

Tiña de la cabeza y candidiasis mucocutánea como hallazgos centinela de infección avanzada por VIH en un adulto: reporte de caso

Tinea capitis and mucocutaneous candidiasis as sentinel findings of advanced HIV infection in an adult: a case report

Bryan Salvador Sol-Tlapalamatl,¹ Zabdy Elienai Frayre García,¹ Sarah Lizette Hernández-Peralta,² Víctor Manuel Tarango-Martínez³

¹ Residente de Dermatología, Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", OPD Servicios de Salud Jalisco, Secretaría de Salud Jalisco. Zapopan, Jalisco, México

² Dermatóloga adscrita, Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", OPD Servicios de Salud Jalisco, Secretaría de Salud Jalisco. Zapopan, Jalisco, México

³ Dermatólogo micólogo adscrito. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", OPD Servicios de Salud Jalisco, Secretaría de Salud Jalisco. Zapopan, Jalisco, México

■ <http://www.doi.org/10.65159/DCMQ-24-1-11> ■ Recepción: 30-01-2026 ■ Aceptación: 16-02-2026

RESUMEN

Las micosis superficiales pueden actuar como manifestaciones centinela de inmunosupresión avanzada en personas con infección por VIH, especialmente cuando se presentan de forma crónica, diseminada o como coinfección fúngica.

Se describe el caso de una mujer de 43 años con alopecia crónica del cuero cabelludo, candidiasis oral y onicomycosis. Se realizaron estudios tricoscópicos y micológicos directos y por cultivo.

La tricoscopia mostró hallazgos compatibles con tiña de la cabeza, caracterizados por pelos en sacacorchos, puntos negros y descamación perifolicular. Los cultivos identificaron *Trichophyton tonsurans* en cuero cabelludo y *Candida albicans* en mucosa oral y uña, confirmando una coinfección fúngica. Ante estos hallazgos, se realizó serología para VIH, confirmándose infección con un recuento de CD4+ de 45 células/ μ L, compatible con enfermedad avanzada (categoría C3 según CDC). Se indicó tratamiento con itraconazol sistémico a dosis de 200 mg diarios durante siete semanas, con adecuada respuesta clínica y sin efectos adversos, en conjunto con el inicio de terapia antirretroviral.

ABSTRACT

Superficial mycoses may act as sentinel manifestations of advanced immunosuppression in patients with HIV, particularly when they present as chronic or mixed fungal infections.

We report the case of a 43-year-old woman with chronic scalp alopecia, oral candidiasis, and onychomycosis. Trichoscopic and mycological studies were performed.

Trichoscopy revealed findings consistent with tinea capitis, characterized by corkscrew hairs, black dots, and perifollicular scaling. Cultures identified *Trichophyton tonsurans* in the scalp and *Candida albicans* in the oral mucosa and nail, confirming a mixed fungal infection. HIV serology demonstrated infection with a CD4+ count of 45 cells/ μ L, consistent with advanced disease (CDC category C3). Treatment with systemic itraconazole at a dose of 200 mg daily for seven weeks resulted in clinical improvement without adverse effects, in conjunction with initiation of antiretroviral therapy.

Disseminated or mixed superficial fungal infections should prompt suspicion of underlying immunosuppression.

CORRESPONDENCIA

Bryan Salvador Sol-Tlapalamatl ■ drsaldorsol@hotmail.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con  **index** en nombre de Medipiel Servicios Administrativos.

Las micosis superficiales mixtas y diseminadas deben alertar sobre inmunosupresión subyacente. El abordaje dermatológico integral permitió el diagnóstico oportuno de VIH avanzado y un tratamiento antifúngico eficaz.

PALABRAS CLAVE: *tiña capitis*, *trichophyton tonsurans*, candidiasis mucocutánea, VIH, inmunodeficiencia, tricoscopia.

Introducción

Las micosis superficiales son frecuentes en personas con infección por VIH y pueden constituir una manifestación inicial de inmunosupresión avanzada.¹ Su presentación atípica, diseminada o mixta es más común en pacientes con recuentos de CD4+ <200 células/μL, incluso en ausencia de otros factores de riesgo.² En adultos, la tiña de la cabeza es infrecuente y, cuando se presenta de forma crónica o asociada a coinfección por *Candida albicans*, debe motivar la búsqueda de inmunodeficiencia secundaria.³ No obstante, la presentación conjunta de micosis superficiales con compromiso mucocutáneo diseminado es poco frecuente y clínicamente relevante. Presentamos un caso con hallazgos clínicos, tricoscópicos y micológicos que evidencian coinfección fúngica como manifestación de inmunodeficiencia avanzada no diagnosticada.

