

¿Cuál es su diagnóstico? / *Tinea capitis* por *M. canis*

What is your diagnosis? / *Tinea capitis* by *M. canis*

Joselyn Yosbeli Ramírez-González,¹ Valeria M. Torres-Guillén,² Evelyn Yanett Cruz-Beltrand,¹ Silvia Anett Mejía-Rodríguez,¹ Diana C. Vega-Sánchez,² Eder R. Juárez-Durán,² y Roberto Arenas²

¹ Centro Dermatológico, Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández Zacamil, El Salvador

² Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

Discusión

La *tinea capitis* es una dermatofitosis que afecta la piel cabelluda, es más común en la población pediátrica, con mayor incidencia entre los tres y los siete años de edad.¹ Los géneros *Trichophyton* y *Microsporum* son los más frecuentemente implicados.² La distribución de las cepas varía según la región geográfica; en países de África, América y Asia prevalece *Trichophyton* spp.³ En México se observa una mayor prevalencia de éste en la región norte, mientras que en las áreas occidental y central se registran más casos ocasionados por *Microsporum* spp.⁴ El complejo *Microsporum canis* comprende una especie zoofílica, *M. canis*, y dos especies antropofílicas, *M. audouinii* y *M. ferrugineum*, la primera es el principal agente zoonótico de la dermatofitosis en gatos, perros y seres humanos en todo el mundo.⁵

Clínicamente puede manifestarse desde una pérdida sutil del cabello con descamación hasta una alopecia con parches escamosos o incluso alopecia con puntos negros. Estos casos se pueden clasificar en tipo inflamatorio o no inflamatorio.⁶ En cuanto a la histopatología, se puede observar un infiltrado inflamatorio en la dermis, que a veces conlleva a la formación de células gigantes debido a la destrucción folicular.¹ La infección por tiña de la cabeza se puede clasificar en dos patrones distintos:⁷ endothrix y ectoendothrix. El primero se caracteriza por la presencia de esporas fúngicas dentro del tallo piloso, manteniendo la integridad de la corteza; el segundo implica que las esporas fúngicas se adhieran a la superficie del tallo piloso, lo que puede llevar a la destrucción de la cutícula.

Una variante más grave es el querión Celso, desencadenado por una reacción citotóxica de hipersensibilidad mediada por células T del huésped.⁴ Esta presentación se manifiesta clínicamente como una placa sensible de pústulas y costras.⁶ Es muy importante destacar que el querión frecuentemente se diagnostica de forma errónea como una infección bacteriana, lo que puede resultar en la

administración innecesaria de terapia antibiótica sistémica o incluso en intervenciones quirúrgicas.⁸ Un enfoque terapéutico tardío podría ocasionar la pérdida permanente del cabello.

El diagnóstico de la tiña de la cabeza se realiza mediante una combinación de microscopía directa y cultivos.⁶ En los últimos años la dermatoscopia ha emergido como una herramienta diagnóstica que permite un examen más detallado de la piel cabelluda.⁷ Tanto en tiña microspórica como tricofítica se pueden observar pelos “en coma”, puntos negros, descamación perifolicular y pelos en “i”. Sin embargo, hay características específicas, dependiendo de la etiología, que nos ayudan a un diagnóstico más sencillo. En *Microsporum* es característico encontrar pelos en “código morse”, pelos en “zigzag” y pelos quebrados, mientras que en *Trichophyton* son característicos los pelos en “sacacorchos”.⁹

Se requiere tratamiento antifúngico sistémico⁶ ya que los agentes tópicos suelen tener dificultades para penetrar eficazmente en el tallo piloso o eliminar la infección. Entre los principales agentes antifúngicos utilizados para este fin se encuentran la griseofulvina, terbinafina, itraconazol y fluconazol. La griseofulvina es el primer fármaco eficaz utilizado.¹⁰ Debido a la no disponibilidad de este medicamento, los esquemas recomendados incluyen 3-6 mg/kg/día de fluconazol o 2-4 mg/kg/día de itraconazol durante seis semanas, y terbinafina que varía de acuerdo con el peso del paciente, en menores de 25 kg se indican 62.5 mg/día, entre 25 y 40 kg se dan 125 mg/día y en mayores de 40 kg se indican 250 mg/día, durante cuatro semanas.^{11,6,8} Para tratar el querión, se eliminan las costras mediante compresas húmedas y se recomienda el uso de prednisona oral durante un tiempo corto.⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. John AM, Schwartz RA y Janniger CK, The kerion: an angry tinea capitis, *Int J Dermatol* 2018; 57(1):3-9. DOI: 10.1111/ijd.13423.

2. Martínez-Ortega JI, Franco González S, Martínez-Jaramillo B y Ramírez Cibrián AG, *Microsporum canis*-induced *tinea capitis*: a rapid screening algorithm, *Cureus* 2024; 16(3):e55919. doi: 10.7759/cureus.55919.
3. Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG *et al.*, *Tinea capitis* in children: a systematic review of management, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32:2264-74. doi: 10.1111/jdv.15088.
4. Rodríguez-Cerdeira C, Martínez-Herrera E, Szepietowski JC *et al.*, A systematic review of worldwide data on *tinea capitis*: analysis of the last 20 years, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021; 35:844-83. doi: 10.1111/jdv.16951.
5. Zhou X, Ahmed SA, Tang C, Grisolia ME, Warth JFG, Webster K, Peano A, Uhrlass S, Cafarchia C, Hayette MP, Sacheli R, Matos T, Kang Y, De Hoog GS y Feng P, Human adaptation and diversification in the *Microsporum canis* complex, *IMA Fungus* 2023; 14(1):14. doi: 10.1186/s43008-023-00120-x.
6. Ion A, Popa LG, Porumb-Andrese E, Dorobanțu AM, Tătar R, Giurcăneanu C y Orzan OA, A current diagnostic and therapeutic challenge: *tinea capitis*, *J Clin Med* 2024; 13(2):376. doi: 10.3390/jcm13020376.
7. Hay RJ, *Tinea capitis*: current status, *Mycopathologia* 2017; 182(1-2):87-93. doi: 10.1007/s11046-016-0058-8.
8. Grijzen ML y De Vries HJC, Kerion, *Canadian Medical Association Journal* 2017; 189(20). doi:10.1503/cmaj.160665.
9. Waśkiel-Burnat A, Rakowska A, Sikora M, Ciechanowicz P, Olszewska M y Rudnicka L, Trichoscopy of *tinea capitis*: a systematic review, *Dermatol Ther* (Heidelberg) 2020; 10(1):43-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-019-00350-1>.
10. Verrier J, Krähenbühl L, Bontems O *et al.*, Dermatophyte identification in skin and hair samples using a simple and reliable nested polymerase chain reaction assay, *Br J Dermatol* 2013; 168:295-301.
11. Messina F, Walker L, Romero MD, Arechavala AI, Negroni R, Depardo R, Marin E y Santiso GM, *Tinea capitis*: aspectos clínicos y alternativas terapéuticas, *Rev Argent Microbiol* 2021.

