

Dr Julio V Uriburu. Su destacada participación en la micología nacional

Dres Amalia M Bores,¹ Inés A Bores,² Lidia E Valle,³ Daniel Navacchia

¹ Vicepresidente

² Tesorera

³ Presidente

⁴ Secretario

Sociedad de Dermatología de la Ciudad de Buenos Aires de la Asociación Médica Argentina. (SDBA-AMA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Destacado dermatólogo, el doctor Julio V Uriburu propició el estudio de las afecciones micóticas en nuestro medio. Realizamos una breve actualización del diagnóstico y tratamiento de tiñas de cuero cabelludo.

Palabras claves. Julio V Uriburu, tiñas de cuero cabelludo.

Dr Julio V Uriburu. His outstanding participation in the national mycology

Summary

Dr. Julio V. Uriburu was a very important specialist in skin disorders. He worked in the investigation of micotic infections of hair and scalp disorders. We did a review of diagnostic and treatment of tinea capitis.

Key words. Julio V. Uriburu, tinea capitis.

Introducción

Los trabajos de investigación sobre micología médica del Dr Julio V Uriburu calaron en el pensamiento científico de nuestro medio.

Destacamos su elaboración y meticulosa descripción del *Microsporum fulvum* y el estudio de las micosis en la Ciudad de Buenos Aires con la propuesta terapéutica que presentó este investigador en respuesta al problema sanitario que constituían las tiñas de cuero cabelludo en los inicios del siglo XX.

Participó en la fundación de la Asociación Argentina de Dermatología (1907) junto a otros destacados especialistas.

Propició la transformación de los centros de estudios médicos en los que actuó, en espacios de investigación y diálogo interactivo.

El presente trabajo científico nos acerca a quien evaluó y planteó alternativas válidas frente a los desafíos de su tiempo. Aceptó con responsabilidad y método científico los retos que se presentaban, y avanzó construyendo conocimientos.

Objetivos

Confirmar o refutar las hipótesis mencionadas a continuación.

1. Propiciar en nuestro medio el examen micológico directo y cultivo para corroborar el diagnóstico clínico adscribiendo al paradigma de las escuelas europeas fue meta del trabajo del Dr Julio V Uriburu.

2. Impulsar la incipiente micología médica a través de la investigación con aportes originales participando en eventos científicos y publicaciones de carácter nacional e internacional fue una propuesta permanente del Dr Julio V Uriburu.

3. Promover en nuestro medio la terapéutica iniciada por Sabouraud-Noiré para las tiñas del cuero cabelludo fue una de las innovaciones del Dr Julio V Uriburu.

4. Realizar breve actualización de diagnóstico y terapéutica de tiñas capitis.

Materiales y método

Diseño retrospectivo, observacional. Con lógica inductiva se realizó análisis crítico de fuentes documentales editadas: publicaciones científicas, tesis doctorales, libros de texto.

Correspondencia. Dra Amalia Bores
Correo electrónico: amaliabores1@gmail.com

Desarrollo

En las postrimerías del siglo XIX e inicios del siglo XX el estudio de las enfermedades dermatológicas se polarizaba en dos centros científicos: la escuela vienesa y la escuela francesa.

A. La escuela vienesa se destacó por los aportes originales de Ferdinand Hebra (1816-1880) y Moritz Kaposi (1837-1902), quienes desarrollaron la fase histopatológica de la especialidad favoreciendo el empleo de medicamentos tópicos.

B. La escuela francesa del Hospital de Saint Louis de París con numerosos aportes originales.¹

Con respecto a la micología médica, Johann Lukas Schöenlein (1793-1864) describió en 1839 un hongo como agente etiológico de la tiña fávica de cuero cabelludo, siendo este hallazgo de la escuela vienesa un concepto revolucionario para el paradigma científico existente.^{2,3} Esta escuela abogaba por la confirmación del diagnóstico clínico de las afecciones micóticas del cuero cabelludo realizando el examen microscópico del cabello extraído con pinza de la zona afectada.⁴

En París, Raymond Sabouraud (1864-1938) se interesó por clasificar los hongos que producían afecciones en piel y anexos cutáneos, desarrollando la micología médica.^{5,6}

Julio V Uriburu (1870-1942), egresado en 1905 de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA), realiza con Sabouraud, Jefe de Servicio de Piel del Hospital Saint Louis, en Francia, un postgrado entre los años 1905-1907.

