

Historia del favus (tiña fávica) en Uruguay y de la demostración de su naturaleza microbiológica

Dres. Ismael A. Conti Díaz*, Fernando Mañé Garzón†

Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Resumen

Se presenta un resumen de la historia de la tiña fávica (favus) en nuestro país con su curiosa evolución a través del tiempo, acompañado de consideraciones sobre el proceso del descubrimiento de la etiología microbiológica de la enfermedad, que antecedió en mucho al conocimiento preciso de la naturaleza de las enfermedades bacterianas.

Los primeros casos de favus autóctonos en Uruguay fueron descritos por Duprat en 1908, con posteriores observaciones de Brito Foresti en 1918, Tiscornia Denis en 1935, y Mackinnon en el mismo año, totalizando 12 pacientes. Luego Mackinnon, en revisión de la literatura micológica entre 1946 y 1956, refiere 12 casos más.

*La enfermedad habría desaparecido luego del país hasta el momento actual con excepción de un aislamiento en 1961 del agente *Trichophyton schoenleinii* de una de dos niñas hermanas portadoras de típicas lesiones de candidiasis mucocutánea crónica.*

*La demostración de la naturaleza fúngica del favus fue obra de una trilogía de investigadores: del alemán Schöenlein, quien en 1939 logró demostrar la presencia de hongos en las lesiones fávicas; del húngaro Gruby, quien en 1941, luego de observar también el agente etiológico en las lesiones, fue capaz de transmitir la enfermedad a otras personas y a sí mismo; y del prusiano Remak, quien logró autoinocularse en su propio antebrazo, cultivar el hongo sobre trozos de manzana y asignarle luego el nombre de *Achorion schoenleinii* (hoy *Trichophyton schoenleinii*).*

Palabras clave: TIÑA FAVOSA - historia.
TIÑA FAVOSA - etiología.
URUGUAY.

Key words: TINEA FAVOSA - history.
TINEA FAVOSA - etiology.
URUGUAY.

* Profesor del Departamento y Cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Profesor Emérito de la Facultad de Medicina. Académico de la Academia de Medicina del Uruguay. Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Prof. Dr. Ismael A. Conti Díaz

Ayacucho 3314. Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: ismaelconti@adinet.com.uy

Recibido: 18/8/2008.

Aceptado: 27/10/2008.

Introducción

La tiña fávica es una forma de dermatofitosis de carácter crónico, producida por *Trichophyton schoenleinii* y eventualmente por otras especies como *T. violaceum* y *Microsporum gypseum*, transmisible de persona a persona, que suele manifestarse bajo forma de microendemias en áreas rurales⁽¹⁾. Clínicamente se caracteriza por la presencia a nivel del cuero cabelludo de lesiones múltiples y pequeñas de aspecto crateriforme, generalmente secas, llamadas escútlulas o *godets* alrededor del ostium folicular, constituidas esencialmente por filamentos fúngicos, escamas córneas y exudado inflamatorio a veces granulomatoso. Es una forma severa de dermatofitosis, ya que lleva a una alopecia cicatricial. Las lesiones presentan un típico olor a moho o a ratón. Puede durar sin tratamiento toda la vida del paciente. Otras formas clínicas menos frecuentes son la descamativa y la impetigoide de carácter supurativo-costroso.

El motivo de esta publicación es exponer la interesante historia de la afección en nuestro país, llenando así un vacío evidente en la literatura nacional y luego el apasionante descubrimiento de su etiología microbiológica.

1. Historia de la afección en Uruguay

Radamés Costa en su tesis sobre *Dermatomycosis en el Uruguay*⁽²⁾ menciona la publicación de Duprat de 1908 sobre una estadística de la Clínica y Policlínica de niños del Hospital de Caridad de Montevideo, Servicio del Prof. Luis Morquio, desde su inauguración el 15 de abril de 1894 hasta el 31 de diciembre de 1906. En ese trabajo publicado en la Revista Médica del Uruguay, el autor refiere tres casos de favus diagnosticados entre niños varones de 3 a 15 años de la sala San Luis en los años 1894, 1897 y 1899, sin realizar ningún comentario al respecto⁽³⁾. Sospechamos, como lo hace Costa, que podrían bien haber sido autóctonos por la baja edad de los pacientes. Esta falta de datos en la publicación de Duprat puede explicar el hecho de que no sea citado en publicaciones posteriores nacionales sobre el tema, como las de Brito Foresti de 1918⁽⁴⁾, de Tiscornia Denis de 1935⁽⁵⁾, o la de Mackinnon del mismo año⁽⁶⁾.

