

Tiña del cuero cabelludo por *Microsporum canis* en una mujer adulta

Tinea capitis in the elderly: an unusual situation

María López-Escobar García-Prendes, Cristina Raya Aguado, Cayetana Maldonado Seral, Narciso Pérez Oliva

Servicio de Dermatología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.

Correspondencia:

María López-Escobar García-Prendes
Servicio de Dermatología
Hospital Central de Asturias
Pío XII, 17. 33013 Oviedo (Asturias) España
e-mail: marialopezescobar@yahoo.es

Resumen

La tiña del cuero cabelludo es una enfermedad muy rara en adultos. Presentamos una *tinea capitis* causada por *Microsporum canis* en una paciente sana postmenopáusica. Se discuten los factores predisponentes de la dermatofitosis en los pacientes adultos y se cuestiona el uso de terbinafina como tratamiento de primera elección en esta entidad, debido a la aparición de resistencias.

(López-Escobar García-Prendes M, Raya Aguado C, Maldonado Seral C, Pérez Oliva N. Tiña del cuero cabelludo por *Microsporum canis*. Med Cutan Iber Lat Am 2006;34:239-241)

Palabras clave: tinea capitis, *Microsporum canis*, terbinafina, itraconazol.

Summary

Tinea capitis is very rare in adults. We report a new case of tinea capitis caused by *Microsporum canis* in a healthy postmenopausal woman. We argue the predisposing factors of the dermatophytoses in adult patients and discuss about the use of terbinafine like first line of treatment in this entity, because of the apparition of resistances.

Key words: tinea capitis, *Microsporum canis*, terbinafine, itraconazole.

La tiña del cuero cabelludo por *Microsporum canis* es muy poco frecuente en pacientes adultos[1, 2]. No se conoce su incidencia exacta, pero se estima que debe ser muy baja, pues no son muchos los casos publicados hasta el momento[3]. Presentamos un nuevo caso de tiña del cuero cabelludo por *M. canis* en una anciana inmunocompetente.

Caso clínico

Se trataba de una mujer de 76 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, por lo que recibía tratamiento con amilorida, hidroclorotiazida y nifedipino. Residía en el medio rural y tenía varios animales domésticos

(perros y conejos), aunque no mantenía ningún contacto directo con ellos.

La paciente consultó por un cuadro de intensa pérdida de cabello de 5 meses de evolución y discreto prurito asociado. Previamente, había realizado tratamiento con vitaminas orales y corticoides tópicos, sin haber observado ninguna mejoría.

En la *exploración* se apreciaba una gran área de alopecia que abarcaba toda la parte superior del polo cefálico, respetando sin embargo la línea de implantación frontal del cabello (Figura 1). Adyacentes a ésta, presentaba otras pequeñas placas de alopecia en la región occipital (Figura 2). En la superficie de estas lesiones se observaba un ligero eritema, fina descamación periférica y pelos rotos de aproximada-



Figura 1. Extensa placa de alopecia con superficie eritematosa y descamación fina localizada en la calota.

mente 1 mm de longitud (Figura 2). Por otra parte, en la frente presentaba varias lesiones eritematodescamativas de pequeño tamaño, algunas de configuración anular (Figura 1).

El examen de las lesiones con luz de Wood reveló una fluorescencia verdosa, y en la muestra de cabello y escamas, obtenida para cultivo, se aisló *M. canis*.

El tratamiento se inició con terbinafina oral (250 mg/día) durante 16 semanas. En las primeras semanas se produjo una mejoría parcial, que no progresó a pesar de completar la terapia. Por este motivo, se pautó itraconazol (400 mg/día, 7 días consecutivos al mes, durante 4 meses). Tras este periodo, el proceso remitió completamente sin dejar secuelas, ya que toda la zona afectada se cubrió de nuevo por cabello sano (Figura 3). En revisiones médicas posteriores, la paciente no presentó signos de recidiva.



Figura 2. Conservación de la línea de implantación del cabello. Pápulas y placas eritemato-descamativas en la región frontal.

