



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CASO CLÍNICO

Tinea capitis en mujeres de edad avanzada: descripción de 4 casos

L. Morell*, M.J. Fuente, A. Boada, J.M. Carrascosa y C. Ferrándiz

Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, (Barcelona), España

PALABRAS CLAVE

Tinea capitis;
Edad avanzada;
Cultivo

KEYWORDS

Tinea capitis;
Aged;
Culture

Resumen La *tinea capitis* se ha considerado clásicamente como un proceso casi exclusivo de la infancia. Sin embargo, en las últimas décadas se han observado algunos cambios en su perfil epidemiológico, tanto en lo que concierne a las edades de presentación como a los agentes responsables.

Se describen los casos de 4 mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de *tinea capitis*. Una de ellas presentaba placas alopécicas con descamación, mientras que en las otras tres las lesiones eran inflamatorias y costrosas. Los cultivos fueron positivos para *Trichophyton tonsurans* (2 pacientes), *Trichophyton rubrum* y *Trichophyton mentagrophytes*.

La relativa infrecuencia de la *tinea capitis* en la edad avanzada y, por otra parte, su frecuente atipicidad clínica condicionan un diagnóstico tardío, circunstancia que puede condicionar secuelas irreversibles e incrementa la posibilidad de contagios. El cultivo fúngico debería incorporarse en el estudio de las dermatosis del cuero cabelludo de curso atípico y persistente, especialmente en individuos de edad avanzada.

© 2010 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Tinea Capitis in Elderly Women: A Report of 4 Cases

Abstract *Tinea capitis* is a condition usually found only in children. However, its epidemiological profile has changed in recent decades, with regard to age at onset and the causative microorganisms. We report the cases of 4 women over 65 years of age diagnosed with *tinea capitis*. One presented plaques of alopecia with desquamation and the other 3 developed crusted inflammatory lesions. Cultures were positive for *Trichophyton tonsurans* (2 patients), *Trichophyton rubrum*, and *Trichophyton mentagrophytes*.

The relative rarity of *tinea capitis* in the elderly and the frequently atypical presentation in this age group can delay diagnosis, leading to irreversible sequelae and increasing the risk of contagion. Fungal culture should be included in the study of persistent, atypical dermatoses of the scalp, particularly in the elderly.

© 2010 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

La *tinea capitis* ha sido considerada como una enfermedad casi exclusiva de la infancia^{1–4}, en la que los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laiamorell@hotmail.com (L. Morell).



Figura 1 Placa alopécica y descamativa de 3 meses de evolución localizada en el cuero cabelludo del caso número 1.

agentes causales más frecuentes son *Microsporum andouinii* y *Microsporum canis*²⁻⁷. Sin embargo, en los últimos años se han observado cambios en su patrón epidemiológico que afectan tanto a su incidencia como a los agentes etiológicos implicados, detectándose un incremento en la prevalencia en los pacientes adultos, especialmente en las mujeres de edad avanzada³⁻⁷. En este grupo de edad es importante conocer tanto las manifestaciones clínicas como la respuesta terapéutica con vistas a favorecer un correcto diagnóstico y manejo.

Describimos 4 casos clínicos de *tinea capitis* en mujeres de edad avanzada diagnosticadas en el Servicio de Dermatología de nuestro centro en los últimos 6 meses, en los que llama la atención su clínica atípica y la naturaleza de los microorganismos implicados (tabla 1).

Casos clínicos

Caso clínico 1

Mujer de 71 años que consultó por la aparición de lesiones pruriginosas en la espalda y el cuero cabelludo con caída del cabello de tres meses de evolución. La paciente había sido diagnosticada de eczema, por lo que había sido tratada durante varios meses con glucocorticoides tópicos con una ligera disminución del prurito, pero con progresivo empeoramiento de la alopecia. La paciente negó contactos con animales. En la exploración física destacaba la presencia de una placa de morfología anular de contornos eritematosos y descamativos que abarcaba el cuello y el tercio superior de la espalda. En el cuero cabelludo se observaba una gran placa alopécica con descamación blanquecina abundante (fig. 1) y con fácil caída del cabello a la tracción. Se recogieron muestras de escamas y de pelos para examen microscópico directo con KOH, donde se observaron hifas, y para cultivo en el que se aislaron colonias de *Trichophyton*

