

TIÑA DE LA CABEZA RECURRENTE EN UN ADULTO

Dr. Ramón Felipe Fernández,
Dr. Sahide Liébanos, ** Dr. Roberto Arenas***

Dr. Ramón Felipe Fernández, Sahide Liébanos, Roberto Arenas.
Tiña de la Cabeza Recurrente en un Adulto. Derm Venez 2002;40: 70-73.

RESUMEN

La tiña de la cabeza es una micosis superficial excepcional en adultos. Nosotros presentamos una mujer de 75 años de edad que consultó en junio de 1999 por una dermatosis en piel cabelluda consistente en múltiples placas eritemato-escamosas, con alopecia difusa, irregulares, confluentes y con costras hemáticas, acompañada de una tiña del cuerpo diseminada a cara y miembro superior derecho, ambas ocasionadas por *Trichophyton tonsurans* y curadas con itraconazol 200 mg/día/1 mes. En febrero del 2001 se atendió nuevamente por presentar alopecia difusa y algunas pústulas en la piel cabelluda, refiriendo 5 meses antes un traumatismo craneoencefálico con edema cerebral y coágulo intracraneal evacuado quirúrgicamente y tratada con prednisona por 3 meses. También tenía lesiones sugestivas de tiña en la cara, y nuevamente se aisló *T. tonsurans* de ambas dermatosis, siendo tratada con itraconazol, 200 mg/día más isoconazol tópico y ketoconazol en champú durante tres meses, tiempo requerido para obtener los cultivos negativos. Se hace una revisión de la literatura nacional y mundial

Palabras clave: Recaída, tiña de la cabeza del adulto, *T. Tonsurans*.

Relapsing Tinea capitis in an adult. Derm Venez 2002;40: 70 73.

ABSTRACT

Tinea capitis in adults is rare. We report a 75 years old woman who presented on July 1999, multiple erythematous and scaling plaques of the scalp and diffuse alopecia, plus ringworm of the face and right arm, both caused by *Trichophyton tonsurans*. A cure was achieved with itraconazole 200 mg/daily for one month. On February, 2001 a relapse was observed. She presented some pustules and diffuse alopecia of the scalp, five months after a cranial trauma with brain edema and an intracranial clot that was surgically removed. She also received prednisone during 3 months. She showed tinea faciei and *T. tonsurans* was isolated. She received itraconazole 200 mg/d plus with isoconazole and ketoconazole shampoo during three months, until cultures were negative. A review of literature was made.

Key words: Relapse, tinea capitis in adults, *T. tonsurans*

INTRODUCCION

La tiña de la cabeza es un problema que afecta a la población mundial. Es más frecuente en niños en edad preescolar y escolar, los agentes causales varían según la región geográfica y las formas clínicas pueden ser seca o inflamatoria.¹ En general en los adultos es excepcional, aunque di-

* Diplomado en Micología Médica

** Residente de Dermatología de 2º Año

*** Jefe de la Sección de Micología
Sección de Micología, Departamento de Dermatología Hospital General Dr. Manuel Gea González. SS. México DF. Calzada de Tlalpan 4800, México 14000 DF
[E-mail: ramfer2@hotmail.com](mailto:ramfer2@hotmail.com)

ferentes autores consideran que cada vez es mayor el número de casos detectados en esta etapa de la vida. Informamos un caso recurrente en una mujer adulta.

CASO CLINICO

ISM, paciente femenino, de 75 años de edad. Consultó el 4 de junio de 1999 en el Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Presenta dos dermatosis:

1. Dermatitis localizada en la piel cabelluda, que involucra el área parietal, constituida por múltiples placas eritemato-escamosas, con alopecia difusa, de forma irregular y con tendencia a confluir, con límites mal definidos; hay algunas costras hemáticas.
2. Dermatitis diseminada al miembro superior derecho y a cara, caracterizada por: cara interna del brazo con una placa de 8 cm de diámetro, circinada y eritematosa; en vértice nasal, mentón y cara externa de antebrazo derecho otras 6 placas en total de 0.5 a 1.4 cm, ovaladas, eritematosas, ligeramente elevadas y de superficie rugosa, algunas áperas al tacto y de límites bien definidos.

Interrogatorio: las lesiones de la cabeza tenían 10 años de evolución, con prurito discreto y las lesiones del miembro superior derecho tenían 15 días de evolución y eran asintomáticas.



Fig. 1. Placas de tiña de la cabeza

Estudio médico general: sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual: hermana con diabetes mellitus tipo 2; hipertensión de evolución desconocida tratada irregularmente con captopril y glaucoma bien controlado.

Estudio micológico: mostró filamentos en el examen directo y en el cultivo *Trichophyton tonsurans*, tanto de las lesiones de la cara como de las de la piel cabelluda. Los pelos presentaron parasitación endótrix.

Diagnósticos: Tiñas de la cabeza y del cuerpo.

Tratamiento: Itraconazol, 200 mg al día por un mes.

