

M.I. Cevallos-Abad^{a,*}, A. Córdoba-Iturriagoitia^a
y M. Larrea-García^b

^a Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra, España

^b Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcevala@navarra.es

(M.I. Cevallos-Abad).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.02.010>

0001-7310/ © 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tinea capitis inflamatoria por *Trichophyton rubrum*

Inflammatory Tinea Capitis Due to *Trichophyton rubrum*

Sr. Director:

Una mujer de 78 años de edad, residente en una zona urbana, presentaba una lesión inflamatoria y purulenta en el cuero cabelludo desde hacía aproximadamente 3 meses, así como onicomiosis en una uña del dedo del pie y pie de atleta desde hacía un año, tratados con ciclopirox tópico y sertaconazol. Los hallazgos encontrados durante la exploración fueron una amplia zona de alopecia cicatricial en el cuero cabelludo, con pústulas y costras perifoliculares que, tras ser retiradas, mostraron una superficie erosiva y sangrante (fig. 1). No se encontraron adenopatías ni síntomas generales de infección. No existían antecedentes de contacto con animales ni signos clínicos de inmunodeficiencia.



Para el diagnóstico se recogieron con un hisopo muestras de la secreción de las pústulas, identificándose *Trichophyton rubrum* mediante cultivo y examen microscópico. También se realizó una biopsia, en la que el estudio histopatológico reflejó infiltración linfocítica perivascular en la dermis superior. No se encontraron hifas septadas en la tinción de PAS. Los cultivos bacterianos exhibieron microbiota mixta.

Finalmente se diagnosticó tinea capitis por *T. rubrum*.

En cuanto al tratamiento, tras un ciclo de 12 semanas de 250 mg diarios de terbinafina oral y ketoconazol tópico, la paciente presentó una curación completa (fig. 2).

La tinea capitis es común en niños, aunque diversos estudios han reflejado que puede darse también en adultos, particularmente en mujeres posmenopáusicas, un fenómeno que puede explicarse por la involución de las glándulas sebáceas tras la reducción de los niveles de estrógenos^{1,2}, y en personas inmunocomprometidas, ya que la disfunción inmunológica puede incrementar el riesgo de infección a través de la alteración de la respuesta inmunológica celular³.

En nuestra zona geográfica la mayoría de los casos de tinea capitis que afectan a la población adulta están causados por especies del género *Trichophyton*¹.



Figura 1 Amplia zona de alopecia cicatricial en el cuero cabelludo con pústulas y costras perifoliculares.

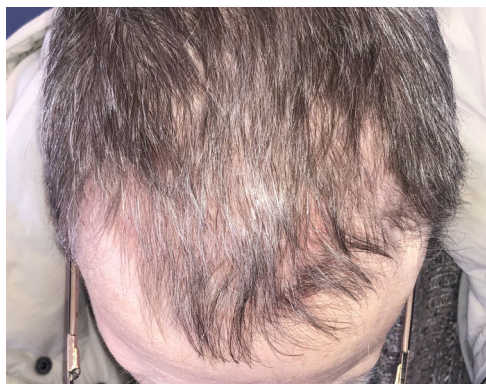


Figura 2 Curación completa tras el tratamiento.

Sin embargo, *T. rubrum* es una causa muy infrecuente de tinea capitis en la población general. Este dermatofito produjo un caso muy llamativo de tinea capitis en nuestra paciente, probablemente por autoinoculación a partir de la tinea pedis y la onicomycosis. A diferencia de otras especies de dermatofitos *T. rubrum* puede causar infección endotrix (interior del tallo piloso) y ectotrix (exterior del tallo piloso) en el marco de la invasión capilar, pudiendo ser este hecho el que permita la colonización a largo plazo²⁻⁴.

