

Cartas al Director

Localizador
08-079

Tinea capititis causada por *Trichophyton violaceum* en el Área Sanitaria de Ferrol (España)

Los términos dermatofitosis, *tinea* o tiña sirven para definir la infección de los tejidos queratinizados (piel, pelo y uñas, pero no mucosas) por un grupo de hongos denominados dermatofitos. Según la procedencia los dermatofitos se dividen en geofílicos (del suelo), zoofílicos (de los animales) y antropofílicos (del hombre)[1]. La etiología de una dermatofitosis está directamente relacionada con diversos factores como la localización corporal (*tinea capititis* es la más común en niños) y el área geográfica. En la actualidad los antropofílicos están reapareciendo en España y en otros países del área mediterránea por los viajes, la adopción internacional y la inmigración desde zonas donde son muy prevalentes, lo que tiene importancia en la práctica diaria ya que estas especies provocan una menor respuesta inflamatoria y una evolución más crónica que dificulta el diagnóstico clínico[2-5].

Llama la atención que pese a que Ferrol no es una zona de gran aflujo de inmigrantes, en los últimos 3 años hemos visto en el Servicio de Dermatología 8 casos de *tinea* por *Trichophyton violaceum*, todos ellos confirmados con el examen en fresco con tinción de calcoflúor y el cultivo. Analizando los pacientes hemos encontrado una característica común que queremos destacar. Cinco corresponden a *tinea capititis* en niños de edades comprendidas entre 2 y 5 años, de origen etíope, adoptados por familias españolas. Los otros tres casos se presentaron en familiares de estos pacientes que resultaron contagiados: una *tinea capititis* en una niña de 4 años prima, y dos *tinea manuum* en padres.

Cinco de los casos de *tinea capititis* presentaban únicamente una descamación difusa o placas descamativas con nulo componente inflamatorio (sin eritema, edema o pústulas) (Figura 1). Sólo un caso mostraba pústulas y áreas alopecicas. Todos los pacientes fueron tratados con griseofulvina oral con buena respuesta clínica.



Figura 1. Descamación difusa en cuero cabelludo alternando con zonas con menor densidad de pelo.

Los patrones de distribución geográfica, la incidencia y la etiología de las dermatofitosis han sufrido variaciones con el paso del tiempo, debido a la influencia de factores como las condiciones socioeconómicas, sanitarias, el clima, hábitos sociales y culturales, guerras, migraciones, viajes, terapias antifúngicas, etc.[2].

En España, como en otros países europeos, la tiña del cuero cabelludo está causada por dermatofitos zoofílicos, en su mayoría *Microsporum canis*[4, 6].

T. violaceum es una especie antropofílica, rara en Europa Occidental, América del Norte y Escandinavia⁵. Suele ser el agente etiológico de *tinea capititis* o *tinea corporis* en áreas endémicas del norte y este de África, países de Oriente Medio, subcontinente indio, América del Sur y Europa del Este⁷. En España y en otros países del área mediterránea su prevalencia fue importante en el pasado[4, 6].

En la actualidad los dermatofitos antropofílicos reaparecen por la inmigración desde zonas donde son muy prevalentes[2, 3, 8-10]. La mayoría de los casos de *T. violaceum* que se observan en España son el resultado de los flujos migratorios actuales, principalmente de África (Etiopía y Marruecos) y África, y aparecen en inmigrantes norteafricanos o en sus hijos[2, 10]. La forma clínica más frecuente de *T. violaceum* es *tinea capititis* en niños. Su diagnóstico requiere estar alerta ya que puede manifestarse como portador asintomático, sólo como una descamación difusa o parcheada simulando una

dermatitis seborreica, con áreas de alopecia sin o escasa reacción inflamatoria o alopecia con puntos negros. Raras veces presenta una respuesta inflamatoria de magnitud variable tipo foliculitis o querion[6]. Debe indicarse que las especies antropofílicas pueden causar brotes familiares o escolares y que, además, existen portadores asintomáticos, por lo que no debe descuidarse la vigilancia epidemiológica y las medidas de control[2, 9]. Se requiere tratamiento sistemático para lograr la curación clínica. El tratamiento únicamente tópico no es eficaz, no penetra en la vaina del pelo[10] (quizás la excepción son los lactantes con infecciones de corta evolución)[6].

En conclusión, queremos destacar que *T. violaceum* representa en nuestra Área un nuevo agente causante de dermatofitosis, sobre todo de *tinea capititis*. Suele presentar una clínica poco inflamatoria, por lo que los pediatras y dermatólogos debemos sospechar dicha entidad ante cuadros mucho menos inflamatorios que simulan dermatitis seborreica, dermatitis atópica o tricotilomanía[6]. Este agente está emergiendo especialmente en zonas con tasas altas de inmigración como Andalucía, Madrid o Barcelona[9, 10] y se debe sospechar en niños adoptados procedentes de zonas endémicas para este dermatofito, como es el caso de cinco de nuestros pacientes procedentes de un país con una prevalencia de *tinea capititis* entre sus escolares de más del 50%, en su mayoría por *T. violaceum*[7].

**B. Monteagudo Sánchez¹,
P. Ordóñez Barrosa², E. León Muños³,
R. Romaríz Barca³, M. Cabanillas González¹,
O. Suárez Amor¹, C. de las Heras Sotos¹**

¹Servicio de Dermatología.

²Servicio de Microbiología.

³Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario

Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ferrol. España.

Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez
C/Alegre, 83-85, 3.^oA
15401 Ferrol. España
e-mail: benims@hotmail.com

Bibliografía

1. Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, Cabanillas González M, Novo Rodríguez Al, Ordóñez Barrosa P. Dermatofitides faciales. *An Pediatr (Barc)* 2008; 68: 411-2.
2. Rodríguez E, González Praetorius A, Gimeno C, Pérez Pomata MT, Alén MJ, Bisquert J. *Trichophyton violaceum*: un patógeno emergente. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2001; 19: 453-4.
3. Monteagudo B, León Muiños E, Ordóñez P, de las Heras C, Rodríguez Mayo M, Cacharrón JM. *Tinea capititis* causada por *Trichophyton violaceum*. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97: 553-4.
4. Monteagudo B, Pereiro M Jr, Peteiro C, Toribio J. *Tinea capititis* en el área sanitaria de Santiago de Compostela. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94: 598-602.
5. Monteagudo Sánchez B, Pereiro Ferreirós M Jr, Fernández Redondo V, Toribio Pérez J. *Tinea pedis* causada por *Trichophyton violaceum*. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93: 35-7.
6. Rebollo N, López Barcenas AP, Arenas R. *Tiña de la cabeza*. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99: 91-100.
7. Woldeamanuel Y, Leekassa R, Chryssanthou E, Menghistu Y, Petrini B. Prevalence of tinea capititis in Ethiopian schoolchildren. *Mycoses* 2005; 48: 137-41.
8. Magill SS, Manfredi L, Swiderski A, Cohen B, Merz WG. Isolation of *Trichophyton violaceum* and *Trichophyton soudanense* in Baltimore, Maryland. *J Clin Microbiol* 2007; 45: 461-5.
9. Monzón de la Torre A, Cuenca Estrella M, Rodríguez Tudela JL. Estudio epidemiológico sobre las dermatofitosis en España (abril-junio 2001). *Enferm Infect Microbiol Clin* 2003; 21: 477-83.
10. Juncosa T, Aguilera P, Jaen A, Vicente A, Aguilar AC, Fumadó V. *Trichophyton violaceum*: un patógeno emergente. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2008; 26: 502-4.