

# Tiña del cuero cabelludo inflamatoria por *Microsporum gypseum* en un adulto

José A. Avilés<sup>a</sup>, María Huerta<sup>a</sup>, Ricardo Suárez<sup>a</sup>, Manuel Lecona<sup>b</sup> y Pablo Lázaro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Resumen.**—La infección por dermatofitos del cuero cabelludo o *tinea capitis* es una patología relativamente infrecuente en adultos.

Se presenta el caso clínico de una tiña del cuero cabelludo inflamatoria grave en una mujer de 70 años por *Microsporum gypseum*, único dermatofito geofílico patógeno para el ser humano y responsable del 1,4% de las dermatofitosis de nuestro país.

**Palabras clave:** *tinea capitis*, *M. gypseum*, itraconazol.

## INFLAMMATORY TINEA CAPITIS FROM *MICROSPORUM GYPSEUM* IN AN ADULT

**Abstract.**—Dermatophyte infection of the scalp or tinea capitis is a relatively infrequent pathology in adults. We present the clinical case of a severe inflammatory tinea capitis in a 70-year-old woman from *M. gypseum*, the only geophilic dermatophyte pathogenic to humans and responsible for 1.4% of the dermatofytoses in our country.

**Key words:** *tinea capitis*, *M. gypseum*, itraconazole.

## INTRODUCCIÓN

La infección por dermatofitos del cuero cabelludo o *tinea capitis* sigue siendo una enfermedad relativamente frecuente dentro de las consultas dermatológicas, a pesar de las mejores condiciones higiénico-sanitarias existentes en nuestro medio. Existen varias formas clínicas de tiña del cuero cabelludo, principalmente las formas inflamatorias y no inflamatorias<sup>1</sup>. Pueden estar producidas por diversos dermatofitos de los géneros *Microsporum* o *Trichophyton*<sup>2,3</sup>. En el caso de las tiñas inflamatorias, los agentes etiológicos aislados con mayor frecuencia son hongos zoofílicos como *T. mentagrophytes* y *T. verrucosum*, y con menor frecuencia están originadas por hongos geofílicos como *M. gypseum*<sup>4</sup>.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 70 años, sin antecedentes personales medicoquirúrgicos de interés, residente en una pequeña ciudad de ámbito rural acudió a la consulta de dermatología por presentar lesiones cutáneas en cuero cabelludo y cara lateral izquierda de cuello de 3 años de evolución, que habían sido tratadas con corticoides tópicos, con una mejoría parcial. La paciente convivía con un hijo infectado por el virus de la in-

munodeficiencia humana (VIH). No refiere contacto con animales. No tratamiento médico habitual.

En la exploración física presentaba una extensa placa de alopecia difusa que afectaba casi toda la calota craneal (fig. 1), en la que además se apreciaban papulopústulas foliculares y lesiones costrosas amarillentas generalizadas, con un moderado componente inflamatorio. No existía fragilidad capilar a la tracción manual, ni agrupación de los folículos pilosos, ni lesiones de alopecia cicatrizal. Además, en hemicuello izquierdo mostraba varias placas eritematosas y descamativas, de contornos irregulares pero bien definidas. No se palpaban adenopatías laterocervicales. En el resto de la exploración física, tanto dermatológica como general, no existían alteraciones de interés.



Fig. 1.—Extensa placa de alopecia con abundantes lesiones papulocostrosas.

### Correspondencia:

José Antonio Avilés.

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España. hosanaviles@wanadoo.es

Recibido el 25 de febrero de 2004

Aceptado el 30 de abril de 2004.

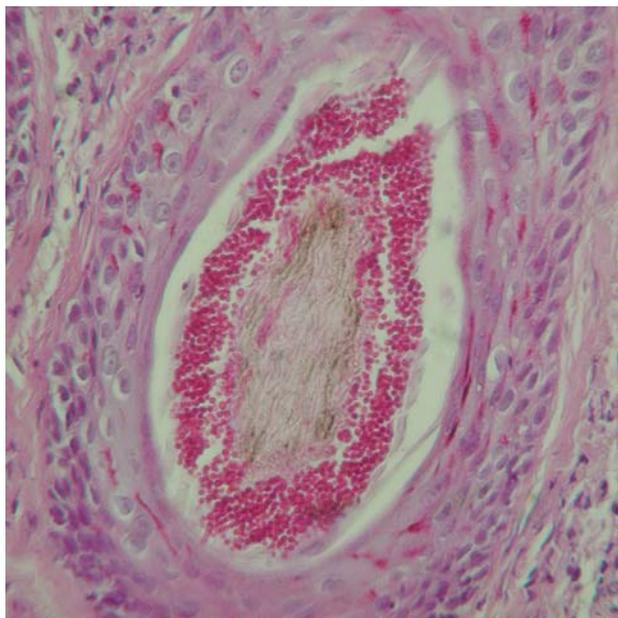


Fig. 2.—Biopsia de cuero cabelludo en la que se observan numerosas esporas alrededor del folículo piloso. (Tinción con ácido peryódico de Schiff, 240.)

