



Tinea capitis por *Trichophyton tonsurans*: una enfermedad emergente en Argentina

María F. Russo^a , Aldana Almassio^a , María E. Abad^a, Margarita Larralde^a

RESUMEN

La *tinea capitis* es una dermatofitosis, más frecuente en niños. Está causada por hongos dermatofitos que varían según la región; el más frecuentemente aislado en nuestro medio es el *Microsporum canis*. Dado su carácter antropofílico, la transmisión por vía interpersonal y mediante el uso de instrumentos de cuidado capilar es muy habitual.

En el transcurso del último año, se ha reportado un incremento en la incidencia de un patógeno que era muy poco habitual en nuestro medio: el *Trichophyton tonsurans*. Presentamos un estudio retrospectivo de los casos de *tinea capitis* por *Trichophyton tonsurans* identificados en el período comprendido entre septiembre de 2021 y marzo de 2023 en la Sección de Dermatología Infantil de un hospital general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Palabras clave: *tiña del cuero cabelludo*; *Trichophyton tonsurans*; *peluquería*.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10254>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10254.eng>

Cómo citar: Russo MF, Almassio A, Abad ME, Larralde M. *Tinea capitis* por *Trichophyton tonsurans*: una enfermedad emergente en Argentina. Arch Argent Pediatr. 2024;122(6):e202310254.

^a Sección Dermatología Infantil, Hospital de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para María F. Russo: flor.russo91@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 23-10-2023

Aceptado: 19-2-2024



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La *tinea capitis* es una infección fúngica del cuero cabelludo que afecta principalmente a niños y adolescentes a nivel mundial.¹ La especie de hongo *Trichophyton tonsurans* se ha convertido en un agente causal emergente en Argentina en los últimos años.^{2,3} Esta emergencia coincide con el aumento del número de barberías y la moda entre niños y adolescentes de cortes de pelo con rasuradoras. Está bien documentado que la tiña puede adquirirse a través del contacto con objetos contaminados, como peines, cepillos,^{4,5} rasuradoras o tijeras de barbería.^{6,7} Esto es particularmente importante en el caso de *Trichophyton tonsurans*, ya que se ha demostrado que existe una relación epidemiológica entre la presencia del hongo en las barberías y la prevalencia de *tinea capitis* en la población.^{6,8}

El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes pediátricos con *tinea capitis* causada por *Trichophyton tonsurans* que consultaron en la Sección de Dermatología Infantil del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre septiembre de 2021 y marzo de 2023.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional durante el período comprendido entre septiembre de 2021 y marzo de 2023 en la Sección de Dermatología Infantil del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incluyó en el estudio a los pacientes menores de 18 años con *tinea capitis* o querion de Celso por *Trichophyton tonsurans*. Se excluyeron aquellos pacientes con tiña de la cabeza con otro agente causal.

El diagnóstico se realizó de forma clínica. El estudio confirmatorio se realizó en el Servicio de Microbiología del Hospital Ramos Mejía. La toma de muestras se realizó por raspado de la lesión con bisturí de hoja ancha para la obtención de escamas y depilación para obtener pelos. Posteriormente, se realizó la observación del examen directo con hidróxido de potasio (KOH) 40 % con tinta Parker® azul-negra permanente, para la detección de elementos fúngicos, y el cultivo en medio agar de Sabouraud glucosado con cloranfenicol y agar selectivo y diferencial para el desarrollo de dermatofitos (DTM), compuesto por agar Mycosel suplementado con solución de rojo de fenol al 5 %. Los cultivos se incubaron a 28 °C durante 21 días.

Las variables en estudio fueron edad, sexo,

clínica, antecedente de acceso a barberías, contacto con animales o personas con tiña, tratamientos instaurados y evolución de la enfermedad.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (registro 10761, fecha 04/10/2023). Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes, padres y tutores.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, consultaron 92 pacientes con diagnóstico de *tinea capitis*. Se excluyeron 8 por cultivo negativo, 2 por contaminación por hongo ambiental, 23 por cultivo positivo del género *Microsporum* y 30 por pérdida de seguimiento. Se incluyeron 29 pacientes niños –y adolescentes– con diagnóstico de *tinea capitis* por *Trichophyton tonsurans* (Figura 1).

De los 29 pacientes incluidos, 23 fueron de sexo masculino y 6 de sexo femenino. La mediana de edad fue 7,9 años con un rango de 3 a 14 años.

