

study of cutaneous malignant melanoma: descriptive analysis of 45 cases. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:44-53.

D. Compilato^{a,*}, S. Amato^b, G. Campisi^a

^a *Department of Surgical and Oncological Disciplines, V. Margiotta Oral Medicine Unit, Palermo University Hospital, Palermo, Italy*

^b *Dermatology Unit, ARNAS, Ospedale Civico e Fatebenefratelli G. Di Cristina e Maurizio Ascoli, Palermo, Italy*

* Corresponding author.

E-mail address: compilato@odonto.unipa.it (D. Compilato).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.015>

Un nuevo marcador dermatoscópico de tinea capitis: «pelos en coma»

Comma Hairs: A New Dermoscopic Marker for Tinea Capitis

La principal aplicación de la dermatoscopia es la valoración de las lesiones pigmentadas. Sin embargo, en los últimos años han aparecido un número muy importante de publicaciones en la literatura en las que se demuestra su utilidad en el estudio de las enfermedades del pelo y del cuero cabelludo¹. Aunque la mayoría de estudios dermatoscópicos se centran en los hallazgos típicos de algunos tipos de alopecia, especialmente la alopecia areata y la alopecia androgenética^{1,2}, recientemente se ha descrito la presencia de los «pelos en coma» como un marcador característico de la tinea capitis (TC)³. La TC o infección por dermatofitos del cuero cabelludo sigue siendo una enfermedad relativamente frecuente en nuestra práctica clínica habitual. Debido a que se presenta mayoritariamente en niños, generalmente entre los 3 y 7 años de edad⁴, la tricodermatoscopia puede ser una herramienta diagnóstica muy útil por ser rápida, fiable, barata e inocua⁵. Describimos el caso de dos pacientes afectados de una TC con múltiples pelos en coma como hallazgo dermatoscópico característico.

El primer caso clínico corresponde a un varón de 9 años, natural de un pueblo de Bolivia, donde estaba en contacto frecuente con animales, que consultó por presentar lesiones en el cuero cabelludo y en la cara de 10 meses de evolución. En la exploración física destacaba una fina descamación blanquecina en el cuero cabelludo y varias placas alopécicas en las que existía una marcada fragilidad capilar a la tracción manual. En la cara mostraba también algunas placas eritematosas y descamativas, de contornos irregulares pero bien definidas. No se palparon adenopatías laterocervicales. En el estudio dermatoscópico de las estructuras foliculares se observaron múltiples pelos rotos, así como pelos con una marcada angulación final, con un grosor y una pigmentación homogénea que adoptaban una característica morfología en coma (fig. 1). El examen micológico mediante hidróxido potásico y el cultivo microbiológico permitió confirmar la presencia de un hongo zoofílico identificado como *Trichophyton verrucosum*. El paciente fue tratado con griseofulvina oral a dosis de 20 mg/kg/día durante 8 semanas. En la revisión realizada 4 meses después de comenzar el tratamiento mostraba una curación completa y sin lesiones residuales de alopecia cicatricial.

El segundo caso clínico es el de un varón de 2 años procedente de Senegal, que consultó por varias placas alopécicas

en el cuero cabelludo de 6 meses de evolución. La pilo-tracción manual fue positiva. En el estudio dermatoscópico también se observaban múltiples pelos que presentaban una característica morfología en coma, con pigmentación y grosor homogéneo y una angulación distal abrupta (fig. 2). El estudio micológico mediante hidróxido potásico resultó posi-



Figura 1 Placa alopécica descamativa en la región occipital. Detalle de la tricodermatoscopia con varios «pelos en coma» (círculos) (dermatoscopia de mano Dermlite II Pro, cámara Sony DSC-W55®, × 40).

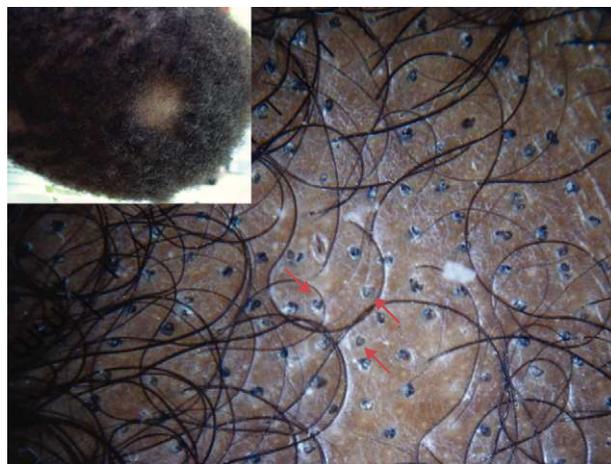


Figura 2 Región parieto-occipital con varias placas alopécicas. Presencia de numerosos «pelos en coma» (flechas) en la imagen tricodermatoscópica (dermatoscopia de mano Dermlite II Pro, cámara Sony DSC-W55®, × 20).

