

Tinea capitis tratada con itraconazol en paciente inmunocomprometido

Sr. Editor:

La *tinea* o tiña es una infección fúngica superficial causada por hongos de los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* o *Epi-dermophyton*.

La *tinea capitis* afecta al cuero cabelludo y es la más común de las micosis en niños. El organismo principalmente implicado en Estados Unidos es *T. tonsurans*, aunque aún se mantiene en Europa *M. canis* como primer agente causal¹. Se ha descrito un aumento de frecuencia de dermatofitosis entre los individuos inmunodeprimidos².

En la *tinea capitis* se observa una inflamación variable del cuero cabelludo con rotura y pérdida del cabello, que puede llegar a ser permanente.

El tratamiento debe ser sistémico, para que los antimicóticos penetren y se incorporen al cabello en crecimiento. El tratamiento tópico no es eficaz. En la actualidad, la griseofulvina sigue siendo el tratamiento de elección y el único aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para esta indicación³.

Se presenta una niña de 3 años y medio con una placa costrosa y escamosa, alopecica y muy pruriginosa, en zona parietal izquierda de cuero cabelludo, de mes y medio de evolución (fig. 1). El resto de la exploración era normal. Se tomó muestra para cultivo y en ella se aisló *M. canis*.

Antecedentes familiares: hermanos y padres sanos; conviven con un gato.

Como antecedentes personales destacaba leucemia linfocítica aguda L1 a los 2 años y medio de edad, que precisó tratamiento de inducción según protocolo PETHEMA-1989 con buena tolerancia y remisión completa a los 2 meses, pasando a fase de mantenimiento con mercaptopurina oral y metotrexato intramuscular, que recibía en el momento de inicio de su lesión capilar.

Con el diagnóstico de *tinea capitis* se inició tratamiento con griseofulvina oral a 15 mg/kg. A los 3 meses se suspendió el tratamiento por presentar mejoría clínica y cultivo negativo. Tras 2 semanas se observó recidiva con cultivo positivo sobre la misma zona de cuero cabelludo, que en esta ocasión no respondió a la griseo-



Figura 1. Placas costrosas, descamativas y alopecicas en cuero cabelludo.

fulvina oral tras 12 semanas de tratamiento, por lo que se decide suspender e iniciar terapia con itraconazol oral a 5 mg/kg/día. Se realizaron determinaciones analíticas de sangre (hemograma y transaminasas) al inicio y al mes de tratamiento, sin que mostraran alteraciones en ninguno de los controles.

Tras 2 meses presentó mejoría clínica y cultivo negativo. Se decidió finalizar el tratamiento. Tres meses después, las placas alopecicas estaban repobladas, la niña permanecía asintomática y sus valores analíticos continuaban siendo normales.

La *tinea capitis* es una infección extremadamente común en niños. La FDA únicamente ha aprobado la griseofulvina para su tratamiento. Otros antifúngicos como itraconazol y terbinafina sólo están aprobados para el tratamiento de la onicomicosis y otras micosis sistémicas³.

La griseofulvina es altamente eficaz en el tratamiento de la *tinea capitis*, aunque se observa la necesidad de una mayor duración de la terapia (hasta 12 semanas), lo que puede indicar un incremento de resistencias³. La dosis establecida para su tratamiento es de 15-20 mg/kg/día, un mínimo de 6 semanas. Esta larga duración dificulta su cumplimentación por parte del paciente y tiene como resultado un estado de portador, lo que contribuye al aumento de incidencia de la enfermedad⁴. Sus efectos adversos son sobre todo gastrointestinales. El Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) no recomienda la realización de controles analíticos durante su toma³.

Otras terapias alternativas posibles, no específicamente aprobadas por la FDA para el tratamiento de la *tinea capitis*, son la terbinafina y el itraconazol, aunque la terbinafina se ha comportado como relativamente ineficaz en casos de infección por *M. canis*⁵.

El itraconazol fue aprobado en Estados Unidos en 1987 para el tratamiento de la onicomicosis y otras micosis sistémicas. Tiene alta afinidad por la queratina, a diferencia de la griseofulvina, y alcanza concentraciones tisulares mucho más elevadas que las plasmáticas y puede permanecer en el tejido hasta 6 semanas después de interrumpir la terapia^{1,4}. Sus efectos secundarios son mínimos (cefalea y trastornos gastrointestinales). Ha demostrado su seguridad y efectividad en pacientes infectados por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)^{2,7}.

Igualmente, se ha mostrado muy útil en el manejo de las micosis en niños⁸. Es efectivo en el tratamiento de la *tinea capitis* cuando se toma de forma continua o en pulsos semanales^{6,9}. En terapia continua, la dosis recomendada es de 5 mg/kg/día durante 4 semanas y puede prolongarse hasta 6 semanas si el patógeno causal es *M. canis*. La solución oral no es aconsejable por contener ciclodextrina, con potenciales efectos adversos graves¹⁰. Se han descrito pocos efectos secundarios: en una serie de 110 niños tratados con itraconazol únicamente tres desarrollaron hipertransaminasemia transitoria moderada⁹. En otro estudio con 482 niños, tan sólo el 3,5% presentaron efectos adversos clínicos y se encontraron alteraciones analíticas en un 1,9%^{1,8}. El NAMCS recomienda hacer determinación de transaminasas al inicio de la terapia, si ya existe alteración de la función hepática, y tras 4 semanas de tratamiento en todos los pacientes¹⁰. La frecuencia de efectos adversos en niños es menor que en los adultos¹.

