

# *Tinea capitis* inflamatoria por *Trichophyton violaceum* simulando dermatosis pustulosa erosiva

David Moreno-Ramírez, Alberto Herrera-Saval y Francisco Camacho

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

**Resumen.**—Establecer el diagnóstico diferencial entre la dermatosis pustulosa erosiva y la *tinea capitis* inflamatoria basándose en los signos clínicos puede resultar difícil. En casos de *tinea capitis* inflamatoria los cultivos pueden ser negativos, lo cual, unido a la falta de criterios específicos de dermatosis pustulosa erosiva, hace necesario cultivos repetidos e, incluso, un ensayo con griseofulvina antes de descartar por completo una infección fúngica. Se presenta el caso de una paciente de 75 años con un cuadro alopecico exudativo de 3 meses de evolución, cultivo para hongos negativo y un infiltrado linfoplasmocitario inespecífico. Con todos estos datos se estableció el diagnóstico inicial de dermatosis pustulosa erosiva. Después de realizar varios cultivos, se detectó el crecimiento de *Trichophyton violaceum*. El cuadro remitió tras un mes de tratamiento con griseofulvina. La *tinea capitis* por *T. violaceum* es considerada poco frecuente en adultos procedentes de áreas desarrolladas; sin embargo, los movimientos migratorios actuales pueden ser responsables de la reaparición de dermatofitos antropofílicos, como *T. violaceum*, en Occidente.

**Palabras clave:** *Trichophyton violaceum*, *tinea capitis* inflamatoria, dermatosis pustulosa erosiva.

Moreno-Ramírez D, Herrera-Saval A, Camacho F. *Tinea capitis inflamatoria por Trichophyton violaceum simulando dermatosis pustulosa erosiva.*

*Actas Dermosifiliogr* 2003;94(3):165-8.

## INFLAMMATORY *TINEA CAPITIS* DUE TO *TRICHOPHYTON VIOLACEUM* MIMICKING EROSIVE PUSTULAR DERMATOSIS OF THE SCALP

**Abstract.**—The differential diagnosis of erosive pustular dermatosis of the scalp and inflammatory *tinea capitis* may be difficult on clinical grounds. Fungal cultures may be negative in some cases of scalp ringworm infection. This fact, together with the lack of specific diagnostic features for erosive pustular dermatosis, makes sometimes repeated cultures and a trial of griseofulvine convenient to differentiate both conditions.

We present a 75-year old woman with a 3-month history of exudative alopecia affecting the scalp, negative fungal cultures, and a non-specific inflammatory infiltrate. We suggested the diagnosis of erosive pustular dermatosis of the scalp. However, repeated cultures yielded the growth of *Trichophyton violaceum*. The patient was treated with oral griseofulvine, with a dramatic and complete clearing of the pustular changes. *Tinea capitis* due to *T. violaceum* is considered to be an uncommon condition in adults from developed areas. Nevertheless, current migratory streams may account for the re-emergence of antropophilic dermatophytes in developed regions.

**Key words:** *Trichophyton violaceum*, inflammatory *tinea capitis*, erosive pustular dermatosis.

## INTRODUCCIÓN

En el diagnóstico diferencial del paciente con alopecia exudativa debe tenerse en cuenta una amplia variedad de procesos que se diferencian por el conjunto de datos epidemiológicos, clinicoevolutivos, histológicos y microbiológicos. Entre estas entidades existen dos, la dermatosis pustulosa erosiva del cuero cabelludo y la *tinea capitis* inflamatoria, que son especialmente difíciles de diferenciar en función de los datos clínicos. Se presenta un caso de *tinea capitis* inflamatoria por *Trichophyton violaceum* inicialmente diagnosticada erróneamente como dermatosis pustulosa erosiva. El diagnóstico de *tinea capitis* debe continuar teniéndose en cuenta en áreas desarrolladas en los

casos de alopecia exudativa, e incluso es conveniente plantearse un ensayo con griseofulvina antes de descartar por completo una infección fúngica del cuero cabelludo<sup>1,2</sup>.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años, diabética, residente en área urbana y sin otros antecedentes epidemiológicos de interés, que consultó en nuestro departamento por pérdida de cabello, acompañada de dolor y exudado purulento en cuero cabelludo, de 3 meses de evolución. El cuadro había sido tratado sin éxito con antibióticos tópicos y sistémicos.