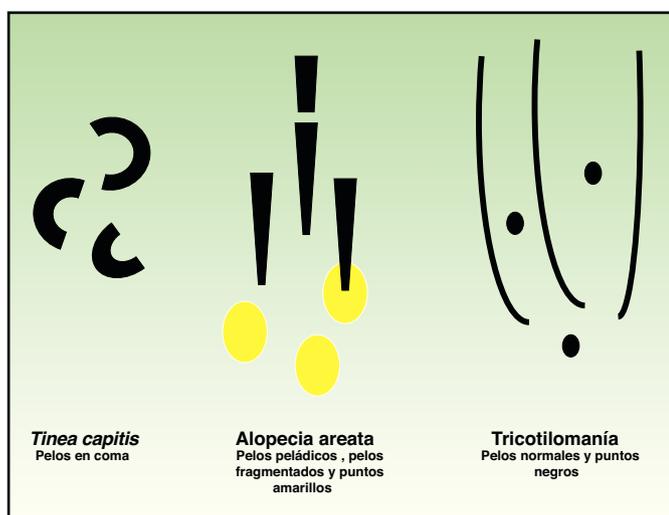


Figura 3 Esquema del diagnóstico diferencial mediante los hallazgos de la tricodermatoscopia.

tivo, pero en el cultivo posterior no se logró el aislamiento del agente. Tras 8 semanas de tratamiento con griseofulvina oral a dosis de 15 mg/kg/día se produjo una resolución completa del cuadro clínico.

La TC es una infección del cuero cabelludo común en los niños, causada por diversas especies de dermatofitos de los géneros *Trichopyton* y *Microsporum*, que presenta una incidencia en torno al 1% en los países desarrollados. En general, clínicamente debemos sospecharla ante un paciente que presente una o varias placas alopécicas, de pequeño tamaño, con pelos rotos, descamación y prurito⁴. Respecto al diagnóstico diferencial de las alopecias en la infancia nos plantearíamos la TC, la alopecia areata, la alopecia traccional, la tricotilomanía y el síndrome del cabello en anágeno suelto, aunque esta última suele dar una alopecia difusa ante un «tirón» sin picor ni descamación⁶. En muchas de estas patologías la tricodermatoscopia es también una herramienta de gran utilidad, y permite mejorar la capacidad diagnóstica respecto a la inspección clínica simple al mostrar hallazgos característicos^{1,2,7} (fig. 3). En la tricotilomanía los cabellos mantienen diámetros similares, hay puntos negros, pelos fragmentados de distintas longitudes y pelos enrollados por la tracción. En cambio, en la alopecia areata se observan folículos vellosos de menor diámetro, así como puntos amarillos y pelos en signo de exclamación⁷. En el estudio dermatoscópico de 15 pacientes con TC se ha observado la presencia de pelos rotos, así como de pelos en coma. Los pelos en coma son la expresión morfológica de la ruptura del tallo piloso al encontrarse repleto de hifas, y se caracterizan por presentar un grosor y una pigmentación homogénea junto con una angulación final abrupta^{3,5,8}. Recientemente se han descrito los pelos en sacacorchos como un nuevo signo dermatoscópico para el diagnóstico de la TC en niños de raza negra, donde en ocasiones, los hallazgos clínicos pueden ser más difíciles de apreciar⁹. Entre los agentes etiológicos de los 15 casos

publicados hasta el momento de TC con presencia de «pelos en coma» destacan 4 casos de *Microsporum canis*, uno de *M. langeronii*, 4 de *Trichopyton soudanense*, 2 de *T. tonsurans*, uno de *T. violaceum* y en 3 de ellos no fue posible aislar el microorganismo responsable. No se había recogido ningún caso de infección por *Trichopyton verrucosum* (caso clínico 1).

En conclusión, describimos dos casos de TC que presentan «pelos en coma», que pueden ser un marcador dermatoscópico de esta entidad. Consideramos que la dermatoscopia es un método eficaz, rápido, barato e inocuo que puede facilitar el diagnóstico de TC.

Agradecimientos

Al Dr. Javier Pemán, del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario La Fe de Valencia, por su aportación en el primer caso clínico.

Bibliografía

- Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:799–806.
- Tosti A, Whiting D, Iorizzo M, Pazzaglia M, Miscali C, Vincenzi C, et al. The role of scalp dermatoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognita. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:64–7.
- Slowinska M, Rudnicka L, Schawartz R, Kowalska-Oldzka E. Comma hairs: a dermatoscopic marker for Tinea capitis. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:577–9.
- Rebollo N, López-Barcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:91–100.
- Sandoval AB, Ortiz JA, Rodríguez JM, Vargas AG, Quintero DG. Hallazgos dermatoscópicos en tinea capitis. *Rev Iberoam Micol.* 2010;30:151–3.
- Messeguer F, Agustí-Mejías A, Requena C, Pérez-Ferriols A, Guillén-Barona C. Claves diagnósticas de la tricotilomanía. *An Pediatr.* 2011;74:60–2.
- Tosti A, Torres F. Dermoscopy in the diagnosis of hair and scalp disorders. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:114–9.
- Tangjaturonrusamee C, Piraccini BM, Vincenzi C, Starace M, Tosti A. Tinea capitis mimicking folliculitis decalvans. *Mycoses.* 2011;54:87–8.
- Hughes R, Chiaverini C, Bahadoran P, Lacour JP. Corkscrew hair: a new dermoscopic sign for diagnosis of tinea capitis in black children. *Arch Dermatol.* 2011;147:355–6.

P. Hernández-Bel^{a,*}, J. Malveyh^b, A. Crocker^c, J.L. Sánchez-Carazo^a, I. Febrer^a y V. Alegre^a

^a Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Unidad de Melanoma, Departamento de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona, España

^c Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Jalisco, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablohernandezbel@hotmail.com (P. Hernández-Bel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.016>