

I. Querol Nasarre<sup>1</sup>, M. Bueno Lozano<sup>2</sup>,  
L. Sanz Salanova<sup>3</sup>, A. Córdoba  
Iturriagoitia<sup>4</sup>, I. Polo Vigas<sup>4</sup>

*An Esp Pediatr* 1997;46:487-489.

### Tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo con terbinafina oral en la infancia

#### Introducción

La tiña del cuero cabelludo o tinea capitis es la infección del pelo del cuero cabelludo por hongos dermatófitos, que está producida por especies de los géneros *Microsporum* y *Trichophyton*. Los dermatófitos parasitan exclusivamente en las estructuras queratinizadas de la piel, el pelo y las uñas. Su hábitat natural puede ser el hombre (antropofílicos), los animales (zoofílicos) o el suelo (geofílicos). Los hongos causales más frecuentes en España son *M. canis* y *T. mentagrophytes*<sup>(1)</sup>.

Dentro de las dermatofitosis, la tinea capitis es una de las formas topográficas más frecuentes en nuestro país, superada sólo por la tinea corporis. Las personas más susceptibles son los niños y es muy rara después de la pubertad.

Las formas clínicas de las tiñas del cuero cabelludo<sup>(2)</sup> son:

1. Tiñas tonsurantes: la rotura del pelo a pocos milímetros del orificio folicular («tonsura» o afeitado) es lo común en estas formas. A su vez pueden ser de dos tipos:

A. Tiñas microspóricas: son producidas por hongos del género *Microsporum* de origen humano (*M. audouini*) o animal (*M. canis*).

B. Tiñas tricofíticas: son causadas por diversas especies del género *Trichophyton*, sobre todo *T. tonsurans* y *T. violaceum*.

2. Favus o tiña fávica: el agente causal es *T. schoenleini*, siendo excepcional en nuestro medio. Su elemento lesional característico es el «escudete o cazoleta fávica».

3. Tiña inflamatoria aguda o querion de Celso: los agentes etiológicos más frecuentes de este tipo de tiñas son el *T. mentagrophytes* variedad *granulosum* y el *T. verrucosum*. Su clínica característica es una placa inflamatoria, muy aguda, que muestra supuración «en espumadera». Finalmente, suele determinar una zona de alopecia cicatricial definitiva.

Clásicamente se ha considerado que el tratamiento de elección de la tinea capitis es la griseofulvina<sup>(2-3)</sup>. Sin embargo, ocasionalmente se encuentran casos en los que la griseofulvina a las dosis habituales (10 mg/kg/día) ofrece pobres resultados, especialmente en aquellos causados por *M. canis*<sup>(4,5)</sup>, habiéndose ci-

frado en un 10-20% los fracasos terapéuticos con el uso de este fármaco<sup>(6)</sup>. En otras ocasiones la griseofulvina sólo resulta útil cuando se incrementa la dosis por encima de la habitual, o cuando la duración del tratamiento se prolonga durante varios meses, motivo por el cual se han ido incorporando nuevos fármacos antimicóticos al tratamiento de la tinea capitis<sup>(6-8)</sup>. La terbinafina es un compuesto muy activo frente a dermatófitos, fungicida "in vitro" a bajas concentraciones y con características farmacocinéticas que condicionan favorablemente su acción en el tratamiento de las dermatofitosis. La terbinafina, y más genéricamente las alilaminas, inhiben, de forma reversible, la acción de la enzima escualeno-epoxidasa impidiendo la síntesis del lanosterol y en consecuencia la cadena de la síntesis del ergosterol, esencial para la estructura de la membrana celular fúngica<sup>(9,10)</sup>.

#### Material y métodos

De una muestra total de 12 casos (8 niños y 4 niñas) afectos de tinea capitis, con edades comprendidas entre los 3 y los 12 años, se realizó tratamiento con terbinafina oral a las dosis de 125-250 mg/día, durante 28 días (Tabla I). 10 de los 12 casos habían sido previamente tratados por vía oral con griseofulvina (10 mg/kg/día) o ketoconazol (3 mg/kg/día), sin obtenerse buenos resultados, es decir, con persistencia o progresión de los signos y síntomas de la enfermedad y/o ausencia de curación micológica (cultivo positivo) tras al menos un mes de tratamiento con dichos fármacos, al parecer con buen cumplimiento de la posología. En 8 de los 12 casos pudo confirmarse mediante cultivo micológico el agente causal de las lesiones, resultando *Trichophyton mentagrophytes* el más frecuente (5/8 casos), seguido de *Microsporum canis* (3/8 casos).

