

TIÑA TRICOFITICA POSTPUBERAL

*Profesor Dr. Gerónimo López González, Dr. Sebastián Pons
y Sr. Aníbal Ortiz Medina **

En la literatura especializada reciente, se encuentra cantidad suficientemente apreciable de comunicaciones de casos de tiña tonsurante tricofítica en adolescentes y adultos. Desde Sabouraud impera el criterio de la curación espontánea de las tiñas tonsurantes al llegar la pubertad. Tal concepto es la causa de la falta de consideración de la afección entre los diagnósticos que se plantean ante lesiones escamosas de cuero cabelludo de pacientes en edades postpuberales. Se crea, así, un círculo vicioso en torno al problema, pues al no ser diagnosticadas muchas tiñas tonsurantes en los adultos, se mantienen bajos los porcentajes de su incidencia en esas edades, lo que motiva prejuicios erróneos frente a nuevos casos.

Con la presente comunicación, la segunda en nuestro país, nos proponemos dos objetivos: 1) Destacar que la tiña tricofítica en adultos, si bien infrecuente, no es excepcional; 2) Sostener, de acuerdo a lo anteriormente expresado, que es importante recordarla en presencia de lesiones escamosas ubicadas en el cuero cabelludo de adolescentes y adultos, con el fin de descubrirla y eliminar focos de contagio.

A. Consideraciones respecto a la tiña tricofítica del adulto

ETIOLOGIA

Tricophyton tonsurans y Tricophyton violaceum, son los hongos que originan esta variedad de tiñas. Además de cuero cabelludo, pueden parasitar la piel lampiña y las uñas. Son especies cosmopolitas, pero su importancia como agentes patógenos de las tiñas, fluctúa en diferentes áreas geográficas, como lo demuestra el siguiente cuadro, reproducido de Ajello, Georg, Kaplan y Kaufman

Además son antropófilas, cualidad que tiene importancia desde el punto de vista epidemiológico : el hombre es el reservorio de la infección y por tanto es de gran significación conocer la existencia en los adultos que pueden permanecer como focos ignorados. Hay quienes sospechan, Howell entre otros, propiedades zoófilas y por consiguiente que los animales constituyan también la fuente de la infección.

* Cátedra de Dermatosifilografía. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza -Argentina.

AGENTE ETIOLOGICO DOMINANTE DE LAS TIÑAS EN ALGUNAS
REGIONES DEL MUNDO

<p>Norteamérica</p> <p> Canadá: <i>M. audouinii</i></p> <p> Estados Unidos: <i>M.</i> <i>audouinii</i></p> <p> Méjico: <i>T. tonsurans</i></p> <hr/> <p>Area del Caribe</p> <p> Cuba: <i>M. canis</i></p> <p> Puerto Rico: <i>M. carvis</i></p> <hr/> <p>América del Sur</p> <p> Argentina <i>M. canis</i></p> <p> Brasil: <i>T. violaceum</i></p> <p> Chile <i>M. canis</i></p> <p> Perú: <i>T. tonsurans</i></p> <p> Uruguay <i>M. canis</i></p> <hr/> <p>Europa</p> <p> Dinamarca: <i>M. carvis</i></p> <p> Finlandia: <i>M. canis</i></p> <p> Francia <i>M. canis</i></p> <p> GranBretaña <i>M. canis</i></p> <p> Groenlandia <i>T. schoenleinii</i></p> <p> Italia <i>T. violaceum</i></p> <p> Portugal <i>T. violaceum</i></p> <p> Rusia <i>T. violaceum</i></p>	<p>Africa</p> <p> Argelia <i>T. violaceum</i></p> <p> Angola <i>M. ferrugineum</i></p> <p> Congo Belga <i>M. ferrugineum</i></p> <p> Camerún <i>T. yaoundei</i></p> <p> Cabo Verde Irlandés: <i>M. Canis</i></p> <p> Egipto <i>T. violaceum</i></p> <p> Marruecos: <i>T. schoenleinii</i></p> <p> Nigeria <i>M. audouinii</i> Marruecos Español: <i>T. schoenleinii</i></p> <p> Trípoli <i>T. violaceum</i></p> <p> Túnez <i>T. violaceum</i></p> <hr/> <p>Asia</p> <p> China <i>T. violaceum</i></p> <p> India <i>T. violaceum</i></p> <p> Irán: <i>T. schoenleinii</i></p> <p> Israel: <i>T. violaceum</i></p> <p> Japón: <i>M. ferrugineum</i></p> <hr/> <p>Oceanía:</p> <p> Australia <i>M. canis</i></p> <p> Nueva Zelanda: <i>M. canis</i></p>
--	---

