TIÑA CAPITIS: Casuística del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional durante el periodo octubre 2012-octubre 2016.

Tinea capitis: Casuistry of the Dermatology Service of the National Hospital during the period October 2012-October 2016

Dra. Diana Nunes, Dr. Arnaldo Aldama**, Dra. Victoria Rivelli***, Dra. Graciela Gorostiaga***, Dra. Sonia Insaurralde****, Dr. José Pereira****.*

**Residente **Jefe de Servicio ***Médica de Planta ****Bioquímicos*

Servicio de Dermatología - Hospital Nacional

Correspondencia: Diana Nunes email: didita_4@hotmail.com

Resumen

Introducción: La tiña capitis es una de las micosis superficiales más frecuentes en la infancia. Excepcional en el adulto donde la mayoría de los casos se presentan en mujeres.

Objetivos: Determinar la incidencia y las características clínicas y laboratoriales de la tiña capitis en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional durante el periodo octubre 2012 a octubre 2016.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Los pacientes fueron seleccionados a través de fichas clínicas del Servicio de Dermatología.

Resultados: Se observaron 140 casos de tiña capitis, lo que representa el 1,4 % de las nuevas consultas en el periodo estudiado. Todos los casos, a excepción de 5 , eran niños. El 91% corresponde a formas no inflamatorias (128 casos), en las cuales predomina la placa única (55,7%). Las lesiones inflamatorias en 12 pacientes (9 %) con lesión única en 11 de ellos . Los agentes detectados fueron el *M. canis* (43%) y el *T. tonsurans* (9%) otros hongos 5% y negativos 34 %. El tratamiento más empleado fue el de la terbinafina, con una respuesta positiva del 45% a los dos meses.

Conclusión: Como en todas las series, la tiña capitis es mucho **más frecuente en la edad pediátrica**, pero en ésta se observa un número significativo de mujeres adultas con comorbilidades asociadas.

El tratamiento, **aún con terbinafina**, debe extenderse por más de dos meses

Palabras clave: Dermatofitos, tiña capitis, tiña capitis en adultos.

Summary

Introduction: Tinea capitis is one of the most frequent superficial mycoses in childhood. Exceptional in the adult where most cases occur in women.

Objectives: To determine the incidence and clinical and laboratory characteristics of tinea capitis in the Dermatology service of the National Hospital during the period October 2012 to October 2016.

Material and methods: Retrospective descriptive study. The patients were recruited through clinical files from the Dermatology Service.

Results: A total of 140 cases of tinea capitis were observed, accounting for 1.4% of new consultations during the study period. All but five were children. It was found that 128 cases (91%) corresponded to non-inflammatory forms, predominating the single plaque (55.7%). Inflammatory lesions in 12 patients (9%) with a single lesion in 11 of them. The detected agents were M. canis (43%) and T. tonsurans (9%) other 5% and negative 34%. The most commonly used treatment was Terbinafine, with a positive response of 45% at two months.

Conclusion: As in all series, tinea capitis is much more frequent in the pediatric age, but in this series a significant number of adult women with comorbidities associated with this condition are observed.

Treatment with terbinafine should be continued for more than two months

Keywords: Dermatophytes, epidemiology, tinea capitis.

Introducción

Las micosis superficiales constituyen un importante problema de salud pública, los agentes etiológicos y la incidencia varían según la ubicación geográfica, el clima, las características socioeconómicas y los factores propios del huésped. [1]

La tiña capitis es una de las micosis superficiales más frecuentes en la infancia, ocurre comúnmente en la edad escolar y es excepcional en el adulto; esta variación con la edad es debida a los cambios en el pH del cuero cabelludo y al aumento de ácidos grasos que actúan como fungistáticos. La mayoría de los casos en adultos se presentan en mujeres con trastornos hormonales, o en pacientes con inmunodepresión grave, leucemia, linfoma o tratamiento con medicamentos inmunosupresores. [2]

La tiña capitis es causada por dermatofitos, hongos queratinofílicos que pueden invadir el estrato córneo de la piel y otros tejidos queratinizados como el pelo y las uñas[2]. Estos pueden encontrarse en humanos (antropofílicos), en animales (zoofílicos) o en el suelo (geofílicos). Los cambios observados a nivel mundial con respecto a distribución geográfica y prevalencia de los gérmenes, podría deberse a la migración humana. [2]

