

Tiña capitis pustular en un varón anciano con cirrosis hepática: reporte de caso

Pustular tinea capitis in an old man with hepatic cirrhosis: case report

Lucy Angélica Bartolo-Cuba^{1, 2}, Oscar Renato Bonarriba-Beltrán³

RESUMEN

La tiña capitis es una infección dermatofítica que afecta el cuero cabelludo. Es típicamente una enfermedad de la niñez, habiendo pocos casos reportados en adultos. Se presenta el caso de un paciente varón de 82 años de edad, con cirrosis hepática quien consulta por la aparición de múltiples pústulas confluentes en cuero cabelludo. Se establece el diagnóstico de tiña capitis con estudio micológico e histopatológico, aislándose *Trichophyton sp* como agente causal. Se trata con terbinafina a dosis de 250 mg diarios durante 10 semanas, obteniendo cura clínica y micológica.

PALABRAS CLAVES: Tiña capitis, *Trichophyton*, adulto, cirrosis hepática.

DERMATOL PERU 2015; 25 (1): 41-43

ABSTRACT

*Tinea capitis is a dermatophyte infection of the scalp. It is typically a childhood disease, and few cases were reported in adults. We present the case of an 82-year old male patient with hepatic cirrhosis and multiple confluent pustules in scalp. The diagnosis was established with mycological and pathology study and the isolation of *Trichophyton sp* as the causal agent. Treatment with 250 mg daily dose of terbinafine for ten weeks resulted in clinical and mycological cure.*

KEY WORDS: *Tinea capitis, Trichophyton, adult, liver cirrhosis.*

INTRODUCCIÓN

La tiña capitis es una infección de origen micótico de cuero cabelludo, cabello, cejas y pestañas¹. Sabouraud

refiere que ésta es una afección propia de la infancia y que excepcionalmente se presenta en el adulto². El diagnóstico en un paciente de este grupo etáreo suele ser problemático debido a su poca frecuencia y a sus variadas presentaciones clínicas. Cuando se presenta en estas edades es más frecuente en mujeres postmenopáusicas o afectas de disfunciones hormonales gonadales³. También se han asociado a casos de inmunodeficiencia celular y/o humoral, neoplasias y tratamiento inmunosupresor.⁴

CASO CLÍNICO

Varón de 82 años de edad, natural y procedente de la ciudad de Trujillo – Perú, con diagnóstico de cirrosis hepática desde hace 10 años en manejo actual con furosemida, espironolactona, pantoprazol y suplementos de hierro. Refería antecedentes familiares de cirrosis hepática (padre y hermanos). Desde hace 2 meses, inició con lesiones en cuero cabelludo asociadas a prurito y dolor, que incrementaron en número y se hicieron confluentes en el tiempo. Fue tratado por su médico de cabecera con antibióticos sistémicos y corticoides tópicos sin mejoría, por lo cual es remitido para evaluación dermatológica.

1. Dermatóloga asistente del servicio de Dermatología. Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú
2. Dermatóloga asistente de la Unidad de Atención Integral de Personas Viviendo con VIH/SIDA (UAIPVVS). Hospital Regional Docente de Trujillo - Perú
3. Médico de Familia y Comunitaria. Centro Sanitario Integrado El Acequión, Torre Vieja, Alicante – España



Figura 1. Pústulas confluentes, rodeadas de eritema y edema, localizadas en región fronto-parietal.

Al examen dermatológico, se evidenciaron múltiples pústulas confluentes, rodeadas de eritema y leve edema; así como, presencia de costras amarillentas localizadas en la región fronto parietal, asociadas a dolor a la palpación (Figura 1).

