

TIÑA DE LA CABEZA. COMUNICACIÓN DE 54 CASOS

Prof. Dr. Arnaldo B. Aldama Caballero
Dra. Victoria Rivelli
Dr. Julio Correa
Dra. Gloria Mendoza

Servicio de Dermatología – Hospital Nacional
Paraguay

Solicitud de sobretiros: Prof. Dr. Arnaldo B. Aldama Caballero.
Mayor Fleitas 447 (Asunción). Tel: 225770

RESUMEN

La tiña de la cabeza (o tinea capitis) es una dermatofitosis producida por hongos de los géneros *Trichophyton* o *Mentagrophytes*. Presenta varias formas clínicas y es casi exclusiva de los niños.

Objetivo: Conocer las características de los casos de tiña de la cabeza observados en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional en los periodos: 1990–1992 y 1999 – 2001.

Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se determinan porcentajes y se comparan con otras series. Todos los casos tienen estudios micológicos directos y varios de ellos cultivos.

Resultados: Se observan 54 casos siendo 19 del periodo 1990-1992 y 35 del periodo 1999-2001. Hay ligero predominio del sexo femenino y la edad promedio de presentación es de 5.6 años.

En los casos en que se determinó la especie del hongo predomina el *Trichophyton mentagrophytes* (10 casos, principal agente en el primer periodo), el *Trichophyton rubrum* (9 casos, observado exclusivamente en el segundo periodo) y el *Microsporum canis* (8casos).

En el periodo 1999-2001 el 7.5% de las primeras consultas son por dermatofitosis, siendo el 37% niños y de éstos 50% tiña de la cabeza.

Conclusiones: La tiña de la cabeza es la principal dermatofitosis de la niñez en nuestro servicio y muestra una tendencia al aumento de la prevalencia. Además hay aumento de las formas inflamatorias (20% del total) y surgimiento del *Trichophyton*

rubrum como agente etiológico.

Palabras claves: Tínea capitis – Dermatofitosis – Tiña de la cabeza en el Paraguay

TINEA CAPITIS. COMMUNICATION OF 54 CASES.

SUMMARY

The tinea capitis is a dermatophytosis produced by fungus of the genus *Trichophyton* or *Mentagrophytes*. It presents several clinical forms and it is almost exclusively of the children.

Objetives: To know characteristics of the cases observed in the Hospital Nacional Department of Dermatology in the periods: 1990-1992 and 1999-2001.

Materials and Methods: This is retrospective study, descriptive, observational. Percentage are determined and they are compared with other series. All the cases have mycological studies.

Results: It observed 54 cases, 19 are from the first period and 35 appartened to the second period. There is slight predominance of feminine sex and the age average of presentation is 5.6 old year.

In the cases that could be determined the species of the fungus predominates the *Trichophyton mentagrophytes* (10 cases, main agent in the first period), the *Trichophyton rubrum* (9 cases observed exclusively in the second period) and the *Microsporum canis* (8cases).

In the period 1999-2001, 7.5% of the first consultations is by dermatophytosis being

37% children and of these 50% is tinea of the head.

Conclusions: The tinea capitis is the main dermatofitosis of the childhood in our service and shows a tendency the increase of the prevalence. The inflammatory forms (20% of the total) are increased and the *Trichophyton rubrum* etiologic agent is important.

Key words: Tinea capitis – Dermatophytosis – Tinea of head in Paraguay

INTRODUCCION

La tiña de la cabeza o *tinea capitis* es la infección del tallo del pelo del cuero cabelludo por un hongo dermatofito de los géneros *Trichophyton* y *Microsporum*. Es casi exclusiva de los niños (1,2).

En cuanto a la patogenia, los traumatismos contribuyen a la inoculación del esporo micótico en la capa córnea del cuero cabelludo donde se reproduce e invade la vaina del pelo, se extiende hacia la profundidad sin sobrepasar la capa queratogena, al mismo tiempo se disemina hacia la parte distal del pelo y lo transforma en una estructura gruesa, frágil, corta y en ocasiones con una vaina blanquecina llamada pelo tiñoso. Los arthroconidios pueden crecer solo dentro del tallo del pelo sin destruir la cutícula (endothrix, propia del *Trichophyton*) o alterar esta última produciendo una vaina externa de conidios ectothrix (propia del *Microsporum* pero también de algunos *Trichophyton*) (3,4).

