

# Tiña de la cabeza en un adulto. A propósito de un caso

Diana Morán Maese, Víctor M. Tarango-Martínez,  
Luis A. González Treviño y Jorge Mayorga

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", Centro Estatal de Referencia en Micología Médica (CEREMI), Guadalajara, Jalisco, México

## Resumen

Se presenta un caso de tiña de cuero cabelludo y de la cara en un paciente adulto de sexo femenino con diabetes mellitus tipo 2. Inicia su enfermedad a partir de una tiña de la cara que se disemina a cuero cabelludo, aplicándose múltiples tratamientos farmacológicos que agravaron su dermatosis. Se establece el diagnóstico de tiña de la cabeza con estudio micológico, aislándose *Trichophyton tonsurans* como agente causal en ambas topografías. Se trata con itraconazol durante dos meses a dosis de 200 mg diarios, obteniéndose cura clínica y micológica.

## Palabras clave

*Tinea capitis*, Adultos, *Trichophyton tonsurans*

## Tinea capitis in an adult. Case report

## Summary

A tinea capitis and tinea faciei case in an elderly female patient with diabetes mellitus type 2 is presented. Her dermatological illness began on her face and later disseminated to her scalp. She received multiple medications which aggravated her condition. The diagnosis was established by means of direct examination and the isolation of *Trichophyton tonsurans* in culture. Treatment with 200 mg daily dose of itraconazole for two months resulted in clinical and mycological cure.

## Key words

*Tinea capitis*, Elderly, *Trichophyton tonsurans*

La tiña de la cabeza es una infección de origen micótico de cuero cabelludo, cabello, cejas y pestañas. En el Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" la tiña de la cabeza representa un 9,5% de las micosis superficiales. Es un padecimiento frecuente en niños y poco común en adultos [5]. Lateur y colaboradores publican que en África menos del 3% de los pacientes con VIH presentan tiña de la cabeza [8]. D' Antuono y colaboradores han observado un incremento de los casos en adultos principalmente en países occidentales [6]. En México, Bonifaz menciona que la presencia de tiña de la cabeza en este grupo se observa con mayor frecuencia en mujeres, debido a los trastornos hormonales existentes en la menopausia [3].

El diagnóstico en un paciente adulto con tiña de la cabeza suele ser problemático debido a su poca frecuencia y a sus variadas presentaciones clínicas, puede aparentar cuadros como dermatitis seborreica, alopecia areata o difusa e incluso llegar a ocasionar cuadros inflamatorios como querión de Celso o favus [6]. Se han publicado casos por lo general crónicos, difusos, multitratados y asociados frecuentemente a factores predisponentes como diabetes, anemia o inmunosupresión, entre otros [8].

## Caso clínico

Mujer de 67 años de edad, originaria de Tepatlán y residente de Tonalá, Jalisco, México. Viuda dedicada al hogar que acude por una dermatosis localizada en hemicara derecha y cuero cabelludo región parietal. En cara, la lesión está constituida por una placa de bordes difusos e irregulares, eritematosos y descamativos (Figura 1). En cuero cabelludo se observa un área pseudoalopécica difusa de 4x2 cm de diámetro, con pústulas y costras serohemáticas en su superficie (Figura 2), con dolor leve a la presión, no pruriginosa, con un año y 15 días de evolución. La paciente refirió la aplicación tópica en la cara de un ungüento con sulfatiazol, óxido de zinc, penicilina, lanolina y azufre, durante 15 días sin mejoría. Como antecedentes refiere haber sido diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento. Es enviada a nuestro Instituto con diagnóstico clínico de probable lupus eritematoso discoide. Como hallazgo en la exploración física se observó la presencia de pediculosis en cuero cabelludo.

## Dirección para correspondencia:

Jorge Mayorga  
Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"  
Centro Estatal de Referencia en Micología Médica (CEREMI)  
Av. Federalismo Nte. 3102  
Atemajac 2, Guadalajara,  
Jalisco, México, C.P. 44195  
Tel.: +52 3660 9265; Fax: +52 3660 7040  
Correo electrónico: jormayo64@yahoo.com.mx

Aceptado para publicación el 15 de febrero de 2005

En el estudio micológico, mediante examen directo con KOH al 20% de ambas lesiones, se encontraron abundantes filamentos artrosporados sin observarse parasitación en el pelo. En el cultivo en agar glucosado de Sabouraud y micobiótico se aisló una colonia pulverulenta, de aspecto crateriforme y de color café. En la imagen microscópica se encontraron filamentos tabicados y microconidios sueltos y sésiles de varios tamaños y clamidoconidios correspondiendo la imagen macro- y microscópica del cultivo a *Trichophyton tonsurans* en ambas topografías (Figura 3).