Comentario

La tiña del cuero cabelludo es una infección fúngica superficial provocada por diversos tipos de dermatofitos[4]. Se trata de una entidad típica de la infancia, pero existen varios casos publicados en adultos[1, 2, 5-9]. El agente causal que con mayor frecuencia provoca tiña del cuero cabelludo en adultos es el *Trichophyton tonsurans*[1]. Otros dermatofitos que, con menor frecuencia, se han visto también implicados son *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *M. gypseum* y *M. canis*[10, 11]. Dentro del grupo de los pacientes adultos, la tiña del cuero cabelludo predomina claramente en mujeres postmenopáusicas o con disfunciones hormonales en el eje hipotálamo-gonadal, probablemente porque estas alteraciones modifican la secreción y composición del sebo, cuyos ácidos grasos de cadena larga protegen de forma natural frente a la infección. Otras circunstancias favorecedoras incluyen[2, 5, 10, 12, 13]:

- Inmunodeficiencias debidas a neoplasias, VIH, tratamientos con citostáticos, etc.
- Factores anatómicos, como la involución de las glándulas sebáceas en los lugares afectos.
- Enfermedades crónicas descompensadas, como la diabetes mellitus.
- Circunstancias locales, como traumatismos, maceración o falta de higiene.

La paciente que aquí se presenta se trata de una mujer posmenopáusica, en la que no se hallaron otros factores predisponentes de la infección. Pensamos que, en este caso, el contacto con animales domésticos pudo haber sido la fuente de contagio.

Entre las entidades que habitualmente se consideran en el diagnóstico diferencial de la alopecia en adultos destacan el liquen plano pilaris, la tricotilomanía, la foliculitis bacteriana, la



Figura 3. Curación completa tras completar el tratamiento.

foliculitis decalvante, el lupus eritematoso y la alopecia areata[4, 13]. En nuestra opinión, la tiña del cuero cabelludo debería considerarse entre los diagnósticos diferenciales de la alopecia en adultos, particularmente en mujeres posmenopáusicas, pues se trata de un proceso que puede revertir completamente con el tratamiento adecuado, pero que si no se diagnostica a tiempo puede llegar a provocar una alopecia cicatricial.

Por otro lado, nuestro caso concuerda con las observaciones publicadas por otros autores, que describen una resistencia parcial del *M. canis* a la terbinafina[1, 14, 15]. Por lo tanto, si el resultado del cultivo confirma la presencia de este microorganismo, consideramos oportuno sustituir la terbinafina por otro agente terapéutico más apropiado.

Bibliografía

1. Takwale A, Agarwal S, Holmes SC, Berth-Jones J. Tinea capitis in two elderly women: transmission at the hairdresser. *Br J Dermatol* 2001;144:898-900.
2. Stehlich G, Gilde K, Török I. Tinea capitis caused by *Microsporium canis* in an adult. *Mycoses* 1988;32:97-8.
3. Martin ES, Elewski BE. Tinea capitis in adult women masquerading as bacterial pyoderma. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:177-9.
4. Gianni C, Betti R, Perotta E, Crosti C. Tinea capitis in adults. *Mycoses* 1995;38:329-31.
5. Blasco Melguizo J, Ruiz Villaverde R, Delgado Florencio V, Delgado Buendía E. Tinea capitis by *Trichophyton violaceum* in immunosuppressed elderly man. *J Eur Dermatol Venereol* 2003;18:100-2.
6. Mohrenschlager M, Seidl HP, Holtmann C, Ring J, Abeck D. Tinea capitis et corporis due to *Microsporium canis* in an immunocompromised female adults patient. *Mycoses* 2003;46 Suppl 1:19-22.
7. Aste N, Pau M, Biggio P. Tinea capitis in adults. *Mycoses* 1996;39:299-301.
8. Stehlich G, Gilde K, Torok I. Tinea capitis caused by *Microsporium canis* in an adult. *Mycoses* 1989;32:97-8.
9. Van Hecke E, Meysman L. Tinea capitis in an adult (*Microsporium canis*). *Mykosen* 1980; 23:607-8.
10. Aste N, Pau M, Biggio P. Tinea capitis in adults. *Mycoses* 1996;39:299-301.
11. Avilés JA, Huerta M, Suárez R, Lecona M, Lázaro P. Tiña del cuero cabelludo inflamatoria por *Microsporium gypseum* en un adulto. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95:403-4.
12. Loo DS. Cutaneous fungal infections in the elderly. *Dermatol Clin* 2004;22:33-50.
13. Buckley DA, Fuller LC, Higgins EM, Du Vivier AW. Tinea capitis in adults. *BMJ* 2000;320: 1389-90.
14. Hamm H, Schwinn A, Brautigam M, Weidinger GA. Short duration treatment with terbinafine for tinea capitis caused by *Trichophyton* or *Microsporium* species. The study group. *Br J Dermatol* 1999;140: 480-2.
15. Dragos V, Lunder M. Lack of efficacy of 6-week treatment with oral terbinafine for tinea capitis due to *Microsporium canis* in children. *Paediatr Dermatol* 1997;14:46-8.