En la actualidad sigue siendo el *M. canis* el más frecuente en esta región, [3,4,12,] el mismo se encuentra presente en mascotas (perro, gato) y esta prevalencia puede explicarse por la convivencia estrecha de los niños con las mascotas y la falta de control sanitario de las mismas. Otros factores asociados al contagio son la higiene personal deficiente, compartir gorras, peines, contaminación de equipos de peluquería y el contacto en la escuela. [5]

La tiña se presenta en tres formas clínicas:

a) tiña no inflamatoria, que a su vez puede ser tonsurante, microspórica o tricofítica.

b) tiña inflamatoria o querión de Celso.

c) tiña fávica [5, 8]

La presencia de portadores asintomáticos de dermatofitos en adultos y niños, considerada por varios autores como parte del espectro de presentación clínica de la tiña capitis, es un tema de interés por las consecuencias a nivel de contagios interhumanos y reinfección al constituirse en reservorios potenciales, que afectan a la respuesta terapéutica. En el estado de portador los gérmenes antropofílicos, como el

T. tonsurans, son los que con mayor frecuencia resultan aislados. [2]

Conociendo los principales agentes causales en nuestro medio, las características epidemiológicas, clínicas y la respuesta a los tratamientos, contribuiremos a elegir la terapéutica adecuada, y orientar sobre medidas de prevención de contagios, lo que llevaría a una mejoría clínica y la consecuente adherencia al tratamiento.

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Conocer la incidencia de la tiña capitis en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional durante el periodo octubre 2012 a octubre 2016.
- Determinar factores demográficos y las características clínicas de los casos.
- Determinar los agentes causales.
- Conocer la incidencia en adultos y comorbilidades asociadas.
- Describir la respuesta terapéutica a los dos meses de iniciado el tratamiento.

Materiales y método

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de tiña capitis diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional en un periodo de 4 años (octubre 2012- octubre 2016).

En el estudio fueron incluidos pacientes de todas las edades, ambulatorios e internados con diagnóstico clínico de tiña capitis que consultaron por primera vez, con los que se determinó la incidencia y los datos demográficos.

Fueron excluidos pacientes con diagnóstico clínico de tiña capitis que tuvieran fichas incompletas.

Para determinar la prevalencia del agente causal, fueron excluidos aquellos pacientes que no contaban con el estudio micológico.

Los pacientes fueron seleccionados por medio de fichas clínicas del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional y fueron llenados formularios preparados en los cuales se consignaron datos demográficos y clínicos.

Los estudios micológicos fueron realizados en el Laboratorio de Bacteriología y Micología del Hospital Nacional y del Centro de Especialidades Dermatológicas.

Para determinar la respuesta al tratamiento, a los dos meses se consideraron los siguientes criterios:

Mejoría clínica:

Tiña no inflamatoria: disminución del tamaño de la placa, ausencia de descamación, crecimiento del pelo.

Tiña inflamatoria: además de lo anterior disminución del eritema, edema y secreción de la placa.

Se consideró ***falta de respuesta al tratamiento***, la invariabilidad de las lesiones con respecto a los parámetros citados.

Se consideró ***respuesta indeterminada*** al tratamiento a los pacientes que no acudieron a controles.

Resultados

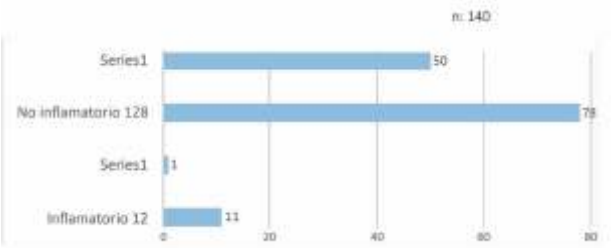
Fueron tratados 140 pacientes con diagnóstico clinico de tiña capitis que representan el 1.4 % de las nuevas consultas del Servicio de Dermatologia en el periodo mencionado, con los que se determinaron los siguientes datos demográficos y clínicos:

Edad: la distribución etarea se presenta en la tabla 1. Predomina en la franja de 1-5 años con 91 casos (65%). El paciente menor tenia 1 año y el mayor 65 . La edad promedio es de 9,8 años.

Los casos de mayores de 16 años corresponden a 5 pacientes de 46 , 55 , 61 y 2 de 65 años de edad.

Sexo: 75 son mujeres, lo cual representa el 54 %; 5 de ellas estaban en el grupo etario mayor de 16 años.

Procedencia: predominan los casos procedentes del departamento Central (81%), la mayoria de localidades aledañas al hospital.



