

Localizador

08-079

## ***Tinea capitis* causada por *Trichophyton violaceum* en el Área Sanitaria de Ferrol (España)**

Los términos dermatofitosis, *tinea* o tiña sirven para definir la infección de los tejidos queratinizados (piel, pelo y uñas, pero no mucosas) por un grupo de hongos denominados dermatofitos. Según la procedencia los dermatofitos se dividen en geofílicos (del suelo), zoofílicos (de los animales) y antropofílicos (del hombre)[1]. La etiología de una dermatofitosis está directamente relacionada con diversos factores como la localización corporal (*tinea capitis* es la más común en niños) y el área geográfica. En la actualidad los antropofílicos están reapareciendo en España y en otros países del área mediterránea por los viajes, la adopción internacional y la inmigración desde zonas donde son muy prevalentes, lo que tiene importancia en la práctica diaria ya que estas especies provocan una menor respuesta inflamatoria y una evolución más crónica que dificulta el diagnóstico clínico[2-5].

Llama la atención que pese a que Ferrol no es una zona de gran aflujo de inmigrantes, en los últimos 3 años hemos visto en el Servicio de Dermatología 8 casos de *tinea* por *Trichophyton violaceum*, todos ellos confirmados con el examen en fresco con tinción de calcoflúor y el cultivo. Analizando los pacientes hemos encontrado una característica común que queremos destacar. Cinco corresponden a *tinea capitis* en niños de edades comprendidas entre 2 y 5 años, de origen etíope, adoptados por familias españolas. Los otros tres casos se presentaron en familiares de estos pacientes que resultaron contagiados: una *tinea capitis* en una niña de 4 años prima, y dos *tinea manuum* en padres.

Cinco de los casos de *tinea capitis* presentaban únicamente una descamación difusa o placas descamativas con nulo componente inflamatorio (sin eritema, edema o pústulas) (Figura 1). Sólo un caso mostraba pústulas y áreas alopécicas. Todos los pacientes fueron tratados con griseofulvina oral con buena respuesta clínica.



**Figura 1.** Descamación difusa en cuero cabelludo alternando con zonas con menor densidad de pelo.

Los patrones de distribución geográfica, la incidencia y la etiología de las dermatofitosis han sufrido variaciones con el paso del tiempo, debido a la influencia de factores como las condiciones socioeconómicas, sanitarias, el clima, hábitos sociales y culturales, guerras, migraciones, viajes, terapias antifúngicas, etc.[2].

En España, como en otros países europeos, la tiña del cuero cabelludo está causada por dermatofitos zoofílicos, en su mayoría *Microsporum canis*[4, 6].

*T. violaceum* es una especie antropofílica, rara en Europa Occidental, América del Norte y Escandinavia<sup>5</sup>. Suele ser el agente etiológico de *tinea capitis* o *tinea corporis* en áreas endémicas del norte y este de África, países de Oriente Medio, subcontinente indio, América del Sur y Europa del Este<sup>7</sup>. En España y en otros países del área mediterránea su prevalencia fue importante en el pasado[4, 6].

En la actualidad los dermatofitos antropofílicos reaparecen por la inmigración desde zonas donde son muy prevalentes[2, 3, 8-10]. La mayoría de los casos de *T. violaceum* que se observan en España son el resultado de los flujos migratorios actuales, principalmente de África (Etiopía y Marruecos) y Asia, y aparecen en inmigrantes norteafricanos o en sus hijos[2, 10]. La forma clínica más frecuente de *T. violaceum* es *tinea capitis* en niños. Su diagnóstico requiere estar alerta ya que puede manifestarse como portador asintomático, sólo como una descamación difusa o parcheada simulando una

dermatitis seborreica, con áreas de alopecia sin o escasa reacción inflamatoria o alopecia con puntos negros. Raras veces presenta una respuesta inflamatoria de magnitud variable tipo foliculitis o querion[6]. Debe indicarse que las especies antropofílicas pueden causar brotes familiares o escolares y que, además, existen portadores asintomáticos, por lo que no debe descuidarse la vigilancia epidemiológica y las medidas de control[2, 9]. Se requiere tratamiento sistémico para lograr la curación clínica. El tratamiento únicamente tópico no es eficaz, no penetra en la vaina del pelo[10] (quizás la excepción son los lactantes con infecciones de corta evolución)[6].

En conclusión, queremos destacar que *T. violaceum* representa en nuestra Área un nuevo agente causante de dermatofitosis, sobre todo de *tinea capitis*. Suele presentar una clínica poco inflamatoria, por lo que los pediatras y dermatólogos debemos sospechar dicha entidad ante cuadros mucho menos inflamatorios que simulan dermatitis seborreica, dermatitis atópica o tricotilomanía[6]. Este agente está emergiendo especialmente en zonas con tasas altas de inmigración como Andalucía, Madrid o Barcelona[9, 10] y se debe sospechar en niños adoptados procedentes de zonas endémicas para este dermatofito, como es el caso de cinco de nuestros pacientes procedentes de un país con una prevalencia de *tinea capitis* entre sus escolares de más del 50%, en su mayoría por *T. violaceum*[7].

**B. Monteagudo Sánchez<sup>1</sup>,  
P. Ordóñez Barrosa<sup>2</sup>, E. León Muiños<sup>3</sup>,  
R. Romarís Barca<sup>3</sup>, M. Cabanillas González<sup>1</sup>,  
O. Suárez Amor<sup>1</sup>, C. de las Heras Sotos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología.

<sup>2</sup>Servicio de Microbiología.

<sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. España.

### **Correspondencia:**

Benigno Monteagudo Sánchez  
C/Alegre, 83-85, 3.ºA  
15401 Ferrol. España  
e-mail: benims@hotmail.com

## Bibliografía

1. Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, Cabanillas González M, Novo Rodríguez AI, Ordóñez Barrosa P. Dermatofitides faciales. *An Pediatr (Barc)* 2008; 68: 411-2.
2. Rodríguez E, González Praetorius A, Gimeno C, Pérez Pomata MT, Alén MJ, Bisquert J. *Trichophyton violaceum*: un patógeno emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 453-4.
3. Monteagudo B, León Muiños E, Ordóñez P, de las Heras C, Rodríguez Mayo M, Cacharrón JM. *Tinea capitis* causada por *Trichophyton violaceum*. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97: 553-4.
4. Monteagudo B, Pereiro M Jr, Peteiro C, Toribio J. *Tinea capitis* en el área sanitaria de Santiago de Compostela. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94: 598-602.
5. Monteagudo Sánchez B, Pereiro Ferreirós M Jr, Fernández Redondo V, Toribio Pérez J. *Tinea pedis* causada por *Trichophyton violaceum*. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93: 35-7.
6. Rebollo N, López Barcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99: 91-100.
7. Woldeamanuel Y, Leekassa R, Chryssanthou E, Menghistu Y, Petrini B. Prevalence of *tinea capitis* in Ethiopian schoolchildren. *Mycoses* 2005; 48: 137-41.
8. Magill SS, Manfredi L, Swiderski A, Cohen B, Merz WG. Isolation of *Trichophyton violaceum* and *Trichophyton soudanense* in Baltimore, Maryland. *J Clin Microbiol* 2007; 45: 461-5.
9. Monzón de la Torre A, Cuenca Estrella M, Rodríguez Tudela JL. Estudio epidemiológico sobre las dermatofitosis en España (abril-junio 2001). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 477-83.
10. Juncosa T, Aguilera P, Jaen A, Vicente A, Aguilar AC, Fumadó V. *Trichophyton violaceum*: un patógeno emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008; 26: 502-4.