Caso clínico

Paciente femenina de 43 años, con discapacidad intelectual, que presentó alopecia progresiva de dos años de evolución, acompañada de prurito en piel cabelluda, sin síntomas sistémicos ni antecedentes infecciosos relevantes. En la exploración física destacó alopecia difusa de predominio frontotemporal con descamación, eritema y excoriaciones. La tricoscopia reveló hallazgos compatibles con tiña de la cabeza, caracterizados por pelos en sacacorchos, puntos negros y descamación perifolicular, sugestivos de micosis superficial de larga evolución.

En el paladar blando se observó una placa blanquecina algodonosa adherida y, en la uña del primer dedo de la mano izquierda, onicolisis e hiperqueratosis subungueal con patrón espiculado y estriaciones longitudinales a la onicoscopia. El examen directo con KOH y los cultivos micológicos confirmaron *Trichophyton tonsurans* y *Candida albicans* en las topografías descritas, respectivamente.

Como parte del abordaje inicial, se solicitaron estudios inmunológicos, incluyendo inmunoglobulinas séricas,

Comprehensive dermatological evaluation facilitates timely diagnosis and appropriate management of advanced HIV infection.

KEYWORDS: *tinea capitis*, *trichophyton tonsurans*, *mucocutaneous candidiasis*, *HIV*, *immunodeficiency*, *trichoscopy*.

subpoblaciones linfocitarias y pruebas autoinmunes, sin identificarse alteraciones sugestivas de inmunodeficiencia primaria. Estudios complementarios generales no mostraron alteraciones relevantes. Ante estos hallazgos, se amplió el estudio etiológico, solicitándose serologías en búsqueda de inmunodeficiencia secundaria, evidenciándose infección por VIH, con un recuento de CD4+ de 45 células/μL y una carga viral de 585 267 copias/mL, compatible con enfermedad avanzada (categoría C3 según CDC). Al reinterrogatorio dirigido, la paciente refirió antecedente de violencia sexual a los 39 años de edad.

Se inició tratamiento con itraconazol sistémico a dosis de 200 mg diarios durante siete semanas, previa evaluación basal y con vigilancia clínica mediante pruebas de funcionamiento hepático, observándose resolución clínica, tricoscópica y micológica de las lesiones, sin reportarse efectos adversos. La paciente fue referida al servicio de Infectología para el inicio de terapia antirretroviral.

Discusión

Las micosis superficiales representan manifestaciones frecuentes y, en ocasiones, centinela en personas inmunodeprimidas, particularmente en aquellas con infección por VIH y recuentos de CD4+ <200 células/μL, condición que favorece alteraciones del microbioma cutáneo y mucoso y aumenta la susceptibilidad a la colonización fúngica oportunista.⁶ En este contexto, se incrementa la frecuencia de dermatofitosis atípicas, diseminadas o mixtas, así como de candidiasis mucocutánea, y conforme progresa la inmunosupresión, aumenta el riesgo de infecciones micóticas más profundas.⁷ Con recuentos de CD4+ <150 células/μL se ha descrito una mayor incidencia de micosis sistémicas como histoplasmosis, criptococosis y coccidioidomicosis, las cuales pueden manifestarse inicialmente con compromiso cutáneo y constituir un signo clínico de VIH avanzado.⁸ En el presente caso, la coexistencia de tiña de la cabeza, candidiasis oral y onicomycosis refleja una inmunodeficiencia profunda, corroborada por un recuento de CD4+ de 45 células/μL, y subraya el valor de las micosis

como indicadores clínicos de progresión inmunológica en pacientes con VIH.^{8,9}

Trichophyton tonsurans, tradicionalmente asociado a tiña de la cabeza en la infancia, ha emergido como un patógeno relevante en adultos con VIH, con reportes en series procedentes de África, Brasil y Europa.^{2,3,4} Su comportamiento antropofílico y curso clínico crónico se relacionan con su capacidad de invadir el tallo piloso de forma lenta, lo que dificulta el diagnóstico oportuno y favorece la cronicidad.⁵ Por su parte, *Candida albicans* ha sido identificada como marcador clínico de inmunosupresión y es el principal agente causal de candidiasis orofaríngea y

onicomicosis blanca proximal.^{3,6,8} Su invasión ungual directa es infrecuente en individuos inmunocompetentes, pero más común en pacientes con VIH, reflejando disfunción linfocitaria y alteraciones en la inmunidad mediada por IL-17.⁹ Aunque ambas entidades han sido descritas de forma aislada, su presentación simultánea con compromiso de cuero cabelludo, uñas y mucosa oral es poco frecuente y clínicamente relevante.

