

DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

EN HOMENAJE AL PROF. DR. JAIME PEYRÍ
ROCAMORA, CON MOTIVO DE SU JUBILACIÓN

Organizado por los médicos de su CLINICA UNIVERSITARIA Dres.: F. Alabart - E. Bassas, J. Bassedas, J. Capdevila, A. Castells, J. Colomer, F. de Dulanto, J. Finestres, A. Goday, J. M. Gómez-Ceballos, J. Mato, J. Mercadal Peyrí, G. Muntaner, J. Peyrí Dalmau, R. Pedragosa, J. Piñol, J. Reig, C. Romaguera, M. Trías Bertrán, R. Torra Bassols, A. Valls Gil y J. Valls Serra.

XIII

LAS TIÑAS DEL CUERO CABELLUDO Y PIEL GLABRA

Dr. J. MERCADAL PEYRÍ

CON la limitación de tiempo impuesta para el desarrollo de esta lección, nos vemos obligados a reducir la exposición de las tiñas del cuero cabelludo y piel glabra, hablando exclusivamente de las tiñas propiamente dichas y dejando, por tanto, de lado, las epidermomicosis y blastomicosis superficiales, tan interesantes en su conocimiento para completar el estudio de las micosis superficiales de la piel humana. También dejaremos de exponer las reacciones secundas, debidas a los fitoparásitos productores de las tiñas, por iguales motivos.

Generalidades

Entendemos por tiñas aquellas enfermedades de la piel, producidas por los hongos más inferiores, casi en su totalidad pertenecientes a los Hyphomycetos (fungi imperfecti), y con localización predominante y casi exclusiva en el cuero cabelludo. Afectan preferentemente el cabello, siendo, no obstante, posibles las producciones de estos parásitos por toda la superficie cutánea, especialmente cuando el cuero cabelludo está afectado inicialmente, aunque también de manera primitiva.

Los Hyphomycetos causantes de las tiñas, viven prácticamente de la queratina epidérmica, en la cual germinan, se desarrollan y expansionan en forma circular o circinada, efecto este conocido desde HORACIO. Cuando en el transcurso de su vida epidérmica encuentran un folículo piloso, penetran en el mismo siguiendo la epidermis corneana, apoderándose del pelo incluido en el mismo por su constitución especial queratínica, lo invaden atravesando la cutícula tangencialmente, lo alteran más o menos intensamente y, anidando en el propio tallo del pelo, se multiplican con sus esporos, progresando en profundidad y llegando hasta cerca del bulbo, en el preciso lugar de la queratinización de la fánera, donde se constituye la llamada Franja de Adamson. La génesis del cabello, con su progresión ascendente continuada, no es suficiente para que el parásito anidado en el mismo, sea llevado hasta la superficie libre del propio cabello, quedando inhabitada su parte profunda; antes al contrario, el tallo es asiento continuo en toda la profundidad antes dicha, de manera ininterrumpida, por la pululación y reproducción del parásito, de manera indefinida, si un tratamiento local a propósito no provoca la efluviación o depilación completa y total de cada pelo parasitado, que pueda permitir una actuación de los antisépticos específicos, para terminar con la vida parasitaria intrafolicular y, con ello, lograr la esterilización de la parte afecta.

En la mayoría de tiñas, el parásito no se limita tan sólo a la invasión del pelo, sino que, al propio tiempo, puede producir reacción intra y extrafolicular (perifolicular) que, en determinados casos, llegará a provocar trastornos generales, traducidos en reacciones alérgicas específicas de parásito o de grupo. En la piel glabra, la lesión, cuando no encuentra pelo alguno, se limitará a estar situada en las capas superficiales como a máximo, con reacciones más profundas epidermodérmicas, en dependencia de la afectación del folículo, para el mayor número de parásitos.

Un grupo de tiñas, como veremos luego, cura espontáneamente al llegar a la pubertad (tonsurantes); por la micología se han podido identificar gran número de especies parasitarias agrupadas en distintos géneros y con características objetivas en cuanto a los gérmenes en su localización, con relación al pelo, al propio tiempo que con características culturales especiales; también se han podido llegar a conocer por inoculación experimental, sustancias biológicas llamadas fitinas (tricrofitina, microsporina, favina, etc.), producto de endo y exotoxinas del parásito.

En dos grandes grupos se han dividido las tiñas del cuero cabelludo: la tiña favosa y las tiñas tonsurantes, divididas éstas a su vez, en tricoficias y microsporias; precisa añadir un tercer grupo que corresponde a las tiñas inflamatorias (querión).

La diferencia fundamental entre el favus y las tonsurantes, estriba en que, en el primero, la alopecia es consecutiva, más que a una alteración del cabello en sí, principalmente a una atrofia del folículo que llega a la destrucción completa del mismo con la caída consecutiva del cabello asentado en él. En cambio, la alopecia en las tonsurantes, es, como su nombre indica, por verdadera tonsura, es decir, por caída del cabello enfermo, debido a la profunda alteración del mismo a que el parásito da lugar, con nula o muy escasa reacción del folículo piloso.

Favus

El Favus, la más antigua conocida de entre las tiñas, con confusionismos nominativos iniciales, es la más grave y persistente, contrayéndose habitualmente durante la infancia y no curando sin intervención terapéutica, hasta la atrofia total de los folículos enfermos y sin conseguir jamás la curación espontánea al llegar a la pubertad, como se observa en las tonsurantes. Las pequeñas endemias observadas de enfermos fávicos corresponden por lo común a medios rurales o familiares, en contraposición a las endemias escolares, tan frecuentes en las tonsurantes. Según GAY PRITO, en España se encuentran, sobre todo en Extremadura, León, Galicia y en los más pobres distritos de la provincia de Granada (Gua-dix y Baza); nosotros hemos vivido algunas en Cataluña, siempre familiares.

Etiológicamente, el favus es debido a un parásito, el *Achorion Schönleini*, de cultivo pelado, lento en su crecimiento y, en ocasiones difícil, sin órganos diferenciados de reproducción; excepcionalmente algunos *Achorion* de origen animal, pueden producir el favus humano (*A. gallinae*).

La evolución del favus es extraordinariamente lenta, crónica, con tendencia a la curación espontánea, tal como hemos indicado, pudiendo ser tolerada sin reacción de orden general, durante toda la vida del paciente.

Clínicamente debemos distinguir las lesiones propias del cabello y las del cuero cabelludo. El cabello fávico tiene un tono grisáceo amarillento, como de paja mojada y es tan característico, que el haberlo observado una vez es suficiente para distinguirlo fácilmente en cualquiera otra ocasión. Cabellos sueltos o mechones de los mismos (fig. 1) adquieren aquellas características que permiten juzgar a cierta distancia la posibilidad de encontrarnos ante un caso de favus.