Las formas clínicas observadas incluyeron placas pseudoalopécicas a nivel del cuero cabelludo con descamación fina grisácea en su superficie sin una localización específica. En las Figuras 2 y 3, se puede observar la localización variable, tanto en región occipital como frontal. Se observa el característico corte de cabello con rasuradora. En 3 pacientes, la forma de presentación fue la inflamatoria, el querion de Celso.

En cuanto a los antecedentes, 28/29 pacientes tenían antecedentes de rasurado de cabello con máquina en barberías y 2 pacientes tuvieron contacto con un hermano que asistía a la barbería.

En cuanto al tratamiento, se indicó terbinafina 3-5 mg/kg/día en 13/29 pacientes y en 12/29 se indicó griseofulvina 20-25 mg/kg/día. En los 3 pacientes con querion de Celso, se indicó además meprednisona 1 mg/kg/día durante 10 días. De los 4 pacientes restantes, 2 no regresaron a la consulta, 1 realizó tratamiento con ambos antimicóticos y 1 realizó tratamiento con champú antimicótico. La mayoría resolvió el cuadro en menos de 1 mes.

DISCUSIÓN

En los últimos años, se ha incrementado la incidencia de *tinea capitis* por *Trichophyton tonsurans* en la Ciudad Autónoma de Buenos

FIGURA 1. Diagrama de inclusión de los pacientes

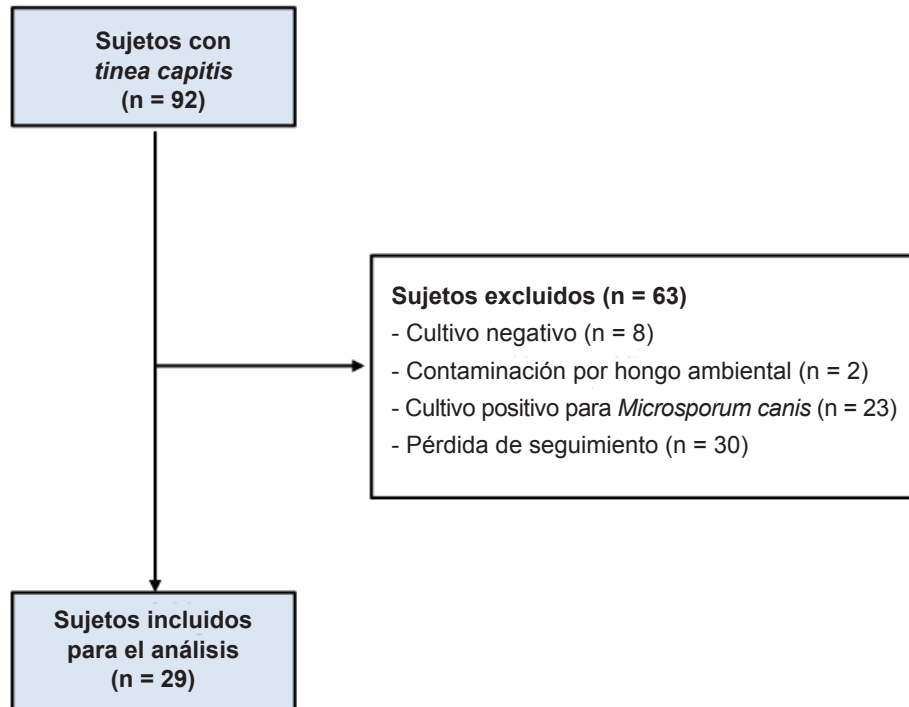


FIGURA 2. Placas descamativas en región frontal



Aires.^{2,3} En algunas ocasiones, por sus características clínicas se puede confundir con placas de *alopecia areata*, placas eritematosas de psoriasis de cuero cabelludo o placas de eccema. Por eso es fundamental la realización del estudio micológico para identificar el agente. Existen diferencias clínicas, histopatológicas y de

tratamiento con la tiña clásica por *Microsporum canis* que se detallan en la *tabla 1*.

