

Caso clínico

Tiña microspórica atípica de la cabeza

María del Carmen Padilla Desgarenes,* Claudia Bernabé del Río,** Filadelfo Venadero Albarrán***

RESUMEN

La tiña de la cabeza es una entidad común en la edad pediátrica. El 97% de los casos se presenta en escolares y preescolares. De las micosis superficiales ocupa el cuarto lugar dentro de las tiñas. El aspecto clínico es característico y sugiere el agente etiológico. Sólo en algunos casos se requiere la confirmación micológica. El tratamiento de elección es la griseofulvina. Se comunica un caso con aspecto clínico sugerente de tiña tricofítica, en el que se aisló *Microsporum canis*.

Palabras clave: Tiña seca, *Microsporum canis*, griseofulvina.

ABSTRACT

Ringworm of the head, is an entity in the pediatric age, even at the 97% prevalent in schools and preschools. In the superficial mycoses ranked fourth in the vats. It is caused by dermatophytes; the clinical appearance is characteristic and suggests etiological agent; only in some cases requires mycological confirmation. The treatment of choice is griseofulvin. We report a case with suggestive clinical appearance of tinea Trichophyticus, which was isolated from Microsporum canis.

Key words: Tinea, *Microsporum canis*, griseofulvin.

INTRODUCCIÓN

La tiña de la cabeza es una entidad común en la edad pediátrica. El 97% de los casos se presenta en escolares y preescolares. De las micosis superficiales ocupa el cuarto lugar dentro de las tiñas.

Es una micosis superficial causada por dermatofitos de los géneros *Microsporum* y *Trichophyton*; se caracteriza por la parasitación del pelo de la piel cabelluda. Los principales agentes en nuestro medio son: *M. canis* en el 80%, seguido por *T. tonsurans* en un 15% y otros dermatofitos en el 5%, como: *T. mentagrophytes*, *M. gypseum* y *T. violaceum*.^{1,2}

De acuerdo a su hábitat, pueden ser antropofílicos, zoofílicos y geofílicos. En el caso de los antropofílicos, como *T. tonsurans*, se adquiere por contacto directo con otro ser humano; los zoofílicos como *M. canis*, in-

fectan al hombre por convivencia con perros y gatos; en tanto que las especies geofílicas, como *M. gypseum*, infectan al humano por la exposición con tierra contaminada.¹⁻³

Al llegar un conidio a la piel cabelluda, desarrolla un micelio que crece excéntricamente, alcanza el infundíbulo piloso, desciende en su revestimiento córneo y penetra al pelo; los micelios se desplazan por el bulbo, hasta la zona queratinizada conocida como línea de Adamson.

La papila no afectada continúa elaborando el pelo que crece normalmente, pero emerge repleto de micelios que continúan invadiéndolo a medida que se desarrolla, pierde su estructura y se rompe. La parasitación del pelo puede ser endotrix o ectoendotrix.¹

Se clasifica clínicamente en tres tipos: tiña seca (microspórica y tricofítica), inflamatoria o querion de Celso y fávica. En México, el 90% de los casos se presenta como una tiña seca y en el 10% restante como inflamatoria.¹⁻³

La tiña seca generalmente se presenta como placas pseudoalopécicas con escama, pelos cortos, envainados y decolorados. Esta forma clínica cuenta con dos variedades: la tricofítica y la microspórica.

* Jefa del Servicio de Micología.

** Residente de primer año.

*** Dermatólogo.

La tricofítica se caracteriza por la presencia de numerosas placas pseudoalopécicas, pequeñas, con escama en la superficie; los pelos parasitados se encuentran mezclados con pelos sanos; se observan como puntos negros engastados en el orificio folicular (granos de pólvora); estas placas pueden confluir para afectar gran parte de la piel cabelluda. Las placas pueden ser asintomáticas o presentar prurito en grado variable.¹⁻⁶

La tiña seca, microspórica, generalmente está constituida por una placa pseudoalopécica de tamaño variable, circular, bien limitada; los pelos están regularmente afectados, rotos a un mismo nivel y envueltos por una vaina blanquecina.³

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; la luz de Wood es un auxiliar útil con fluorescencia amarillo-verdosa en la tiña microspórica de la cabeza, que no se presenta en la tricofítica.