Rango de edad	Pacientes	% n: 140
< a 1 año	0	0%
1 – 5 años	91	65%
6 – 10 años	30	21%
11 – 15 años	14	10%
> a 16 años	5	4%

Tabla 1.Tiña capitis. Distribución por edades. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional. Periodo octubre 2012 a octubre 2016

Formas clinicas : 128 casos (91%) corresponden a formas no inflamatorias en las cuales predomina la placa única observada en 78 casos (55.7%). **Figuras 1, 2,3**

Figura 2

FIGURA 2 Tiña capitis no inflamatoria, placa única, tonsurante microspórica.

Figura 3

FIGURA 3 Tiña capitis no inflamatoria, tonsurante tricofítica.

Las lesiones inflamatorias observadas en 12 pacientes (8.5%) también presentaban lesión única en 11 casos (7.9%). **Figuras 4 - 5**

Figura 4

FIGURA 4 Tiña capitis inflamatoria, querión de Celso

Figura 5

FIGURA 5 Tiña capitis inflamatoria, querión de Celso.

De los 140 pacientes , 90 retornaron con estudios micológicos realizados, habiendo resultado positivo el examen directo en 81 casos y el cultivo en 52 casos.

De los que presentaron cultivos positivos se identificaron los siguientes agentes más frecuentes: *M. canis* (39 casos, 43%) en primer lugar y en segundo *T. tonsurans* (8 casos, 9%) Tabla 2.

Todos los casos de tiña inflamatoria tuvieron estudios micológicos, con predominio del *M. canis* en 5 casos (42 %) . Dos casos por *M. gypseum* (16 %) y 5 casos fueron negativos.

Los casos en adultos **(Figura 6)** representan 3.6 % de esta casuistica y sus caracteristicas demograficas , clínica y laboratoriales figuran en la tabla 3.

Figura 6

FIGURA 6 Tiña capitis en adulto con afectación ungueal.

Estos casos fueron tratados casi todos con terbinafina o griseofulvina, con evaluación clínica de la respuesta terapeútica a los dos meses (Tabla 4).

Rango de edad	Pacientes	% n: 140
< a 1 año	0	0%
1 – 5 años	91	65%
6 – 10 años	30	21%
11 – 15 años	14	10%
> a 16 años	5	4%

Tabla 2. Tiña capitis: Dermatofitos más frecuentes. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional.

Periodo octubre 2012 a octubre 2016.

Comentarios

La incidencia de la tiña capitis en los pacientes que consultan por primera vez en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional durante el periodo estudiado es del 1,4%, habiéndose observado un ligero incremento con respecto a un trabajo realizado en nuestro servicio en el 2001 cuando fue reportada una incidencia de 1.3 % en un periodo de dos años[6] , lo cual confirmó que sigue siendo un problema sanitario importante en nuestro medio.

Se encontró que el 67% de las tiñas capitis se observan en menores de 5 años, siendo este grupo etareo en el que más frecuentemente se presenta de acuerdo a todas las series[1,2,14] probablemente relacionado con la tenencia de mascotas y el contacto con otros niños en la escuela.

En cuanto a la distribución por sexo hay un ligero predominio en esta serie del femenino (54 %). En otras series se observa ligero predominio de uno u otro sexo.[12,15]

	Edad	Sexo	Comorbilidad	Otras dermatofitosis	Micológico directo	Cultivo
Caso 1	65	F	LES	Onicomicosis	Ectotrix	*T. rubrum*
Caso 2	55	F	Enf. Celiaca	No	Endotrix	Negativo
Caso 3	46	F	Enf. Mixta del Tej. Conectivo	No	Endotrix	Negativo
Caso 4	65	F	Diabetes	No	Positivo	*T. rubrum*
Caso 5	61	F	LES	Onicomicosis- T. corporis	Endotrix	*T. tonsurans*

Tabla 3. Tiña capitis en adultos: características clínicas y laboratoriales. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional. Periodo octubre 2012 a octubre 2016

Las formas no inflamatorias son las más frecuentes[12,9,14]; sin embargo se observa un incremento de las formas inflamatorias (8.5 %) con respecto al último estudio realizado en nuestro servicio.[6] Este hecho podría deberse a la sensibilización previa del paciente por el contacto repetido con el germen circulante sin haber desarrollado la enfermedad en esos episodios.[2]

El dermatofito más frecuente fue el ***M. canis,*** este resultado coincide con estudios similares del país[6] y en América Latina[12,14,9,5] siendo este un germen zoofílico presente en perros y gatos, lo que estaría relacionacionado con la falta de control sanitario de los mismos en nuestro medio.

