

Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*. Comunicación de 5 casos dentro de un mismo núcleo familiar

Dra. Myrna Rodríguez,* Dra. Ma. Del Carmen Padilla,** Dr. José Ángel Martínez***

RESUMEN

La tiña de la cabeza es una dermatosis común en la edad pediátrica. Se presenta el caso de 5 pacientes en edad escolar que dentro de un mismo núcleo familiar desarrollaron tinea capitis por *Trichophyton tonsurans* que se manifestó con aumento de volumen, eritema, escama, costras hemáticas y mielicéricas y mal estado general.

Palabras clave: Dermatofitosis, tiña de la cabeza, *Trichophyton tonsurans*.

ABSTRACT

Tinea capitis is very common in childhood. We present 5 cases of patients that in the same family place develop tinea capitis for Trichophyton tonsurans that showed with increase of volume, erythema, scales, scabs hematics and melicerics and not well general state.

Key words: Dermatophytic, tinea capitis, *Trichophyton tonsurans*.

INTRODUCCIÓN

Las dermatofitosis o tiñas son un grupo de enfermedades dermatológicas producidas por un hongo que parasitan la queratina de la piel y los anexos; se consideran entre las dermatosis más frecuentes de la consulta diaria y son ocasionadas por un grupo de hongos denominados dermatófitos de los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton* y son adquiridas del hombre, los animales y el suelo, debido a que estos hongos son antropofílicos, zoofílicos y geofílicos.¹

La tiña de la cabeza (o tinea capitis) es un padecimiento que afecta predominantemente a la población infantil. En la pubertad existen modificaciones en la secreción sebácea y el pH que actúan como fungistático, lo que ocasiona que la mayoría de los casos se curen espontáneamente en esta etapa de la vida. Sin embargo, algunas mujeres pueden pasar la pubertad sin curarse. En los hombres adultos es poco

frecuente este padecimiento y cuando se presenta generalmente está asociado a un estado de inmunosupresión severa, como la resultante por SIDA, enfermedad de Hodgkin, leucemias o corticoterapias, aunque se han reportado casos excepcionales en ancianos.

La tiña de la cabeza representó, durante la primera mitad del siglo y hasta hace 20 o 30 años, un problema de salud en los países pobres, en cambio, en naciones desarrolladas es poco frecuente. Se observa más a menudo en negros y latinos.^{1,2}

EPIDEMIOLOGÍA

Tiene una frecuencia de 4 a 10% afecta por igual a ambos sexos; se presenta en edad preescolar y escolar en un 60%; la variedad seca en un 90% y la inflamatoria en un 10%. Los agentes causales son *Microsporum canis* (80%), *Trichophyton tonsurans* (15%) y otros (5%). El agente más frecuentes es *Microsporum canis*.^{2,3}

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La tiña de la cabeza tiene dos variedades clínicas: seca e inflamatoria.

* Jefe de Consulta Externa, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Laboratorio de Micología, CDP.

*** Residente de 2º año Dermatología, CDP.

Seca

Microspórica: se presenta como una placa única, pseudoalopécica, grande, con pelos cortados al mismo nivel, con escama fina en la superficie y prurito leve. Al examen directo la parasitación es ectoendotrix y el agente causal es *Microsporum canis* y se observa con la lámpara de luz de Wood una coloración verdosa.

Tricofítica: se observan placas pseudoalopécicas pequeñas y numerosas, con pelos muy cortos engastados en la piel. La parasitación es endotrix y la observación con la lámpara de luz de Wood es negativa.³

INFLAMATORIA O QUERIÓN DE CELSO

Se manifiesta como una masa elevada, por lo general única, circular, de consistencia blanda, fluctuante con superficie melicérica y hemática, dolorosa, la que al comprimir drena pus, prurito escaso, con adenomegalias, puede haber afectación del estado general. Representa una respuesta inmune exagerada del huésped a la presencia del hongo, que se detecta con dificultad en los estudios micológicos.⁴

EXÁMENES DE LABORATORIO

El examen microscópico es el método más sencillo, rápido y económico para el diagnóstico de las dermatofitosis; los pelos, las uñas o las escamas de las lesiones se colocan en el portaobjetos con solución de hidróxido de potasio (KOH); otros líquidos de montaje pueden ser una mezcla de 60 partes de KOH y cuatro partes de dimetilsulfóxido o bien la técnica del blanco de calcofluorita donde aparecen los filamentos con una fluorescencia blanca.

Para realizar un examen directo adecuado de la tiña de la cabeza se toman muestras de la placa pseudoalopécica de los pelos cortos (parasitados) con una pinza de depilar y se colocan en el portaobjetos con solución con KOH o lactofenol y de esta manera se observa el tipo de parasitación del pelo que puede ser endotrix si la parasitación es interna, y, puede producirse una forma mixta, es decir, ecto-endotrix.

El cultivo se puede realizar con terciopelo sintético, el cual es una variante de la técnica del tapiz utilizada por Mariat y Tapia en 1966 para el aislamiento de hongos patógenos, que han mostrado buenos resultados, ya que es más barato y fácil de preparar. El tiempo de incubación de las colonias es de 8 a 15 días y las características morfológicas macroscópicas y microscópicas son la clave para la identificación taxonómica de los dermatófitos.