El estudio micológico a través del examen directo nos muestra el tipo de parasitación; en la forma endotrix los elementos fúngicos se encuentran en el interior del pelo, con mayor frecuencia corresponde a *T. tonsurans*, y en la ectoendotrix dentro y fuera del pelo, característica habitual de *M. canis*.³

En el cultivo se observan colonias con aspecto macro y microscópico características del agente causal.⁴

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con: Alopecia areata, tricotilomanía, pediculosis, piedra blanca, psoriasis, dermatitis seborreica y liquen plano pilar, entre otras.^{5,7}

La griseofulvina se considera el tratamiento de elección; es fungistática, inhibe la mitosis de las células fúngicas, así como la síntesis de ácidos nucleicos, interviene en la función de los microtúbulos al unirse con la alfa y beta tubulina.⁸ La dosis es de 10-20 mg/kg/día, por lo menos durante 8 semanas. Se pueden presentar, como eventos adversos: náusea, vómito y fotosensibilidad.⁹

La terbinafina inhibe la escualeno epoxidasa, con lo que evita la conversión de escualeno a escualeno oxidadasa; con esto se impide la biosíntesis de ergosterol a nivel de la membrana citoplasmática del hongo; en nuestra experiencia constituye una buena alternativa terapéutica en casos con mala respuesta a griseofulvina o cuando exista contraindicación para su empleo. La dosis se establece de acuerdo al peso: < 20 kg = 62.5 mg/día, 20-40 kg = 125 mg/día, > 40 kg = 250 mg/día.⁹⁻¹⁰ En un trabajo multicéntrico realizado por Boni et al,¹⁰ se compara la eficacia terapéutica de griseofulvina contra terbinafina y se concluye que la terbinafina es ligera-

mente superior. Otros antimicóticos útiles son el itraconazol y el fluconazol.¹¹

CASO CLÍNICO

Escolar masculino de 6 años de edad, con lugar de origen y residencia en Xochimilco, Distrito Federal, México.

Inició hace dos años y medio con caída de pelo y prurito en piel cabelluda, que progresó hasta dejar áreas pseudoalopécicas; acudió a consulta con diferentes médicos no dermatólogos, quienes le prescribieron tratamientos a base de ketoconazol shampoo, clioquinol, jabón salicilado, clobetasol crema durante 6 meses y clobetasol shampoo en los últimos cuatro meses, sin presentar mejoría.

La dermatosis estaba localizada en piel cabelluda, con predominio de región parietal en forma bilateral, constituida por múltiples placas pseudoalopécicas, de diversas formas y tamaños, en las cuales se entremezclaba pelo sano con el parasitado, con escama fina en la superficie, de evolución crónica y pruriginosa (*Figura 1*). Se diagnosticó clínicamente como tiña seca de la cabeza, probablemente tricofítica; con luz de Wood se observó fluorescencia amarillo-verdosa. El examen directo mostró la parasitación ectoendotrix característica de la tiña microspórica (*Figura 2*). En el cultivo se desarrollaron colonias blanquecinas, vellosas, con un reverso de color naranja; en el estudio microscópico del mismo se observaron macroconidios en forma de huso, de paredes gruesas, septados y equinulados, característicos de



Figura 1. Numerosas placas pequeñas, pseudoalopécicas, con escama blanca gruesa y adherente.

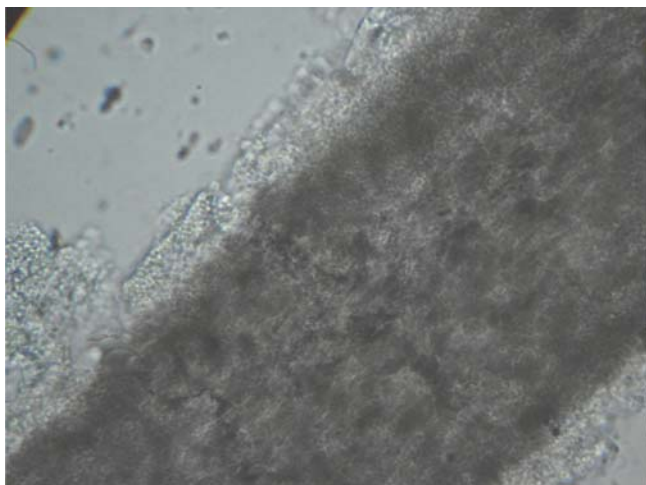


Figura 2. Examen directo: Parasitación ectoendotrix.