Además se le realizaron exámenes de laboratorio reportándose una concentración de glucosa sérica de 144 mg/dl y el resto dentro de los parámetros normales. Se trató con itraconazol 200 mg/día durante dos meses, presentando cura clínica y micológica al término del tratamiento.

En Estados Unidos de América, Vidimos [16] y Takwale [15] publicaron una incidencia de hasta del 4,9% de esta infección micótica. En la India, Sehgal [13] publica que el 2% de los casos de tiña de la cabeza se presenta en mayores de 31 años de edad. Brillhante y cols., en un estudio de tres años en Fortaleza, Brasil, encontraron 438 casos de tiña de la cabeza, de los cuales 39 se presentaron en pacientes mayores de 21 años (8,9%) y el agente etiológico que se aisló con más frecuencia fue *T. tonsurans* [4]. En México, Bonifaz señala nueve casos de tiña de la cabeza en mujeres adultas en un periodo de 12 años, correspondiendo al 2,6% de las tiñas de la cabeza (9/345 casos) [3].

Stiller mencionó que la etiología de la tiña de la cabeza en adultos en Estados Unidos es similar a la encontrada en niños, entre los se que reportan con mayor frecuencia *T. tonsurans* en primer lugar, siguiéndole *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton verrucosum*, *Microsporum canis* y *Microsporum gypseum* [14]. La frecuencia de estas especies varía dependiendo de la zona geográfica, siendo para México *M. canis* el más aislado en edad pediátrica [7]. Sin embargo, en las escasas publicaciones de tiña de la cabeza en adultos, observamos a *T. tonsurans* como el más aislado [3] a diferencia de España, donde el agente causal prevalente en la tiña de la cabeza en niños y en adultos es *M. canis* [10].

Dentro de los factores predisponentes para la tiña de la cabeza en adultos está la diabetes mellitus tipo 2, además anemia, inmunosupresión, uso de corticosteroides sistémicos y cambios hormonales, como en el embarazo y la menopausia [8]. Se deben buscar otras manifestaciones de tiña en el paciente, como la asociación con tiña de la cara [9]. En el presente caso la paciente presentaba diabetes mellitus tipo 2, menopausia y tiña de la cara.

Otro aspecto interesante es la dificultad en el diagnóstico clínico lo que puede traer como consecuencia un tratamiento inadecuado, considerando diversas manifestaciones clínicas especialmente por *T. tonsurans* como por ejemplo: descamación difusa, alopecia leve, lesiones sugestivas de dermatitis seborreica; cuando se presentan pústulas con adenopatías se puede atribuir erróneamente a infecciones bacterianas [1]. Moreno, en Córdoba, España reúne algunas características vistas en pacientes con tiña de la cabeza en adultos, como son sexo femenino, menopausia, evolución crónica, variabilidad en la presentación clínica, presencia de otras tiñas en diferente localización y predominio del género *Trichophyton* como agente causal [9]. Se conocen portadores asintomáticos de dermatofitos antropófilos en edad adulta [2] –*T. tonsurans*, *T. violaceum*, entre otros– quienes, probablemente al combinarse con factores predisponentes, pueden desencadenar un cuadro de tiña de la cabeza.



Figura 1. Dos placas de bordes irregulares y difusos, eritemato-descamativos.

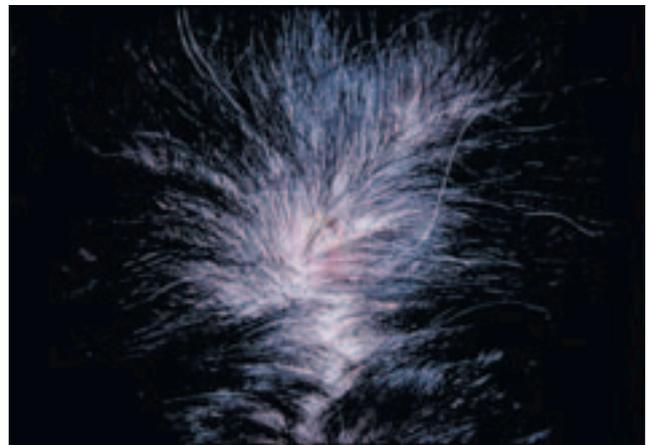


Figura 2. Área alopécica difusa con pústulas y costras serohemáticas.