Los 4 casos en que no se realizó el cultivo micológico previo a la instauración del tratamiento con terbinafina, corresponden a aquellos en los que el mismo se realizó en ambiente extrahospitalario (Atención Primaria), aunque por las características epidemiológicas de los mismos probablemente fueran debidos a *M. canis*, ya que se trataba de casos de tiña tonsurante procedentes del medio rural, en los que varios miembros de la misma familia estaban afectados, y en los que los afectados convivían con animales domésticos (gatos y perros).

#### Resultados

Todos los casos tratados (12/12) presentaron curación micológica al finalizar el tratamiento con terbinafina. Así mismo,

<sup>1</sup>Unidad de Dermatología. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>3</sup>Servicio de Pediatría. <sup>4</sup>Servicio de Laboratorio. Hospital «Reina Sofía» de

Tudela. Crtra. de Tarazona, Km. 3. 31500 Tudela. Navarra

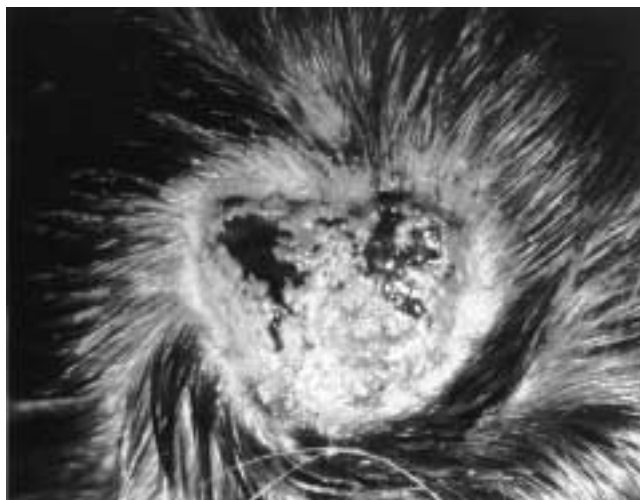
Correspondencia: Dr. Ignacio Querol Nasarre. Unidad de Dermatología. Hospital «Reina Sofía». Crtra. de Tarazona, Km. 3. 31500 Tudela. Navarra.

Recibido: Octubre 1996

Aceptado: Enero 1997

Tabla I Descripción de los casos estudiados

Caso	Sexo	Edad (años)	Clínica	Tamaño (cm)	Cultivo micológico	Tratamientos previos	Dosis (mg/día)	Observaciones
1	V	7	Tiña tonsurante	4	No realizado	Griseofulvina. Ketoconazol	250	Hermano del caso 2
2	V	5	Tiña tonsurante	3	No realizado	Griseofulvina. Ketoconazol	125	Hermano del caso 1
3	M	6	Tiña tonsurante	5	No realizado	Griseofulvina	125	Hermana del caso 4
4	M	3	Tiña tonsurante	3	No realizado	Griseofulvina	125	Hermana del caso 3
5	V	10	Tiña inflamatoria (Querion de Celso)	8	<i>T. mentagrophytes</i>	Griseofulvina	250	
6	V	5	Tiña tonsurante	3	<i>M. canis</i>	Griseofulvina	125	
7	M	12	Tiña inflamatoria (Querion de Celso)	5	<i>T. mentagrophytes</i>	Griseofulvina Ketoconazol tópico	250	
8	V	11	Tiña inflamatoria (Querion de Celso)	7	<i>T. mentagrophytes</i>	Griseofulvina	250	Alopecia cicatricial definitiva intensa
9	V	8	Tiña inflamatoria. Herpes circinado en párpado izdo.	2	<i>T. mentagrophytes</i>	No	250	
10	V	5	Tiña tonsurante	2	<i>M. canis</i>	Varios imidazólicos tópicos Ketoconazol oral	125	Suspendió a las 3 semanas por abdominalgias
11	M	5	Tiña tonsurante	3	<i>M. canis</i>	Ketoconazol tópico	125	
12	V	8	Tiña tonsurante con signos inflamatorios	8	<i>T. mentagrophytes</i>	Griseofulvina	250	Suspendió a las 3 semanas por rash urticariforme, artralgias, malestar y alts. digestivas



**Figura 1.** Aspecto clínico de las lesiones del caso número 8. Se aprecia una placa muy inflamatoria, con supuración en espumadera, compatible con el diagnóstico de querion de Celso.

los resultados clínicos tras la conclusión del tratamiento fueron satisfactorios en todos los casos. Solamente en una ocasión se produjeron efectos adversos considerables (exantema urticariforme con artralgias, malestar general y alteraciones digestivas como náuseas y vómitos), que cedieron con tratamiento sintomático, y, aunque obligaron a la suspensión del tratamiento, la respuesta terapéutica fue buena.