El caso de Brito Foresti correspondió a una joven uruguaya de 17 años de edad, con cinco hermanos, tres mujeres y dos varones, todos mayores a ella. Una de las hermanas de la enferma había tenido favus a los 6 años de edad, curando aparentemente seis años atrás. Ni los padres, ni los otros hermanos, sufrieron la enfermedad. Clínicamente la paciente presentaba una afectación total del cuero cabelludo con *godets* de color amarillo azufre, alopecia casi total y el típico olor a ratón. El diagnóstico fue hecho por examen directo y cultivos.

Brito Foresti cree que su caso es el primero en un uruguayo, ya que los anteriormente observados eran de pacientes procedentes de Rusia meridional y de Galicia (España).

Pensamos nosotros que el autor olvidó citar los casos mencionados por Duprat en su trabajo de 1908.

En el tomo VII de Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades de 1935 son publicados dos trabajos sobre el tema. Así, Tiscornia Denis describe un favus típico en una mujer uruguaya de 37 años de edad, portadora de una extensa alopecia cicatricial de cuero cabelludo junto a un área fávica en actividad salpicada de típicos *godets*, cuya evolución se remontaba a su niñez (figura 1). Además, presenta dos casos de favus atípicos en dos niñas hijas de la misma paciente y otro, dudoso, en un hermanito sin confirmación micológica⁽⁵⁾.

La otra publicación de ese año corresponde a Mackinnon, quien en primer término comenta un caso de favus del Dr. G. Salterain con alopecia cicatricial y *godets* en un uruguayo de 23 años que nunca había salido del país. A continuación cita tres casos de favus de cuero cabelludo en niños del asilo Dámaso Antonio Larrañaga (figura 2) y en la madre de ellos, estudiados clínicamente por Bartolomé Vignale, confirmados micológicamente por Mackinnon y seguidos del punto de vista micológico por Radamés Costa⁽⁶⁾.



Figura 1. Caso de favus típico en mujer uruguaya de 37 años. Descripto por Tiscornia Denis, 1935



Figura 2. Casos de favus de cuero cabelludo en niños del asilo Dámaso Antonio Larrañaga, estudiados clínicamente por Bartolomé Vignale

Luego Mackinnon, en una revisión de la micología nacional, entre los años 1946 y 1956, refiere 12 casos supuestamente observados en dicho período⁽⁷⁾.

La enfermedad parecería haber desaparecido desde entonces en nuestro país^(8,9). Sin embargo, y muy curiosamente, en 1961 los autores de este trabajo estudiaron dos niñas hermanas, de 4 y 6 años de edad, portadoras de candidiasis granulomatosa crónica, en una de las cuales se logró aislar también y aparte de *Candida albicans*, *Trichophyton schoenleinii*⁽¹⁰⁾ (figuras 3 y 4).

2. Primera descripción del favus y descubrimiento de su etiología microbiológica

Celsus (I dC) refiere la enfermedad por vez primera con la siguiente descripción semiológica de acuerdo con G.C. Ainsworth en su libro *History of Medical and Veterinary Mycology*⁽¹¹⁾: “El nombre ‘porrijo’ se aplica cuando entre los cabellos algo como pequeñas escamas se levantan separándose del cuero cabelludo: a veces son húmedas, pero más frecuentemente secas, acompañadas a veces de ulceración. De ellas sale muchas veces un olor desagradable. La afección ocurre en el cuero cabelludo, raramente en la barba, ocasionalmente en las cejas”.

Ainsworth agrega que en el cuadro de Murillo (1617-1682) que muestra a Santa Elizabeth de Hungría en el Hospital de la Santa Caridad de Sevilla lavando la cabeza de un niño mientras otro espera su turno rascándose la cabeza, los mismos serían portadores de favus (figura 5). Según el autor, otro cuadro de Ferdinand Bol (1616-1690) representa a un niño con favus en circunstancia de ser internado en la Casa de Leprosos de Ámsterdam y que lepra y favus han sido confundidos desde tiempos bíblicos.

En 1834, el judío polaco Robert Remak (1815-1865), nacido en Poznan (Prusia en esos momentos), trabajando en el Hospital La Charité de Berlín, demostró por primera



Figura 3. Caso de candidiasis granulomatosa por *Candida albicans* en el que se aisló en una oportunidad *T. schoenleinii*



Figura 4. Mismo caso anterior. Importantes lesiones ungueales

vez en la historia que los escudetes fávicos estaban compuestos de cuerpos esféricos y fibras ramificadas sin darse cuenta que se trataba de un hongo^(12,13).

