



DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Kerion celsi causado por *Trichophyton tonsurans* em adulto ☆,☆☆

Jacqueline Paulina Aguirre Sotelo ^{a,*}, Víctor Manuel Tarango Martínez ^a
e Lucio Vera Cabrera ^b

^a Departamento de Dermatologia, Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”, Universidad de Guadalajara, Zapopan, Jalisco, México

^b Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa Dermatológica, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, Monterrey, México

Recebido em 14 de setembro de 2021; aceito em 27 de outubro de 2021

PALAVRAS-CHAVE

Dermatomicoses;
Tinha do couro
cabeludo;
Trichophyton

Resumo Tinea capitis é infecção incomum em adultos e acomete predominantemente mulheres e idosos com distúrbios hormonais e imunossupressão. As características clínicas são frequentemente polimórficas e atípicas. Apresentamos um caso de kerion celsi em paciente idosa com diabetes *mellitus* tipo 2 e menopausa. O diagnóstico foi estabelecido por meio de exame direto e pela identificação de *Trichophyton tonsurans* em cultura e tipificado por microcultura. O tratamento com prednisona e itraconazol apresentou ótimo resultado. A identificação da apresentação de tinea capitis em adultos ajudará os médicos a evitar atrasos no diagnóstico, a estar cientes dos fatores de risco e a fornecer tratamento precoce para minimizar as sequelas da doença.

© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Tinea capitis (TC) é infecção incomum em adultos causada por dermatófitos que invadem os folículos pilosos e as hastes dos pelos. Nos últimos anos, houve um aumento da incidência nessa faixa etária, principalmente nos países ocidentais, embora a prevalência apresente diferenças entre os países. No México, Medina et al. (2003) relataram uma taxa de 2,9%. TC é observada com maior frequência em mulheres e idosos. Os fatores envolvidos incluem distúrbios hormonais como menopausa, diabetes *mellitus*, doenças sistêmicas, imunossupressão, uso de corticosteroides, autoinoculação e

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.10.005>

☆ Como citar este artigo: Aguirre Sotelo JP, Tarango Martínez VM, Vera Cabrera L. Kerion celsi caused by *Trichophyton tonsurans* in an adult. An Bras Dermatol. 2022;97:637–40.

☆☆ Trabalho realizado no Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”, Zapopan, Jalisco, México.

* Autor para correspondência.

E-mail: drajacquelineaguirre@gmail.com (J.P. Aguirre Sotelo).



Figura 1 Placas pseudoalopécicas eritematosas, com pústulas e crostas amarelas afetando 70% do couro cabeludo.

transmissão por crianças afetadas. Como as características clínicas podem ser atípicas, isso pode atrasar o diagnóstico e representa um desafio para o médico.¹⁻⁵

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, de 54 anos, portadora de diabetes *mellitus* tipo 2 em tratamento, sem outras condições clínicas ou uso de medicamentos, que não possuía animais de estimação ou filhos. Queixava-se de lesões iniciadas havia cinco meses com escamas, pústulas, eritema, e couro cabeludo edemaciado e doloroso, com queda difusa dos cabelos.

Foi medicada com antimicrobianos orais e creme contendo betametasona, gentamicina e clotrimazol por um mês, sem sucesso. A paciente desenvolveu placas pseudoalopécicas eritematosas, com pústulas e crostas amareladas que afetavam 70% do couro cabeludo (fig. 1), com sensibilidade e edema detectados à palpação. A lâmpada de Wood revelou uma fluorescência esverdeada (fig. 2), o que levou à suspeita de *M. canis* como agente etiológico; entretanto, havia a possibilidade de ser um resultado falso-positivo, causado pelos tratamentos tópicos e pela formação de crostas.⁶ Na tricoscopia foram encontrados pelos em vírgula, pelos fraturados, pontos pretos, descamação perifolicular, eritema, pústulas e crostas amarelas. O exame direto com KOH 20% mostrou a presença de infecção endotrix, e a cultura micológica resultou no crescimento de uma colônia pulverulenta, amarelo-pálida e crateriforme (fig. 3). A presença de *Trichophyton tonsurans* foi tipificada por microcultura e sua identidade foi confirmada por análise de sequência de operons de RNA utilizando os primers ITS1-ITS4. Em virtude do componente inflamatório, foi iniciado tratamento com prednisona 1 mg/kg/dia por quatro semanas e itraconazol 200mg/dia por quatro meses e meio, com recuperação quase total do cabelo e poucas áreas remanescentes com cicatrizes (fig. 4).