Los principales agentes etiológicos de la tiña de la cabeza pueden clasificarse de acuerdo a su distribución ecológica en: a) geofílicos: *Microsporum gypseum*, b) zoofílicos: *Microsporum canis* y *Trichophyton mentagrophytes* var. *mentagrophytes* y c) antropofílicos: *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton rubrum* y *Trichophyton schoenleinii*. Esta clasificación es útil para el seguimiento epidemiológico y los agentes tienen variaciones regionales e incluso dentro de una misma región con el correr del tiempo (4,5).

Clinicamente podemos distinguir las tiñas tonsurantes, las inflamatorias y la tiña favosa. Las tiñas tonsurantes presentan descamación y pelos tiñosos, pudiendo ser microspóricas o tricofíticas. Las primeras originan una o pocas placas redondeadas, casi siempre de varios centímetros de diámetro y los pelos fracturados se encuentran al mismo nivel (Fig.1). Las tricofíticas dan alopecia difusa con placas pequeñas e irregulares

intercaladas con pelos sanos y en ocasiones se observan sólo como puntos negros (Fig.2) (3,4).

Entre las inflamatorias tenemos el Querion de Celso que se manifiesta como una masa inflamada, única, circular, elevada, de consistencia blanda y fluctuante con superficie melicérica que al comprimir sale pus. Representa una respuesta inmune exagerada del huésped a la presencia del hongo que se detecta con dificultad en los estudios micológicos. Son causados por hongos zoofílicos como el *M. canis* o geofílicos como el *M. gypseum* (Fig.3) (4,6),

El favus es causado por *T. schoenleinii* y en ocasiones por *M. gypseum*, caracterizándose por escútuas que despiden un olor característico y dejan alopecia cicatricial. Actualmente es muy raro (4).

El diagnóstico se confirma con el examen directo con Hidróxido de Potasio al 10% demostrando el tipo de parasitismo ya citado. El cultivo en ágar glucosa de Sabouraud con antibióticos es fundamental para identificar la especie (4,6).

Diagnósticos diferenciales son la alopecia areata (no presenta descamación), la dermatitis seborreica (más difusa y la descamación es adherente al pelo pero no lo fractura), la psoriasis (no hay pelos rotos). En las tiñas inflamatorias, la piodermatitis (6).

El objetivo del trabajo es llamar la atención sobre una patología a veces confundida con otras o tratada en forma incorrecta y que actualmente la observamos con mayor frecuencia.

MATERIAL Y METODOS

El estudio fue de carácter retrospectivo, descriptivo y observacional de los pacientes menores de 15 años de edad, atendidos en el consultorio externo del Servicio de

Dermatología del Hospital Nacional en dos períodos: enero 90 a diciembre 92 y enero 99 a diciembre 01. En todos los casos se tuvieron examen micológico directo y varios tienen cultivo. Se incluyeron casos con clínica evidente y confirmación micológica, así como algunos con estudios micológicos negativos y con formas clínicas inflamatorias. Se determinan datos demográficos, clínicos, laboratoriales, terapéuticos y evolutivos, estableciéndose porcentajes, proporciones y medias.

RESULTADOS

En el período 90-92 se atendieron 2250 primeras consultas, siendo 19 los casos de tiña de la cabeza (0,8% del total) de los cuales 13 eran niñas y 6 varones. La edad promedio fue de 5,6 años, con un rango que va desde los seis meses hasta los doce años.

En el período 99-01 se atendieron 2527 nuevas consultas, siendo 35 los casos de tiña de la cabeza (1,3% del total). 20 eran varones y 15 niñas. La edad promedio también fue de 5,6 años con un rango que va desde los dos años hasta los once años. La distribución por años en ambos grupos se observa en la Tabla 1.

En cuanto a las formas clínicas en el primer grupo se observó placa única bien limitada en 7 casos, en 10 fueron múltiples, un caso con lesión generalizada a todo el cuero cabelludo y un caso de Querion de Celso. En el segundo grupo 7 fueron placas únicas, 11 múltiples, 7 compromiso difuso y 10 Querion de Celso.