Evolución: dos meses después acudió nuevamente a consulta, con remisión de todas las lesiones, resultado que se mantuvo durante sus controles a los 6 y 12 meses. Un año y medio después de la primera consulta (21 de febrero de 2001), fue atendida por presentar una dermatosis localizada a la cara, constituida por varias placas eritematosas de 2 cm de diámetro, redondas, con escama fina en el centro, y rodeadas de pápulas pequeñas en la periferia, en la piel cabelluda alopecia difusa de 4 días de evolución y algunas pastulas. Refirió haber sufrido 5 meses antes un traumatismo craneoencefálico, que fue atendido en otro hospital con edema cerebral y la formación de un coágulo intracraneal que requirió de evacuación quirúrgica. Fue tratada con prednisona a dosis altas no precisadas durante 3 meses.

El estudio micológico de cara y piel cabelluda mostró filamentos en el examen directo y en el cultivo *Trichophyton*



Fig. 2. Aspecto alopécico de tinea capitis.

tonsurans. Se administró tratamiento con itraconazol, 100 mg/día e isoconazol en crema dos veces al día en la cara y ketoconazol shampoo diariamente, todos por un mes. Dos meses después se encontraba mejorada, pero el cultivo de control tomado con hisopo mostró nuevamente *T. tonsurans*, por lo que se continuó con el mismo tratamiento. Dos meses mas tarde los controles eran negativos por lo que se suspendió la terapia antimicótica y se indicó shampoo con salicilato de zinc al 2% y Sabal serrulata al 0.3% una vez al día. (Extracto de una palmera).

Estudio epidemiológico: la familia está constituida por 26 miembros. Sólo fue posible revisar cuatro infantes y un adulto, a los que se practicó estudio micológico. Este último presentó lesiones sugestivas de tinea corporis con examen microscópico directo positivo.

DISCUSION

La tiña de la cabeza en adultos es poco frecuente, sin embargo, existen numerosos reportes a nivel mundial, y muchos consideran que su incidencia se ha incrementado. En 1968, Khan reportó 73 casos de tiña de la cabeza y fávica en adolescentes y adultos.² Arenas³ refiere en México y en adultos una frecuencia del 2% y Bonifaz encontró que de 480 casos de tiña de la cabeza, el 2.5% eran adultos, aunque en 6 de ellos se inició antes de la pubertad; once fueron mujeres y sólo un varón.¹ En 1991 Lee refirió en el Sur de Taiwán una notable predominancia en adultos, pues encontró un 63 % en 27 casos de tiña de la cabeza y la mayoría fue causada por *T. violaceum*.⁴ Chang informó un caso en Guatemala en una paciente de 80 años con diabetes mellitus y causada por *T. rubrum*.⁵

El cuadro clínico suele ser atípico, generalmente asintomático, con aspecto de tiña seca: pocos pelos cortos entremezclados con sanos y sin escama. También se han referido placas con eritema y escama, con aspecto de eccema seborreico o como alopecia difusa con edema y costras melicéricas;^{5,6,7} con pelos con aspecto en granos de pólvora dando impresión de alopecia cicatrizal e hipopigmentación residual,⁸⁻¹⁴ y algunos casos se han considerado granulomas de Majocchi¹⁵.

Entre los agentes causales en adultos en México ha sido reportado con más frecuencia *M. canis*,¹ aunque González Ochoa reportó 11 casos femeninos de tiña de la cabeza

atendidas entre 1955 y 1969 en el Servicio de Dermatología de la Sección Clínica del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales causados por *T. tonsurans*. Existen otros dos casos reportados, uno por *T. tonsurans*⁹ y otro por *T. mentagrophytes*.² Se han aislado: *T. violaceum*, que es mucho más frecuente en Europa y Asia, pero hay un reporte de Latinoamérica con un elevado número de pacientes con este dermatofito.¹⁰ También se han informado casos por *M. Gypseum*,¹⁶ *T. Verrucosum*,⁶ y un caso con *T. simii* en Arabia Saudita."

Esta forma clínica en adultos generalmente se presenta en mujeres, con frecuencia presentan la dermatofitosis desde niñas, pero que se diagnostican en la pubertad,¹ o en mujeres postmenopáusicas.¹⁸ Se ha considerado que la desaparición de las tiñas de la cabeza en la adolescencia se debe a cambios en el pH, a que la cantidad de ácidos grasos saturados fungistáticos aumenta en la pubertad, y al calibre más grueso del pelo adulto que impide su parasitación.^{1,8} También se ha señalado que la colonización por *Malassezia* puede interferir con la infección por dermatofitos; esto puede ser la explicación de la baja frecuencia ante la infección por VIH.¹⁹ En general, en adultos se ha encontrado como factor predisponente la inmunodepresión: diabetes mellitus, leucemia, linfoma, tratamientos con glucocorticoides, lupus eritematoso sistémico,^{20,27} trasplante renal²² y desnutrición.⁹ Se considera que en las ancianas se da por disminución del sebo de la piel cabelluda. También se ha atribuido a trastornos hormonales,⁶ y hay también casos reportados en hombres sanos.²

Se sabe que cuando la infección es causada por *M. canis*, las fuentes de contagio pueden ser los gatos o los perros, pero en el caso de *T. tonsurans* se ha encontrado un estado de portador en niños en etapa escolar, y en adultos que han sido contactos de pacientes con tiña de la cabeza;^{8,23} también se ha aislado de almohadas, alfombras, muebles, peines, cepillos y muñecos.²⁴ En nuestro caso encontramos un caso de tiña del cuerpo relacionado con la paciente, pero no pudimos comprobar si era la fuente de contagio o un caso consecuente. También se ha propuesto que el hongo puede provenir de dermatofitosis localizadas en otras áreas corporales del mismo paciente como la uñas.⁶ En nuestro caso las lesiones de cara pudieron ser las primarias, pero también secundarias a la afección de la cabeza.

