

Caso clínico

Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton mentagrophytes* transmitida por un hámster

María del Carmen Padilla Desgarenes,* Sara Pérez Cortés,** Donají Sánchez Ferra***

RESUMEN

La tiña de la cabeza es una micosis común en pacientes pediátricos. Se comunica el caso de un niño de siete años de edad con tiña inflamatoria ocasionada por *Trichophyton mentagrophytes var mentagrophytes* transmitida por un hámster. Se realiza una breve revisión de la bibliografía.

Palabras clave: tiña de la cabeza, *Trichophyton mentagrophytes*, hámster.

ABSTRACT

The tinea capitis in childhood is very common. We report a 7 year old boy with tinea capitis due a *Trichophyton mentagrophytes*. A brief review is made of the literature.

Key words: tinea capitis, *Trichophyton mentagrophytes*, hamster.

La tiña de la cabeza es la parasitación por dermatofitos del pelo de la piel cabelluda. Los dermatofitos son un grupo de hongos capaces de parasitar tejidos queratinizados, como el estrato córneo de la epidermis, las uñas y el pelo; esta colonización se debe a que utilizan la queratina como fuente de nutrientes. Los dermatofitos pertenecen a tres géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*, que pueden adquirirse de persona a persona (antropofílicos), de los animales (zoofílicos) y de la tierra (geofílicos).

La tiña de la cabeza es un padecimiento que afecta, preferentemente, a la población infantil, predomina la

variedad seca y la inflamatoria se manifiesta incluso en 10% de los casos. En la pubertad existen modificaciones en la secreción sebácea y el pH que actúan como fungistáticos, lo que ocasiona que la mayoría de los casos se curen espontáneamente en esta etapa de la vida.¹

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de siete años de edad, originario y residente de Nezahualcóyotl, Estado de México, con dermatosis en la cabeza que afecta la piel cabelluda y de ésta, la región parietal izquierda. Dermatosis monomorfa constituida por: eritema, escama fina, pústulas, costras melicéricas y hemáticas que confluyen para formar una placa pseudoalopécica de 3 x 4 cm, con pelos cortos, dolorosa a la palpación. En el resto de la piel y los anexos tenía adenopatías retroauriculares y submandibulares, dolorosas.

El padecimiento se inició un mes previo a la consulta, con caída de cabello que formó una placa pseudoalopécica, con pústulas. Este cuadro se acompañó de dolor en el área afectada y fiebre. Recibió tratamiento tópico con cremas de miconazol y la combinación de betametasona-clotrimazol-gentamicina durante 15 días, medicación que suspendió dos semanas antes de acudir a nuestra institución.

* Jefa del servicio de Micología.

** Médico adscrito.

*** Residente del tercer año.
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. México, DF.

Correspondencia: Dra. María del Carmen Padilla. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dr. Vértiz 464, colonia Buenos Aires México 06780, DF. Correo electrónico:

Recibido: enero 2011. Aceptado: noviembre 2011.

Este artículo debe citarse como: Padilla-Desgarenes MC, Pérez-Cortés S, Sánchez-Ferra D. Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton mentagrophytes* transmitida por un hámster. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(2):145-149.

www.nietoeditores.com.mx

Con los datos anteriores se integró el diagnóstico clínico presuntivo de tiña inflamatoria de la cabeza (querión de Celso), por lo que se realizó un estudio micológico, que en el examen directo mostró parasitación del pelo ecto-endótrix de tipo microide. En el cultivo se desarrollaron colonias blancas, de aspecto pulverulento, con reverso de color ocre. En el estudio microscópico del cultivo se observaron micelios en espiral o zarcillos, y abundantes microconidios redondos arracimados. Con todo lo anterior se integró el diagnóstico de tiña inflamatoria de la cabeza (querión de Celso) por *T. mentagrophytes var mentagrophytes*.

Se inició tratamiento con griseofulvina micronizada a la dosis de 15 mg/kg/día durante tres meses y prednisona, inicialmente a dosis de 0.3 mg/kg/día, con dosis de reducción por espacio de cuatro semanas y fomentos con sulfato de cobre. Con esto se logró disminuir las lesiones desde las cuatro semanas de tratamiento, con curación clínica posterior.

Se interrogó, intencionalmente, la convivencia con animales; el paciente refirió tener dos hámsters. Se le pidió que trajera al Centro Dermatológico Pascua las mascotas, porque refirió que uno de ellos tenía zonas sin pelo. Se corroboró la existencia de placas pseudoalopécicas, de las que se tomó una muestra para estudio micológico; la mascota se trató con terbinafina tópica.