En la exploración la paciente mostraba una extensa área alopecica, inflamatoria y exudativa, con afectación de la práctica totalidad del cuero cabelludo, y con destrucción de la línea de implantación frontal (figs. 1 y 2). Numerosos focos exudativos confluían en lagos purulentos sobre una piel intensamente eritematosa y atrófica. El exudado

### Correspondencia:

David Moreno-Ramírez. Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Avda. Dr. Fedriani, s/ n. 41073 Sevilla. España.

Correo electrónico: camachodp@medynet.com y morenez@yahoo.es.

Aceptado el 26 de diciembre de 2002.

se acompañaba de gran cantidad de pelos rotos, que podían ser fácilmente eliminados frotando con una gasa, dejando una superficie exulcerada crateriforme.

El área alopécica no mostró fluorescencia con luz de Wood, y los estudios microbiológicos que se practicaron (cultivo de hongos, bacterias y micobacterias), demostraron, asimismo, resultados



Fig. 1.—Cuadro alopécico exudativo que afecta la práctica totalidad del cuero cabelludo, con borramiento de la línea de implantación frontal.



Fig. 2.—En toda la extensión del cuero cabelludo pueden observarse múltiples focos purulentos sobre piel intensamente eritematosa y pérdida completa de los cabellos de la región frontal y parietal.

negativos en repetidas ocasiones. Una biopsia tomada de una zona exulcerada mostró un escaso infiltrado linfoplasmocitario y una tinción de ácido peryódico de Schiff (PAS) no reveló la existencia de elementos fúngicos.

Ante este cuadro, y con todos los estudios complementarios negativos o normales, se sugirió el diagnóstico de dermatosis pustulosa erosiva del cuero cabelludo. Se inició tratamiento tópico con corticoide asociado a antibiótico (valerato de betametasona y sulfato de gentamicina). El exudado purulento persistió 2 semanas después de iniciarse el tratamiento. Durante este tiempo, se continuaron repitiendo exámenes directos con hidróxido potásico (KOH) y cultivo para hongos y bacterias, hasta que 8 semanas después se detectó, en cultivo en medio de *Sabouraud*, el crecimiento de colonias lisas y de color violáceo, que posteriormente fueron identificadas como *T. violaceum* (fig. 3).

Con el diagnóstico definitivo de *tinea capitis* inflamatoria por *T. violaceum*, se administró tratamiento con 500 mg/ 12 h de griseofulvina, con lo cual se comprobó la desaparición completa del componente exudativo y la repoblación parcial del cuero cabelludo, después de 4 semanas de tratamiento (fig. 4).

## DISCUSIÓN

Cuando nos enfrentamos al diagnóstico diferencial de un paciente con alopecia exudativa, debe considerarse una amplia variedad de dermatosis, la mayoría de ellas poco habituales en la consulta diaria. Entre estas entidades, la *tinea capitis* inflamatoria y la dermatosis pustulosa erosiva del



Fig. 3.—En medio de Sabouraud se detectaron colonias lisas, de coloración violácea, identificadas como *Trichophyton violaceum*.

cuero cabelludo pueden ser especialmente difíciles de diferenciar en función de las características clínicas. Ambos procesos suelen cursar con sintomatología similar, consistente en alopecia dolorosa exudativa. A esta dificultad se une el que el diagnóstico micológico de *tinea capitis* inflamatoria no es siempre fácil de conseguir, e incluso se han descrito casos de tiña inflamatoria con cultivos y tinción de PAS negativos. Este hecho, junto con la ausencia de criterios específicos para el diagnóstico de la dermatosis pustulosa erosiva, ha llevado a algunos autores a sugerir la realización de un ensayo con griseofulvina antes de establecer el diagnóstico definitivo<sup>1-3</sup>.

Otro punto de interés en este caso clínico lo constituye la baja frecuencia actual de *tinea capitis* y *T. violaceum* en regiones desarrolladas, y en pacientes adultos. En cuanto a la epidemiología de las tiñas del cuero cabelludo, los trabajos publicados coinciden en una serie de aspectos generales. En primer lugar, en las últimas décadas destaca un descenso de *tinea capitis* a favor de otras localizaciones corporales, como *tinea corporis*. Asimismo, se resalta el descenso global, a lo largo del siglo pasado y en las regiones industrializadas, de los hongos antropofílicos como *T. violaceum*, en favor de dermatófitos zoofílicos como *Microsporum canis*. En estas regiones industrializadas, la mejora de las condiciones sociosanitarias y la generalización del uso de la griseofulvina se consideran los factores determinantes para este cambio epidemiológico. Por último, la *tinea capitis* se describe en la literatura médica como un problema circunscrito a las edades escolares, siendo la afectación de adultos extraordinariamente infrecuente. Además, cuando aparecen en adultos, la mayoría de los pacientes son mujeres posmenopáusicas, como ocurrió en nuestro caso, distribución que posiblemente se relaciona con las alteraciones de la secreción sebácea inducidas por los cambios hormonales propios de estas edades<sup>4-8</sup>.