Figura 3. Cultivo micológico. Colonia pulverulenta de color café, crateriforme, de *Trichophyton tonsurans*.

Las tiñas se clasifican clínicamente de acuerdo a la topografía afectada. En este caso llama la atención que, al examen directo con KOH, se demostró la presencia de filamentos de hongo dermatofito en escamas de cuero cabelludo sin observar parasitación de pelo, probablemente debido a su corta evolución (15 días).

El tratamiento de elección para la tiña de la cabeza en niños y adultos es la griseofulvina [12]. Sin embargo se conocen efectos secundarios, principalmente de origen gástrico, además de interacciones medicamentosas. El itraconazol es un fármaco eficaz para tiña de la cabeza de tipo tricofítico, con resultados similares a los obtenidos con griseofulvina que puede ser mal tolerada o no conseguir la curación en las tiñas producidas por *T. tonsurans*. La terbinafina es una alilamina eficaz, bien tolerada, con menos efectos secundarios y menos interacciones medicamentosas [11].

Consideramos que la ausencia de tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2, las deficiencias hormonales de la menopausia, la aplicación de diferentes medicamentos además de remedios caseros permitieron la extensión de las lesiones de la cara a cuero cabelludo, por lo que será necesario en estos pacientes, realizar una exploración física adecuada en busca de otros focos infecciosos primarios.

## Referencias

- Babel DE, Baughman SA. Evaluation of the adult carrier state in juvenile tinea capitis caused by *Trichophyton tonsurans*. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:1209-12.
- Bergson C, Fernandes N. Tinea capitis: Study of asymptomatic carriers and sick adolescents, adults and elderly who live with children with the disease. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 2001;43:1-12.
- Bonifaz A, Carrasco-Gerard E, González-Ibarra M, Saúl A. Tiña de cuero cabelludo en adultos. *Rev Iberoam Micol* 1995; 12: 75-78.
- Brilhante RS, Cordeiro RA, Monteiro AJ, Meireles TE, Sidrim JJ. Tinea capitis in a dermatology center in the city of Fortaleza, Brazil: the role of *Trichophyton tonsurans*. *Int J Dermatol* 2004; 43: 575-579.
- Buckley DA, Fuller LC, Higgins EM, Du Vivier AWP. Tinea capitis in adults. *Br Med J* 2000; 320: 1389-1390.
- D Antuono A, Bardazzi F, Andalou F. Unusual manifestations of dermatophytoses. *Int J Dermatol* 2001; 40: 164-166.
- García A, Carrillo F, Cheves S, Mayorga J. Micosis más frecuentes en pediatría. Análisis de 2.227 casos. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43(Supl.):S6-S9.
- Lateur N, André J, De Maubeuge J, Poncin M, Song M. Tinea capitis in two black African adults with HIV infection. *Br J Dermatol* 1999; 140: 722-724.
- Moreno J. Nuevos aspectos clínicos de las dermatomicosis. *Rev Iberoam Micol* 1999; 16: S22-S25.
- Palacio A, Cuétara M, Valle A, González A, Almondarain I, Ramos M, Moran A, Pereiro M. Cambios epidemiológicos observados en un decenio en las dermatofitosis del hospital universitario "12 de Octubre" de Madrid: Nuevas especies emergentes. *Rev Iberoam Micol* 1999; 16: 101-106.
- Palacio A, Garau M, Tena D, Sánchez G. Tratamiento antifúngico: últimos avances en dermatología. *Rev Iberoam Micol* 1999; 16: 86-91.
- Rudolph AH. The diagnosis and treatment of Tinea capitis due to *Trichophyton tonsurans*. *Int J Dermatol* 1985; 24: 426-431.
- Sehgal VN, Saxena AK, Sudershan Kumari. Tinea capitis. A clinicoetiologic correlation. *Int J Dermatol* 1985; 24: 116-119.
- Stiller MJ, Stanley A, Rosenthal, Weinstein AS. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 257-258.
- Takwale A, Agarwal S, Holmes SC, Berth-Jones J. Tinea capitis in two elderly women. *Br J Dermatol* 2001; 144: 898-900.
- Vidimos AT, Camisa C, Tomecki KJ. Tinea capitis in three adults. *Int J Dermatol* 1991; 30: 206-208.