Figura 4. Evolución a las cuatro semanas de tratamiento.

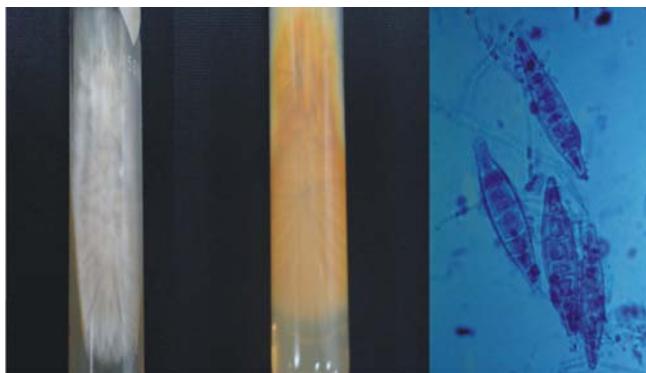


Figura 3. Aspecto macro y microscópico del cultivo de *M. canis*.

M. canis (Figura 3). Con lo anterior, se integró el diagnóstico definitivo de tiña de la cabeza por *Microsporum canis*, variedad seca.

Se estableció tratamiento con griseofulvina 15 mg/kg/día, con evolución satisfactoria (Figuras 4 y 5).

DISCUSIÓN

El presente caso tenía características de tiña seca tricofítica; sin embargo, los estudios auxiliares como la luz de Wood y el examen micológico establecieron el diagnóstico de tiña seca por *M. canis*. Pese a que las características clínicas de las tiñas son sugerentes de un determinado agente causal, el estudio micológico es fundamental para conocer con precisión la etiología. Un dato importante desde el punto de vista epidemiológico



Figura 5. Resolución a las 6 semanas después del tratamiento.

fue la convivencia estrecha del niño con un gato que tenía como mascota.

El paciente cursó con su padecimiento por un periodo mayor a dos años, sin recibir un diagnóstico ni tratamiento adecuados, lo que hace inferir que el médico de primer contacto no está familiarizado con esta patología, por lo cual indicó esteroides tópicos de alta potencia, factor que modificó las características clínicas de la enfermedad y nos hizo sospechar inicialmente una tiña tricofítica.

El paciente recibió tratamiento a base de griseofulvina con una respuesta favorable, lo que confirma la eficacia de este fármaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padilla MC, Rodríguez O. Micosis superficiales. En: *Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica*. 2ª edición. México: Manual Moderno, 2007: 778-779.
2. Arenas R et al. *Dermatofitosis*. Revisión del 1^{er} Consenso Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Micosis Superficiales. *Facultad de Medicina, UNAM*, 2000-2001: 11-25.
3. Andrews M, Burns M. Common tinea infections in children. *Am Fam Physician* 2008; 77(10): 1415-1420.
4. Horn TD et al. Infecciones por hongos. En: Bologna JL et al. *Dermatología*. Madrid, España: Elsevier, 2004: 1171-1182.
5. Aldama C et al. Tiña de la cabeza: comunicación de 54 casos. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75(4): 392-397.
6. Samina A et al. The assessment and management of *tinea capitis* in children. *Pediat Emerg Care* 2007; 23(9): 662-665.
7. Mohrenschlager M et al. Pediatric *tinea capitis*: recognition and management. *Am J Clin Derm* 2005; 6(4): 203-213.
8. Zhang A et al. Advances in topical and systemic antifungals. *Dermatol Clin* 2007; 25: 165-183.
9. Padilla C, Suchil P, Reynoso S, Rubio M. Estudio abierto sobre la eficacia y tolerancia de la terbinafina en el tratamiento de la tiña de la cabeza. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1995; 4(2): 74-77.
10. Elewski BE, Cáceres HW, DeLeon L et al. Terbinafine hydrochloride oral granules versus oral griseofulvin suspension in children with *tinea capitis*: Results of two randomized, investigator-blinded, multicenter, international controlled trials. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59(1): 41-54.
11. Elewski BE. *Tinea capitis*; a current perspective. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 1-20.

Correspondencia:

Dra. María del Carmen Padilla.

Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur, Col. Buenos Aires,

Deleg. Cuauhtémoc, México 06780, D. F.,

Tel. 5519 63 51.

E-mail: mcpadillad@prodigy.net.mx