El diagnóstico en todos los casos se apoyó en el micológico directo con la observación de la parasitación de los pelos. Algunos casos con micológico negativo también fueron incluidos correspondiendo a la forma inflamatoria o Querion de Celso. Muchos casos tienen cultivos y los resultados se observan en la Tabla 2.

En ambos grupos el periodo de tiempo antes de la consulta osciló de 15 días y 7 años. La mayoría de los pacientes provinieron de ciudades vecinas al hospital.

En el primer grupo se encontraron 4 hermanos con tiña capitis por *T. mentagrophytes*, uno de ellos con lesión generalizada con 7 años de evolución, mientras que en el segundo grupo tres pacientes tenían también un hermano afectado.

Con respecto a la coexistencia de otras localizaciones de las dermatofitosis un paciente en el primer grupo presentaba tiña de la cara y en el segundo grupo cinco tenían tiña corporis, un paciente con tiña de la cara y otro con tiña pedis y onicomicosis.

En el segundo grupo pudimos establecer la frecuencia de las diferentes formas de la dermatofitosis en nuestra consulta y constatar la importancia de la tiña de la cabeza en los niños. En efecto 189 pacientes (7.5% del total de consultas) presentaron dermatofitosis, siendo 70 niños (37% de las dermatofitosis). La tiña de la cabeza se observó en 35 de estos niños (50% del total de niños), seguido por tiña del cuerpo (20 casos), tiña pedis-onicomicosis (11 casos) y tiña de la cara (4 casos).

El tratamiento instaurado en todos los casos fue la griseofulvina por un periodo promedio de 3 meses. La mayoría curó con el tratamiento pero un grupo importante no fue controlado regularmente.

DISCUSION

El grupo de las dermatofitosis constituye una de las diez patologías más frecuentes en la consulta externa en nuestro Servicio (7). En el periodo 99-01 significó el 8,4% de los motivos de primera consulta registrándose el 37% de los casos en niños, en quienes predominó la tiña de la cabeza (50%). Ésta es una patología propia de la niñez y en la pubertad hay tendencia a la regresión y curación espontánea, siendo este comportamiento

debido a cambios en la composición lipídica del cuero cabelludo. Si bien se describen casos en la adultez estos son excepcionales (8). Nosotros hemos observado un solo caso en una mujer de 72 años.

En esta serie se observa un incremento del número de casos, pues en el periodo 90-92 la tiña de la cabeza significó el 0,8% de los diagnósticos, mientras que en el periodo 99-01 aumentó a 1,3%, sobre un número total de pacientes aproximadamente igual en ambos grupos. Este dato está en oposición a otro que menciona que la tiña de la cabeza actualmente presenta una menor frecuencia, sobre todo en países desarrollados (5).

En el Paraguay, en una serie de 141 pacientes de micosis superficiales de todas las edades, en el periodo 94-95 se observó el predominio de la tiña corporis (26,2%) seguido por la capitis (22,6%). En esta última localización el *M. canis*, el *T. mentagrophytes* y el *T. rubrum* son los agentes etiológicos principales (9).

En otra serie no publicada, entre los años 95-99 se diagnosticó 43 casos de tiña de la cabeza predominando el *M. canis* (22 casos) seguido por el *T. mentagrophytes* (19 casos) y el *M. gypseum* y el *T. rubrum* con un caso cada uno (informe de la Dra. Diamante de Da Silva).

En la Argentina, en una serie de 535 pacientes de 0 a 18 años con micosis superficiales, 299 presentaron tiña de la cabeza (55,9% del total) siendo *M. canis* la principal causa, observándose en el 10% la forma inflamatoria o Querion de Celso (10).

En nuestra serie, llama la atención en los años 99-01 la aparición del *T. rubrum* como agente principal de la tiña de la cabeza. Este agente es considerado como de baja frecuencia en esta localización y su presencia es un problema por ser resistente al tratamiento y por su característica recidivante (11). Este llamativo hallazgo se relaciona

con el aumento del *T. rubrum* en las tiñas de la uña o del cuerpo y los adultos vehiculizan este hongo antropofílico a los niños, hecho que obliga a un minucioso control familiar (5).

Otro grupo en crecimiento es el de las formas inflamatorias. De un solo caso en el primer grupo pasamos a 10 casos en el segundo. De éstos, 4 casos presentaron estudios micológicos negativos por lo que el diagnóstico fue clínico, en uno se cultivó *M. gypseum* y en otro *T. rubrum*.