De regreso en nuestro país, el Dr Julio V Uriburu es convocado por el Primer Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología y Sifilografía de la Facultad de Ciencias Médicas (UBA), el Dr Baldomero Sommer (1857-1918), para fundar la Sociedad Dermatológica Argentina, actual Asociación Argentina de Dermatología (21 de agosto de 1907), con sede en el Hospital San Roque, actual Hospital General de Agudos José M Ramos Mejía. Han sido los socios fundadores los doctores: B Sommer; P Díaz; J Z Arce; M Aberastury; J C Almanza; E Cisneros; J A Farini; F L Nario; E Polito; M N Moyano; P L Baliña; N V Greco; C Roche; A Giménez; J V Uriburu; C Seminario.^{7,8}

En esta etapa se desarrolla en nuestro medio la fase parasitológica y microbiológica de la dermatología, que permitió resolver la causa de numerosas afecciones cutáneas.⁹

En nuestro país, Uriburu desarrolló una intensa actividad asistencial como Jefe del Servicio de Dermatología de la Asistencia Pública de Buenos Aires y de la Casa de Expósitos, actual Hospital General de Niños Pedro Elizalde. Fue convocado por las Damas de la Sociedad de Beneficencia para tratar un brote de tiña de cuero cabelludo que afectaba a los internados.

El Dr Uriburu, frente al mencionado brote y comprobando la existencia de muchos niños afectados, realizó diversas acciones.

1. Examen clínico minucioso con detección y aislamiento de casos (260 niños afectados).

2. Confirmación del diagnóstico clínico mediante examen micológico directo y cultivo.

3. Clasificación de género y especie de agente etiológico.

4. Estableció la terapéutica aplicando la técnica de Sabouraud-Noiré "con cinco aplicaciones de rayos X a dosis de 5 H (dosis equivalente) en distintos puntos fijos en una única sesión". A los 20 días ya no quedaba ningún pelo afectado, finalizó el contagio, comprobó que el problema tuvo su solución. A los 2 meses se producía el rebrote del cabello sano.¹⁰

Asimismo, en base a esa excelente experiencia, instaló pautas profilácticas consistentes en: a) examen e higiene diaria del cuero cabelludo, y b) mantener los cabellos cortos.

Resolvió así una afección micótica que constituía una preocupación sanitaria dada la posibilidad de su propagación en comunidades cerradas.

La terapéutica Sabouraud-Noiré fue utilizada hasta que en 1939 se reemplazó por la administración oral de griseofulvina, agente terapéutico aislado a partir del *Penicillium griseofulvum dierckx* por Oxford, Raistrick, Simonnart.¹¹

El investigador argentino, Dr Julio V Uriburu, brindó aportes originales sobre micología médica. En 1909, describió el *Microsporum fulvum*, de gran similitud morfológica con el *Microsporum gypsum*, del cual lo diferencian la forma teleomorfa y el ADN, establecidos mediante técnicas de biología molecular. El *Microsporum fulvum* es un hongo geófilo, menos virulento que el *Microsporum gypsum*.¹²

Entre los años 1907 a 1909 estudió y detectó en Buenos Aires: *Microsporum audouinii*, *Microsporum felineum* (canis), *Microsporum fulvum*, *Tricophyton violaceum*, *Tricophyton acuminatum*, *Tricophyton gypsum*.

También cultivó al *Epidermophyton inguinale*.

Presentó su trabajo de rigurosa investigación científica "Las tiñas de Buenos Aires" en el IV Congreso Médico Latinoamericano celebrado en Brasil en agosto de 1909. El mismo contó de 67 páginas y 1 cuadro.¹³

Breve actualización de tiñas de cuero cabelludo

Las dermatofitosis o tiñas son infecciones de origen micótico y consideradas como una de las consultas dermatológicas más frecuentes en la infancia. Se mencionan múltiples factores que colaboran con su aparición: los aspectos socioeconómicos, el área geográfica, el clima, entre otros.¹⁴

Las tiñas son causadas por un grupo de hongos llamados dermatofitos, los que incluyen tres géneros:

epidermophyton, *microsporum* y *trichophyton*, los cuales afectan piel, pelo y uñas. Teniendo en cuenta su reservorio, se clasifican en: *antropofílicos*, *geofílicos* y *zoofílicos*.

Según la localización, se consideran: tiña del cuero cabelludo o tiña capitis, tiña de piel lampiña o tiña corporis, tiña de los grandes pliegues o tiña cruris, tiña de los pequeños pliegues o intertrigos micóticos y tiña ungueal u onicomicosis.^{15, 16}

La tiña del cuero cabelludo es más frecuente en la infancia entre los 2 y 10 años de edad. Se la divide según la invasión del pelo en: ectotrix, en la superficie externa del pelo, y endotrix, dentro del pelo.

Tiña capitis microspórica

Etiología: *Microsporum canis*, *Microsporum audouinii*, *Microsporum gypseum*.

Fuente de infección: gatos, conejos, perros.