Las lesiones cutáneas consisten en dos tipos distintos: el «escudete fávico» (fig. 2), llamado también cazoleta, en francés *godet* y en latín *scutulium*, que se inicia en forma de una pustulita intraepidérmica y corneana, sobrevenida a los dos días aproximadamente del contagio, pustulita que se deseca a las pocas horas de existencia, mostrando la apariencia, desde este momento, de una costra amarillenta, frágil, arcillosa, de situación en el ostium folicular, que crece muy lentamente, pudiendo llegar a adquirir dimensiones de varios milímetros de diámetro, y que por confluencia con otras contiguas, podrá producir en conjunto cazoletas mayores, compuestas, no obstante, ya objetivamente de varias cazoletas de dimensiones

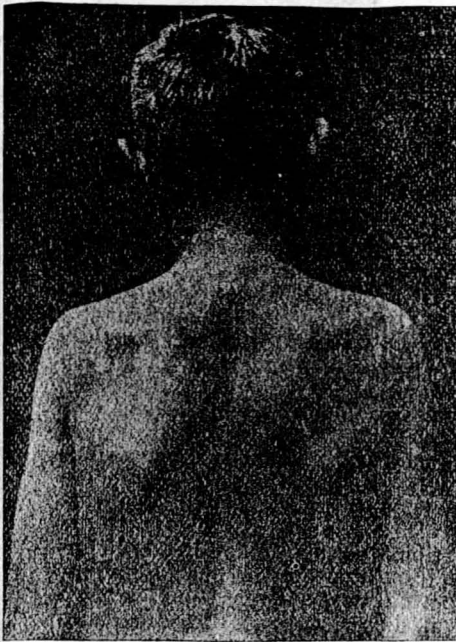


Fig. 1 - Fabus de cuero cabelludo con lesiones en piel glabra cabello grisáceo-amarillento en grandes zonas.



Fig. 2 - Fabus típico del cuero cabelludo. Obsérvense las típicas cazoletas o escudetes y e cabello variegado, grisáceo-amarillento.



Fig. 3 - Pelo Fávico, a unos 400 aumentos, en el cual se observan las burbujas de aire, micelios y los «tarsos fávicos»

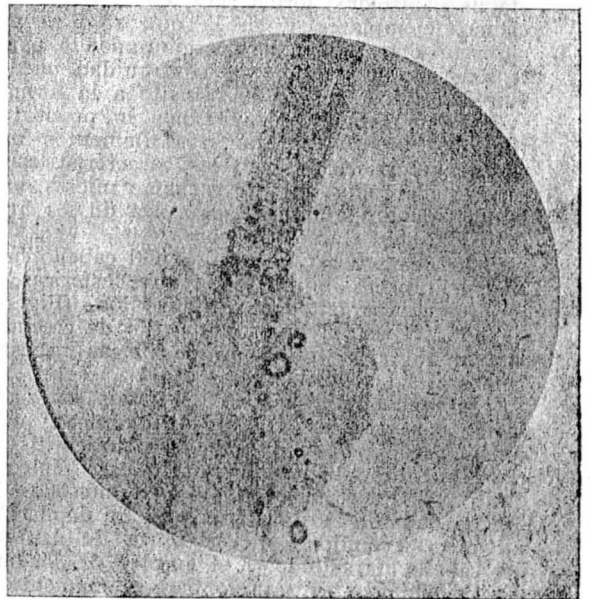


Fig. 4 - Cabello Fávico en examen extemporáneo a la potasa cáustica al 40 %. Burbujas de aire típicas.

inferiores. La cazoleta que adquiere un tono áureo en su color amarillo, al ser mojada por el alcohol o el agua, está engastada en plena epidermis, sobresaliendo muy ligeramente en la superficie donde asienta y mostrando, las más de las veces, un pelo con las características antes anotadas, que traspasa perpendicularmente el espesor de la cazoleta. El olor de esta lesión costrosa es característico, habiendo sido comparado al de nido de ratones. El contenido de la cazoleta, como lo muestra el microscopio, es puramente un cultivo miceliano; el cabello, al ser arrancado, muestra en su extremidad proximal una vaina gelatinosa que corresponde a la pared del folículo, alterada.

La segunda lesión característica de la superficie cutánea viene integrada por la atrofia del folículo y de la propia piel, mostrándose por piel leiforme en la que el cabello preexistente no ha dejado el menor rastro.

La lesión del cabello y folículo producida por el parásito, conduce a una reacción perifolicular, con presencia en la dermis de linfocitos, células epitelioides y, en ocasiones, células gigantes, con alteración de la colágena y fibras elásticas por dislaceración de las mismas, constituyendo un verdadero granuloma, muy bien descrito por DARIER y HALLÉ.

SABOURAUD insiste en que todo folículo afectado por el parásito del favus produce sistemáticamente una alteración más o menos intensa, de orden perifolicular que, en último término, se traduce con el granuloma que acabamos de describir.

Aparte de esta forma típica que hemos descrito, existen unas variedades clínicas, aunque poco frecuentes, pero que precisa recordar en clínica, precisamente para no confundirlas con enfermedades de un parecido lesional y cuya propagación sería muy fácilmente superior a la que el favus típico puede producir. Estas formas atípicas son: el «favus pitiroide», con elementos escamosos en placas circunscritas y pelos fávicos en el interior; en esta forma de la que hemos descrito recientemente una pequeña endemia, para llegar al diagnóstico, no descuidaremos de examinar minuciosamente la superficie cubierta por aquellas escamas, y en la que observaremos sistemáticamente, unos minúsculos escudetes, que nos conducirán al diagnóstico. El «favus impetigoide», llamado así por su parecido con el impétigo contagioso, sin mayor significado que el de las lesiones clínicas, ya que la evolución tiene la misma lentitud que el favus típico, y, por último, el «favus papiroide», forma rara, de la que SABOURAUD dijo no haber visto sino escasísimos ejemplares y en la que sólo al principio de la enfermedad, podremos observar una formación apergamizada o papiroícea de las escamas compactas que le constituyen y que, por continuidad pueden semejar aquellas lesiones; es una variedad inicial pues, de tránsito a la forma típica.

El diagnóstico del favus nos lo precisará el examen microscópico del cabello (fig. 3), en cuyo interior los filamentos micelianos diseminados por dentro del cuerpo del mismo, tienen las características particulares de estar constituidos por esporos alargados de tres y cuatro micras, así como la de dividirse en tri y tetra-tomías, dando la impresión óptica de los huesos del tarso y de aquí que vengán llamándoseles «tarsos fávicos».

Otra característica peculiar del cabello fávico es el poder evidenciar en el interior del mismo, burbujas de aire, esféricas, que vienen sustituyendo espacios anteriormente parasitados por micelios. (Fig. 4).

El cultivo del favus en medio de crecimiento de SABOURAUD (Fig. 5), conduce lentamente a la formación de placas rugosas en superficie y peladas, tal como hemos dicho al principio.