En 1835, Agostino Bassi, un abogado italiano, demostró que la enfermedad de los gusanos de seda llamada muscardina era producida por un hongo (hoy día denominado *Beauveria bassiana*). Tal descubrimiento fue la primera demostración en la historia de que un microorganismo era capaz de producir un proceso patológico, precediendo así por muchos años los trabajos de Pasteur y de Koch.

Bueno es señalar que en 1966 se publicó un caso de infección pulmonar humana por dicho hongo⁽¹⁴⁾.

Este descubrimiento notable de Bassi, sin duda alguna influyó poderosamente en los tres autores que en los años siguientes pondrían en evidencia el origen microbiológico del favus.

En 1839, Johann Lucas Schöenlein (1793-1864), también en Berlín, descubre la naturaleza “vegetal” del favus asimilando los filamentos a hongos. Esto nos lleva a considerar a Schöenlein como el descubridor por vez primera en la historia médica del origen microbiológico de una enfermedad en el hombre.

Luego, en 1841, David Gruby (1810-1898) de origen húngaro que había enseñado microscopía a figuras como Claude Bernard y asistido como médico a personalidades como los Dumas, padre e hijo, Chopin, Heine, George Sand y Alphonse Daudet⁽¹²⁾, describe en detalle la naturaleza fúngica del favus en comunicación científica a la Academia de Ciencias de París. Logró además, por vez primera en la historia, demostrar la transmisibilidad de un agente infeccioso al lograr reproducir el favus en otra persona y en sí mismo por inoculación de material patológico^(12,13).

Gruby no llegó a denominar al agente etiológico del favus y menos aún aislarlo. Ello fue logrado por el ya nombrado investigador Robert Remak, quien en 1842 logró confirmar la observación de Gruby al publicar un informe sobre la inoculación exitosa de material patológico de un paciente en su propio antebrazo, logrando también cultivar el hongo sobre rebanadas de manzana. Designó al agente del favus en 1845 con el nombre de *Achorion schöenleinii* en homenaje al profesor Schöenlein.

De esta manera se constituye una verdadera trilogía en el descubrimiento de la naturaleza microbiológica de la tiña fávica integrada por Schöenlein, Gruby y Remak.

Tales investigadores lograron aplicar correctamente los postulados de Koch, 40 años antes de ser expuestos por este autor.

Summary

Presentation of a summary of the history of the favic tinea (favus) in our country, including considerations in con-



Figura 5. Foto de cuadro de Murillo de Santa Elizabeth de Hungría

nection with the discovery process of the microbiological etiology of the disease, which significantly preceded precise knowledge on bacterial diseases.

The first cases of autochthonous favus in Uruguay were described by Duprat in 1908, and subsequent observations were reported by Brito Foresti in 1918 and by Tiscornia Denis and Mackinnon in 1935, totalling 12 patients. Later on, Mackinnon reviewed the mycological literature between 1946 and 1956 and reported 12 more cases.

The disease had disappeared from Uruguay until recently, with the exception of the *Trichophyton schöenleinii* agent being isolated in 1961, in one of two sisters, who were carriers of typical chronic mucocutaneous candidiasis lesions.

The fungal nature of favus was demonstrated by three researchers: German Schöenlein, who in 1939 managed to prove the presence of fungi in favic lesions; Hungarian Gruby, who in 1941, after observing the ideological agent in lesions, managed to transmit the disease to other people and to himself; and Prusian Remak, who managed to self-inoculate it in his own forearm, to cultivate the fungus in apple pieces and named it *Achorion schoenleinii* (today *Trichophyton schöenleinii*).

Résumé

On présente un compte rendu de l'histoire de la teigne favique (favus) dans notre pays et sa curieuse évolution au cours des années, accompagné de remarques sur

l'histoire de l'étiologie microbiologique de la maladie qui a précédé considérablement les savoirs précis sur la nature des maladies bactériennes.

Les premiers cas de favus autochtones en Uruguay furent décrits par Duprat en 1908, avec des observations postérieures de Brito Foresti en 1918, Tiscornia Denis et Mackinnon en 1935, avec un total de 12 patients. Puis, Mackinnon fit référence à 12 autres cas lors de la révision de la littérature entre 1946 et 1956.