PATOGENIA:

El contagio es interhumano, ya sea directamente o a través de ciertos fomites, como peines y otros elementos utilizados en peluquerías principalmente. En las edades postpuberales, aparece ya como continuación de la afección adquirida en la niñez o bien como consecuencia de una contaminación reciente. Entre nosotros no existen circunstancias de valor epidemiológico.

Ciertas condiciones se reúnen para facilitar la proliferación y acción patógena del hongo, en edades que, clásicamente, se consideraban exentas de la afección. Tales condiciones están dadas por factores individuales, micológicos y ecológicos.

a) *Factores individuales.* Se traducen en variaciones de la constitución del manto lipídico que recubre y protege la superficie cutánea. Esta delgada capa está constituida por sustancias lipoides finamente emulsionadas en agua. Contribuyen en su formación, principalmente la secreción de las glándulas sebáceas y en menor proporción el proceso de queratinización y la secreción de las glándulas sudoríparas apocrinas. La secreción sebácea contiene ácidos grasos insaturados de número impar y elevado de átomos de carbono, de conocida acción fungistática (ácidos undecilénico, caproico, caprílico, propiónico). Su cantidad aumenta durante la pubertad, encontrándose en el adulto en una proporción cinco veces mayor con respecto al niño. Este incremento es debido a los mayores niveles circulantes de hormonas sexuales, especialmente de las de acción androgénica. A los estrógenos se les ha atribuido cierta acción fungistática, como consecuencia de experiencias realizadas "*in vitro*", pero hay que aclarar que las dosis utilizadas en tales condiciones son muy superiores a los valores hallados normalmente en la sangre.

El aumento puberal de los ácidos grasos fungistáticos explica la curación espontánea de la mayoría de las tiñas en esa época de la vida y la existencia de diferencias entre la flora micológica cutánea del adulto y del niño.

Además, hay que considerar los factores humorales que condicionarían cierta resistencia natural a la infección, o sea, cierta inmunidad natural. También existiría algún grado de inmunidad adquirida, pues con el empleo experimental de tricofitina, se ha observado aumento local de la resistencia al parásito y, provocando infecciones repetidas, se ha comprobado disminución de la intensidad y duración de la afección a medida que aumentaba el número de reinfecciones.

La particular susceptibilidad a la infección micótica después de la pubertad, resultaría la consecuencia de disregulaciones de las respectivas secreciones, con alteraciones cuali y/o cuantitativas de sus componentes, de predominio de la desintegración celular, además de las alteraciones generales que condicionarían fallas en la resistencia.

Estas condiciones aparecerían más frecuentemente en adolescentes y adultos jóvenes del sexo femenino, que son los más afectados.

b) *Factores micológicos.* Los hongos del género *Microsporum*, que originan entre nosotros la gran mayoría de las tiñas, son aproximadamente diez veces más susceptibles a los ácidos grasos fungistáticos que

las especies del género *Trichophyton*. Extremadamente raros son los casos de tiña microspórica en adultos. Además, hay observaciones que demuestran aumento de resistencia a dichos ácidos por parte de los tricofitos de los adultos. Estos hechos explican el poder potencialmente patógeno de estas especies para el adulto.

e) *Factores ecológicos*. El predominio de la tiña tricofítica en ciertas áreas geográficas, nos induce a pensar en la probable existencia de factores ecológicos que actuarían sobre el huésped y el parásito. En el primero, condicionando una cierta susceptibilidad, juntamente con los factores individuales y en el segundo, aumentando su capacidad de proliferación y poder patógeno.