Cuando no es factible el aislamiento o la identificación taxonómica de los dermatófitos, pueden utilizarse otros recursos auxiliares en el diagnóstico como la observación en la lámpara de la luz de Wood.⁵

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO

Las formas no inflamatorias deben diferenciarse de lesiones que producen alopecia y/o descamación como la alopecia areata, la tricotilomanía, la falsa tiña amiantécea, la dermatitis seborreica, la psoriasis, la alopecia traumática y el lupus eritematoso. La tiña inflamatoria con abscesos o forúnculos, y foliculitis decalvante.^{5,6}

TRATAMIENTO

La griseofulvina sigue siendo el tratamiento de elección en la tiña de la cabeza, este es un derivado del benzo-furano y se obtiene mediante el cultivo de *Penicillium patulum* o griseofulvin. La dosis recomendada es de 10-20 mg/kg/día por el tiempo necesario hasta obtener la cura clínica con cultivos negativos, en algunos casos hasta por 6 meses. Se recomienda una sola dosis diaria de preferencia con el almuerzo. Las drogas alternativas son la terbinafina, el itraconazol, y el fluconazol. El ketoconazol ha caído en desuso debido a su hepatotoxicidad. Es conveniente el tratamiento local adyuvante a base de disulfuro de selenio al 2.5% o ketoconazol al 2%, ambos en forma de shampoo. No son necesarios otros agentes antifúngico tópicos.

El querión de Celso, además de la medicación específica precisa generalmente el uso de prednisona para disminuir la reacción inflamatoria y tratar de evitar la alopecia definitiva, a dosis de 1 a 2 mg/kg/día durante 2 semanas. En general no se requiere el uso de antibióticos.

Es necesario el control familiar y del medio, incluyendo los animales para evitar reinfecciones y propagación del hongo.^{6,7}

REPORTE DE CASOS

CASO 1

Paciente del sexo femenino de 6 años de edad con una dermatosis localizada a cabeza de la cual afecta piel cabelluda y de ésta, región frontal, parietal y temporal, es bilateral y asimétrica, constituida por cuatro placas pseudoalopécicas con eritema, escama, costras hemáticas y melicéricas y aumento de volumen, es aguda y dolorosa (Figura 1).



Figura 1. Caso 1 con afección de región fronto-parietal.



Figura 3. Caso 3 con topografía en la región occipital.



Figura 2. Caso 2 con afección de región occipital y temporal.



Figura 4. Caso clínico 4 con localización en la región occipital.

CASO 2

Paciente del sexo masculino de 7 años de edad con una dermatosis localizada a cabeza de la cual afecta piel cabelluda de esta región occipital y temporal, es bilateral y asimétrica, constituida por numerosas placas ovaladas pseudoalopécicas, con eritema y escama así como aumento de volumen, es aguda y dolorosa (Figura 2).

CASO 3

Paciente del sexo masculino de 4 años de edad con una dermatosis localizada a cabeza de la cual afecta piel ca-

belluda de esta región occipital es unilateral y asimétrica, constituida por una placa pseudoalopécica ovalada de aproximadamente 4 x 4 cm, con eritema, costras hemáticas y mielécéricas en la superficie así como numerosas pústulas, es aguda y dolorosa (Figura 3).

CASO 4

Paciente del sexo masculino de 6 años de edad con una dermatosis localizada a cabeza de la cual afecta piel cabelluda, de esta región occipital es unilateral y asimétrica, está constituida por dos placas pseudoalopécicas ovaladas de 3 x 3 cm cada una aproximadamente, con eritema, escama, costras hemáticas y mie-



Figura 5. Caso clínico 5 con topografía en la región occipital.

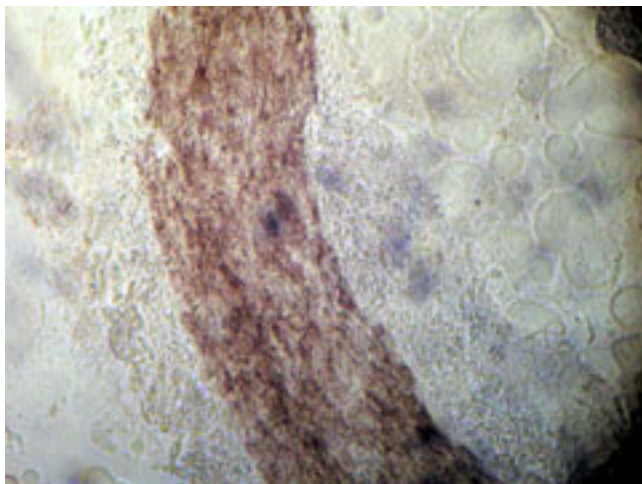


Figura 6. Estudio micológico directo de pelo, con parasitación ecto-endotrix.

licéricas en la superficie, así como aumento de volumen, es aguda y dolorosa (Figura 4).