Muy frecuente en la infancia. La más observada en nuestro medio, 95-98% de los pacientes.

Se observa con una o pocas placas con pelos ralos, despulidos; cortados todos al mismo nivel, a pocos milímetros de su nacimiento. Los pelos se extraen con facilidad. El cuero cabelludo se observa gris y escamoso. Se trata de una infección ectotrix, la cual presenta fluorescencia positiva: amarillo-verdoso al observarse con luz de Wood.¹⁶⁻¹⁸

Tiña capitis tricoftica

Etiología: *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton rubrum*.

Se observan múltiples placas pequeñas, con puntos negros, redondeadas, ovaladas; con pelos sanos y pelos doblados micotizados con hiperqueratosis folicular. Los pelos se rompen en distintos niveles. La superficie de cuero cabelludo es escamosa. Se trata de una infección endotrix, micelios y esporas en el interior del tallo piloso; con alta posibilidad de contagio interhumano.¹⁶⁻¹⁸

Tiña capitis fávica

Etiología: *Trichophyton schoenleinii*.

Alta probabilidad de contagio interhumano. Se aprecian hifas en el tallo piloso. Es una forma crónica, severa, que al involucionar deja alopecia permanente.

Muy infrecuente en nuestro país, en algunos países de Suráfrica es endémica y de alta observación.¹⁸ Las lesiones al principio son maculosas, pustulosas y evolucionan al escudete o cazoleta fávica, lesión característica, perifolicular, que genera una costra gruesa deprimida en el centro. Las lesiones dejarán al caer, atrofia alopécica cicatrizal. Si colocamos gotas de alcohol en la costra, se tornará amarilla: **signo de Horand**.

Querion de Celso

Etiología: es una reacción inflamatoria causada ante especies zoofílicas como *Trichophyton verrucosum*.

sum, *Trichophyton mentagrophytes* en general o menos frecuentemente ante especies geofílicas. Se desarrolla por hipersensibilidad.

Se observa una tumefacción abovedada, blanda, alopécica; al presionarla drena material purulento, por los orificios foliculares: **signo de la espumadera**. Los cabellos se extraen con facilidad. Puede cursar con adenopatías cervicales u occipitales y síndrome febril.¹⁹ En escasas oportunidades puede generar una alopecia cicatrizal.

Diagnósticos diferenciales

En especial los diagnósticos diferenciales de las tiñas microspóricas o tricofticas: alopecia areata, eccemátides, infección bacteriana, psoriasis del cuero cabelludo.

Diagnóstico de las tiñas del cuero cabelludo

1. Examen clínico dermatológico.
2. Lámpara de Wood, produce fluorescencia amarillo-verdosa en la tiña microspórica.
3. Gotas de alcohol en tiña fávica.
4. Examen micológico directo del pelo, tratado con solución de potasio al 40%.
5. Cultivo en medio de Sabouraud.
6. Estudio dermatoscópico del pelo o tricoscopia, método rápido y económico. Se menciona el hallazgo de pelos en coma y pelos en tirabuzón.^{19, 20}

Tratamiento

Las tiñas de cuero cabelludo en la mayoría de los casos requieren tratamiento sistémico.

Tratamiento local

El tratamiento local se puede utilizar solo o combinado con el tratamiento sistémico.

Dentro de los antimicóticos locales utilizados en la actualidad se mencionan: miconazol, econazol, ketoconazol, bifonazol, clotrimazol, tioconazol; terbinafina; ciclopiroxolamina.

También se utilizan como antifúngicos locales el sulfuro de selenio y el zinc de piritiona.

El modo de uso es de 1-2 veces por día durante 2-4 semanas.

La limpieza del cuero cabelludo debe ser diaria.

Tratamiento sistémico

La griseofulvina, desde hace varias décadas, es la terapéutica de elección en la infancia a dosis de 15 a 25 mg/kg/día durante 6 a 8 semanas. Se debe administrar junto a una comida grasa. Esta medicación está contraindicada cuando hay daño hepático o en pacientes que cursen porfiria.

Las reacciones adversas posibles son: fotosensibilidad, urticaria, cefalea, parestesias, alteraciones hematológicas.

Otras medicaciones son: itraconazol, 3-5 mg/kg/día; fluconazol 3-6 mg/kg/día o dosis semanal y la terbinafina, 3-6 mg/kg/día.²¹

Para el querion de Celso, cuando se observa excesiva reacción inflamatoria, se puede utilizar metilprednisona oral a dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día hasta que disminuya la inflamación. En oportunidades es necesario adjuntar terapéutica antimicrobiana, cefalosporinas de primera generación o eritromicina en dosis habituales.