En cuanto a la terapéutica el tratamiento debe ser oral y en nuestro medio el de primera elección sigue siendo la griseofulvina a dosis 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(12). Las drogas alternativas son la terbinafina, el itraconazol y el fluconazol. El ketoconazol ha caído en desuso debido a su hepatotoxicidad (13). Es conveniente dar tratamiento local adyuvante a base de disulfuro de selenio al 2,5% o ketoconazol al 2%, ambos en forma de shampoo. Otros agentes antifúngicos tópicos no son necesarios (13).

El Querion 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 dos semanas. En general no se precisa el uso de antibióticos (12,13).

Es necesario el control familiar y del medio, incluyendo los animales para evitar reinfecciones y propagación del hongo. Varios de estos casos tenían hermanos afectados, predominando en ellos los hongos antropofílicos y también varios niños tenían el mismo hongo en otras localizaciones.

CONCLUSIONES

1-El aumento de la frecuencia de la tiña de la cabeza en los últimos años, siendo la dermatofitosis mas frecuente en la niñez en esta serie.

2- La frecuencia de la forma inflamatoria sobre todo en el segundo grupo (9 de 35 casos).

3- Los principales agentes etiológicos de esta serie son el *T. mentagrophytes*, el *T. rubrum* y el *M. canis*.

4- Se destaca el surgimiento del *T. rubrum* como primer agente responsable en los casos registrados en los últimos años (9 de 35 casos).

5- Es necesario un control epidemiológico para lo cual es importante conocer el agente y sus características ecológicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Roberts SOB, Mackenzie DWR. Micología. En Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL, editores. Tratado de Dermatología. 4ª ed. Barcelona: Doyma, 1989: 969-1082.
- 2- Canese A. Manual de Microbiología y Parasitología Médica. 4ª ed. Asunción: Eduna, 1996: 465-478 .
- 3- Anselmi S. Micosis superficiales. En Larralde de Luna M, editor. Dermatología neonatal y pediátrica. Buenos Aires: Edimed,1995: 152-159.
- 4- Arenas R. Dermatophytosis. In Arenas R, Estrada R, editors. Tropical Dermatology. Georgetown: Landes Bioscience, 2001: 2-11.
- 5- Crespo V, Vera A, Ojeda A, Crespo A, Sanchez Fajardo F. Epidemiología de las tiñas en España. Piel 1999; 14: 175-185.
- 6- Martin AG, Kobayashi GS. Micosis superficiales: dermatofitosis, tiña negra, piedra. En Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editores. Dermatología en Medicina General. 4ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1997: 2519-2549.
- 7- Aldama A, Servin G. Frecuencia de Patologías Dermatológicas. Revisión de 1500 casos (disertación). Asunción: Sociedad Paraguaya de Dermatología; 1993.
- 8- Navarrete O, Vazquez H, Arenas R. Tiña de la cabeza en el anciano. Dermatología Rev Mex 1999; 43(3): 123-126.
- 9- Bolla de Lezcano L. Epidemiología de las Micosis Superficiales en la Cátedra de Dermatología. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas 1996; 29: 43 – 61.
- 10- Garcia – Diaz R, González MT, Santos P, Pierini AM. Superficial mycoses in children: a 3-year survey in Buenos Aires. In Pierini AM, Garcia – Diaz R, Bustamante RE, editors. Pediatric Dermatology. Buenos Aires: Elsevier, 1995: 75-78.

11- Fernandes NC, Caiuby MJ, Amorim JH. Tinea capitis por *Trichophyton rubrum*:relato de caso. *An bras Dermatol* 1996; 71 (5): 425-427.

12- Crespi HG. Terapéutica de la tiña. *Act Terap Dermatol* 1994; 17: 181.184.

13- Guevara E, Greene J, Arena R. Tiña de la cabeza. Tratamiento actual en 5 pacientes. *Dermatología Rev Mex* 1996; 40 (4): 262-265.

LEYENDAS

Fig.1: Tiña tonsurante. Tipo microspórica. Placa única con límites netos.

Fig.2: Tiña tonsurante. Tipo tricoftica. Placa de límites difusos con pelos sanos de por medio.

Fig. 3: Tiña inflamatoria. Querion de Celso. Placa elevada con costras y áreas exudativas.