

COMUNICACIÓN BREVE

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGIA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

TIÑA DE LA CABEZA: REPORTE DE CASO

TINEA CAPITIS: CASE REPORT



OCT - DIC 2019 | VOL. 100 N°4

Comunicación breve

Rev. argent. dermatol. 2019; 100 (4): 145 - 153

Publicado en línea 2019, diciembre 30 / Published online 2019 Dec 30

Tiña de la cabeza: Reporte de Caso

Autores | Contacto

V Colmenarez *, K Herrera *, S Tobia *, E Páez *, J Duarte* y S C Vivas

*Residentes del 1º año del Postgrado de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela

** Jefe del Servicio de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. Centro de Investigaciones Médicas y Biotecnológicas de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés

Recibido: 11/10/2018

Recibido primer Corrector: 23/10/2019

Recibido segundo corrector: 08/12/2019

Aceptado para su Publicación: 30/12/2019

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Av. Lisandro Alvarado. Edificio Hospital Central De Valencia.

Urbanización Lisandro Alvarado. Valencia. Estado de Carabobo. Venezuela

e-mail: viviancolmenarez27@gmail.com

RESUMEN

La tiña de la cabeza (tinea capitis) es una dermatofitosis del cuero cabelludo frecuente en niños. Es la más común de todas las micosis cutáneas en este grupo de edad a nivel mundial, y es muy rara en adultos. Se ha considerado un problema de salud pública importante durante décadas. Algunos de los factores asociados son higiene personal deficiente, hacinamiento y bajo nivel socioeconómico. El agente etiológico frecuentemente aislado fue el *Microsporum canis* con un 82,09 %, seguido por *Trichophyton tonsurans* con 17,91 %.

En conclusión, la tinea capitis ocupa un lugar preponderante que merece ser estudiado, siendo necesarios la detección y tratamiento precoz para evitar complicaciones. Se presenta un caso de tinea capitis, en el que se evidencia clínicamente infección micótica por *Microsporum canis*.

PALABRAS CLAVE:

tinea capitis, dermatofitosis, *Microsporum canis*, *Trichophyton tonsurans*

SUMMARY

Ringworm of the head (tinea capitis) is a frequent dermatophytosis of the scalp in children. In fact, it is the most common of all cutaneous mycosis in this age group worldwide, being very rare in adults. It has been considered an important public health problem for decades, of the factors associated are: poor personal hygiene, overcrowding and low socioeconomic level. The most frequently isolated etiologic agent was *Microsporum canis* with 82.09% followed by *Trichophyton tonsurans* with 17.91%

In conclusion tinea capitis occupies a preponderant place that deserves to be studied, being necessary the detection and early treatments to avoid complications. A case of tinea capitis is presented, where there is clinically evidence of fungal infection by *Microsporum canis*.

KEY WORDS:

tinea capitis, dermatophytosis, *Microsporum canis*, *Trichophyton tonsurans*

INTRODUCCIÓN

La tiña del cuero cabelludo (*tinea capitis* [TC]) corresponde a la infección provocada por dermatofitos del género *Microsporum* y *Trichophyton*, frecuente en la edad infantil, aunque muy rara en la adolescencia y la edad adulta.^{1,2}

Los agentes etiológicos son ubicuos y su distribución geográfica es variada. Los niños adquieren la enfermedad por contacto directo con animales, personas, tierra o a través de las escamas vehiculizadas por la ropa u otros objetos. La TC es una enfermedad muy frecuente que presenta dificultades en el diagnóstico y en el tratamiento.¹

Según aspectos clínicos, la *tinea capitis* se puede clasificar en 3 formas:

1. A) Tiña seca de la cabeza, la cual presenta dos variedades: la primera es la microspórica, producida casi siempre por *canis*, y la segunda es la variedad tricofítica, producida generalmente por *T. tonsuran*.
2. B) Tiña inflamatoria o querion de Celso, menos común que la tinea seca y producida principalmente por especies zoofílicas como *canis* y *T. mentagrophytes*. En esta forma clínica, el proceso inflamatorio no se debe al microorganismo sino al proceso inmunológico del paciente.
3. C) *Tinea capitis* en adultos, que es la forma menos frecuente.