En nuestra serie se encontró en segundo lugar al ***T. tonsurans.***

Este germen es el observado con más frecuencia en los estudios de portadores asintomáticos en cuero cabelludo de adultos y niños.

Se encontraron 5 casos en adultos (3,5%) , todos ellos fueron de mujeres pos- menopáusicas, la mayoría con colagenopatías. En México, en una serie de 30 casos en adultos, 22 eran mujeres y la mayoría relacionados con inmunodepresion, diabetes mellitus, uso de esteroides y convivencia con niños, sumados a los cambios hormonales de dicha franja etárea[13]

El T. rubrum fue el más frecuente en adultos y en un caso estaba asociado a la presencia de micosis en otra localización. En otras series de adultos el germen encontrado con mayor frecuencia fue el ***M. canis***[13,15].

En nuestra serie el ***T. tonsurans,*** se encontró en un caso y estaba asociado a micosis en otras localizaciones. Este hongo es predominante en algunas series (Ridley)

El tratamiento más empleado fue la terbinafina, con una respuesta positiva en el 45% de los pacientes a los dos meses, lo cual indica que el tratamiento debe prolongarse a fin de mejorar los resultados terapéuticos.

En los casos por hongos antropofílicos como el **T. tons*urans*** es de utilidad la utilización concomitante de shampoo de ketoconazol 2% a fin de evitar nuevos contagios y reinfecciones.

Conclusión

Este trabajo confirma los hallazgos de otras series, sin embargo, coloca a la tiña capitis como un problema sanitario no solo en niños sino también en adultos.

Son fundamentales el correcto tratamiento con drogas orales por el tiempo adecuado y las medidas higiénicas para evitar la diseminación de la infección.

Bibliografía

1. Lynch P, Finquelievich J, Etchepare P, Lamy P, Re R, Litwak G, y al. Tinea capitis: estudio epidemiológico en el Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro "Dr. C. Gianantonio" (periodo abril de 2000 a marzo de 2002). Dermatol Pediatr Lat 2005;3(1):39-43

2. Rebollo N, López A, Arenas R. Tiña de la cabeza. Actas Dermatosilogr 2008;99:91-100.

3. Zuluaga A, Cáceres D, Arango K, Bedout C, Cano L. Epidemiología de la tinea capitis: 19 años de experiencia en un laboratorio clínico especializado en Colombia. Infectio 2016;20(4):225-230

4. Mata S, Carrillo Y, Canache O, Larrea F, Colella M, Pineda V y al. Epidemiología de Tinea capitis en Venezuela. Dermatol Venez 2013;51(1]):15-19

5. Arenas R. Dermatofitosis en México. Rev Iberoam Micol 2002;19:63-67

6. Aldama A, Rivelli V, Correa J, Mendoza G. Tiña de la cabeza. Comunicación de 54. Rev Chil Pediatr 2004; 75(4):392-397

7. Ortiz de Da Silva D, Flores de Lacarrubba L, Guzmán A. Dermatofitosis infantiles en Asunción. DermatologíaCMQ 2005;3(1):22-26

8. Allevato M, Tiña Capitis. Act Terap Dermatol 2005;28;138

9. Verrinder J, Soutto Mayor S, Hitomi L, Fraletti B, Serrano J. Epidemiological profile of tinea capitis in Sao Paulo City. An Bras Dermatol 2017;92(2):283-284

10. Higgins E, Fuller L, Smith C, Guidelines for management of tinea capitis. Br. J Dermatol 2000;143:53-58

11. Bonifaz A. Micología médica básica. 5ª Ed. México DF: Mc Graw Hill,2015 p. 108-58

12.Santos P, Cordoba S, Rodero L, Carrillo-Muñoz J, Lopardo H. Tinea capitis: Experiencia de 2 años en un hospital de pediatría de Buenos Aires, Argentina. Rev Iberoam Micol 2010;27(2):104-106

13 .Medina M, Padilla M, Fernández R, Arenas, Bonifaz A. Tiña de la cabeza en adultos: estudio clínico, micológico y epidemiológico de 30 casos en la ciudad de México. Piel. 2003;18 – 403

14. Essayag S, Carrillo Y, Canache, Larrea F, Colella Maria, Pineda V y al. Epidemiología de Tinea Capitis en Venezuela. Dermatol Venez. 2013;51(1):15-19

15. Monteagudo B, Pereiro M, Pereiro C, Toribio J. Tinea capitis en el área sanitaria de Santiago de Compostela. Actas Dermosifiliogr 2003;94(9):598-602