Centrándonos en la distribución actual de dermatófitos antropofílicos, pueden diferenciarse tres áreas geográficas con diferente prevalencia para este tipo de hongos. En primer lugar, aquellas zonas industrializadas de Europa occidental, en las que los dermatófitos antropofílicos, y *T. violaceum* en particular, permanecen como patógenos infrecuentes. En otras regiones de África, Asia y Oriente medio, *T. violaceum* no sólo es uno de los dermatófitos más prevalentes, sino el agente causal más habitual de *tinea capitis* en países como Marruecos y Pakistán<sup>8</sup>. La tercera zona de distribución viene representada por algunas ciudades desarrolladas de Europa (Londres, París, Birmingham) donde, a pesar de la mejoría de las condiciones higienicosanitarias y de la utilización de griseofulvina, los dermatófitos antropofílicos continúan siendo un hongo habitual. En estos casos, los flujos migratorios actuales, principalmente



Fig. 4.—Después de un mes de tratamiento con griseofulvina, el componente exudativo desapareció por completo, permitiendo la repoblación parcial del cuero cabelludo.

procedentes de África, parecen ser responsables de este patrón de incidencia<sup>6-10</sup>. En nuestro país esta distribución se observa a pequeña escala, puesto que, aunque en general se constata una baja incidencia actual de *T. violaceum*, destacan áreas del sur de España con una incidencia algo mayor de este tipo de dermatófitos. Estas regiones desarrollan una importante actividad agrícola, cuya mano de obra está mayoritariamente ocupada por inmigrantes del norte de África<sup>4,11</sup>. Asimismo, los casos de infección por *T. violaceum* en capitales como Madrid, aparecen en su mayor parte en hijos de inmigrantes norteafricanos<sup>6</sup>. La tendencia actual del turismo a zonas exóticas y tropicales es otro factor que debe considerarse entre las causas del resurgimiento de estos dermatófitos en regiones desarrolladas<sup>6,7,10</sup>.

El presente caso clínico permite llamar la atención sobre dos puntos de interés. Por una parte, recordar el ensayo con griseofulvina en aquellos casos de alopecia exudativa con estudio micológico negativo, y por otra, atraer nuestra atención hacia un posible incremento en la incidencia de dermatófitos antropofílicos en regiones desarrolladas de nuestro país, probablemente relacionada con los flujos migratorios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Caputo R, Veraldi S. Erosive pustular dermatosis of the scalp. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:96-8.
2. McDonagh AJG, Bleeheh SS. Kerion masquerading as erosive pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol* 1991; 124:507-8.
3. Derrick EK, Voyce ME, Price ML. *Trichophyton tonsurans* kerion in an elderly woman. *Br J Dermatol* 1994;130:683.
4. Crespo V, Vera A, Ojeda A, Crespo A, Sánchez-Fajardo F. Epidemiología de las tiñas en España. *Piel* 1999;14: 175-85.
5. Pereiro-Miguens M, Pereiro E, Pereiro M Jr, Pereiro M, Torribio J. Incidencia de los dermatófitos en España desde 1926 a 1994. *Actas Dermosifiliogr* 1996;87:77-84.
6. Cuetara MS, Del Palacio A, Pereiro M, Amor E, Álvarez C, Noriega AR. Prevalence of undetected tinea capitis in a school survey in Spain. *Mycoses* 1997;40:131-7.
7. Romano C. *Tinea capitis* in Siena, Italy. An 18-year survey. *Mycoses* 1999;42:559-62.
8. Rubio-Calvo C, Gil-Tomás J, Rezusta-López A, Benito-Ruesca R. The aetiological agents of *tinea capitis* in Zaragoza (Spain). *Mycoses* 2001;44:55-8.
9. Elewsky B. *Tinea capitis*. *Dermatol Clin* 1996;14:23-31.
10. Rodríguez E, Gonzalez-Praetorius A, Gimeno C, Pérez-Pomata MT, Alén MJ, Bisquer T. *Trichophyton violaceum*: un patógeno emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19:453-4.
11. Herrera A, Reposo JA, De la Iglesia, Ortiz F. Estudio epidemiológico de las dermatofitosis en las áreas sur y sudoeste de la provincia de Huelva. *Actas Dermosifiliogr* 1997;88:179-83.