La reincorporación escolar de los niños depende de la etiología del cuadro y de la evolución de la afección.

Se debe tener mayor cuidado con los pacientes que estén infectados por las especies antropofílicas: *Trichophyton schoenleinii* (muy raro), *Microsporum audouinii*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton rubrum*. Estos presentan una alta probabilidad de contagio interhumano y el regreso escolar en general se retarda mayor tiempo.

Por ello resulta importante la investigación del agente causal evitando la transmisión interpersonal.²²

Conclusiones

En base a lo expuesto podemos confirmar nuestros objetivos.

El Dr Julio V. Uriburu propició en nuestro medio la rigurosa metodología científica para el diagnóstico clínico; corroboración diagnóstica mediante técnicas de laboratorio (examen micológico directo y cultivo); terapéutica adecuada de acuerdo a la época y pautas profilácticas para las afecciones micóticas.

En su actividad académica y asistencial impulsó la incipiente micología médica a través de la investigación con aportes originales presentados en eventos científicos y publicaciones nacionales e internacionales.

Adscribió a la exitosa terapéutica de *Sabouraud-Noiré*, la cual tuvo vigencia hasta 1939 en que se introdujo la griseofulvina oral, terapéutica de elección desde entonces hasta la actualidad.

Referencias

1. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Editorial Salvat. Barcelona. España. 1985; 445-478.
2. Schöenlein J. Zur pathogenese der impetigenes. Arch Fur Anatomie Physiologie and Weissen Schaftliche Medizen 1891; 82.(338-340).
3. Rook A. Early concepts of the post-parasite relationship in mycology. Int J Dermatol 1987; 17: 371.
4. Kaposi M. Pathologie et traitement des maladies de la peau. Seconde Edition Francaise. Editorial G. Masson. Lecons, Paris. Francia. 1891; Tome seconde: 178.
5. Greco NV. Historia y desarrollo de la dermatología y sifilografía en la República Argentina. La Semana Médica, Tomo cincuentenario. 1944; 357-453.
6. Lain Entralgo P. Op. cit.; supra, nota 1.
7. Greco NV. Baldomero Sommer y su obra. La Semana Médica. 1942; 21: 1-51.
8. Bores A. Historia de la Asociación Argentina de Dermatología desde 1907 a 2001. Tesis Doctoral Facultad de Medicina UBA, 2011.
9. Bores I. Historia de la Sociedad Argentina de Dermatología desde 1934 a 200. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. UBA, 2011.
10. Trepal L. Enfermedades de la piel y sífilis. (Síntesis elemental). Segunda Edición Corregida y Aumentada. Talleres Gráficos Barracota y Cía. Buenos Aires. Argentina. 1936; 102-103.
11. Mazzini MA. Dermatología Clínica. López Libreros Editores. Buenos Aires. Argentina. 1977; 1594-1595.
12. Negroni R, Bonvehi P, Arechavala A. Historia y descripción del *Microsporum fulvum*, una especie válida del género descubierta en la República Argentina. Rev Argent Microbiol 2008; 40 (1): 47.
13. Greco N V. Op.; cit., supra, nota 5.
14. González ME, Peralta NB, Mangeaud A y col. Estudio de micosis superficiales en la población de Villa del Prado, provincia de Córdoba, Argentina. Dermatol Argent 2015; 21 (4): 264-271.
15. Mayorga J, Esquivel González PL, Prado Trillo A y col. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con infección por *Microsporum canis*. Dermatol Rev Mex 2016; 60: 18-23.
16. Civale CM, Valle LE. Infecciones micóticas superficiales. En: Valle LE. Dermatología Pediátrica. Primera Edición. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina. 2014; 317-322.
17. Rueda ML, Valle LE. Infecciones micóticas. En: Valle LE. Dermatología General. Enfoque Práctico. Segunda Edición. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina. 2012; 468-470.
18. Hernández Ruíz ME. Micosis cutáneas. Pediatr Integral 2016; 20 (3): 189-193.
19. Moreno Morales ME, Valdez Landrum P, García Valdés A y col. Brote epidémico intrafamiliar de tiña de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*: informe de cuatro casos en tres generaciones. Med Cutan Iber Lat Am 2015; 43 (3): 217-221.
20. García Dorado J, Alonso Fraile P. Alteraciones del pelo y las uñas. Pediatr Integral 2016; 20 (4): 244-261.
21. Ghannoum M, Isham N, Hajjek R y col. Tinea capitis in Cleveland: Survey of elementary school students. J Am Acad Dermatol 2003; 48 (2): 189-193.
22. Dawber R, Van Neste D. Hair and scalp disorders. Editorial Martín Dunitz. Londres. Inglaterra. 1995; 207-217.