En los estudios complementarios, el examen directo con KOH al 10% fue positivo, observándose presencia de abundantes hifas de hongos. En la biopsia de piel, se evidenció a nivel de la epidermis, hiperparaqueratosis con cúmulos de neutrófilos, detritus celulares, hifas septadas y numerosas esporas. Mientras que, en la dermis papilar, un

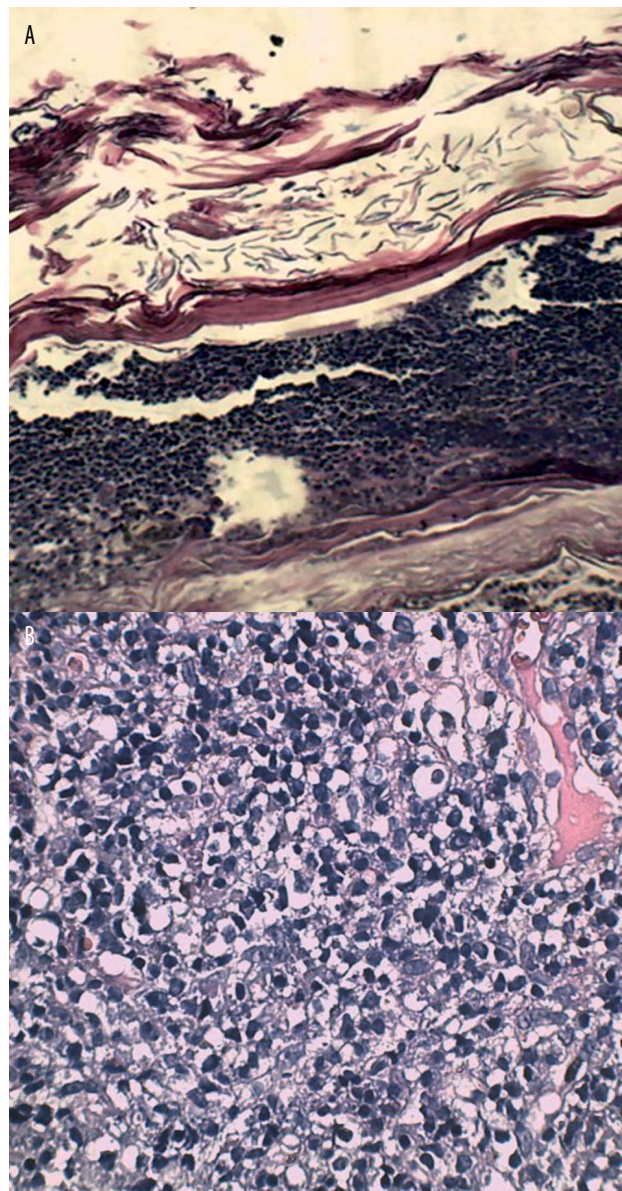


Figura 2. A) Epidermis: hiperparaqueratosis con cúmulos de neutrófilos, detritus celulares, hifas septadas y esporas. B) Dermis papilar: infiltrado perivascular por linfocitos, neutrófilos y células plasmáticas.

infiltrado perivascular por linfocitos, neutrófilos y células plasmáticas (Figura 2). Tras una semana de incubación del material recolectado de las lesiones en medio Agar Sabouraud, se demostró el crecimiento de colonias fúngicas que a la microscopía correspondieron a *Trichophyton sp.* Del mismo modo, se le realizaron exámenes de laboratorio reportándose una concentración de TGO de 38 mg/dl, TGP de 42 mg/dl, hemoglobina 11 g/dl, úrea 52 mg/dl y el resto dentro de parámetros normales.

El paciente fue tratado oralmente con terbinafina 250 mg al día y tópicamente con sulfuro de selenio 2.5%



Figura 3. Control a las 10 semanas tras uso de terbinafina vía oral y sulfuro de selenio en champú.

en champú durante 10 semanas. También se realizó tratamiento preventivo de los familiares más cercanos con mismo champú durante cuatro semanas. Al término de este esquema, se logró cura clínica y micológica (Figura 3).

DISCUSIÓN

La dermatofitosis es una enfermedad común en la práctica clínica, la cual puede causar varias formas de tiñas, con las características típicas de ser lesiones eritematosas y escamosas con bordes activos.⁵ Estas encontradas en el tronco son denominadas tiña corporis; en los pies, tiña pedis; en las ingles, tiña cruris; en el cuero cabelludo, tiña capitis y en uñas de manos y/o pies, tiña unguium.

