



Carta al Director

Laura Eva Franco-Fobe^{1,3,4}
María Luisa Monforte¹
María Victoria Fuentelsaz del Barrio²
Rocío Cebollada¹
Concepción López-Gómez³
Carmen Aspiroz¹

La importancia de un diagnóstico precoz. *Tinea capitis* producida por *Trichophyton tonsurans* en un adolescente

¹Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Royo Villanova
²Servicio de Dermatología, Centro Médico de Especialidades Grande Covián, Zaragoza
³Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet
⁴Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón

Article history

Received: 10 January 2024; Revision Requested: 23 July 2024; Revision Received: 4 October 2024;
Accepted: 7 October 2024; Published: 15 October 2024

Estimado Editor:

La *tinea capitis* (TC) es una infección fúngica del cuero cabelludo y los folículos pilosos causada comúnmente por hongos dermatofitos del género *Microsporum* y *Trichophyton*. En España hasta comienzos del siglo XXI el dermatofito más aislado en los casos de TC fue *Microsporum canis*. En la actualidad parece que se está incrementando el número de las tiñas antropofílicas, y entre sus agentes causales se encuentra *Trichophyton tonsurans* [1], siendo este el dermatofito más frecuentemente implicado en brotes familiares e institucionales [2,3].

T. tonsurans se propaga a través del contacto directo con personas infectadas o mediante el uso compartido de objetos contaminantes [4]. Las manifestaciones clínicas afectan fundamentalmente al cuero cabelludo y a los folículos pilosos causando picor, descamación de la zona junto con placas alopecias, y en casos más avanzados inflamación, supuración y dolor. En ocasiones puede causar *kerion* (lesión inflamatoria del cuero cabelludo con supuración de los folículos pilosos).

En los últimos años ha habido un incremento de casos de TC entre la población masculina adolescente contraídos en peluquerías, en los que el hongo aislado con mayor frecuencia ha sido *T. tonsurans*. Esto guarda relación con una moda internacional consistente en acudir a la peluquería con frecuencia semanal o bisemanal para cortarse el pelo de las zonas occipital y temporal, mediante degradado o rasurado. Esto puede haber favorecido el contagio de la tiña a través de las maquinillas eléctricas infectadas [5,6]. Las lesiones tienden a aparecer predominantemente en la nuca y el área temporal, que son las zonas donde se apura más el rasurado. A continuación se presenta el caso de un paciente con una TC por *T. tonsurans*.

Varón de 21 años de edad que acude a su centro de salud en julio de 2023 con lesiones eritematosas de 6 meses de evolución

alguna de ellas sobreinfectadas de predominio en la región cervical y alguna aislada en cuero cabelludo pruriginosas especialmente por la noche (Figura 1A). El paciente refería haberse aplicado una solución cutánea con betametasona dipropionato 0,5mg/g. Su médico le recomendó una crema con betametasona 0,5mg/g y gentamicina 1mg/g, y realizó una interconsulta con Dermatología para la evaluación de las lesiones. Dermatología contestó la interconsulta al día siguiente valorando la lesión como una posible micosis cutánea recomendando cultivo de hongos hasta la espera de la citación y evitar la aplicación de la crema con betametasona 0,5mg/g y gentamicina 1mg/g. Citó al paciente con prioridad preferente a las dos semanas. Durante ese periodo de tiempo no se recogieron muestras de las lesiones ni se suspendió el uso de la pomada. El paciente no acudió a la primera citación.

Finalmente, a mediados de septiembre de 2023 el paciente fue visto por Dermatología. La lesión fue catalogada como una posible *tinea incognita* y se solicitó cultivo micológico de la zona.

Se tomaron muestras en Microbiología de las lesiones de piel de cuello y nuca y de folículos del cuero cabelludo y nuca. Las lesiones que se observaron en septiembre estaban más evolucionadas que las que se observaron por primera vez en julio (Figura 1B).

A las 24h de la toma de muestras, el servicio de Microbiología informó de la observación de estructuras fúngicas en la visión directa de la muestra y en la tinción de Gram de la extensión de material de los folículos (Figura 2A). Al cabo de 3 semanas se informó del crecimiento de *T. tonsurans*. El microorganismo tardó en crecer y su identificación fue difícil, posiblemente debido al tratamiento tópico a base de corticosteroides que había recibido el paciente. El aislamiento en cultivo se realizó en medios habituales como agar Sabouraud-dextrosa con cicloheximida y DTM-Taplin (Dermatophyte Test Medium). Macroscópicamente las colonias tienen aspecto pulverulento de color blanco a grisáceo, a veces con centro rosado (Figura 2B). La identificación de la especie se realizó por sus características micro y macroscópicas en cultivo y mediante MALDI-TOF.