En el caso aquí descrito se trataba de una paciente potencialmente inmunodeprimida, con *tinea capitis* resistente a la terapia convencional con griseofulvina y que respondió eficazmente al tratamiento con itraconazol, sin observarse efectos adversos clínicos ni alteraciones en sus valores analíticos. Constituye, en

nuestra opinión, un nuevo caso que viene a apoyar la eficacia y seguridad del uso de itraconazol en el tratamiento de la *tinea capitis* en niños.

**M.L. Prieto Salcedo^a, J. Santos-Juanes Jiménez^b
y J. Sánchez del Río^b**

^aÁrea de Pediatría. Centro de Salud de Llanes-Ribadedeva. Asturias.

^bServicio de Dermatología III. Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.

Correspondencia: Dra. M.L. Prieto Salcedo. Camino de los Alerces, 20. La Fresneda. 33429 Asturias. España. Correo electrónico: mariluzp@b2bi.es.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta AK, Hofstader SLR, Adam P, Summerbell RC. *Tinea capitis*: An overview with emphasis on management. *Pediatr Dermatol* 1999;16:171-89.
2. Smith RL, Levy ML. Itraconazole responsive *tinea capitis* in an HIV-Infected child. *Pediatr Dermatol* 1996;13:313-5.
3. Bennett ML, Fleischer AB, Loveless JW, Feldman SR. Oral griseofulvin remains the treatment of choice for *tinea capitis* in children. *Pediatr Dermatol* 2000;17:304-9.
4. Raimer SS. New and emerging therapies in pediatric dermatology. *Dermatol Clin* 2000;18:73-8.
5. Dragos V, Lunder M. Lack of efficacy of 6-week treatment with oral terbinafine for *tinea capitis* due to *Microsporum canis* in children. *Pediatr Dermatol* 1997;14:46-8.
6. Gupta AK, Nolting S, Prost Y, Delicluse J, Degreef H, Therssen U, et al. The use of itraconazole to treat cutaneous fungal infections in children. *Dermatology* 1999;199:248-52.
7. Wheat J, Hafner R, Wulfsohn M, Spencer P, Squires K, Powderly W, et al. Prevention of relapse of histoplasmosis with itraconazole in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1993;118:610-6.
8. Gupta AK, Chang P, Del Rosso JQ, Adam P, Hofstader SLR. Onychomycosis in children: Prevalence and management. *Pediatr Dermatol* 1998;15:464-71.
9. Gupta AK, Alexis ME, Raboobe N, Lynde CW, Adam P, et al. Itraconazole pulse therapy is effective in the treatment of *tinea capitis* in children: An open multicentre study. *Br J Dermatol* 1997;137:251-4.
10. Physician's desk reference. Montvale, NJ. Med Econom, 1999.

Pólipo antrocoanal gigante

Sr. Editor:

Los pólipos antrocoanales, también denominados pólipos de Killian, son un proceso benigno, unilateral y relativamente frecuente en la infancia. Palfyn, en 1713, publicó el primer caso de pólipo antrocoanal¹, pero fue Killian², en 1906, quien describió su origen exacto en la mucosa de la pared del seno maxilar. Se originan generalmente a nivel de la pared posterolateral del seno maxilar y se dirigen, sin provocar destrucción ósea, a través del ostium natural de drenaje u, ocasionalmente, a través de un ostium accesorio, hacia el meato medio, creciendo posteriormente hasta alcanzar la coana³.

Niña de 6 años que presentaba obstrucción nasal izquierda, ronquidos nocturnos y episodios de apnea durante el sueño.

En la exploración se observaba una ocupación de la región posterior de orofaringe, no adherida, que descendía desde la rinofaringe, sin que pudiera visualizarse el nivel al que finaliza. Presentaba una superficie mucosa lisa y de aspecto atrófico, que indica la larga evolución del proceso y a pesar de contactar íntimamente con el paladar blando, esta masa no provoca molestias orofaríngeas ni desencadena reflejo nauseoso.

El estudio mediante tomografía computarizada (TC) mostró una masa que ocupaba el seno maxilar y la fosa nasal izquierdas, sin destrucción ósea, que descendía a nivel de rinofaringe y orofaringe hasta acercarse al hioides, sin llegar a contactar con epiglotis (fig. 1). Todos estos hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de pólipo de Killian gigante izquierdo.

Se decidió la exéresis mediante cirugía endoscópica nasosinusal, durante la que se apreció el origen de la masa en el seno maxilar izquierdo. Debido a las dimensiones del pólipo se procedió a la exéresis de éste a nivel del ostium maxilar, a la limpieza del seno y a su abordaje final por vía orofaríngea (fig. 2).

La presentación clásica del pólipo antrocoanal es una insuficiencia respiratoria nasal unilateral, más acusada durante la espiración debido al efecto de válvula del pólipo con obstrucción de la coana. A medida que el pólipo crece puede ocasionar sintomatología bilateral⁴.

Debe prestarse atención a presentaciones clínicas infrecuentes del pólipo antrocoanal en la infancia, como disfonía y disfagia, epistaxis⁵, apnea obstructiva del sueño³ y una posible autoamputación del pólipo y su expulsión por boca⁶. Esto último constituye una urgencia pediátrica debido al riesgo de caída hacia la rínge con la consecuente obstrucción respiratoria⁷.

El caso que se presenta tiene dos connotaciones importantes relacionadas con las dimensiones que alcanza la lesión. En la



Figura 1. Imagen de TC en la que se observa ocupación de seno maxilar izquierdo por masa que no provoca destrucción ósea, así como la prolongación de dicha masa hasta el área posterior de fosa nasal izquierda a través del ostium maxilar.