CASO 5

Paciente del sexo femenino de 6 años de edad con una dermatosis localizada a cabeza de la cual afecta piel cabelluda, de esta región occipital es unilateral y asimétrica, constituida por una placa pseudo alopécica ovalada de aproximadamente 3 x 3 cm, con eritema, costras hemáticas y mielécéricas en la superficie, así como aumento de volumen, es aguda y dolorosa (Figura 5).

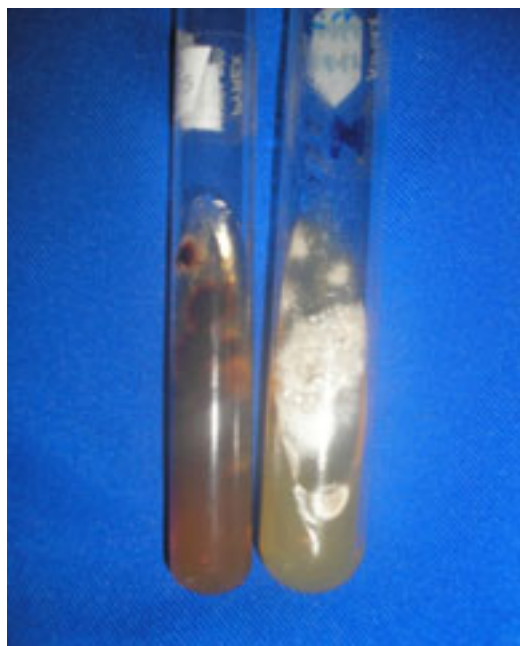


Figura 7. Aspecto característico del cultivo de *Trichophyton tonsurans*.



Figura 8. Evolución al primer mes de tratamiento.

INTERROGATORIO

Refieren familiares de los pacientes iniciar su padecimiento 2 semanas previas a su consulta a este centro al observar la presencia de "granitos" en la cabeza así como "enrojecimiento" de la piel cabelluda con aumento de volumen y caída de cabello, al segundo día se agre-

ga dolor y mal estado general caracterizado por cefalea, fiebre no cuantificada así como artralgias. Acuden a Servicio de Medicina General en donde les prescribe clotrimazol, betametasona, clindamicina, por 5 días sin mejoría, por lo que deciden acudir a esta institución para estudio integral y tratamiento. No refieren antecedentes personales patológicos de importancia para el padecimiento, sólo comentan familiares que iniciaron el padecimiento posterior a exposición en agua contaminada, al sumergirse en una playa del sureste mexicano.

Se les realiza estudio micológico directo en el cual se observa parasitación endotrix de pelo (*Figura 6*). El cultivo reporta *T. tonsurans* (*Figura 7*).

Se inició tratamiento a base de griseofulvina a razón de 15 mg/kg/día, así como prednisona a .5 mg/kg por día. Se programaron citas subsecuentes de control a la primera y tercer semanas, así como al mes y medio observándose buena evolución, actualmente los pacientes sólo presentan alopecia cicatrizal (*Figura 8*) y los cultivos de control en tres de ellos ya se encuentran negativos, por lo que se continuará tratamiento por 1 mes más, con un estudio micológico de control final.

COMENTARIO

La razón por lo cual se comunican estos 5 casos, es en primer término por afectar a varios miembros dentro de un mismo núcleo familiar ya que esto tiene gran importancia a nivel de salud pública así como epidemiológico. Otra razón muy importante es la afección por un agente

poco frecuente dentro de epidemiología referida en esta revisión. El *T. tonsurans* se encuentra en los cultivos de tiñas de cabeza en sólo un 10% de la población infantil, y se considera un agente antropofílico, lo cual coincide con la posible causa de transmisión en estos casos (antecedente de exposición a agua contaminada). Además en estos casos se observó una muy buena respuesta al tratamiento, con griseofulvina y prednisona con disminución en el tamaño y número de lesiones al primer mes de tratamiento, sólo dejando áreas de alopecia residual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padilla D, Trejo R, Sánchez R. Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*, comunicación de dos casos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9: 172-176.
2. Aldama C, Rivelli V, Correa J. Tiña de la cabeza. Comunicación de 54 casos. *Rev Chil Pediatr* 2004; 4: 392-397.
3. Ceburkovas O, Schwartz R, Janniger C. Tinea Capitis: Current Concepts. *J Dermatol* 2000; 27: 144-148.
4. Bonifaz A, Carrasco E, Gómez B, Paredes V. Tiña de la cabeza en un hombre inmunocompetente. *Dermatología Rev Mex* 2002; 46: 133-136.
5. Fernández NC, Caiuby MJ, Amorim JH. Tiña de cabeza por *Trichophyton rubrum*: relato de caso. *An Bras Dermatol* 1996; 71: 425-427.
6. Crespi HG. Terapéutica de la tiña. *Act Terap Dermatol* 1994; 17: 181-184.
7. Guevara E, Greene J, Arenas R. Tiña de la cabeza. Tratamiento actual en 5 pacientes. *Dermatología Rev Mex* 1996; 40: 262-265.