Aunadas todas estas circunstancias favorables: variaciones en la constitución del manto lipídico, aumento de la resistencia de los tricofitos y condiciones ambientales convenientes, permiten la proliferación del hongo en las edades postpuberales y la producción de lesiones en cuero cabelludo, uñas y piel lampiña. En cuero cabelludo invade primeramente la superficie epidérmica y el ostio folicular, extendiéndose luego hacia la raíz pilosa en forma endotrix. La reacción hística es de grado variado, con tendencia a la cronicidad, pudiéndose observar desde la leve infiltración inflamatoria perifolicular hasta la formación de granulomas, similares a los de cuerpo extraño.

CUADRO CLINICO:

Los pacientes consultan, ya directamente por las lesiones en cuero cabelludo (raleamiento del cabello, descamación, prurito), o ya por lesiones en sus uñas que llevan posteriormente a descubrir las placas tonsurantes. En ocasiones, éstas son halladas durante el examen del grupo familiar correspondiente a un niño tiñoso.

No entraremos a describir en detalle los caracteres semiológicos que puede revestir la afección. Es dable observar desde la simple placa tonsurante escamosa hasta la que presenta signos evidentes de reacción inflamatoria. Creemos más conveniente, insistir en la necesidad de tener presente la tiña tricofítica ante pacientes adultos que consultan por este tipo de lesiones y que, por las causas antes comentadas pueden fácilmente diagnosticarse como dermatitis seborreica, foliculitis, querion y hasta lupus eritematoso crónico en los casos que al fin de su evolución presentan atrofia.

DIAGNOSTICO

El aspecto de las placas puede, a veces, llevar al diagnóstico clínico, más todavía si se asocian con lesiones ungueales. La exclusión de los procesos antes mencionados: dermatitis seborreica, foliculitis, querion y lupus eritematoso crónico, puede orientar en el mismo sentido.

Estas placas no muestran fluorescencia a la luz de Wood y la reacción con tricofitina resulta débil.

El diagnóstico de certeza lo proporcionan los estudios micológicos. Es también valioso el examen histopatológico.

EVOLUCION

Es una afección de curso crónico, que raramente cura de manera espontánea. En la mayoría de los casos desaparece con el tratamiento, produciéndose el rebrote del cabello. Pero se presentan casos en los que o sólo hay un restablecimiento parcial o queda una atrofia con alopecia definitiva.

TRATAMIENTO

Se emplea la griseofulvina durante un período de tiempo variable entre uno a tres meses.

B. CASO CLINICO:

Teresa R., 16 años, boliviana. Internada en el Hogar N° 1 de Niños del Patronato de Menores.

Antecedentes hereditarios: Padres muertos, ignora la causa.

Antecedentes personales: Nacida en Yacuiba, Bolivia, donde residió hasta los 12 años. A partir de esa edad vive en Mendoza. Menarquia a los 12 años. Padeció durante la infancia escarlatina, sarampión y varicela.

Antecedentes de la enfermedad actual: No precisa fecha ni forma de comienzo de sus lesiones. Cuando advirtió su existencia, tenían los caracteres actuales. Desconoce la fuente de contagio: 11 niñas más, de 15 a 22 años, conviven con la paciente en el Hogar N° 1 de Niñas; ninguna de ellas padece o padece de la misma dermatosis.

Estado actual: Las lesiones se localizan en el cuero cabelludo y en las uñas de los dedos de mano derecha, con excepción del meñique (las de la mano izquierda, respetadas). En el cuero cabelludo (Fig. 1)

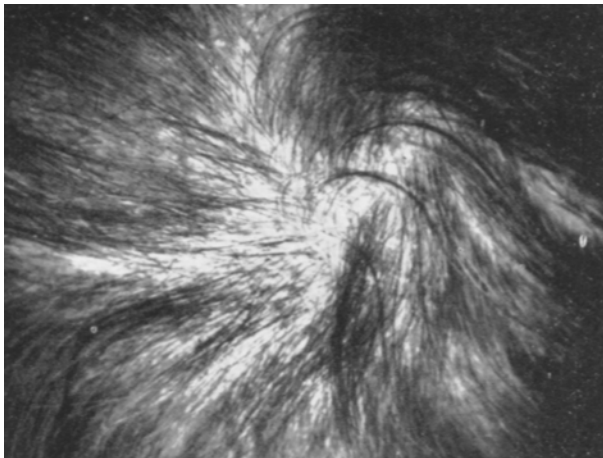


Figura 1.- Placa tonsurante tricofítica en cuero cabelludo. Pelos sanos alternan con pelos secos, quebrados y "puntos negros".