Clínicamente, se caracteriza por presentar eritema, descamación, prurito, alopecia. De acuerdo con la invasión que ocasione en el pelo, se clasifica en 3 tipos: endotrix, ectotrix y ectoendotrix.³

Es más frecuente la existencia de tiñas Microspóricas, a menudo inflamatorias, que se presentan habitualmente como placas alopécicas únicas o escasas y con afectación de tipo ectotrix (esporas por fuera de la vaina del pelo) Cuando el predominio es antropofílico encontraremos habitualmente tiña tricofítica no inflamatoria «de puntos negros», que se presenta generalmente como múltiples placas alopécicas irregulares que en el examen directo presentan afectación tipo endotrix (esporas dentro de la vaina externa del pelo).⁴

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 4 años de edad procedente de Valencia, estado Carabobo, fototipo cutáneo III/VI según Fitzpatrick, quien presenta dermatosis localizada en cuero cabelludo, unilateral, caracterizada por placa pseudoalopécica única de aproximadamente 2 cm de diámetro, bien definida, con escamas finas y blanquecinas en su superficie, acompañado de prurito, de un mes de evolución (Figuras 1, 2).

En vista de hallazgos clínicos se plantean los siguientes diagnósticos presuntivos: tiña del cuero cabelludo, alopecia areata, tricotilomania. Se lleva a cabo el siguiente plan de trabajo, que incluye historia clínica, iconografía, luz de Wood, dermatoscopia y directo micológico. A la luz de Wood se evidencia fluorescencia amarilla verdosa (Figura 3); se realiza estudio dermatoscópico, en el que se observan fibras capilares de distintas longitudes. Algunas en forma de coma, con escamas finas y eritema perifolicular en su superficie (Figura 4).

Directo micológico: se toman muestras de fibras capilares, se colorea con KOH al 10%, en el cual se evidencia afectación tipo ectotrix (Figura 5). Se realiza cultivo, en el que se evidencian colonias con desarrollo *Microsporum canis* a los 15 días.

DISCUSIÓN

Microsporum canis es uno de los agentes causales más frecuentes de dermatomicosis en todo el mundo; en 20 años de estudio, *M. canis* tuvo una prevalencia de 1.8 % (1,364 cultivos). El principal reservorio de *M. canis* son los gatos y perros, así como algunas otras especies de mamíferos, incluidos los conejos. Esta especie de tipo zoofílica principalmente causa tiña de la cabeza y del cuerpo en niños. Cuando se transmite al ser humano es una especie muy contagiosa que da lugar a brotes epidémicos familiares o escolares.⁵

Clásicamente, en Europa los dermatofitos más comunes causantes de *tinea capitis* son las especies zoofílicas *M. canis* y *T. mentagrophytes*. En las últimas décadas diversos estudios han demostrado un claro aumento de especies antropofílicas en los países del norte de Europa, mientras que en determinados países mediterráneos se describe una disminución en la prevalencia global de las tiñas del cuero cabelludo debido a la mejora de las condiciones higiénicas.⁶

La prevalencia de tiña de la cabeza se estima en 3 a 8 % en la población pediátrica. En Colombia los datos epidemiológicos hablan de cerca de 4,8 %, mientras que en España sólo se encuentra en 0,33 % y en Londres, en 2, 5%, aunque en muchos lugares del mundo este dato estadístico aún permanece desconocido.⁷

En Venezuela son el principal motivo de consulta dermatológica en pacientes que acuden a la consulta externa de la Sección de Micología Médica “Dr. Dante Borelli” del Instituto de Medicina Tropical de la UCV. Se evidenció un predominio del sexo masculino con 60,14 % y el grupo etario más afectado fue entre los 0-5 años de edad, siendo el menor un niño de tres meses de edad. El agente etiológico más frecuentemente aislado fue *M. canis* con un 82,09 %, seguido por *T. tonsurans* con 17,91 %.⁸⁻⁹