En un estudio prospectivo, descriptivo y observacional realizado en el Hospital Garrahan de Buenos Aires en el período de 2004-2006, se evaluaron 178 niños con *tinea capitis* o querion de Celso. Se encontró *Trichophyton tonsurans*

FIGURA 3. Placa alopécica con leve descamación, placas satélites a predominio de región occipital



TABLA 1. Diferencias con la tiña microspórica

<i>Trichophyton tonsurans</i>	<i>Microsporum canis</i>
Múltiples placas	Única o múltiples placas
Endotrix	Ectotrix
Escamas blanquecinas	Escamas finas grisáceas
Pelos cortados a distintos niveles a la dermatoscopia	Pelos cortados al mismo nivel a la dermatoscopia
Tratamiento con terbinafina	Tratamiento con griseofulvina

en 14/111 pacientes (12,61 %).³ En nuestro estudio, la forma clínica (predominancia de tiña no inflamatoria sobre querion de Celso), edad y sexo coinciden con el trabajo citado previamente en el Hospital Garrahan.

El tratamiento elegido para tratar la tiña causada por *Trichophyton tonsurans* es la terbinafina en una dosis de 3 a 5 mg/kg/día, hasta que no se observen lesiones activas. En contrapartida, el tratamiento elegido para la tiña causada por *Microsporum canis* es la griseofulvina en una dosis de 20 a 25 mg/kg/día. En la práctica habitual, no realizamos ningún estudio de laboratorio previo ni durante la utilización de la medicación.

En nuestra experiencia, al igual que en otros trabajos reportados, los niños que asisten a barberías tienen un mayor riesgo de contraer *tinea capitis* causada por *Trichophyton tonsurans*, en comparación con aquellos que no lo hacen.^{6,8} Esto se debe a que los instrumentos de corte, como las cuchillas y las tijeras, pueden transmitir el hongo de un niño infectado a otro sano.⁷

La implementación de medidas de higiene y desinfección adecuadas en las barberías permite reducir la propagación de la *tinea capitis* y otras infecciones relacionadas con el cuero cabelludo.⁵ En cuanto a este punto, es importante desarmar las rasadoras para limpiarlas correctamente con alcohol y poder eliminar las hifas de las máquinas

de cortar el cabello. Idealmente, deberían ser esterilizadas.

Consideramos fundamental que los padres y cuidadores estén informados sobre las medidas preventivas (sugerimos el uso de rasuradora propia o familiar) y los síntomas de la *tinea capitis* para poder detectarla y tratarla a tiempo.

CONCLUSIÓN

La *tinea capitis* causada por *Trichophyton tonsurans* es un problema de salud pública en la población pediátrica de Argentina. Existe una relación epidemiológica entre la presencia de *Trichophyton tonsurans* en las barberías y la prevalencia de la infección en la población. Se requiere de un esfuerzo conjunto entre autoridades sanitarias, padres y personal de las barberías para implementar medidas de prevención y control adecuadas, y reducir la incidencia de esta enfermedad en la población. ■

REFERENCIAS

1. Abad ME, Label A, Llorca V. Micosis superficiales. En: Larralde M, Abad E, Luna P, Boggio P, Ferrari B. Dermatología Pediátrica. 3ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal; 2021: 227-32.
2. Messina F, Walker L, Romero M, Arechavala A, et al. Tinea capitis: aspectos clínicos y alternativas terapéuticas. *Rev Argent Microbiol.* 2021;53(4):309-13.
3. Santos PE, Córdoba S, Rodero L, Carrillo-Muñoz A, Lopardo H. Tinea capitis. Experiencia de 2 años en un hospital de pediatría de Buenos Aires, Argentina. *Rev Iberoamer Micol.* 2010;27(2):104-6.
4. Sharma V, Silverberg NB, Howard R, Tran CT, et al. Do hair care practices affect the acquisition of tinea capitis? A case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(7):818-21.
5. Winge MCG, Chrysanthou E, Wahlgren CF. Combs and hair-trimming tools as reservoirs for dermatophytes in juvenile tinea capitis. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(5):536-7.
6. Müller VL, Kappa-Markovi K, Hyun J, Georgas D, et al. Tinea capitis et barbae caused by *Trichophyton tonsurans*: a retrospective cohort study of an infection chain after shavings in barber shops. *Mycoses.* 2020;64(4):428-36.
7. Uslu H, Uyanik M, Ayyildiz A. Mycological examination of the barbers' tools about sources of fungal infections. *Mycoses.* 2008;51(5):447-50.
8. Bascón L, López-Riquelme I, Navarro-Guillamón PJ, Morón JM, et al. Brote de dermatofitosis en región de cabeza y cuello asociadas al rasurado en peluquerías: estudio descriptivo multicéntrico de una serie de casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2023;114(5):371-6.