Tabla 1 Cuadro resumen de los 4 casos clínicos

Nº caso	Edad	Antecedentes	Localización	Diagnóstico previo	Demora en el diagnóstico (meses)	Cultivo	Clínica	Tratamiento	Evolución
1	71	Sin interés	Espalda, cuello y cuero cabelludo	Eczema	3	<i>Trichophyton tonsurans</i>	Placa anular descamación y alopecia	Itraconazol (3 meses) Terbinafina 1mes	Remisión completa (16 semanas)
2	65	DM, HTA	Cuero cabelludo	Eczema	3	<i>Trichophyton rubrum</i>	Placa eritematosa con alopecia en vértex craneal, con alguna pústula y alguna costra en su interior	Itraconazol	Remisión completa (6 semanas)
3	69	Sin interés	Cuero cabelludo	No	1,5	<i>Trichophyton tonsurans</i>	Tumoración hiperqueratósica con alopecia en la región del occipucio	Terbinafina	Remisión completa (8 semanas)
4	72	Sin interés	Cuero cabelludo	Infección bacteriana	1	<i>Trichophyton mentagrophytes</i>	Placa hiperqueratósica con supuración	Itraconazol	Remisión (5 semanas)

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial.



Figura 2 En el caso 2 se apreció una placa eritematosa alopecica, con costras y pústulas, donde se cultivó *T. rubrum*.

tonsurans. Se pautó tratamiento oral con itraconazol 200 mg/día, objetivándose una mejoría importante al mes de tratamiento. Sin embargo, a partir de ese momento, y a pesar de que la paciente refería cumplir el tratamiento correctamente, las lesiones siguieron una evolución tórpida con persistencia de la clínica y de los cultivos positivos hasta 7 meses después del inicio del tratamiento, por lo que este fue sustituido por terbinafina 250 mg/día por vía oral observándose una resolución completa al mes de iniciarlo.

Caso clínico 2

Mujer de 65 años que consultó por lesiones discretamente pruriginosas en el cuero cabelludo de tres meses de evolución. Durante este tiempo había recibido por este motivo tratamiento tópico con glucocorticoides y antibióticos, y ciclopirox olamina en champú, sin mejoría. La paciente negó contacto con animales o con personas con lesiones similares. En la exploración física se objetivó una placa parcialmente alopecica, eritematosa, con costras y pústulas en su superficie, localizada en la región del vértex craneal (fig. 2). El examen histopatológico de la biopsia practicada mostró intensos cambios pos-foliculitis con reacción granulomatosa a cuerpo extraño. El cultivo bacteriológico fue negativo y en el micológico se aislaron colonias de *Trichophyton rubrum*. Se inició tratamiento con itraconazol 200 mg/día por vía oral con resolución clínica y microbiológica a las seis semanas de tratamiento.

Caso clínico 3

Mujer de 69 años que consultó por la aparición de una tumoración costrosa en el cuero cabelludo de un mes y medio de evolución. No había realizado ningún tratamiento tópico ni sistémico previo a la consulta. En la exploración física se objetivó en la región del occipucio una lesión cubierta por



Figura 3 La paciente 4 debutó con una placa inflamatoria costrosa en el cuero cabelludo donde se aislaron colonias de *T. mentagrophytes*.

una costra que ocultaba un tejido de granulación exofítico y de consistencia carnosa. El cultivo micológico fue positivo para *Trichophyton tonsurans*. Se inició tratamiento oral con terbinafina 250 mg/día. A las 8 semanas persistía cierto grado de alopecia, de características cicatrizales, sin signos inflamatorios ni descamación y con una tracción del cabello negativa.

Caso clínico 4

Mujer de 72 años que consultó por la aparición de dos lesiones costrosas e inflamatorias en el cuero cabelludo de tres semanas de evolución. Había realizado tratamiento con glucocorticoides tópicos y cloxacilina oral durante tres días, con desaparición del eritema perilesional, pero sin mejoría del resto de la lesión. No refería fiebre ni otra sintomatología acompañante. En la exploración física se observó una lesión costrosa en la región parieta-temporal izquierda (fig. 3) y otra en la zona frontal que, al retirar la costra, mostraban una superficie erosiva con supuración en diversos puntos. Se palparon adenopatías regionales.