Aunque el diagnóstico del favus, en principio, pueda ser difícil, por su confusión con otras enfermedades alopécicas, principalmente con el lupus eritematoso, con la pseudopelada de BROCK, y foliculitis atrofiantes, parasitarias o no, el tener conocimiento clínico de un solo caso típico del mismo, es suficiente para recordarlo y diagnosticarlo, cuando estemos ante la presencia de un segundo caso.

El tratamiento consistirá en la depilación total que, en ocasiones podrá ser factible, sirviéndonos de la pinza de depilación, por la relativa poca fragilidad del cabello parasitado y el empleo de los antisépticos convenientes que, para no repetir, dejamos ex profeso para el momento de hablar del tratamiento de las tonsurantes del cuero cabelludo.

Tiñas tonsurantes

Las tiñas tonsurantes están caracterizadas por placas alopécicas, con tonsu-



Fig. 5 - Cultivo fúngico en medio glucosado de crecimiento, de SABOURAUD, al mes de la siembra.



Fig. 6 - Placa típica de microsporídea, en región occipital. Cultivo: *Microsporon Audouini*. Obsérvense los pelos blanquecinos en su parte proximal con relación al cuero cabelludo.

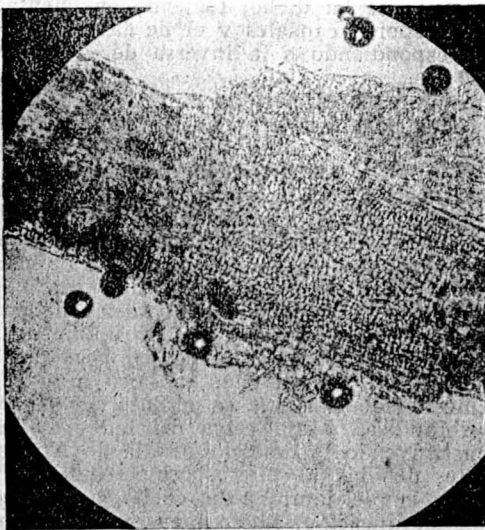


Fig. 7 - Pelo microspórico. Verdadero manguito de esporos «ectatrix», bien pocas veces asequible (pero siempre existente, por dislaceración fácil con la potasa, el calentamiento y la presión del cubre.

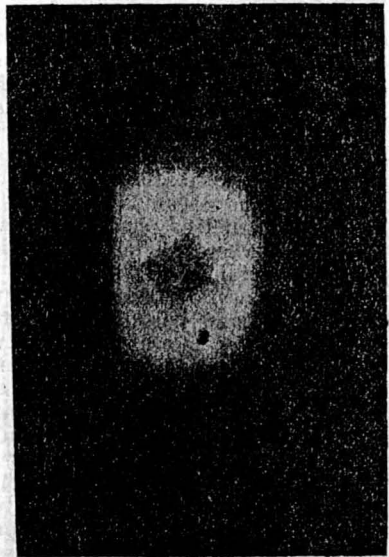


Fig. 8 - Cultivo de *microsporon Audouini* en medio de crecimiento.

rado del cabello, diseminadas por el cuero cabelludo y debidas al parasitismo intenso que en el propio cuerpo de la fánera, lo fragiliza y destruye en su porción libre. En los dos grupos de tonsurantes existe, por entre la superficie de las placas, una descamación fina epidérmica que las caracteriza.

La fragilidad del cabello llega a tal extremo que, así como en el favus hemos dicho era posible la depilación manual o con la pinza, en las tonsurantes resulta imposible por la rotura sistemática del cabello o cabellos enfermos existentes en las mismas.

Las tiñas tonsurantes producen epidemias escolares, en ocasiones de extraordinaria importancia, lo que implica un gran conocimiento de las mismas por parte del médico general, con el fin de impedir y evitar la propagación endémica y hasta epidémica a que el desconocimiento de los casos primeros conduciría.

La curación espontánea al llegar a la pubertad, es la regla, en contraposición al favus y los casos raros de existencia en la edad adulta, son debidos a gérmenes de especial virulencia, correspondientes a formas atípicas de las mismas, que luego describiremos. Esta curación espontánea puberal ha llevado a los investigadores al empleo de substancias hormonales para el tratamiento de las tonsurantes, si bien a nada definitivo han conducido y, en nuestras manos, digámoslo desde ahora, no nos han proporcionado, en ninguno de nuestros casos ensayados, éxito alguno.

Los parásitos productores de las tonsurantes son contagiados desde la propia naturaleza, de una tiña animal o de hombre a hombre, produciendo sobre la piel lampiña, lesiones conocidas generalmente con el nombre de herpe circinado, en las uñas las onicomicosis, en el cuero cabelludo las tiñas tonsurantes y en éste y en la piel lampiña, las tiñas inflamatorias de carácter subagudo.

Microsporias

Caracterizadas por la formación de placas tonsuradas de bordes precisos, circulares o circinadas en su contorno, superficie escamosa de escamas farináceas (Fig. 6), pudiendo confluír varias de ellas, dando el aspecto policíclico al conjunto alopécico, pues acostumbran a ser única o muy pocas, con tamaño de seis a diez centímetros, como máximo, en su diámetro; se ha dicho, teniendo en cuenta las características del tamaño mínimo de los esporos causales y el de las placas, que a grandes placas, esporos pequeños, correspondiendo a la inversa dé, a pequeñas placas, grandes esporos, para las tricoficias.

Habitualmente, las placas del microsporon en el período de estado, no poseen cabello alguno, habiendo desaparecido todos por la destrucción parasitaria, y únicamente las extremidades proximales de la porción libre del cabello, emergen a través de las escamas envueltos por manguitos farináceos blanquecinos, en sus últimos milímetros, haciendo posible arrancarlos con la presión y tracción bidigital, a la inversa de lo que sucede con las tricoficias, en las que con tales maniobras no logramos arrancarlos en su totalidad por persistencia de algunos cabellos no afectados. Podríamos decir que la microsporia es la que con más intensidad tonsura, ya que por donde progresa arrasa todos los cabellos preexistentes.

Al examen microscópico, previa imbibición del cabello en la solución de potasa cáustica al 40 % (Fig. 7), podremos observar los esporos de tamaño ínfimo de una micra alrededor que envuelven el cuerpo del cabello, formando, en ocasiones un verdadero manguito, así como una distribución irregular en mosaico muy característica. Con buena observación podremos evidenciar que en el interior del cabello existen elementos micelianos que profundizan hasta cerca del bulbo, y desde cuya altura ya no profundizan más, constituyendo la llamada Franja de ADAMSON.