El tratamiento de elección para *M. canis* es la griseofulvina en dosis de 10-25 mg/kg/día durante 12 semanas, aunque, por sus escasos efectos colaterales y menor tiempo de administración, puede emplearse itraconazol oral, que ha demostrado ser efectivo en el querion de Celso en dosis de 5-10 mg/kg/día durante 3-6 semanas o en terapia pulsátil (5 mg/kg/día). La terbinafina también se ha utilizado con éxito, en dosis de 62,5 mg/día en niños con menos de 20 kg, 126 mg/día en niños de 20 a 40 kg y 250 mg/día en los de más de 40 kg, así como en la terapia pulsátil. Como terapia coadyuvante, se utilizan champú con disulfuro de selenio al 2,5 % o ketoconazol al 2 % y borato sódico al 2 %.¹⁰

COMENTARIO

Como podemos observar, la *tinea capitis* ocupa un lugar preponderante que merece ser estudiada ya que constituye un problema de salud pública de fácil contagio. Los escasos recursos de la población hacen que esta patología muchas veces no sea tomada en cuenta por los familiares de estos pacientes, ya que la mayoría está conformada por la población infantil. Además, factores como deficientes métodos de detección clínica y micológica, el tratamiento inadecuado por largo tiempo, el uso compartido de peines y sombreros, el contagio directo del cuero cabelludo contaminado, y de animales infectados contribuyen al incremento de esta patología, siendo necesarios la detección y el tratamiento precoces para evitar complicaciones.