Aunque una primera biopsia mostró cambios inespecíficos, un segundo estudio histológico puso de manifiesto la presencia de infiltración dérmica mixta con numerosos eosinófilos, y de esporas y filamentos en el interior de los folículos, que junto a los resultados del cultivo permitieron establecer el diagnóstico de infección por *Trichophyton mentagrophytes*. Se prescribió tratamiento con itraconazol 200 mg/día por vía oral, comprobándose una evolución lentamente favorable con resolución completa del cuadro a los 35 días de tratamiento.

Discusión

En la serie presentada se pone de manifiesto cómo la tiña de la cabeza en edades avanzadas no solo es relativamente frecuente, sino que presenta características clínicas con frecuencia atípicas. La baja sospecha clínica condiciona además tratamientos empíricos inadecuados que retrasan el diagnóstico y complican la respuesta terapéutica.

La *tinea capitis* afecta habitualmente a los niños, especialmente entre los 3 y los 7 años¹. Aunque históricamente se ha considerado que su desarrollo era infrecuente en la edad adulta, cada vez son más frecuentes las publicaciones que ponen de manifiesto el incremento en este grupo poblacional, en particular en mujeres alrededor de la menopausia o en ancianas^{5,6,8-10}.

Entre los factores que podrían favorecer su desarrollo a esta edad se citan cambios hormonales, el uso de ciertos cosméticos capilares o la frecuentación de peluquerías que podrían favorecer la transmisión^{10,11}.

Al igual que en nuestra serie, la mayoría de los casos descritos se caracterizan por un retraso en el diagnóstico⁹, probablemente debido a que tanto la infrecuencia de esta infección en los adultos como las manifestaciones clínicas atípicas favorecen su confusión con procesos inflamatorios como la dermatitis seborreica o la psoriasis. Estas manifestaciones atípicas parecen ser más frecuentes en aquellos pacientes con infección por *Trichophyton tonsurans* – tal y como ocurrió en 2 de nuestros casos–, en los que con frecuencia se describe una descamación difusa con alopecia leve y lesiones sugestivas de dermatitis seborreica, o el desarrollo de lesiones inflamatorias con pústulas y adenopatías locoregionales asociadas, lo que puede hacer atribuir erróneamente el cuadro a infecciones bacterianas^{8,9,12,13}. Aunque *Microsporum canis* sigue siendo el agente etiológico más importante en el sur de Europa con una prevalencia superior al 80%⁶, ha habido en estos últimos años un importante cambio en la epidemiología de estas infecciones. De este modo, un porcentaje creciente se reparte entre las siguientes especies: *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton tonsurans*^{4,6,7} y *Trichophyton rubrum*⁴. Concretamente, en Barcelona se ha observado una elevada prevalencia de *Trichophyton mentagrophytes*¹⁴. En cambio, en Estados Unidos, Reino Unido y Canadá la especie más frecuentemente aislada es *Trichophyton tonsurans*^{2,3,6}.

La causa de estas modificaciones parece multifactorial, siendo los principales factores los viajes a las zonas endémicas y las ondas migratorias de grupos poblacionales que se han desplazado del hemisferio sur al hemisferio norte y han actuado como agentes transportadores. Esta circunstancia, además de favorecer los contagios, ha influido en la transferencia de especies endémicas en África y Asia, generalmente hongos antropofílicos, a zonas urbanas de Europa, especialmente en aquellos barrios donde se agrupa un mayor porcentaje de inmigración^{3,4,7}. En nuestras 4 pacientes, residentes en una zona urbana, las especies detectadas fueron antropofílicas coincidiendo con la tendencia actual que parece seguir el patrón de esta enfermedad.

Vale la pena destacar que en todos los casos presentados el cultivo fúngico fue fundamental, bien para confirmar la sospecha clínica, bien para reconducir el diagnóstico. Por este motivo, la práctica de un cultivo fúngico debería incorporarse de forma rutinaria en el manejo en aquellos casos de dermatosis descamativas del cuero cabelludo que cursan con prurito o de aspecto inflamatorio, especialmente en aquellos pacientes de edad avanzada cuya evolución clínica no sea adecuada tras el tratamiento prescrito. Otro dato que merece ser subrayado es el hecho de que a menudo estas dermatomycosis son remitidas, tal y como ocurrió en 3 pacientes de la presente serie, bajo tratamiento con gluco-

corticoides tópicos, circunstancia que enmascara la clínica y modifica aún más la respuesta, o con champús azólicos, insuficientes para resolver el proceso pero que podrían modificar la sensibilidad de los estudios diagnósticos.