Discussão

A raridade da TC em adultos se deve à maior resistência à colonização por dermatófitos em virtude das propriedades fungistáticas do sebo do couro cabeludo, da maturação do folículo piloso e da eficácia do sistema imunológico. Acredita-se que baixos níveis de estrogênio em mulheres na menopausa, assim como em idosos, causem a involução das glândulas sebáceas e a diminuição da secreção do sebo fungistático. Além disso, as mudanças na espessura da haste do fio de cabelo podem desempenhar um papel na suscetibilidade para ser parasitado. Além disso, as infecções causadas por *T. tonsurans* podem ocorrer em adultos portadores assintomáticos de dermatófitos antropofílicos e que desenvolvem TC apenas na presença de imunodeficiências ou interrupção dos mecanismos de proteção do couro cabeludo. Fatores

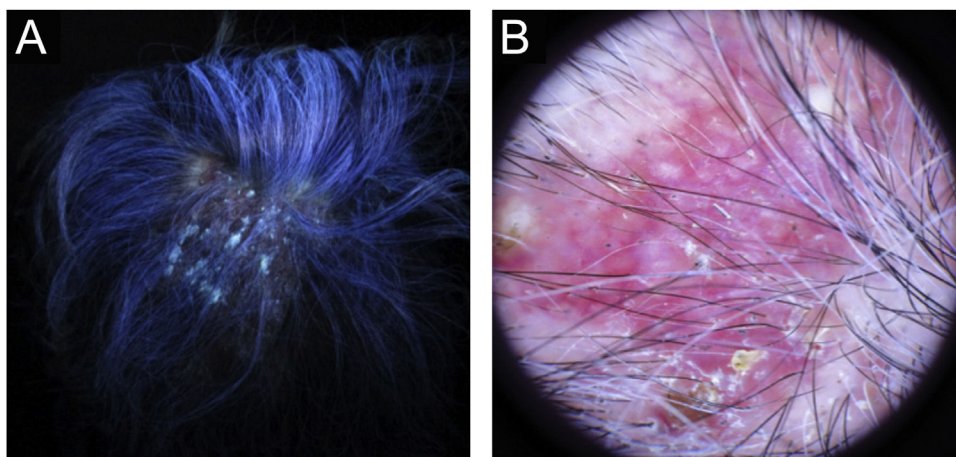


Figura 2 Diagnóstico auxiliar. (A) Lâmpada de Wood mostra fluorescência esverdeada. (B) As características da tricoscopia foram pelos em vírgula, pelos fraturados, pontos pretos, descamação perifolicular, eritema, pústulas e crostas amarelas.

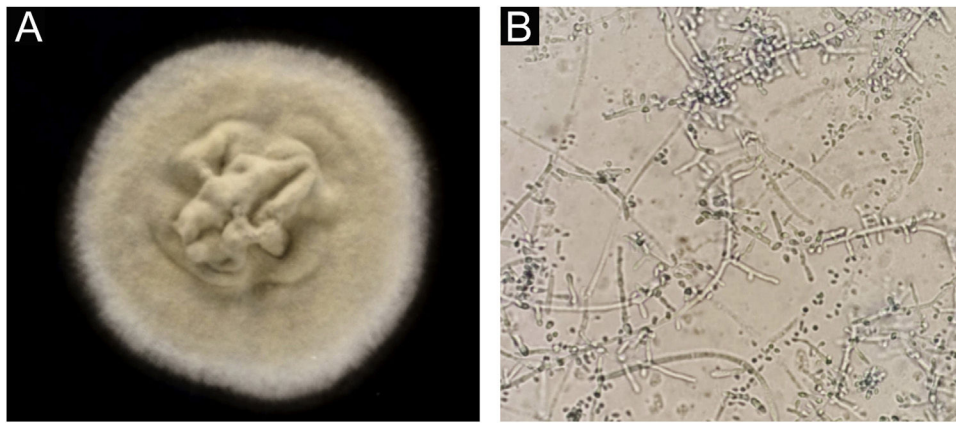


Figura 3 *Trichophyton tonsurans*. (A) Cultura microbiológica. (B) Hifas finas e septadas com clamidoconídios e múltiplos conídios dispostos de modo alternado e espelhado.

