Como conclusión, ante la presencia de dermatofitosis en las que se aísle *TMVII*, se debe
28 considerar la transmisión sexual y, en caso de confirmarse, es recomendable realizar un cribado
29 de infecciones de transmisión sexual en el paciente y en sus parejas sexuales¹.

30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Bibliografía

1. Jabet A., Delli  re S., Seang S., et al. Sexually Transmitted Trichophyton mentagrophytes Genotype VII Infection among Men Who Have Sex with Men. Emerging Infectious Diseases journal. 2023; 29(7): 1411-1414.
2. Bakare RA, Oni AA, Umar US, Adewole IF, Shokunbi WA, Fayemiwo SA, et al. Pattern of sexually transmitted diseases among commercial sex workers (CSWs) in Ibadan, Nigeria. Afr J Med Med Sci. 2002;31:243-7
3. Otero L, Palacio V, V  zquez F. Tinea cruris in female prostitutes. Mycopathologia. 2002;153:29-31.
4. Kupsch C, Czaika V, Deutsch C, Gr  ser Y. Trichophyton mentagrophytes-a new genotype of zoophilic dermatophyte causes sexually transmitted infections. J Dtsch Dermatol Ges. 2019;17:493-501.
5. Luchsinger I, Bosshard PP, Kasper RS, Reinhardt D, Lautenschlager S. Tinea genitalis: a new entity of sexually transmitted infection? Case series and review of the literature. Sex Transm Infect. 2015;91:493-6.
6. Nenoff P, Schubert K, Jarsumbeck R, Uhrla  s S, Kr  ger C. Tinea genitalis profunda durch Trichophyton mentagrophytes nach   gypten-Reise. Akt Dermatol. 2017;43:146-53.