Las microsporias son, habitualmente, debidas al microsporum Audouini, de GRUBY, el cual, además, puede producir en la piel lampiña del cuello y de la cara, lesiones muy poco importantes sin gran significación, fugaces en su curso evolutivo. Por cultivo, podremos identificar otros gérmenes, entre los que predominan el microsporum Velvetium, el Tardum (Sabouraud) y otros.

Tanto por el cultivo como por el microscopio y la clínica, podemos apreciar, en ocasiones, diferencias en el habitual crecimiento, en el micelio y en las lesiones; especialmente al invadir desde la queratina epidérmica al pelo, formando acúmulos en el ostium folicular, representando un verdadero escudete, y como muestra de transición entre el favus y las microsporias, transición que micológicamente

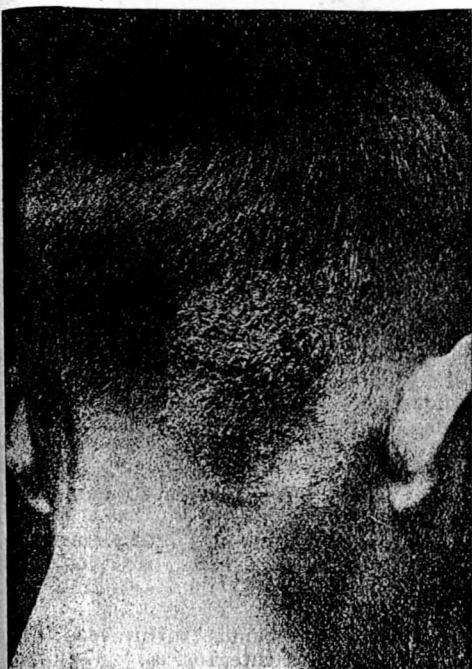


Fig. 9 - Querion microspórico, por propagación de una placa de herpes circinado.

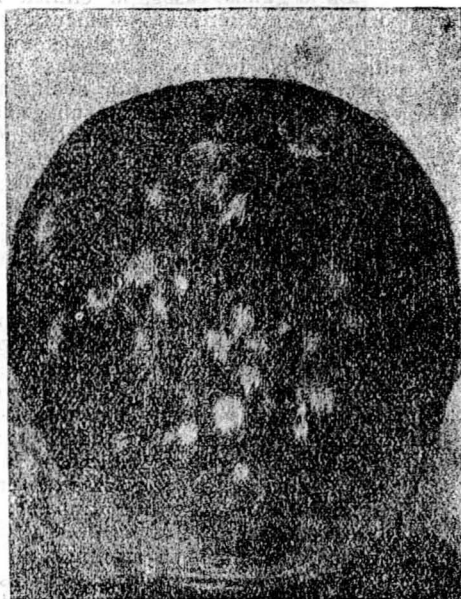


Fig. 10 - Tonsurante tricoftítica, a placas múltiples y pequeñas, conservándose cabellos sanos por entre las zonas tonsuradas.

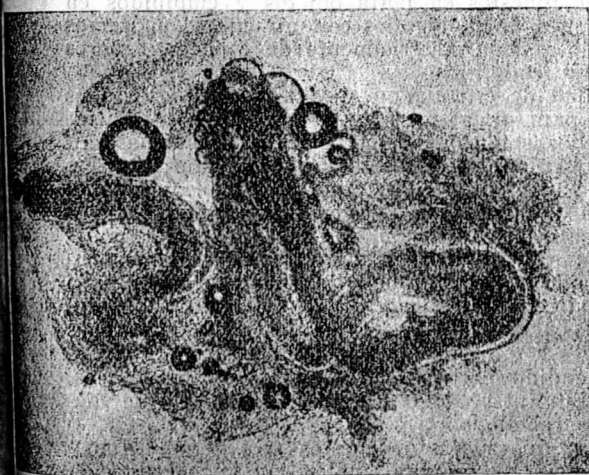


Fig. 11 - Microfotografía. Los «sigmas» vistos a pequeño aumento

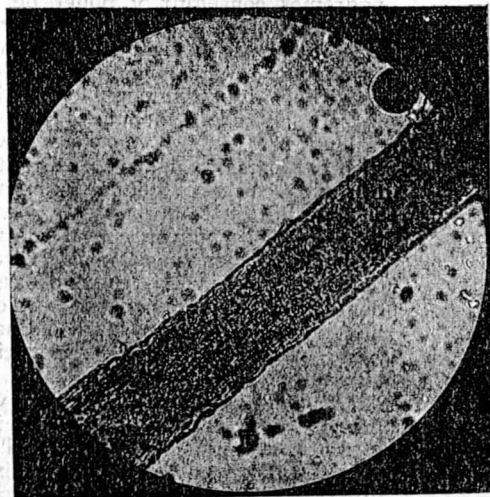


Fig. 12 - Cabello tricoftítico, relleno de esporos «endotrix»

viene integrada en el Acorión *Gypseum*, de BODIN, con una evolución clínica más rápida que la microsporia del *microsporum AUDOUINI*.

En algunos casos, la clínica muestra lesiones de un parecido a las microsporias, con diferencias elementales más agudas en lo que al ostium folicular se refiere, a elementos pustulosos en ocasiones, y cuando menos, inflamatorios, significando las formas subagudas, que pueden presentarse, tanto en la edad infantil como en la pubertad, con evoluciones rápidas y curación a corto plazo, constituyendo la llamada «forma subaguda», relativamente frecuente. Estas «formas subagudas» corresponden sistemáticamente a gérmenes de origen animal, conduciendo, en ocasiones, a lesiones de la piel lampiña, de una mayor agudeza y virulencia que las producidas por el parásito clásico, siendo debido principalmente a tres especies: el *M. felineum*, de FOX Y BLAXHALL, el *lanosum*, de SABOURAUD, y el *fulvum*, de URIBURU.

Tricoficias

Epidemiológicamente, las tricoficias, de parecidas características que las microsporias, son las que en conjunto con éstas, forman el grupo de las tonsurantes. Así, pues, representan otro grupo de tonsurantes, que podrán dar lugar a las epidemias escolares, tan frecuentes, curando en la pubertad de manera espontánea y siendo necesario el conocimiento de las mismas para evitar esta propagación epidémica, a que con facilidad conduce su contagio.

Así como en la producción de las microsporias de origen humano, interviene habitualmente un solo parásito, en las tricoficias son mucho más numerosos los gérmenes habitualmente causales, debiendo considerar en primera línea los tricofitones.

Las tricoficias se manifiestan por placas tonsuradas con escamas furfuráceas en su superficie y presencia en las mismas de algunos cabellos íntegros.

El número de placas es, habitualmente, múltiple y ellas de pequeñas dimensiones (pequeñas placas, grandes esporos).