DISCUSIÓN

La tiña de la cabeza se clasificó según el patrón microscópico de invasión fúngica como endothrix, con dos variedades (tricofítica y fávica) y el tipo ecto-endothrix con tres variedades (microspórica, microide y megasporada).²

La tiña inflamatoria de la cabeza es un padecimiento poco frecuente, con síntomas dependientes, en gran medida, de la respuesta inmunológica del huésped y no sólo de la acción del hongo. La inmunidad celular en el paciente inmunocompetente se efectúa mediante el proceso que elimina al hongo, pero también al folículo piloso. Este enérgico estado inflamatorio puede dejar alopecia permanente en las áreas afectadas.³

EPIDEMIOLOGÍA

La tiña de la cabeza es propia de la infancia incluso en 97% de los casos, con discreto predominio en varones (52%) en

relación con las mujeres (48%). Se observa en 69% de los preescolares y escolares. El porcentaje en los individuos mayores de 18 años es de 2.4%. El agente causal más frecuente en México es *M. canis* con 80%, *T. tonsurans* ocupa el segundo lugar con 15% y otros dermatofitos (*T. mentagrophytes*, *M. gypseum* y *T. violaceum*) 5%.^{1,2}

En México es más frecuente la tiña seca (90%) que la inflamatoria (10%). Los agentes causales más frecuentes de querión de Celso son *Microsporium canis*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton mentagrophytes*.¹

En el Centro Dermatológico Pascua, de 1993 a 2002 se reportaron 42 casos de tiña inflamatoria de la cabeza. Los agentes causales fueron: *T. tonsurans* (48.8%) seguido de *M. canis* (31.4%) y en tercer lugar *T. mentagrophytes* (8.1%).¹

El agente etiológico varía en los diferentes continentes y de un país a otro. En la tiña de la cabeza *Microsporium canis* es el patógeno predominante en todo el mundo, en tanto que *Trichophyton tonsurans* es el principal agente causal en Estados Unidos.⁴



Figura 1. Aspecto clínico en la visita de inicio



Figura 2. Placa pseudoalopécica con eritema, escama fina, pústulas y costras melicéricas.



Figura 3. Examen directo con parasitación ecto-endotrix.



Figura 4. Colonias blancas, de aspecto pulverulento de *T. mentagrophytes*

CUADRO CLÍNICO

El aspecto clínico de la tiña de la cabeza depende de la forma de invasión del pelo por los hongos patógenos (ectotrix o ecto-endotrix), la cantidad del inóculo y el estado inmunológico del huésped. La presentación es muy variable, desde un estado de portador asintomático, escama difusa, hasta zonas pseudoalopécicas.⁵

La tiña de la cabeza tiene tres variedades clínicas: seca, inflamatoria y fávica.

La variedad seca se divide en: microspórica y tricofítica:

Microspórica

Casi siempre es de placa única, grande, pseudoalopécica, con pelos cortados al mismo nivel (cortos, gruesos, quebradizos y deformados), envueltos en una vaina blanquecina; con escama fina en la superficie y prurito de grado variable. Al examen directo, la parasitación es ectoendotrix, característica de *Microsporum canis*.

Tricofítica

Placas pseudoalopécicas pequeñas y numerosas, en donde los pelos parasitados se mezclan con los sanos. Los pelos se ven como puntos negros engastados en el orificio folicular conocidos como “granos de pólvora”. La parasitación es endotrix.

Tiña inflamatoria o querión de Celso

Se caracteriza por una placa pseudoalopécica dolorosa en la que se observan: eritema, pústulas y abscesos, con una prominencia ocasional cubierta por costras melicéricas. Se acompaña de adenopatía regional dolorosa. El estado general de los pacientes puede verse afectado en algunos casos que se cuenta con cuadros febriles, cuando la reacción inflamatoria es muy intensa, al desaparecer puede dejar áreas con alopecia permanente.^{2,6}

Tiña fávica

Es excepcional en México y frecuente en Europa en el siglo XIX y primera mitad del XX. Persiste en forma endémica en Groenlandia, Oriente Medio, Norte y Sur de África Central, esporádicamente en Estados Unidos, Gran Bretaña, Pakistán y Australia. Aparece en niños y adultos en varios miembros de una misma familia. Los pelos se aprecian decolorados, sin brillo, no se rompen a corta distancia de

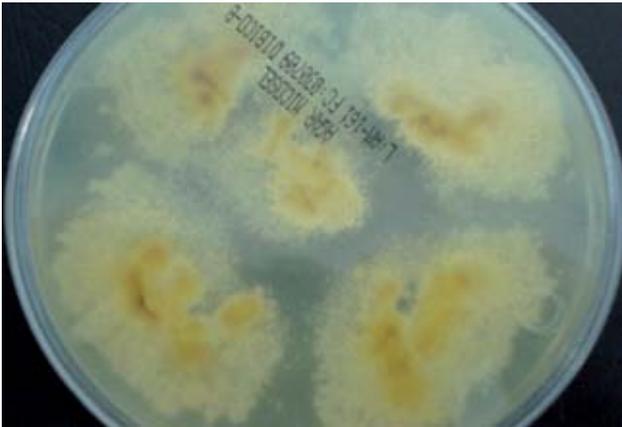


Figura 5. Reverso color ocre del cultivo de *T. mentagrophytes*

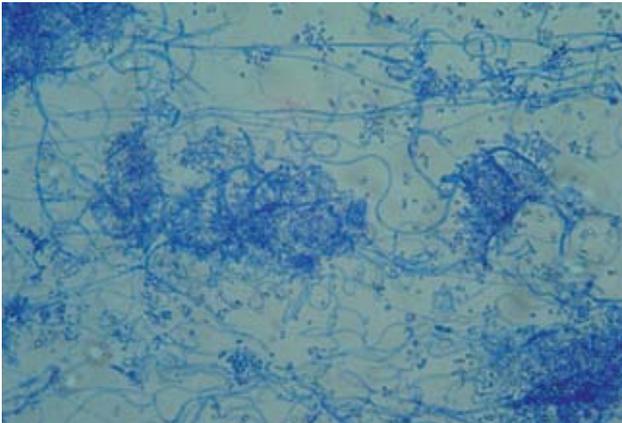


Figura 6. Aspecto microscópico del cultivo: zarcillos y abundantes microconidios.