Figura 2.-Onixis tricofítica. Mano derecha; uña del quinto dedo no afectada; las restantes muestran aspecto de "médula de junco".

asientan alrededor del vertex, extendiéndose hacia las zonas occipital y temporal. Presentan aspecto pseudoalopécico difuso, más acentuado en el obelion y respetan a las márgenes del cuero cabelludo. Esta extensa placa presenta una superficie con descamación fina, pitiriásica, de color blanquecino, que al raspado se desprende con relativa facilidad. Alternan en la misma pelos secos de menor altura, con otros que no sufren alteración de su estructura y con un semillero de puntos negros, constituidos por pelos empotrados en los embudos foliculares y que son puestos de manifiesto al levantarlos mediante una aguja. La palpación revela una superficie áspera, determinada por la hiperqueratosis folicular. No se observan elementos de ostiofoliculitis ni godet fávicos. Las uñas afectadas adquieren el aspecto de médula de junco, de color pardo-amarillento (Fig. 2). La lámina presenta una superficie irregular con agrietamientos debido a la existencia de surcos orientados longitudinalmente. No hay hiperqueratosis subungueal. El repliegue subungueal y los bordes laterales se encuentran respetados. Ausencia de manifestaciones subjetivas.

Diagnóstico clínico presuntivo: Tiña y onixis tricofíticas.

Exámenes micológicos: 26-X-63: Examen directo de pelos y uñas, tratados con solución OHK. Los pelos se observan llenos de masas de esporas grandes, en cadena (Fig. 3).

Caracteres del cultivo (Fig 4) : Colonia gigante en el medio de Sabouraud con miel al cabo de tres semanas de incubación a 28°. Mide 4 cms. de diámetro, es circular, de bordes regulares y planos. Es ligeramente saliente en el centro y la superficie es plegada, respondiendo al tipo cerebriforme, pulverulenta y blanco amarillenta. Reverso parduzco. No presenta signos de pleomorfismo.

Caracteres micromorfológicos (Fig. 5) : Micelio vegetativo hialino, ramificado y tabicado con escasos clamidosporos. El micelio de fructificación consiste en la formación de aleurias piriformes, hialinas, unicel-

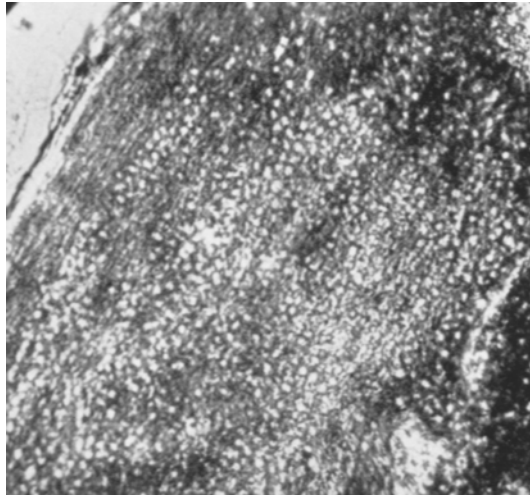


Figura 3. Examen, microscópico directo del pelo, previo tratamiento con OHK al 40 por ciento. Esporos grandes, en cadena, dentro de la raíz del pelo (tipo endotrix).