En los exámenes del pelo deberemos tener muy en cuenta que no son precisamente los cabellos persistentes enteros de entre las placas, los más apropiados para el estudio, sino que para la recolección de los parasitados deberemos buscar, aun levantando las escamas que recubran la placa, unos pequeños puntos negros, restos de cabello tonsurado, que con la pinza, o hasta ayudados de un alfiler, podremos conseguir y poner de manifiesto su forma irregular en virgula, signo de admiración, en sigma y, en los que, puestos en porta objetos y embudidos en la solución de potasa, calentando, después de protegerlos con un cubre, podremos evidenciar la substancia propia del pelo relleno materialmente de esporos, esporos de situación precisamente en su interior (endotrix).

En clínica, y debido a la sagacidad de SABOURAUD, podemos distinguir tres órdenes de lesiones que nos servirán para orientarnos en el conocimiento etiológico del parásito de las tonsurantes, ellos son: la existencia de prominencias mínúsculas correspondientes al ostium folicular, cuando del tricofitón *acuminatum* o Sabouraudi se trata; en esta clase de tonsurantes es habitual la formación inicial de una placa mayor con diseminación de placas menores por la periferia de la primera. En otras ocasiones, precisamente en el ostium folicular, podremos poner de manifiesto la existencia de verdaderas y mínúsculas depresiones en correspondencia con el germen productor, el tricofitón crateriforme o tonsurans, cuya clínica nos mostrará además la diseminación irregular de placas, tanto en distribución, como en tamaño, por la superficie del cuero cabullo, aunque las placas son más bien mínúsculas siempre.

El tricofitón *violáceum*, muy extendido por todos los países mediterráneos, produce en clínica, placas alopécicas diminutas, de dos a tres milímetros de diámetro y diseminadas por todo el cuero cabelludo.

El cultivo en medio de crecimiento, de cada uno de estos tres gérmenes manifiesta la característica que le ha asignado su nombre, cuales son la acuminación (fig. 13), el cultivo con depresión central crateriforme (fig. 14) y el cultivo pelado y de color violáceo (fig. 15), respectivamente, para el tricofitón *Acuminatum*, tricofitón *Crateriforme* y tricofitón *Violáceum*.

Pero aparte de estos tres gérmenes primordiales, también debemos recordar la posibilidad de lesiones parecidas a las anteriores, especialmente a las del tricofi-

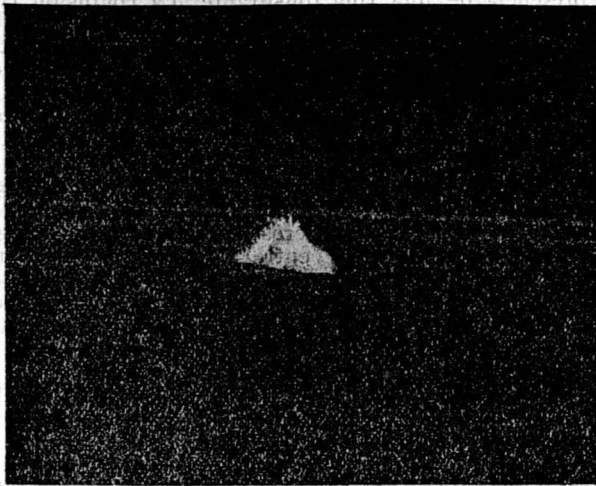


Fig. 13 - Cultivo de *T. Sabouraudi* (acuminatum) visto de perfil y mostrando claramente el vello muy largo del centro



Fig. 14 - Cultivo de *Trichosporans* (crateriformes)



Fig 15-Cultivo típico miedo, en medio de crecimiento maltosado, del *Trichofyton violaceum*

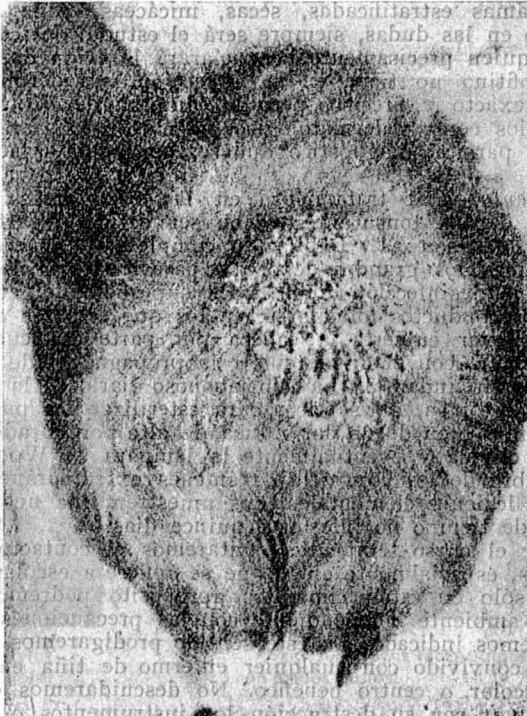


Fig. 16 - Quercion de Celso, típico, del cuero cabelludo

ton C, pero con características ligeramente inflamatorias, debidas al tricofítón cerebriforme.

Diagnóstico. — Ante cualquiera lesión alopécica, principalmente con formaciones placulares, y especialmente en la edad infantil, deberá pensarse en la posibilidad de que estemos ante la presencia de una tiña tonsurante. La confusión con las pitiriasis simples del cuero cabelludo, será posible en un principio; pero el examen detenido del estado del pelo, así como la existencia de lesiones cutáneas por debajo de las escamas y, principalmente, la presencia de pelo tonsurado que en forma de puntos negros o cabellos farináceos tonsurados, puede existir, nos pondrá alerta para la sospecha de una posible tiña tonsurante; en último término, el estudio sistemático del cabello enfermo, así como el cultivo de los elementos últimamente indicados, nos dirá su última palabra.

Nunca deberemos sentar el diagnóstico de tiña sin el reconocimiento del germen causal, ya en examen directo o extemporáneo o por cultivo del mismo. Si en el medio en que nos hallamos no se dispone de microscopio apropiado, recogeremos aquellos elementos a examinar, colocándolos entre dos portaobjetos, previamente flameados, y remitiéndolo al laboratorio apropiado, envolviéndolos en papel para mantener su unión, pudiendo de esta manera lograr la conservación de los gérmenes durante varios días, hasta una semana, y así poder constatar los gérmenes causales, ya por examen microscópico o por cultivo, cuando lleguen al laboratorio.

En la pelada, la piel fina sin escamas ni vestigios de las mismas, el cabello en signo de admiración, de la zona progresiva, y la hipotonía de las placas (signo de JACQUET), nos permitirá el diagnóstico con relativa facilidad; siendo principalmente con las microsporias, la posible confusión, el examen de los elementos tonsurados de esta última, nos permitirán siempre sentar la etiqueta de garantía. En la tiña amiantácea, y falsa tiña amiantácea de ALIBERT, el diagnóstico puede llegar a ser delicado; pero de todos modos la inexistencia de los elementos patológicos característicos de las tonsurantes y, en último término, el examen del pelo y el cultivo del mismo, nos dilucidarán las dudas. En el psoriasis, los pelos atraviesan las escamas estratificadas, secas, micáceas, y la alopecia, en realidad, no existe; pero en las dudas, siempre será el estudio del cabello con su cultivo eventualmente, quien precisamente nos aclarará la etiqueta nosológica.