Se realizó una biopsia cutánea, tanto del cuero cabelludo como del cuello que incluyó muestras para cultivo microbiológico. El informe del estudio anatómopatológico señalaba la presencia de abundantes micelios y esporas micóticas redondeados en toda la extensión de varios folículos pilosos, teñidos positivamente con ácido peryódico de Schiff (PAS) (fig. 2) y Grocott, acompañado de un infiltrado inflamatorio moderado mixto en la dermis superficial. El cultivo de las muestras remitidas a microbiología permitió confirmar la presencia de un hongo filamentoso con abundantes macroconidios de morfología fusiforme y paredes gruesas y tabicadas, que posteriormente fue identificado como *M. gypseum*.

La paciente fue tratada con 100 mg/día de itraconazol oral, durante 6 semanas, además de la prescripción de fomentos de borato sódico al 2 % cada 12 h durante los primeros 10 días. En la revisión realizada 4 meses después de comenzar el tratamiento, muestra una curación completa y sin lesiones residuales de alopecia cicatrizal.

## DISCUSIÓN

Diferentes estudios epidemiológicos recientes coinciden en señalar que *M. gypseum* es el agente etiológico responsable del 1,4 % de las infecciones por dermatofitos en nuestro país<sup>5,6</sup>. Este hongo representa la forma asexual común de dos especies diferentes, *Arthroderma gypseum* y *A. incurvatum*<sup>7</sup>. Es la única especie geofílica claramente patógena para el ser humano y produce principalmente casos de *tinea corporis*<sup>8</sup> o *ti-*

*nea capitis*<sup>9</sup>, aunque también puede aislarse esporádicamente en otras localizaciones<sup>10,11</sup>. Afecta con mayor frecuencia a niños que a adultos<sup>12</sup>, y aunque su identificación microbiológica suele ser difícil de conseguir, puede aislarse directamente del suelo, especialmente de zonas frecuentadas por animales<sup>13</sup>, mediante cebos de queratina (técnica de Vanbreuseghem).

Suele producir lesiones muy inflamatorias, aunque no es infrecuente, como en nuestro caso, que los tratamientos previos con corticoides tópicos enmascaren el aspecto clínico del cuadro. En estos cuadros, el diagnóstico diferencial debe realizarse con procesos eczematosos o psoriasiformes, foliculitis decalvantes o dermatitis pustulosa erosiva del cuero cabelludo<sup>2</sup>.

Nuestra paciente de 70 años de edad, era inmunocompetente y respondió favorablemente a tratamiento con itraconazol, sin lesiones de alopecia cicatrizal ni signos de recidiva hasta la fecha actual. Este caso clínico sirve como ejemplo de la todavía importante prevalencia de la tiña del cuero cabelludo en nuestra práctica diaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro Ochaíta P. Dermatología: Texto y atlas. 3ª ed. Madrid: Meditécnica, 2003; p. 107-16.
2. Moreno-Ramírez D, Herrera-Saval A, Camacho F. *Tinea capitis* inflamatoria por *Trichophyton violaceum* simulando dermatosis pustulosa erosiva. Actas Dermosifiliogr 2003;94: 165-8.
3. Arribi A, Guerra Tapia A, Montesano L, Palacio A, Valverde J, Gómez E. *Tinea capitis* de importación en un niño guineano. Actas Dermosifiliogr 1998;89:125-7.
4. Offidani A, Simoncini C, Arzeni D, Cellini A, Amerio P, Scalise G. *Tinea capitis* due to *Microsporium gypseum* in an adult. Mycoses 1998;41:239-44.
5. Padilla A, Sampedro A, Sampedro P, Delgado V. Clinical and epidemiological survey of dermatophytoses in Jaen (Spain). Rev Iberoam Micol 2002;19:36-9.
6. Fortuno B, Torres L, Simal E, Seoane A, Uriel JA, Santacruz C. Dermatophytes isolated in our clinics. 5-year-study in Zaragoza. Enferm Infecc Microbiol Clin 1997;15:536-9.
7. Elewski B. *Tinea capitis*. Dermatol Clin 1996;14:23-31.
8. Luque AG, Biasoli MS, Sortino MA, Lupo SH, Bussy RF. Atypical *tinea corporis* caused by *Microsporium gypseum* in a subject with acquired immune deficiency syndrome. JEADV 2001;15:374-5.
9. Haga R, Suzuki H. *Tinea capitis* due to *Microsporium gypseum*. Eur J Dermatol 2002;12:367-8.
10. Qianggiang Z, Limo Q, Jiajun W, Li L. Report of two cases of tinea infection with scutula-like lesions caused by *Microsporium gypseum*. Int J Dermatol 2002;41:372-3.
11. Romano C. *Onychomycosis* due to *Microsporium gypseum*. Mycoses 1998;41:349-51.
12. Romano C, Asta F, Massai L. *Tinea incognita* due to *Microsporium gypseum* in three children. Pediatr Dermatol 2000;17:41-4.
13. Fukao M, Kawada A, Aragane Y, Tezuka T, Hiruma M. *Tinea corporis* due to *Microsporium gypseum* in a cat fancier. J Dermatol 2003;30:637-8.