La tinea capitis en adultos puede tener presentaciones clínicas polimórficas y atípicas, lo cual conlleva dificultad diagnóstica y demora en el tratamiento. El diagnóstico diferencial en nuestra zona incluyó dermatosis pustulosa erosiva en cuero cabelludo, foliculitis decalvante y criptococosis cutánea. La dermatosis pustulosa erosiva del cuero cabelludo es una enfermedad inflamatoria rara, de etiología desconocida, que se produce normalmente en las personas mayores y que se diagnostica por exclusión. Los pacientes presentan pústulas pequeñas en el cuero cabelludo, la frente o las sienes. Las pústulas son normalmente estériles, aunque pueden ser colonizadas secundariamente por bacterias. La foliculitis decalvante es una forma altamente inflamatoria de alopecia cicatricial, en la que las pápulas y las pústulas perifoliculares completan el cuadro clínico. A menudo puede aparecer *Staphylococcus aureus*. Por último, la criptococosis cutánea es una infección causada por *Cryptococcus neoformans*⁵. La lesión cutánea consiste a veces en una gran ulceración costrosa en el cuero cabelludo que podría asemejarse a tinea capitis, pero que se produce a menudo en huéspedes inmunocomprometidos.

En cuanto al tratamiento, la elección del fármaco antifúngico depende de las características del paciente, el tipo y extensión de la lesión y la posibilidad de interacciones farmacológicas.

Las situaciones en las que se recomienda terapia sistémica incluyen tinea que comprometa 2 o más zonas, tinea corporis con compromiso amplio, tinea pedis mocasín o vesicular y tratamiento fallido con agentes tópicos⁶.

No solo se ha utilizado ampliamente la griseofulvina como antifúngico oral, sino también la terbinafina. El ketoconazol, el itraconazol y el fluconazol se utilizan en menor medida. Se han descrito reacciones adversas diversas e importantes al tratamiento con griseofulvina, y algunos estudios han mostrado una mayor eficacia de la terbinafina en la mitad de tiempo, en comparación con la griseofulvina, en los casos de tinea capitis causados por *Trichophyton*, con un mejor perfil de tolerabilidad⁷.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lova-Navarro M, Gómez-Moyano E, Martínez Pilar L, Fernández-Ballesteros MD, Godoy-Díaz DJ, Vera-Casaño A, et al. Tinea capitis in adults in southern Spain. A 17-year epidemiological study. *Rev Iberoam Micol.* 2016;33:110–3.
2. Ziemer A, Kohl K, Schröder G. *Trichophyton rubrum*-induced inflammatory tinea capitis in a 63-year-old man. *Mycoses.* 2005;48:76–9.
3. Hambro CA, Yin NC, Yang C, Husain S, Silvers DN, Grossman ME. *Trichophyton rubrum* tinea capitis in an HIV-positive patient with generalized dermatophytosis. *JAAD Case Rep.* 2017;3:19–21.
4. Kuklová I, Štork J, Lacina L. *Trichophyton rubrum* suppurative tinea of the bald area of the scalp: *T. rubrum* tinea of the bald area of the scalp. *Mycoses.* 2011;54:84–6.
5. Rodríguez Lozano J, Almagro M, del Pozo J, Mosquera J, Fernández Jorge B, Paradela S, et al. Disseminated cryptococcosis in an elderly woman. *Acta Derm Venereol.* 2005;85:557–8.
6. Kaul S, Yadav S, Dogra S. Treatment of dermatophytosis in elderly children, and pregnant women. *Indian Dermatol Online J.* 2017;8:310–8.
7. Jaén-Larriue A, Vicente-Villa A, Aguilera-Pérez P, González-Enseñat MA, Juncosa-Morros T, Fumadó-Pérez V. Tinea capitis treatment in Spain. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61:1079–80.

N. Martínez Campayo*, I. Meilán Sánchez,
W. Martínez Gómez
y E. Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario
Universitario de A Coruña, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nieves.mtnez.campayo@gmail.com
(N. Martínez Campayo).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.02.009>

0001-7310/ © 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).