La tricofítina no tiene en su inyección intradérmica un valor real para el diagnóstico exacto y preciso, pero la lámpara de WOOD, aunque escasa de otra parte entre los centros dermatológicos, y mucho más en los particulares, nos dará idea precisa para el diagnóstico dudoso, en la mayoría de ocasiones.

Tratamiento. — El tratamiento en las tiñas del cuero cabelludo, tanto del fatus como de las tonsurantes, debe ser dirigido partiendo de unos principios esenciales cuales son: 1.º Depilación completa del cuero cabelludo, para eliminar de esta manera los grandes depósitos parasitarios (pelo enfermo) y permitir, de otra parte, la desinfección total de la superficie del cuero cabelludo y especialmente de los conductos foliculares, en los que también anida el parásito. 2.º Obligaremos a llevar cubierta la cabeza por parte del cuero cabelludo, a cualquier enfermo de tiña, con el fin de evitar la propagación de los gérmenes a los demás seres que los circundan. 3.º Lavado jabonoso diario de la superficie enferma. 4.º Medicación local tópica, antiséptica, para esterilizar las partes enfermas.

Cuidaremos bien de no dar nunca de alta por curado a un enfermo, hasta que una vez la clínica y eventualmente la lámpara de WOOD, nos muestren el cuero cabelludo libre de lesiones y los exámenes extemporáneos con cultivo, si es preciso, de las lesiones elementales, nos muestren una negatividad sostenida durante un espacio de tiempo no inferior a quince días.

Durante el curso terapéutico evitaremos el contacto de los enfermos con los demás sanos, especialmente en lo que se refiere a escolares y demás medios infantiles; tan sólo en establecimientos apropiados podremos juntar los enfermos de tiña en un ambiente independiente con las precauciones de cubierta de la cabeza, tal como hemos indicado. En este sentido prodigaremos los exámenes de los niños que hayan convivido con cualquier enfermo de tiña en el ambiente que sea, ya familiar, escolar o centro benéfico. No descuidaremos de esterilizar, y eventualmente eliminar con su destrucción los instrumentos o utensilios de tocador que,



Fig. 17 - Folliculitis tricofítica, sicosiforme, del bigote y barba.

Fig. 18 - Herpe circinado, característico de la piel glabra.

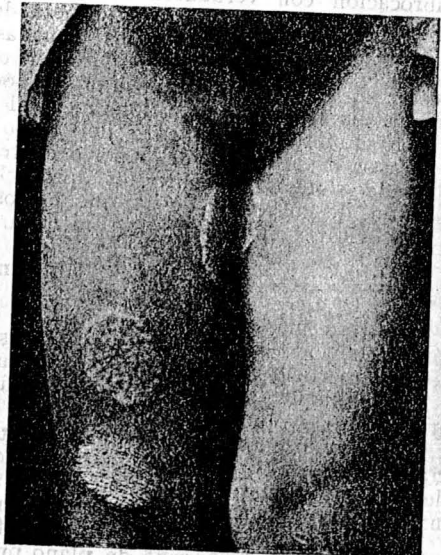
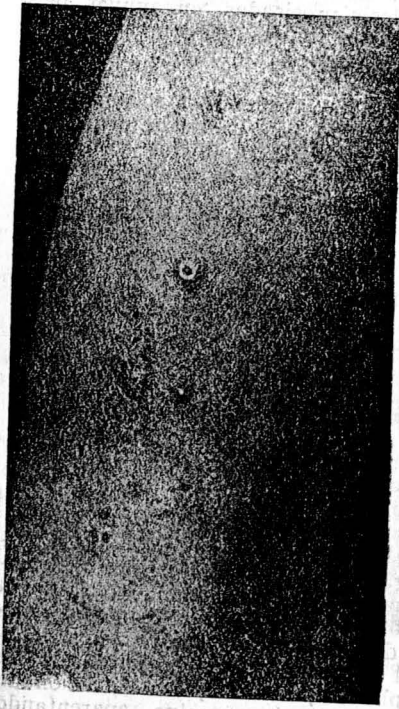


Fig. 19 - Cazoletas - escudetes fávicos, típicos en la pierna (piel 'ampiña')

Fig. 20 - Placos «eczematoides» tricofíticos, en ambos muslos.

tales como peines y cepillos, hayan estado en contacto sostenido con el cuero cabelludo del enfermo y, por tanto, con sus lesiones. Asimismo guardaremos buen cuidado en destruir, quemando si precisare, los cabellos y productos de descamación que, procedentes del enfermo, obtenemos en el curso evolutivo de la enfermedad y por las operaciones terapéuticas.

La depilación en el favus, como hemos dicho anteriormente, podrá practicarse, sirviéndonos de la pinza de depilación, ya que la relativa poca fragilidad del cabello fávico, permite la práctica de tal operación. En las tonsurantes deberemos recurrir por obligación a una depilación por efluviación, la que se puede conseguir de dos maneras distintas; o sirviéndonos de la radioterapia o por las sales de Talio.

La radioterapia, después de los trabajos de SABOURAUD, NOIRE y KIENBÜCH-ADAMSON, consigue con una dosis de 350 rr. en cada uno de los campos del cuero cabelludo, divididos a este propósito, según técnica de los autores que acabamos de citar, una depilación por verdadera efluviación del cabello, que empieza a las dos semanas de la irradiación y termina al mes.

El Talio, sirviéndonos principalmente del acetato de protóxido así como de otras sales de las que MARTÍNEZ TORRES y NAVARRO MARTÍN nos han dado su última palabra, empleado a la dosis de ocho miligramos por kilo de peso, y sin pasar jamás de la dosis total de veinticuatro centigramos, lo que equivale a decir un peso máximo para el niño, de treinta kilos, usando la medicación como a única, nos proporciona la caída total del cabello, salvo el lanugo del borde más periférico del cuero cabelludo, en una forma y plazo similar a la radioterapia. Esta medicación tállica, de la que se han descrito accidentes verdaderamente impresionantes, pudiendo llegar, según algunos autores, a producir la muerte del infante, por impregnación tóxica del sistema nervioso central, debe usarse en su caso con las máximas precauciones, administrándola a las dosis precisadas, en ayunas para facilitar la absorción en el tramo digestivo, teniendo la impresión, compartida por otros autores, de que, partiendo de este principio, no acostumbra a observarse accidentes serios (VILANOVA).