Puede resultar llamativa la heterogeneidad terapéutica en la serie presentada, que podría explicarse por las preferencias de los diferentes facultativos responsables de los pacientes. Aunque el tratamiento de elección para la tiña de la cabeza en niños y adultos sigue siendo para algunos autores la griseofulvina, tanto itraconazol –en particular en las de etiología tricofítica– como terbinafina se consideran alternativas aceptables.

Merece la pena comentar la resistencia observada en la paciente número 1 de la serie al tratamiento con itraconazol, considerado como un fármaco eficaz en el tratamiento de la *tinea capitis*, que podría asociarse a un cumplimiento no riguroso de la pauta prescrita. Por otro lado, aunque en la mayoría de los casos publicados con buena respuesta la dosis recomendada era de 200 mg/día, algunos autores recomiendan dosis de 5 mg/kg/día, por lo que la dosis recomendada estaría entre 300 y 400 mg/día (la paciente pesaba unos 65 kg). Respecto a la posibilidad de aparición de resistencias, hasta el momento no se han descrito casos de resistencia a itraconazol en tiñas de la cabeza producidas por *Trichophyton tonsurans*, aunque sí por *Trichophyton mentagrophytes* (en Latinoamérica). Sí que se han descrito resistencias por parte de *Trichophyton tonsurans* a fluconazol¹⁵⁻¹⁸.

En definitiva, la *tinea capitis* debería considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier dermatosis descamativa y/o inflamatoria acompañada o no de alopecia en individuos de edad avanzada, así como la realización del cultivo fúngico de forma rutinaria en ausencia de respuesta óptima a tratamientos antiinflamatorios.

Bibliografía

1. Verna S, Heffernan MP. Micosis superficiales: dermatofitosis, onicomycosis, tiña negra y piedra. En: Wolff K, Glodsmith LA, Katz FI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. 7ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2008. p. 1807-21.
2. Higgins EM, Fuller LC, Smith CH. Guidelines for the management of tinea capitis. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol. 2000;143:53-8.
3. Ginter-Hanselmayer G, Weger W, Ilkit M, Smolle J. Epidemiology of tinea capitis in Europe: current state and changing patterns. Mycoses. 2007;50:6-13.
4. Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. Mycoses. 2008;51:2-15.
5. Fuller LC. Changing face of tinea capitis in Europe. Curr Opin Infect Dis. 2009;22:115-8.
6. Rebollo N, López-Bárcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:91-100.
7. Hay RJ, Robles W, Midgley G, Moore MK. Tinea capitis in Europe: new perspective on an old problem. JEADV. 2001;15:229-33.
8. Morán D, Tarango-Martínez VM, González LA, Mayorga J. Tiña de la cabeza en un adulto. A propósito de un caso. Rev Iberoam Micol. 2005;22:54-6.
9. Moreno-Giménez JC. Nuevos aspectos clínicos de las dermatomycosis. Rev Iberoam Micol. 1999;16:S22-5.
10. 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.

11. Vozza A, Fiorentini E, Tripodi Cutri F, Di Girolamo F, Satriano RA. Tinea capitis in two young women: possible favouring role of hair styling products. *JEADV*. 2001;15:375–6.
12. Pandya AG. Seborrheic dermatitis or tinea capitis: don't be fooled. *Int J Dermatol*. 1998;11:827–8.
13. 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.
14. Triviño-Duran L, Torres-Rodríguez JM, Martínez-Roig A, Cortina C, Belver V, Pérez-González M, et al. Prevalence of tinea capitis and tinea pedis in Barcelona schoolchildren. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24:137–41.
15. Kakourou T, Uksal U, European Society for Pediatric Dermatology. Guidelines for the management of tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol*. 2010;27:226–8.
16. Del Palacio A, Garau M, Tena D, Sánchez G. Tratamiento antifúngico: últimos avances en dermatología. *Rev Iberoam Micol*. 1999;16:86–91.
17. Korting HC, Schöllmann C. The significance of itraconazole for treatment of fungal infections of skin, nails and mucous membranes. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7(11-9):11–20.
18. Méndez-Tovar LJ, Manzano-Gayosso P, Velásquez-Hernández V, Millan-Chiu B, Hernández-Hernández F, Mondragón-González R, et al. Resistance to azolic compounds in clinical *Trichophyton* spp. strains. *Rev Iberoam Micol*. 2007;24:320–2.