La tiña capitis es un problema que afecta a la población mundial. Es más frecuente en niños en edad preescolar y escolar; mientras que, su presentación en los adultos es excepcional.⁶ Se considera que *Trichophyton tonsurans* es la especie que más frecuentemente produce tiña capitis en el adulto⁷ y *T. violaceum* parece ser la segunda en frecuencia.⁸ En la literatura internacional, son las mujeres en edad postmenopáusia el género y grupo étnico más afectado.⁹ Se considera que en los ancianos, la disminución de ácidos grasos saturados fungistáticos y la disminución del calibre del pelo permite su parasitación.⁶ Con menor frecuencia se han asociado algunos casos a inmunodeficiencia, neoplasias y tratamiento inmunosupresor, presentando lesiones severas, agresivas y diseminadas.¹⁰

Este caso ilustra una forma atípica de dermatofitosis en un huésped inmunocomprometido (anciano y con cirrosis hepática). Marconi et al afirman que la función inmune deprimida, la atopía y los desórdenes linfoproliferativos son factores predisponentes de cronicidad y recidiva; así como, para presentar enfermedad invasiva.¹⁰⁻¹² La cirrosis hepática ha sido considerada como un importante factor de riesgo para el desarrollo de infecciones fúngicas atípicas y diseminadas como criptococosis, mucormycosis, aspergilosis y candidiasis.^{13,14}

En conclusión, la presentación clínica atípica y la poca frecuencia de esta patología en adultos requieren un alto grado de sospecha ante lesiones pustulosas en cuero cabelludo, con el fin de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, evitando así los riesgos de diseminación al mismo paciente y miembros de su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morán D, Tarango -Martínez V, González L y Mayorga J. Tiña de la cabeza en un adulto. A propósito de un caso. *Rev Iberoam Micol* 2005;22:54-6.
2. Allegue F, Bernal A, González M, Blasco J, Ruiz R, Delgado F et al. Tiña capitis en el adulto por *Trichophyton violaceum*. Presentación de un caso. *Rev Iberoam Micol* 2002;19:120-2.
3. Asten N, Pau M, Biggio P. Tiña capitis in adults. *Mycoses* 1996;39:299-301.
4. Lateur N, André J, De Maubeuge J, Poncin M, Song M. Tiña capitis in two black African adults with HIV infection. *Br J Dermatol* 1999;140:722-4.
5. Lung-Chi Wu, Pei-Lun Sun, Yun-Ting Chang. Extensive Deep Dermatophytosis Cause by *Trichophyton rubrum* in a Patient with Liver Cirrhosis and Chronic Renal Failure. *Mycopathologia* 2013;176:457-62.
6. Fernández R, Liébanos S, Arenas R. Tiña de la cabeza recurrente en un adulto. *Derm Venez* 2002;40:70-3.
7. Takwale A, Agarwal S, Holmes S, Berth-Jones J. Tiña capitis in two elderly women; transmission at the hairdresser. *Br J Dermatol* 2001;144:898-900.
8. Pereiro-Miguens M, Pereiro E, Pereiro M Jr., Pereiro M, Toribio J. Incidencia de los dermatofitos en España desde 1926 a 1994. *Actas Dermo Sifilograf* 1996; 87:77-84.
9. Elewski BE. Tiña capitis: A current perspective. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:1-20.
10. Marconi V, Kradin R, Marty F, Hospenthal D, Kottom C. Disseminated dermatophytosis in a patient with hereditary hemochromatosis and hepatic cirrhosis: case report and review of the literature. *Med Mycol* 2010;48:518-27.
11. Ozdemir F, Erboz S, Unal I, Alper S, Aytimur R, Ozol A et al. Generalized *Trichophyton rubrum* infection in a subject with pemphigus vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:228-30.
12. Alidjinou K, Mathieu D, Colomel J, Francois N, Poulain D, Sendid B. Triple fungal infection in a patient with liver cirrhosis. *Ann Biol Clin (Paris)* 2012;70:89-92.
13. Falcone M, Massetti A, Russo A, Vullo V, Venditti M. Invasive aspergillosis in patients with liver disease. *Med Mycol* 2011;49:406-13.
14. Singh D, Tyagi I, Saran R, Gondal R. Fatal spontaneous Cryptococcal peritonitis in a woman with decompensated liver cirrhosis. *Acta Cytol* 2010;54:1087-9.

Correspondencia: Dra. Lucy Angélica Bartolo-Cuba
dralucybartolo@yahoo.com

Recibido: 26-01-15
Aceptado: 18-02-15