Además de la práctica del lavado jabonoso diario, procederemos a una doble embrocación con verdadera fricción del cuero cabelludo con la medicación antiséptica, debiendo colocar a la cabeza de una larga serie de productos ensayados, el alcohol yodado al 1%; las pomadas mercuriales al 5%; de azufre del 5% al 10%, de antralina al medio por ciento, etc., son medicaciones que pueden prestar su auxilio con gran valor terapéutico a sumar a la del yodo o independientemente en los casos de intolerancia al mismo.

La cubierta permanente del cuero cabelludo, la lograremos fácilmente, sirviéndonos de un gorro de papel o de tela que cambiaremos mañana y noche, esterilizando sistemáticamente los aprovechables, no dejando de colocarlos hasta la garantía de curación, de la que hemos hablado hace poco, y con el primordial fin de evitar la propagación epidémica.

Tiñas inflamatorias

El tipo más representativo de la tña inflamatoria es el llamado querión de Celso, conocido desde los tiempos de este autor, que se produce en cualquier parte de la superficie cutánea, incluido el cuero cabelludo.

Inicialmente, el querión se manifiesta por una superficie eritemato-escamosa que pronto evoluciona con elementos pustulosos diseminados por entre la superficie enferma y que, debido a una intensa alergia local, la placa desde un principio circunscrita y escamosa, se enrojece y edematiza, mostrando una continuidad de elementos pustulosos de contenido amarillento y de la que por expresión rezuma de cada uno de estos elementos una gotita de pus, como en espumadera.

A la semana, aproximadamente (fig. 16), el conjunto ofrece la impresión de una tumoración despegada de plano profundo, aplanada, móvil, con elevación de hasta un par de centímetros sobre la superficie normal circunvecina, aparentando un verdadero parterre, de la que emergen algunos pelos que ceden a la menor tracción y que, en su evolución normal, se desprenderán espontáneamente, debido a la producción de una verdadera foliculitis y perifoliculitis expansiva.

En sus dimensiones acostumbra a llegar hasta los seis y ocho centímetros de diámetro y más, en su expansión máxima, acostumbrando a ser placa única y



Fig. 21 - Lesiones eczematoideas, «escamosas e hiperqueratósicas» de origen tricofítico, y localización en cara.



Fig. 23 - Onixis Tricofítica por tricofitión violáceum; tipo clínico de Helconixis.



Fig. 22 - Paquionichis y foliación fúngicas.



Fig. 24 - Uña foliácea por propagación desde la periferia, de una Tricoficia en sábana.

tagios secundarios sobrevienen más tarde de la semana de iniciarse la primera placa, los nuevos elementos no llegarán a adquirir, por inmunidad activa adquirida, más de dos o tres centímetros de diámetro, con características menos inflamatorias que la placa inicial.

Subjetivamente, el querión produce sensación de tensión y excaso dolor, siendo raras las ocasiones en que las molestias son superiores, pudiendo en tales casos producir infarto ganglionar de la región correspondiente. En el período de estado, el querión acostumbra a durar tres o cuatro semanas, después de las cuales se inicia la retrogradación espontánea que la inmunidad adquirida por la propia lesión le confiere, disminuyendo la supuración, decreciendo la placa para dejar un rastro pigmentario que durará unas semanas o meses, con elementos atróficos diseminados, correspondientes a zonas foliculares en las que el brote del pelo será imposible, por la atrofia profunda del folículo a que conduce, por lo general, el proceso. En ocasiones, estas placas cicatriciales hipercrómicas, vienen acompañadas de abscesos dérmicos de los que mana un líquido gomoso por expresión y que, en un período de dos o tres meses, se resuelven espontáneamente, sin necesidad de intervención quirúrgica ni médica alguna.

El examen del pelo mostrará en principio, cuando la iniciación de las placas de querión, fácilmente el parásito al microscopio, con el examen directo extemporáneo del mismo; pero más tarde, ya en el período de estado, será bien difícil de ponerlo en evidencia, siendo preciso recurrir al cultivo para la identificación del germen causal.

En la barba, excepcionalmente, se presenta el querión típico; por lo común, se muestra en forma diseminada, semejando una foliculitis sicosiforme (fig. 17) o abscesos múltiples foliculares, perifoliculares y, a veces, dérmicos.

Etiológicamente, débese el querión a uños parásitos vivaces que SABOURAUD ha incluido en el grupo de los microides y que BRUMPT segrega de los mismos por consideraciones de orden botánico, colocándolos en el género de los *Ctenomyces*. Son gérmenes muy vivaces en los cultivos, pleomorfizándose rápidamente, siendo, por ello, recomendables los medios poco azucarados en el estudio de los mismos. Las especies más frecuentemente halladas, son el *tricotifón gypseum* asteroides (*ctenomyces mentagrofites*), el *granulosum*, el *niveum*, el *lacticolor* y el *farinulentum*.

Otro grupo de tiñas inflamatorias, en las que, empero, nunca llega a producirse lesión del tipo clínico descrito con el nombre de querión, lo constituyen lesiones foliculares supurativas de evolución subaguda, que si bien pueden conglomerarse en algunas zonas, por lo general, muestran elementos diseminados por el cuero cabelludo, produciendo en la piel lampiña lesiones más o menos discoides, igualmente inflamatorias y pustulosas; elementos supurativos que pueden ser debidos a gérmenes del grupo de los favus, tales como el querión *gypseum*, microsporonas de origen animal (querión microspórico) (fig. 9) o tricotifones, tales como el *cerebriforme*, el *violáceum* y los propios microides, así como debidas a gérmenes del grupo de los megasporos, de los que debemos considerar dos categorías diferentes, cuales son las de cultivo pelado con el «*tricotifón rosaceum*» a la cabeza, que puede dar lugar a una foliculitis seca y tonsurante en la barba y, excepcionalmente, la forma supurada subaguda, y, de otro lado, gérmenes de cultivos casi faviformes, de origen animal, entre los que destacan el *tricotifón álbum*, el *ocraceum*, *verrucosum* y *discoides*, que, habitualmente producen lesiones inflamatorias discretas, diseminadas por la superficie lampiña de la piel.

El diagnóstico de las tiñas inflamatorias acostumbra a ser fácil. Solamente en sus primeros períodos, en que persiste la integridad de los pelos, podrá haber alguna duda, si bien en este momento, el examen directo de estas fáneras nos permitirá identificar el germen y presumir la forma inflamatoria en que bien pronto evolucionarán las lesiones. En el período de estado, el ántrax podrá dar lugar a alguna duda, pero el intenso dolor de esta estaflodermia, así como la existencia de clavos que jamás mostrará el querión y el cultivo positivo de los gérmenes de este último, nos disipará cualquier duda.