Son necesarios tratamientos más prolongados y un seguimiento cuidadoso en pacientes inmunodeprimidos para alcanzar una recuperación completa de cualquier dermatofitosis,²² y se recomienda dar tratamiento a toda la familia con champús antifúngicos en forma profiláctica, ya que pueden ser portadores asintomáticos.⁸ La presentación clínica atípica y la poca frecuencia de este padecimiento requieren de un alto grado de sospecha ante lesiones alopécicas.^{7,14} Es importante prevenir cicatrices que dejen alopecia permanente, investigaciones invasivas innecesarias y evitar la diseminación de la infección a otros miembros de la familia⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonifaz A. Micología Médica Básica México. Méndez Editores. 2000:48-49.
2. Khan KA, Anwar AA. Study of 73 cases of tinea capitis and tinea favosa in adults and adolescent. J Invest Dermatol 1968;51:474-7.
3. Arenas R. Micología Médica Ilustrada Clínica, laboratorio y terapéutica. México. Interamericana-McGraw Hill. 1993:58.
4. Lee JY, Hsu ML. Tinea capitis in adults in southern Taiwan. Int J Dermatol 1991;30:572-5.
5. Chang P, Logemann H. Tiña de la cabeza en una mujer adulta diabética. Dermatología Rev Mex 1996;40:206-8.
6. Aste N, Pau M, Biggio P. Tinea capitis in adults. Mycoses 1996;39:299-301.
7. Cremer G, Bourmerias I, Bandemeleubroucke E, Honin R, Revuz J. Tinea capitis in adults: misdiagnosis or reappareance? Dermatology 1997;194:8-11.
8. Buckley DA, Fuller LC, Higgins EM, du Vivier AW. Lesson of the week. Tinea capitis in adults. Br Med J 2000; 20:1389-90.
9. Navarrete O, Vázquez H, Arenas R. Tiña de la cabeza en el anciano. Dermatología Rev Mex 1999;43:123-6.
10. Garcia Pérez A, Moreno Gimenez JC. Tinea capitis en adultos y adolescentes. Data sobre 8 casos. Med Cutan Ibero Lat Am 1981;9(5):329-36.
11. Moberg S. Tinea capitis the elderly. A report on two cases caused by Trichophyton tonsurans. Dermatológica 1984;169:36-40.
12. McNamara RJ. Trichophyton tonsurans granuloma in the scalp of an adult. Cutis 1971;20:55-7.
13. Ginarte M, Pereiro M Jr, Fernandez-Redondo V, Toribio J. Case reports. Pityriasis amiantacea as manifestation of tinea capitis due to Microsporum canis. Mycoses 2000;43:93-6.
14. Conerly SL, Greer DL. Tinea capitis in adults over fifty years of age. Cutis 1988;41:251-2.
15. González Ochoa A. Granulomas tricofticos. XXV Aniversario recepcional del Dr. Mario Magaña Lozano. Academia Mexicana de Dermatología 1973. Citado en: Magaña Lozano M, Bonifaz A. Granulomas Dermatófticos. Dermatología Rev Mex 1988;XXXI:2733.
16. Offidani A, Simoncini C, Arzeni D, Cellini A, Amerio P, Scalise G. Tinea capitis due to Microsporum gypseum in an adult. Mycoses 1998;41:239-41.
17. Vanugopal PV, Venugopal TV. Tinea capitis in Saudi Arabia. Int J Dermatol 1993;32:39-40.
18. Romano C. Tinea capitis in Siena, Italy. An 18-year survey. Mycoses 1999;42:559-62.
19. Lateur N, Andre J, De Maubeuge J, Poncin M, Song M. Tinea capitis in two black african adults with HIV infection. Br J Dermatol 1991;140:722-4.
20. Riordan AT, Cohen C. Tinea capitis caused by Trichophyton rubrum in a 67-year-old woman with systemic lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol 1994;31:138.
21. Stiller MJ, Rosenthal SA, Weinstein AS. Tinea capitis caused by Trichophyton rubrum in a 67-year-old woman with systemic lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol 1993;29:257-8.
22. Virgily A, Zampino MR. Relapsing tinea capitis by Microsporum canis in an adult female renal transplant recipient. Nephron 1998;80: 61-2.
23. Barlow D, Saxe N. Tinea capitis in adults. Int J Dermatol 1988;27: 388-90.
24. Babel DE, Banghman ShA. Evaluation of the adult carrier state in juvenile tinea capitis caused by Trichophyton tonsurans. J Am Acad Dermatol 1989;21:1209-1212.