Figura 7. Curación clínica a los dos meses de tratamiento



Figura 8. Placa pseudoalopecica, con escama fina en el hámster.

la piel y son más largos que los de otras tiñas. Tiene las características cazoletas amarillentas, constituidas por el micelio del hongo (godete fávico), que desprende un olor característico, al que se ha denominado “ratón mojado”. Cuando desaparece puede dejar una zona alopecica.²

DIAGNÓSTICO

El examen con luz de Wood representa un apoyo importante porque es una herramienta accesible. Es negativo en tiñas tricofíticas porque predomina la infección de tipo endothrix, que no produce la característica fluorescencia amarillo-verdosa, observada con dermatofitos que ocasionan parasitación de tipo ecto-endothrix, como *M. canis* y *M. audouinii*; también puede realizarse la exploración con ayuda del dermatoscopio.⁷

El examen directo es el método más sencillo y práctico. 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 de KOH o lactofenol y se observa el tipo de parasitación del pelo.

El tiempo de incubación de las colonias es de 15 a 30 días, y las características morfológicas macroscópicas y microscópicas son la clave para la identificación taxonómica de los dermatofitos.⁶

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La variedad inflamatoria debe diferenciarse con foliculitis decalvante, abscesos piógenos, dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo, ántrax cutáneo. En los casos con alopecia permanente se establece el diagnóstico diferencial con alopecia areata o alopecia cicatrizal, entre otros.^{1,8}

TRATAMIENTO

Aunque en la actualidad contamos con diversos antimicóticos, la griseofulvina sigue siendo el tratamiento de elección en la tiña de la cabeza; es un antimicótico fungistático cuya dosis oral recomendada es 10-20 mg/kg/día.

En los pacientes con tiña inflamatoria se aconseja agregar prednisona a dosis de 0.3 a 0.5 mg/kg/ día, por su efecto antiinflamatorio para evitar la alopecia permanente.^{6,9}

En caso de existir contraindicación a la prednisona pueden utilizarse antiinflamatorios no esteroides para controlar la reacción inflamatoria.

En pacientes en quienes esté contraindicada la griseofulvina o no haya una buena respuesta, se han propuesto como alternativa terapéutica otros antifúngicos, como terbinafina y traconazol.

COMENTARIO

Este caso de tiña inflamatoria de la cabeza asume un interés especial debido a que fue causada por la variedad zoofílica de *T. mentagrophytes* transmitido por un hámster. Este dermatofito puede encontrarse en roedores, incluso en estado de portador, ocasiona tiña inflamatoria con mayor frecuencia que las especies antropofílicas.

Debe insistirse en la elaboración de una historia clínica exhaustiva, con un interrogatorio dirigido en relación con el contacto con animales, porque actualmente los niños tienen mascotas en las que no pensamos, como este tipo de roedores.

Es importante insistir que el tratamiento con griseofulvina sigue siendo de elección, dando el beneficio de la adición de prednisona, a dosis antiinflamatorias, con reducción paulatina, para evitar la alopecia permanente.

REFERENCIAS

1. Flores Q. Tiña de la cabeza en el Centro Dermatológico Pascua de 1993 a 2002. Trabajo de Investigación Clínica. Tesis, Facultad de Medicina, UNAM. México DF, 2004.
2. Padilla DM, Rodríguez O. Micosis superficiales. En: Narro RJ, Rivero SO, López BJ, et al. Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. 3ª ed. México: El Manual Moderno, 2008;879-887.
3. Venadero AF, Padilla DM, Guzmán EC. Tiña inflamatoria de la cabeza (querión de Celso) por *Microsporum canis*. Comunicación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua 2006;15:35-39.
4. Elewski BE. Treatment of tinea capitis: beyond griseofulvin. J Am Acad Dermatol 1999;40:S27-30.
5. Elewski BE. Tinea capitis: A current perspective. J Am Acad Dermatol 2000;42 Pt 1:1-20.
6. Padilla DM, Trejo RJ, Sánchez RA. Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*, comunicación de dos casos. Rev Cent Dermatol Pascua 2000;9:172-176.
7. Elewski BE. Cutaneous mycoses in children. Br J Dermatol 1996;134 Suppl 46:7-11.
8. Schwartz RA, Janniger CK. Tinea capitis. Cutis 1995;55:29-33.
9. Crespi HG. Terapéutica de la tiña. Act Terap Dermatol 1994;17:181-184.