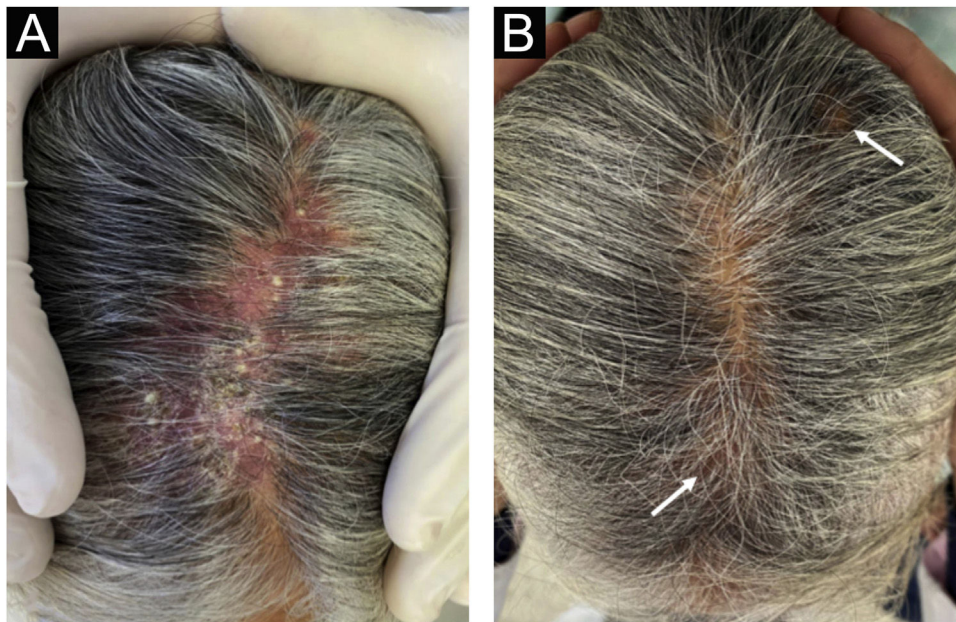


Figura 4 (A) Vista da linha média do couro cabeludo antes do tratamento. (B) Recuperação dos cabelos pós-tratamento com cicatrizes diminutas (*seta*).

sociais também podem estar envolvidos, como frequentar uma creche, ir ao cabeleireiro, cuidar de crianças ou ter animais de estimação.^{3,7-9}

Nos Estados Unidos, Canadá e México, o agente etiológico mais frequente é o *T. tonsurans*; na África, Índia e Tailândia, é o *T. violaceum*; e em alguns países europeus, asiáticos e latino-americanos prevalece o *M. canis*. As características clínicas dependem do agente causador e da resposta imune do hospedeiro. Geralmente, a TC não causa queda de cabelo permanente, embora isso possa ocorrer como resultado de um processo inflamatório destrutivo na TC profunda. O diagnóstico diferencial pode incluir foliculite bacteriana, foliculite decalvante, celulite dissecante, dermatite seborreica, alopecia areata, psoríase e cicatrizes relacionadas ao lúpus eritematoso.^{1,2,4,9,10} A paciente do presente relato

tinha mais de 50 anos, já havia chegado à menopausa, tinha diabetes *mellitus* e havia feito uso prévio de corticosteroides tópicos. Todos esses eram fatores de risco para o desenvolvimento de TC.

Conclusão

A baixa suspeição clínica e os tratamentos empíricos inadequados atrasam o diagnóstico e complicam o curso clínico da doença. Portanto, no caso de um paciente adulto ou idoso com alterações inflamatórias na pele do couro cabeludo, mesmo na ausência de áreas de alopecia, deve-se descartar a infecção por dermatófitos e indagar sobre fatores predisponentes. Proporcionar um tratamento precoce e preciso minimiza as sequelas da doença.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Jacqueline Paulina Aguirre Sotelo: Revisão crítica da literatura, elaboração e redação do manuscrito.

Víctor Manuel Tarango Martínez: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do manuscrito.

Lucio Vera Cabrera: Biologia molecular - identificação do isolado; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Mayser P, Nenoff P, Reinell D, Abeck D, Brasch J, Daeschlein G, et al. S1 guidelines: Tinea capitis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2020;8:161–79.
2. Martinez-Suarez H, Guevara-Cabrera N, Mena C, Valencia A, Araiza J, Bonifaz A. Tiña de la cabeza. Reporte de 122 casos. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica.* 2007;5:9–14.
3. Khosravi A, Shokri H, Vahedi G. Factors in Etiology and Predisposition of Adult Tinea Capitis and Review of Published Literature. *Mycopathologia.* 2016;18:371–8.
4. Morán MD, Tarango-Martínez VM, González Treviño LA, Mayorga J. Tiña de la cabeza en un adulto. A propósito de un caso. *Revista Iberoamericana de Micología.* 2005;22:54–6.
5. Medina D, Padilla MC, Fernández R, Arenas R, Bonifaz A. Tiña de la cabeza en adultos: estudio clínico, micológico y epidemiológico de 30 casos en Ciudad de México. *Piel.* 2003;18:403–8.
6. Trujillo AB. *Micología Médica Básica.* 5th ed. New York: McGraw-Hill Interamericana de España; 2015.
7. Mebazaa A, Oumari K, Ghariani N, Mili A, Belajouza C, Nouira R, et al. Tinea capitis in adults in Tunisia. *Int J Dermatol.* 2010;49:513–6.
8. Tangjaturonrusamee C, Piraccini B, Vincenzi C, Starace M, Tosti A. Tinea capitis mimicking folliculitis decalvans. *Mycoses.* 2011;54:87–8.
9. Park S, Park S, Yun S, Kim H, Park J. Tinea capitis in adults: A 18-year retrospective, single-centre study in Korea. *Mycoses.* 2019;62:609–16.
10. Buckley DA, Fuller LC, Higgins EM, Vivier AW. Lesson of the week. Tinea capitis in adults. *BMJ.* 2000;320:1389–90.