**Figura 2.** Aspecto del caso número 8 tras el tratamiento con terbinafina (250 mg/día) en el que se aprecia una intensa alopecia cicatricial residual.

En otro caso, el tratamiento también tuvo que suspenderse a las tres semanas por abdominalgias, presentando no obstante curación clínica y micológica.

En uno de los niños, correspondiente al caso número 8, (Fig. 1), se produjo una importante alopecia cicatricial definitiva como secuela del intenso proceso inflamatorio (Fig. 2).

## Comentarios

Consideramos que la terbinafina es un fármaco útil y bien tolerado en el tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo, especialmente en los casos severos o resistentes a los tratados con griseofulvina (10 mg/kg/día). La dosis de 250 mg/día es adecuada en pacientes con peso superior a 40 kg de peso, mientras que la de 125 mg/día es la dosis óptima en niños de peso comprendido entre 20 y 40 kg<sup>(11-14)</sup>. Esta dosis puede reducirse a la mitad (62,5 mg/día) en pacientes de peso inferior a 20 kg.

Respecto a la duración del tratamiento, cuatro semanas son suficientes en la mayoría de las ocasiones, pudiendo alargarse a 6-8 semanas en casos excepcionales. La duración del tratamiento recomendada para otras infecciones cutáneas y ungueales causadas por dermatófitos, es de dos semanas para la tinea corporis y la tinea pedis, de seis semanas para las onicomicosis de las manos y de doce semanas para las onicomicosis de los pies<sup>(13,14)</sup>. Dos de nuestros pacientes, sin embargo, presentaron curación clínica y micológica en un tiempo inferior.

## Bibliografía

- 1 Alzate Sáez de Heredia C, Fonseca Capdevilla E, González Martínez A. Contribución al estudio etiológico y epidemiológico de las dermatofitosis en la provincia de Madrid. *Actas Dermosifiliogr* 1984; **75**:429-434.
- 2 Alzate Sáez de Heredia C. Tiñas del cuero cabelludo. *Piel* 1986; **1**:47-52.
- 3 Honing PJ, Caputo GL, Leyden JJ, McGinley K, Seldst SM, McGravey AR. Treatment of Kerions. *Pediatr Dermatol* 1994; **11**:69-71.
- 4 Artis WM, Odle BM, Jones HE. Griseofulvin-resistant dermatophytosis correlates with in vitro resistance. *Arch Dermatol* 1981; **117**:16-19.
- 5 Lukacs A, Korting HC, Lindner A. Successful treatment of griseofulvin-resistant tinea capitis in infants. *Mycoses* 1994; **37**:451-453.
- 6 López Gómez S, Del Palacio A, Van Cutsem J, Cuétara MS, Iglesias L, Rodríguez-Noriega A. Itraconazole versus griseofulvin in the treatment of tinea capitis: a double-blind randomized study in children. *Int J Dermatol* 1994; **33**:743-747.
- 7 Howard R, Frieden IJ. Tinea capitis: new perspectives on an old disease. *Semin Dermatol* 1995; **14**:2-8.
- 8 Gordon PM, Stankler L. Rapid clearing of Kerion ringworm with terbinafine. *Br J Dermatol* 1993; **129**:503-504.
- 9 Ryder NS. The mechanism of action of terbinafine. *Clin Exp Dermatol* 1989; **14**:98-100.
- 10 Figueiredo A. Farmacología clínica de la terbinafina. *Piel*. 1993;473-479.
- 11 Haroon TS, Hussain Y, Mahmood A, Nagi AH, Ahmad I, Zahid M. An open clinical pilot study of the efficacy and safety of oral terbinafine in dry non-inflammatory tinea capitis. *Br J Dermatol* 1992; **126** Suppl 39:47-50.
- 12 Goulden V, Goodfield MJ. Treatment of childhood dermatophyte infections with oral terbinafine. *Pediatr Dermatol* 1995; **12**:53-4.
- 13 Jones TC. Overview of the use of terbinafine (Lamisil) in children. *Br J Dermatol* 1995; **132**:683-689.
- 14 Nejjam F, Zagula M, Cabiác MD, Guessous N, Humbert H, Lakhdar H. Pilot study of terbinafine in children suffering from tinea capitis: evaluation of efficacy, safety and pharmacokinetics. *Br J Dermatol* 1995; **132**:98-105.