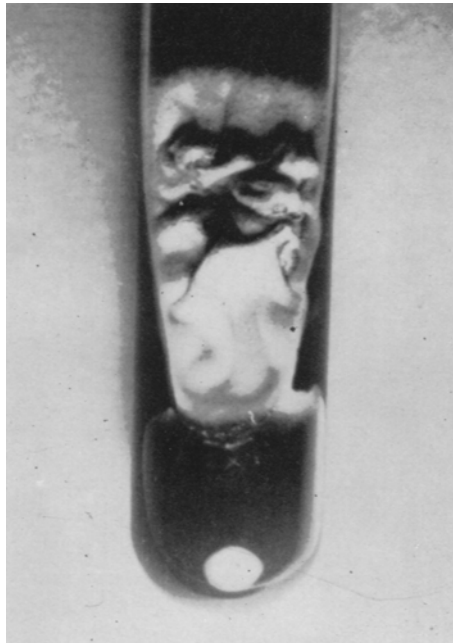


Figura 4.- Caracteres macroscópicos del cultivo. Colonia circular, de 4 cm. de diámetro; bordes regulares y planos, tipo cerebriforme, pulverulenta, sin signos de pleomorfismo.



Figura 5.- Caracteres microscópicos del cultivo. Micelio vegetativo hialino, ramificado y tabicado, con escasas clamidosporas. Micelio de fructificación: aleurias piriformes, hialinas, unicelulares en filamentos esporíferos simples o en racimos poco densos.

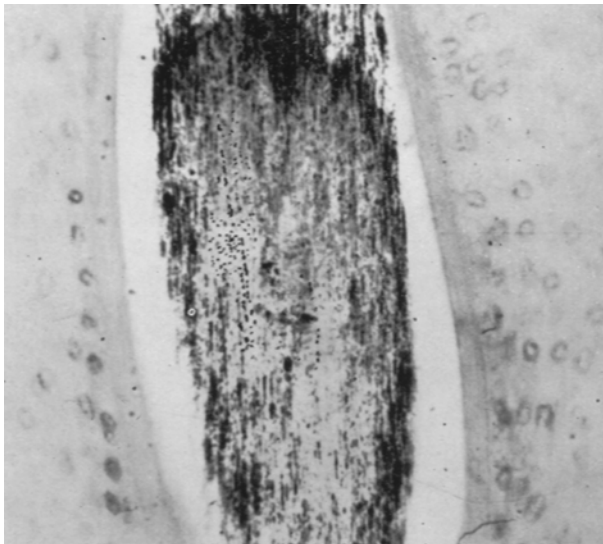


Figura 6. Histopatología de lesión de cuero cabelludo. Se observa la raíz pilosa con esporos endotrix.

lares, de 3 a 5 x 2 micrones, en filamentos esporíferos simples o formando racimos poco densos. No presenta macroconidias ni espirales en el medio de Sabouraud. Clasificación: *Trichophyton tonsurans* Malmsten, 1845. (Profesor Dr. Pablo Negroni).

Biopsia de cuero cabelludo: (2-XI-63) (Fig. 6). Las lesiones asientan en las zonas correspondientes a los folículos pilosos. En las raíces pilosas se observan endosporos y, rodeando a los folículos, infiltrados inflamatorios de mediana intensidad, constituidos por linfocitos, plasmacélulas y polimorfonucleares neutrófilos.

Diagnóstico histopatológico: Tiña de tipo endotrix (Inclusión N° 575-83).

RESUMEN

La observación de un caso de tiña y onixis tricofíticas en una adolescente, motivó el presente trabajo en el que pretendemos destacar dos hechos importantes

- 1) que la tiña tricofítica en edades postpuberales no es excepcional, y
- 2) que, por consiguiente, hay que pensar en ella ante lesiones escamosas de cuero cabelludo en adultos, a fin de descubrir y eliminar focos de contagio.

Agradecemos la valiosa colaboración del Profesor Dr. Pablo Negroni en la orientación, diagnóstico y posteriores estudios micológicos.