Las sicosis estafilógenas, más diseminadas, de localización habitual en el bigote y acompañadas, por lo común, de blefaritis y rinitis vestibular, con características foliculares de evolución crónica, se distinguen de la evolución aguda y curso menos prolongado con los abscesos característicos del querión, que junto a la investigación parasitaria, nos servirá para dilucidar el diagnóstico.

excepcionalmente múltiple cuando simultáneas o sucesivas inoculaciones sean producidas dentro de los primeros días de existencia de la placa inicial. Si los con-

La intradermo reacción de tricofitina, después de la primera semana de evolución del mal, podrá servirnos con sus resultados, para la orientación del diagnóstico; en nuestras manos hemos obtenido positivities específicas superiores, que con los demás extractos micóticos. («Revista Ibérica de Parasitología», octubre de 1946.)

El tratamiento de las tiñas inflamatorias debe emprenderse siempre con una premisa inexcusable, cual es la de evitar medicaciones irritantes, que podrían dar lugar a reacciones segundas (tricrofitides), siendo aconsejable el alcohol yodado al 1 % en embrocación bi cotidiana y en los periodos de máxima flogosis, lociones yodadas o pomadas ligeramente antisépticas y anticongestivas, como las de tumenol al 10 % que, en la mayor parte de los casos, será suficiente para terminar favorablemente el proceso. RAVAUT, aconseja las inyecciones intravenosas de la solución de lugol a la dosis de 5 cc. en inyecciones trisemanales. NAVARRO MARTÍN ha empleado con éxito la tripaflavina en solución al 2 % y dosis de 5 cc. en inyección intravenosa a días alternos, logrando, según manifiesta el autor, los mismos resultados que con el lugol.

La sulfamidoterapia puede actuar en sentido favorable, administrada por vía general. Pero tengamos en cuenta que la evolución espontánea de las lesiones de querión, así como las correspondientes a las distintas formas inflamatorias descritas, es hacia la curación espontánea, en un período de tiempo que oscila entre las cuatro y doce semanas, por lo que, en la mayoría de los casos, será suficiente el empleo de una medicación local ligeramente antiséptica, para ayudar favorablemente esta involución espontánea de las lesiones.

Lesiones de piel glabra

Ya hemos indicado, al hablar de las microsporidias y de las tricoficias, la posibilidad de diseminación de lesiones por la piel lampiña, habiendo descrito las correspondientes a la más genuina representación de las mismas, conocida con el nombre de «herpe circinado» (fig. 18): lesiones circulares o policíclicas a borde microvesiculado, con crecimiento excéntrico y tendencia a la curación espontánea central.

El favus puede también diseminarse y producir lesiones con típicas cazoletas en el tronco y extremidades (fig. 19) y, por excepción, da lugar a lesiones gigantes, ostráceas, verrugosas (favus squarrex), que corresponden a un cultivo puro del acorión, evidenciable principalmente en niños sequestrados, infectados con anterioridad por el parásito, o en niños de familias miserables e intensamente abandonados.

Tanto los tricofitones como los microsporones, mayormente los primeros, pueden producir lesiones de tipo clínico «eczematoides» (fig. 20), que principalmente en las manos, región, por otra parte, de predilección en su localización, pueden despistarnos fácilmente del verdadero diagnóstico, y que, muchas veces, nos será difícil llegar al mismo sin recurrir al cultivo de las lesiones escamosas y del contenido de las vesículas, que nos evidenciarán la existencia del parásito.

Los gérmenes pertenecientes a estos dos últimos grupos, tricofitones y microsporones, primordialmente los primeros, pueden ocasionar, mayormente en las manos, pero también en otras regiones glabras, lesiones «hiperqueratósicas y escamosas» (fig. 21), en las que, con un examen minucioso, podremos poner de manifiesto diminutas vesículas, especialmente en la periferia de las lesiones; éstas podrán ser confundidas por su gran parecido clínico, con las similares debidas a epidermofitones y algunos gérmenes de las levaduras, que tan solamente la identificación del parásito por el cultivo nos lo podrá poner en claro.

El tratamiento de estas lesiones de piel glabra, ya sea herpe circinado, las formas eczematoides y las hiperqueratósicas y escamosas, se reducirá a embrocación, tales como el alcohol yodado al 1 %, solución acuosa de crisarrobina al 2 %, o pomadas ligeramente queratolíticas al ácido salicílico del 2 al 5 %, así como a la crisarrobina y antrasol del 2 al 5 %; otra medicación útil es la solución saturada en alcohol del 80°, de alcánfor y fenol a partes iguales, en toques bicotidianos, que manejados oportunamente, terminarán con estos procesos fitoparasita-

rios de piel lampiña, en los casos difíciles, felizmente y a corto plazo, en la mayor parte de las ocasiones.

En las uñas, tanto el favus como la tricoficia y la microsporia, pueden dar lugar a lesiones que corresponden a los «Onicomicosis» fitoparasitarias.

El favus produce especialmente la «uña en médula de junco» (fig. 22), con engrosamiento poroso del lecho, a expensas de su propagación que parte del borde libre de la misma y que, en los casos acentuados, puede mutilar total o parcialmente el cuerpo de ella, quedando en ocasiones reducido a un pequeño muñón informe.

La tricoficia y la microsporia dan lugar a las más distintas lesiones que se traducen en la «helconixis o úlcera de uña» (fig. 23), la «foliación ungueal» (figura 24), frecuente también, pudiendo igualmente estos gérmenes, producir la uña en «médula de junco», como lo hace el favus.

En ocasiones, las lesiones, más discretas, se reducen a un punteado minúsculo, por pérdida de substancia de la superficie, debido a múltiples localizaciones de los gérmenes, que tanto pueden ser estos fávicos como tricofíticos o microspóricos (onixis punteada). Cuando estas lesiones se acentúan, muestran la fánera con pérdida del brillo normal, llegando a producir una rugosidad especial de la superficie de la uña.

Un buen número de casos, las lesiones ungueales son debidas a propagación de las de su periferia y el diagnóstico podrá ser relativamente fácil, pero muchas veces vienen propagadas por contagio de los elementos existentes en el cuero cabelludo, directamente, sin lesiones de piel glabra ni periungueales, siendo más difícil el poder precisar el diagnóstico, especialmente si no tenemos conocimiento de la existencia de estas últimas, o no apuramos el examen clínico de la superficie cutánea total.

Más difícil será el llegar a un diagnóstico, si las lesiones ungueales son primitivas; eventualidad posible y que debemos retener, para que, ante cualquiera alteración sospechosa de la uña, practiquemos un examen de los elementos patológicos (escamas espontáneas o provocadas por un raspado metódico con el escarificador o escalpe) que imbibiremos en potasa al 40 %, calentando hasta desprendimiento de vapores, o procederemos al cultivo de las mismas.

Los tratamientos de las tiñas de la piel glabra, serán útiles para medicar las onicomicosis; pero muchas veces, las lesiones serán rebeldes y precisará recurrir a la exéresis de la fánera, si queremos aprovechar el beneficioso y definitivo servicio que los antisépticos podrán prestar de sí, complementando debidamente la acción quirúrgica de la ablación.