Figura 1. Dermatitis localizada en cuero cabelludo



Figura 2. Placa pseudoalopecica, única, en cuero cabelludo

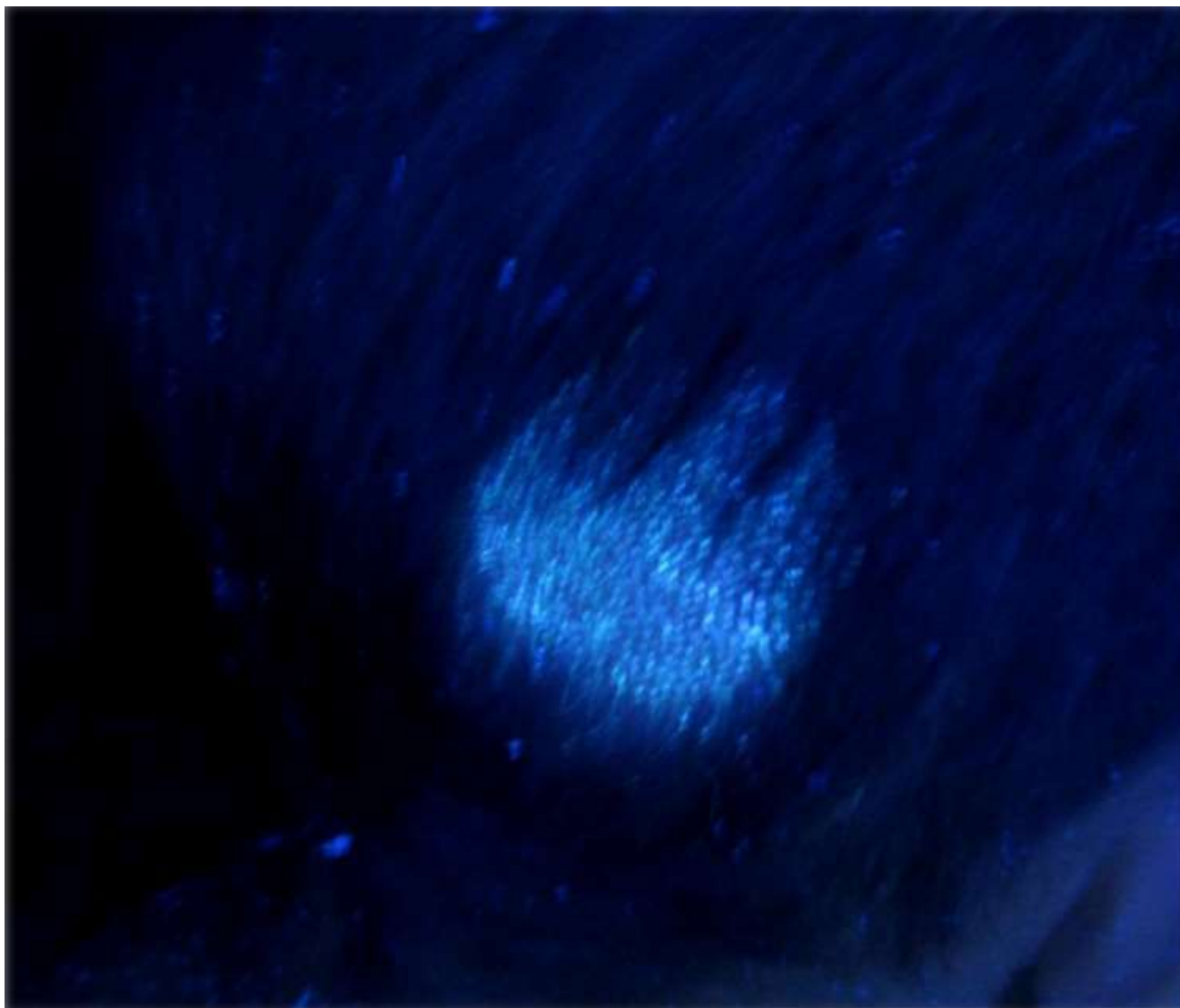


Figura 3. Luz de Wood: se evidencia fluorescencia verdosa

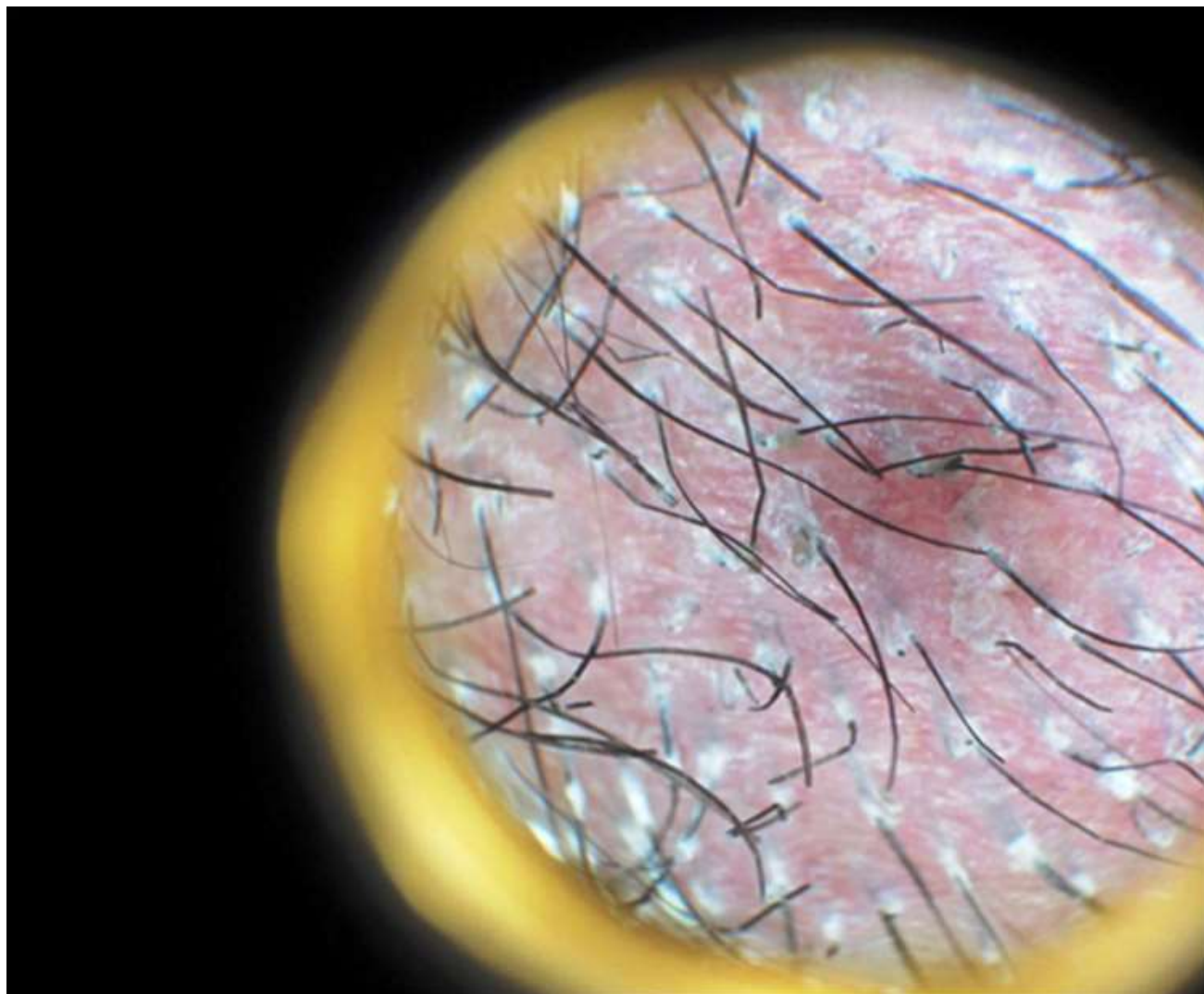


Figura 4. Dermatoscopia: se observan fibras capilares de distintas longitudes, escamas finas



Figura 5. Directo micológico con coloración KOH 10%: se evidencia el tipo ectotrix

REFERENCIAS

1. Rebollo N, López-Bárcena A P y Arenas R. Tiña de la cabeza. *Actas dermosifilogr.* 2008; 99: 91-100.
2. Santos P, Córdoba S, Rodero L, Carrillo A y Lopardo H. Tinea capitis experiencia de 2 años en un hospital de pediatría de Buenos Aires, Argentina. *Elsevier.* 2010; 27(2): 104-106.
3. Padilla M, Alfaro L, Cardona M. Tiña por *Trichophyton tonsurans* en diversas topografías revisión de la literatura, *rev cent Dermatol Pascua* vol. 20 may-agost 2011.
4. González J. Tendencia de la tinea capitis en España. *Elsevier Actas dermosifilogr.* 2012; 103(4): 288-293.
5. Mayorga J, Gonzales P, Prado A, Gómez J. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con infección por *Microsporun Canis*. *Dermatol.rev. Mex* 2016; 60:18-23.
6. García L y Espinosa J. Tinea Capitis por *Microsporun Gypseum*: una especie infrecuente. *Arch Argent Pediatr* 2018; 116(2): 296-299.
7. Zuluaga A, Cáceres D, Arango K, Bedout C, Cano L. Epidemiología de la tinea capitis :19 años de experiencia en un laboratorio clínico especializado en Colombia. *Elsevier, infecto.* 2016;20(4);225-230.
8. Mata S, Carrillo Y, Camache O, Larrea F, Colella M, Pineda V, Landaeta M, Pardi G, Olaiza C y Pérez C. Epidemiología de tinea capitis en Venezuela. *DermatolVenez.* 2013; 51 (1): 15-19.
9. Calle M, Rodríguez E, Lambraña E, García E y Serrano P. Cambios característicos clínicos y cambios epidemiológicos de tinea capitis en la población pediátrica. *Acta Pediatr Esp* 2014; 72(1): 9-13.
10. Allevato M. Tinea capitis. Navegando por internet. *Act Terap Dermatol* 2005; 28: 138.