La maladie aurait disparu de notre pays jusqu'à nos jours, sauf un prélèvement en 1961 de l'agent *Trichophyton schoenleinii* chez une de deux soeurs porteuses de typiques lésions de candidose mucocutanée chronique. La démonstration de la nature fungique du favus fut question d'une trilogie de chercheurs: l'allemand Schöenlein, en 1939, prouve la présence de champignons dans les lésions faviques; l'hongrois Gruby, en 1941, après avoir à son tour observé l'agent étiologique dans les lésions, fut capable de transmettre la maladie à d'autres personnes et à lui-même; le prussien Remak réussit à s'autoinnoculer dans son propre avant bras, de cultiver le champignon sur des morceaux de pomme et de lui donner le nom de *Achorion schoenleinii* (de nos jours *Trichophyton schoenleinii*).

Resumo

Apresenta-se um resumo da história da tinha favosa (favo) no nosso país e sua interessante evolução no tempo, e algumas considerações sobre o processo de descoberta da etiologia microbiana da doença, que foi feita muito tempo antes que se conhecesse a natureza das doenças bacterianas.

Os primeiros casos de favo autóctono no Uruguai foram descritos por Duprat em 1908, com observações de Brito Foresti em 1918, Tiscornia Denis em 1935, e Mackinnon nesse mesmo ano, com um total de 12 pacientes. Mackinnon, em uma revisão da literatura micológica entre 1946 e 1956, faz referência a outros 12 casos.

A doença teria desaparecido do país até nossos dias com exceção de um caso em 1961 com isolamento de *Trichophyton schoenleinii* em uma de duas irmãs portadoras de lesões características de candidiase mucocutânea crônica.

A demonstração da natureza fúngica do favo foi resultado do trabalho de três pesquisadores: o alemão Schöenlein, que, em 1939, demonstrou a presença de fungos nas lesões fávicas; o húngaro Gruby, que em 1941, depois de observar o agente etiológico nas lesões, pode transmitir a doença a outras pessoas e a si mesmo; e o prussiano Remak que autoinoculou-se no antebraço, cultivou o fungo em pedaços de maçã e deu-lhe o nome *Achorion schoenleinii* (agora *Trichophyton schoenleinii*).

Bibliografía

1. **Sampaio SAP, Rivitti EA.** Micosis superficiales. In: Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatología. San Pablo: Artes Médicas, 1998: 519.
2. **Costa R.** Las dermatomicosis en el Uruguay. Montevideo: s.n., 1937. 286 p. (tesis no publicada)
3. **Duprat P.** Estadística de la clínica y policlínica de niños del Hospital de Caridad de Montevideo, desde su inauguración el 15 de abril de 1894 hasta el 31 de diciembre de 1906. Rev Med Urug 1908; XI: 221-78.
4. **Brito Foresti J.** Un caso de favus autóctono. Rev Med Urug 1918; XXI: 518-20.
5. **Tiscornia Denis JM.** Favus autóctonos típicos y atípicos. Arch Urug Med Cir Espec 1935; VII : 303-14.
6. **Mackinnon JE.** Tiñas fávicas autóctonas. Arch Urug Med Cir Espec 1935; VII : 315-6.
7. **Mackinnon JE.** Revisión crítica de la investigación y de la literatura micológica en el Uruguay en el período 1946-1956. Mycopathologia 1958; 9: 224-40.
8. **Bonasse J, Asconegui F, Conti Díaz IA.** Estado actual de las dermatomicosis en el Uruguay. Rev Arg Micol 1982; 5(2): 29-31.
9. **Ballesté R, Fernández N, Mousqués N, Xavier B, Arteta Z, Mernes M, et al.** Dermatofitosis en población asistida en el Instituto de Higiene. Rev Med Urug 2000; 16: 232-42.
10. **Conti Díaz IA.** Micosis superficiales. Biomedicina 2006; 2(1): 15-34.
11. **Ainsworth GC.** Introduction. In: Ainsworth GC. Introduction to the history of medical and veterinary mycology. Cambridge: Cambridge University Press, 1986:2-3.
12. **Ainsworth GC.** Aetiology, dermatophytes and taxonomic problem. In: Ainsworth GC. Introduction to the history of medical and veterinary mycology. Cambridge: Cambridge University Press, 1986:13-6.
13. **Rippon JW.** Dermatofitos y dermatomicosis. In: Rippon JW. Tratado de micología médica. Hongos y actinomicetos patógenos. México: Interamericana, McGraw-Hill, 1990:187.
14. **Rippon JW.** Hialohifomicosis, pitiosis, micosis diversas y raras, algosis. In: Rippon JW. Tratado de micología médica. Hongos y actinomicetos patógenos. México: Interamericana, McGraw-Hill, 1990:790.