SUMMARY

The case of a 16 year old Bolivian girl with tinea capitis endothrix and tinea unguium is reported. *Trichophyton tonsurans* was isolated in culture from both sites. Clinical characteristics, pathogenesis and epidemiological importance of tinea in adults are discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajello, L.; Georg, L. K.; Kaplan, W. and Kaufman, L.: Laboratory Manual for Medical Mycology. 2nd. Edition. U. S. Department of Health Education and Welfare Public Health Service. Atlanta. Georgia - 1962.
2. Barlow, A. J. E.; Chattaway, F. W.; Brunt, R. J. and Townsley, J. D.: Study of susceptibility to infection by *Trychophyton rubrum*. J. Invest. Dermat. 37: 461-468. Dec. 1961.
3. Bonk, A. F.; Friedman, L. and Derbes, J. J.: Experimental dermatophytosis. J. Invest. Dermat. 39: 281-286. Oct. 1962.

4. Cruicksank, C. N. D.; Trotter, M. D. and Wood, S. R.: Studies on Trychophyten Sensivity. *J. Invest. Dermat.* 35: 219-223. Oct. 1960.
5. Da Fonseca, A.; Osswald, W. e De Macedo, C.: Importancia e epidemiología da tinha tonsurante apos a puberdade. *Trab. da Soc. Portug. de Dermat. e Ven.* 18: 85-93. 1960.
6. Esteves, J. e Neves, H.: A griseofulvina no tratamento das dermatomicoses. *J. do Médico.* XX, Nº 88: 253. 1960.
7. Herrero, F.: Agentes de las dermatomicosis en Tucumán. *Arch. Arg. Derm.* IX Nº 1: 39. 1959.
8. Keeney, E. and Milton, H.: Immunization against superficial Fungous Infection. *J. Invest. Dermat.* 32: 7-13. Jan. 1959.
9. Martins de Castro, A.; Martins de Castro, R.; De Almeida, E.; Neto, E. e Proenca, N.: *Rev. Hosp. Clin. Sao Paulo*; 15: 331. 1960.
10. Medd Henington, V.; Friedman, L.; Perret, W. J. and Kennedy, B.: Human Infection Due to New Microsporum Species. *Arch. Dermat.* 86: 298-304. Sept. 1962.
11. Mirande, L. M. y Barbero, A.: Tratamiento de una epidemia de tiña microspórica con hormonas sexuales y ácidos grasos. *Arch. Arg. Derm.* VIII, Nº 3: 171-189. Sept. 1958.
12. Mosto, S. J.; Negroni, P. y Abulafia, J.: Tiña de cuero cabelludo en el adulto por "Tricophyton Tonsurans" (Primera observación en la Argentina). *Arch. Arg. Derm.* XII, Nº 2: 131-142, Jun. 1962.
13. Negroni, P. y Briz de Negroni, C.: Acción fungostática selectiva del ácido undecilénico y del propionato de sodio sobre los dermatofitos. *Rev. Arg. Dermatosisif.* 41, Nº 4: 209-212. Oct.-Dic. 1957.
14. Padilha Goncalves, A. e Lamy, N.: Tinha Tonsurante microspórica de couro cabeludo em adulto. *Anais Bras. Dermatosisif.* 34: 2-23. 1959.
15. Quiroga, M. I.; Magnin, P. H. y Vivot, N.: Tratamiento de las tiñas con ácidos grasos y estrógenos. *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 39, Nº 1: 23-25. En.-Mar. 1955.
16. Rothman, S.: *Histophysiology and Histochemistry of the skin.* Univ. Chicago Press. 1958.
17. Vilanova, X.; Casanovas, M. y Pujol, U.: Resultados obtenidos en el tratamiento de las tiñas tonsurantes con la sal sódica del ácido paraaminobenzoico y las esencias vegetales. *Actas Dermatosisif.* XLIX, Nº 6: 361-1958.
18. Wauzer, R. A. and Einbinder, U.: Immuno Pluorescent studies in Dermatophyte Infection. *J. Invest. Dermat.* 39: 165-168. Sept. 1962.

* * *

Prof. Dr. GERONIMO LOPEZ GONZALEZ - San Martín 1430, 29 piso, Dpto. 8.
 Dr. SEBASTIAN PONS - Avda. Bandera de los Andes 229, S. José, G11én.
 Sr. ANIBAL ORTIZ MEDINA - Sobremonte 557, Cdad., Mza.