El itraconazol constituye una alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento de dermatofitosis en pacientes inmunocomprometidos, particularmente en aquellos con infección por VIH, debido a su amplio espectro de acción



Figura 1. Alopecia difusa: (A) vista lateral, (B) vista coronal, (C) Tricoscopia: puntos negros (*), descamación y pigmentación perifolicular (☆), pelos en sacacorchos (□) y pelos en coma (▲).

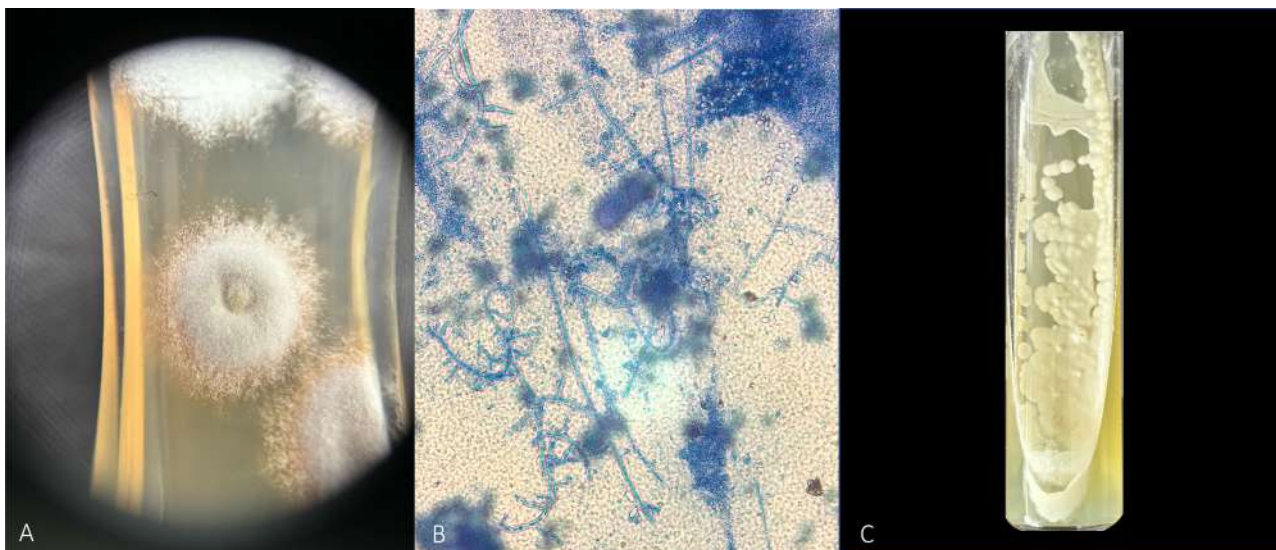


Figura 2. (A) Cultivo macroscópico y (B) microscópico de *Trichophyton tonsurans* con abundantes microconidios. (C) Cultivo de *Candida albicans* en agar Sabouraud; identificación por MALDI-TOF.