Correspondencia:
Laura Eva Franco Fobe
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
E-mail: lauevaf@gmail.com

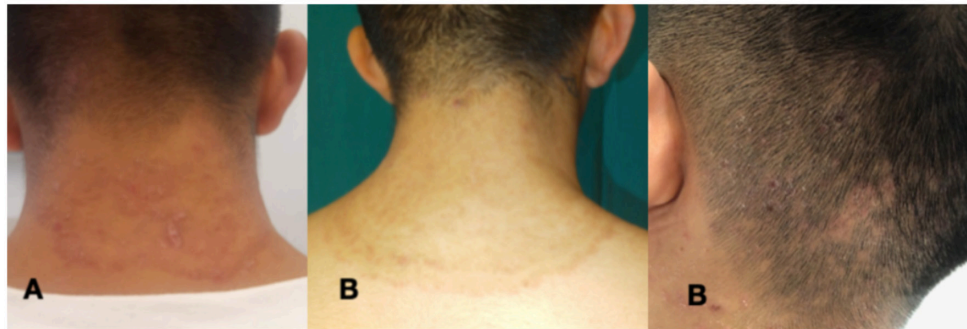


Figura 1 A) Lesiones eritematosas de julio 2023. B) Lesiones eritematosas junto con placa alopécica secundaria a tiña inflamatoria en septiembre 2023.

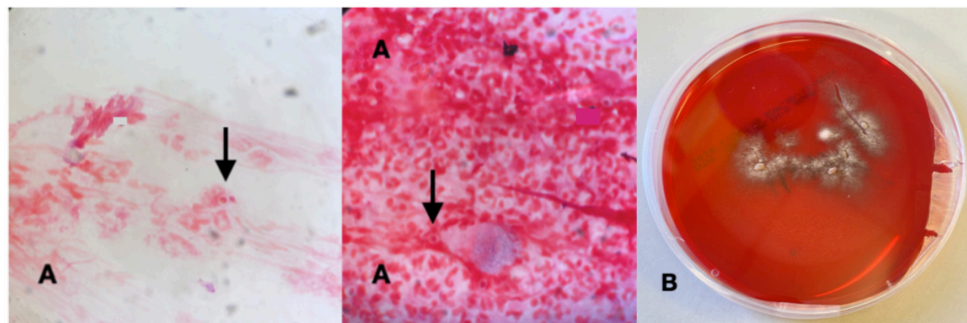


Figura 2 A) Estructuras fúngicas en la tinción de Gram. B) Crecimiento de *T. tonsurans* en DTM-Taplin.

El paciente se trató tras la toma del cultivo con terbinafina oral 250mg 1 cápsula/día durante 4 semanas, terbinafina 1% crema 2 veces/día durante 3 semanas y ketoconazol 2% champú 1 vez/ semana para él y sus convivientes. La evolución se presume satisfactoria porque el paciente no ha consultado ni a su médico de atención primaria ni a las numerosas llamadas de Dermatología para controlar su curación definitiva y *ad integrum*.

El término de *tinea incognita* hace referencia a la infección dermatofítica subdiagnosticada por alteración de la apariencia clínica debido al uso de esteroides tópicos o otras cremas polivalentes. La aplicación inapropiada de corticoides tópicos en infecciones micóticas de la piel puede originar una modificación de la presentación clínica [7].

Como conclusiones queremos destacar la importancia que tiene un diagnóstico precoz en este tipo de infecciones, que muchas veces pasan desapercibidas, ya que en poco tiempo la evolución de las lesiones puede ser rápida, progresando a fases inflamatorias en las que, además del perjuicio ligado a la progresión de las lesiones, se puede seguir propagando la infección a través del contacto directo. Es importante que todos los especialistas se familiaricen con este tipo de lesiones para así poder hacer un diagnóstico precoz y evitar el uso inadecuado de las cremas con corticoides.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este trabajo.

CONFLICTOS DE INTERES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Boz-González, J. Tendencias en la *Tinea capitis* en España. *Actas Dermosifiliográficas*. 2011;102(10):731-738.
2. Durán-Valle MT, Regodón-Domínguez M, Velasco-Rodríguez MJ, Aragón A, Gómez-Garcés JL. Epidemia de tiña por *Trichophyton tonsurans* en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid (España). *Rev Iberoam Micol*. 2016;33:126-8.
3. Moreno-Morales E, Valdez-Landrum P, García-Valdés *et al*. Brote epidémico intrafamiliar de tiña de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*: informe de cuatro casos en tres generaciones. *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43: 217-221.

4. Monzón A, Luis J, Tudela R. *Trichophyton tonsurans*. Control Calidad SEIMC. 2001.
5. Bascón L, Galvañ JI, López-Riquelme I, Navarro-Guillamón, et al. Brote de dermatofitos en egión de cabeza y cuello asociadas al rasurado en peluquerías: estudio descriptivo multicéntrico de una serie de casos. *Actas Dermo-sifilogr*. 2023;114:371–6.
6. Müller VL, Kappa-Markovi K, Hyun J, Georgas D, Silberfarb G, Pasch U, et al. *Tinea capitis* et barbae caused by *Trichophyton tonsurans*: A retrospective cohort study of an infection chain after shavings in barber shops. *Mycoses*. 2021;64:428–36.
7. Hernández IM, Sanahuja i Juncadella J. Tiña incógnita. *FMC - Form Médica Contin Aten Primaria*. 2010;17:33–4.