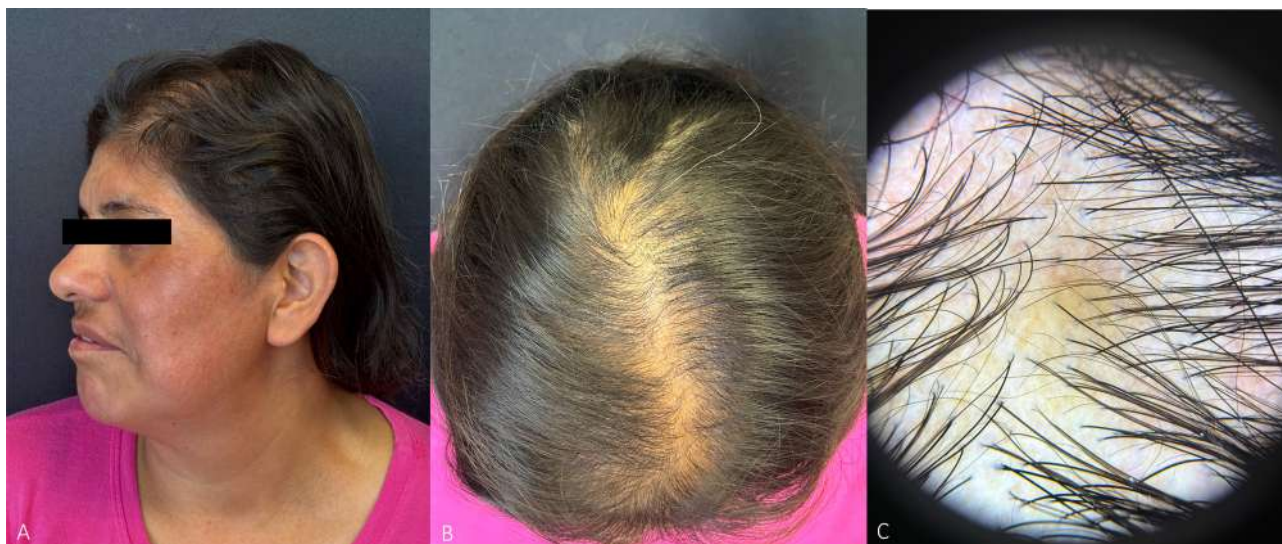


Figura 3. Control posterior al tratamiento: (A,B) fotografías de seguimiento con ausencia de datos clínicos de infección y recrecimiento difuso. (C) tricoscopia sin alteraciones patológicas.

frente a dermatofitos y levaduras y a su adecuada penetración en tejidos queratinizados.^{4,5} En el contexto de tiña de la cabeza en adultos, especialmente cuando se asocia a presentaciones atípicas, diseminadas o mixtas, el uso de antifúngicos sistémicos resulta indispensable.¹⁰ En pacientes con VIH avanzado, las dermatofitosis pueden requerir esquemas prolongados de tratamiento para lograr erradicación clínica y micológica.^{8,9} En este caso, se logró la resolución completa del proceso infeccioso micótico posterior a siete semanas de tratamiento con itraconazol sistémico. Además, las terapias antirretrovirales actuales basadas en inhibidores de la integrasa presentan un perfil de interacciones farmacológicas más favorable, lo que permite el uso concomitante de itraconazol con adecuada seguridad clínica.⁸

Conclusiones

La coexistencia de tiña de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*, candidiasis oral y onicomicosis por *Candida albicans* permitió identificar una inmunodeficiencia avanzada secundaria a infección por VIH. Este caso refuerza que las micosis superficiales, especialmente cuando son atípicas, diseminadas o mixtas, pueden actuar como manifestaciones centinela y deben motivar una evaluación etiológica dirigida, particularmente ante recuentos de CD4+ <200 células/ μ L. El tratamiento con itraconazol oral se asoció con resolución clínica completa, apoyando su utilidad en dermatofitosis en el contexto de inmunodeficiencia, en coordinación con el inicio oportuno de terapia antirretroviral. La valoración dermatológica integral y el seguimiento estrecho continúan siendo fundamentales para

reconocer signos cutáneos de enfermedad sistémica y optimizar el abordaje multidisciplinario en pacientes con VIH avanzado.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Responsabilidades éticas

Los autores confirman haber obtenido consentimiento informado de los pacientes sujetos de investigación en humanos, de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Pathakumari B, Liang G, Liu W. Immune defence to invasive fungal infections: a comprehensive review. *Biomed Pharmacother.* 2020;130:110550.
2. Zárate Gaona DE, Ortega Filártiga E. Disseminated mycoses in patients with AIDS in a referral hospital. *Rev Virtual Soc Parag Med Interna.* 2022;9(2):104–12.

3. Lohoué Petmy J, Lando AJ, Kaptue L, Tchinda V, Folefack M. Superficial mycoses and HIV infection in Yaounde. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18(3):301–4.
4. Reddy GKK, Padmavathi AR, Nancharaiyah YV. Fungal infections: pathogenesis, antifungals and alternate treatment approaches. *Curr Res Microb Sci*. 2022;3:100103.
5. Lateur N, André J, De Maubeuge J, Poncin M, Song M. Tinea capitis in two black African adults with HIV infection. *Mycoses*. 2001;44(3–4):131–4.
6. Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol*. 2010;28(2):197–201.
7. Chandler DJ, Walker SL. HIV and skin infections. *Clin Dermatol*. 2024;42(2):155–68.
8. Rodríguez-Cerdeira C, Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vázquez E, Fernández R, Chang P. Micosis sistémicas en pacientes con VIH/SIDA. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(1):5–17.
9. Lionakis MS, Levitz SM. Host control of fungal infections: lessons from basic studies and human cohorts. *Annu Rev Immunol*. 2025;43:1–28.
10. Shah B, Mistry D, Jairam D, Kansara K, Pandya R, Vasani P, et al. Comparative efficacy of super bioavailable itraconazole capsules in tinea infections. *Infect Drug Resist*. 2023;16:2409–16.