

QUERIÓN DE CELSO: UNA COMPLICACION RARA DE LA TIÑA CAPITIS

KERION CELSI:
A TINEA CAPITIS RARE COMPLICATION

Cvetkovic-Vega, A^{1,2,3,a}, Beatriz Mercedes Ingar-Carbone^{1,b}

RESUMEN

El Querión de Celso es una complicación rara de la Tiña capitis causada por una respuesta sobrexagerada de hipersensibilidad tipo IV frente al hongo. Presentamos un caso de un niño de 9 años con un tiempo de enfermedad prolongado de 20 días, en el cual se describe en la región parietal derecha una placa alopécica dolorosa, pruriginosa, cubierta por costras mielicéricas y abscesos supurativos observándose el signo de la espumadera. Se planteó clínicamente el diagnóstico, confirmándose luego a través del cultivo al agente etiológico, *Trichophyton tonsurans*. Se inició tratamiento con terbinafina por 4 semanas, prednisona 7 días y clindamicina por 10 días, logrando una evolución favorable.

Palabras clave: Querión de Celso; Complicación; Tiña Capitis, *Trichophyton tonsurans*. (fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Kerion Celsi is a rare complication of Tinea Capitis caused by an hyperreaction to a Type 4 Hypersensitivity against the fungus. We are presenting a case from a peruvian 9 year old boy with a 20 days illness in which it is described a painful, pruriginous alopecia plate covered by myeleric crust and suppuratives abscesses with boggy mass at the right parietal region. The clinical diagnosys was made, and later confirmed by the agent cultivate in which was *trichopyton tonsurans*. A treatment with Terbinafine for 4 weeks, prednisone 7 days and clindamicine for 10 days was started, with a favorable evolution.

Key words: Kerion Celsi; Complication; Tinea capitis; *Trichophyton tonsurans*. (source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

La tiña capitis afecta a niños en edad escolar, entre 3 a 7 años, y es producida por hongos dermatofitos que se clasifican en tres géneros¹: *Trichophyton* con las especies *tonsurans*, *rubrum*, *mentagrophytes*; *Microsporum* con la especie *canis*, y *Epidermophyton* con la especie *floccosum*; éstos además pueden agruparse en antropofílicos, zoofílicos y geofílicos², siendo éstas dos últimas formas las más inflamatorias estableciéndose el tipo de dermatofito como la inmunidad del huésped como dos factores determinantes para establecer la severidad de la infección³. El agente etiológico más

frecuente en Sudamérica y en Perú es el *Microsporum* de la especie *canis*^{3,4} transmitida por perros y gatos, existiendo además la *m. mentagrophytes*, por conejos⁵. Esta patología puede presentarse desde una lesión no inflamatoria, hasta una variedades inflamatorias^{2,3} como el Querión de Celso y la Tiña fávica.

El Querión de Celso fue descrito por él mismo en el año 30 a.C, usando como terminología Kerión por su semejanza a un panal de abejas⁶. Puede presentarse entre los 5 y 10 años, siendo consecuencia de una respuesta de hipersensibilidad tipo IV frente a los antígenos del hongo⁴, descrita como una placa alopécica dolorosa,

¹ Facultad de Medicina, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú

² Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, SOCEMURP.

³ Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana, SOCIMEP.

^a Interno de Medicina Humana, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú.

^b Médico Cirujano, Especialista Dermatología, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú.

Citar como: Cvetkovic-Vega, A, Beatriz Mercedes Ingar-Carbone. Querión de celso: Una complicacion rara de la tiña capitis. [Reporte de Caso].2018;18(1):74-77. DOI 10.25176/RFMH.v18.n1.1272

pruriginosa, sobreelevada, de aspecto pseudotumoral, a veces cubierta por costras miceléricas, eritematosa de consistencia blanda y fluctuante con pústulas y abscesos supurativos a través de los cuales se elimina pus lo cual se conoce como el signo de la espumadera^{2-5,7}. Además, se acompaña de adenopatías suboccipitales, retroauriculares y cervicales^{5,6}. El diagnóstico es clínico y se confirma con examen del folículo piloso en KOH 40%, examen de Wood y siendo el Gold Standard el cultivo del hongo en Agar Sabouraud o también con agar dextrosa o Agar úrea más gentamicina o cloranfenicol, durante 8 a 15 días^{3,4,8}. Además es importante pesquisar durante el interrogatorio los contactos con animales y humanos infectados⁵. Entre los diagnósticos diferenciales se enumera a foliculitis, forunculosis, celulitis, abscesos piógenos, carbunco, y miasis furunculoide^{3,5,6}. Si existiese sobreinfección bacteriana, ni el curso de la enfermedad ni el tiempo de erradicación del hombro varía⁴. El mal diagnóstico con infección bacteriana es frecuente^{8,9}, lo cual ocasiona demora en el inicio del tratamiento no permitiendo reducir el riesgo de alopecia cicatricial⁴, cuya primera línea^{5,6,9} es a base de Griseofulvina 20mg/kg/día en 2 tomas diarias junto a alimentos grasos que favorecen su absorción, y en segunda línea terbinafina 10mg/kg/día, durante 4 semanas o 6 a 8 semanas si no remitiese. Existe literatura que indica el uso de corticoides como prednisona 1mg/kg/día durante 7 días para disminuir la alopecia cicatricial residual⁵ pero existe controversia en su uso al momento. Iniciado el tratamiento fungistático, entre las 24 a 48h iniciales ya no hay riesgo de contagio³. Como indicaciones adicionales, se indica llevar una buena higiene personal evitando el uso de objetos personales, además de que todos los miembros de la familia deberán de ser examinados para tratamiento preventivo con champú de sulfato de selenio, o de ketoconazol al 2% por un par de meses^{3,10}.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 13a, acude a Emergencia por un cuadro de 20 días de evolución, que inicia con pérdida de cabello en región parietal derecha dejando un área alopecica ovoide de 6x7cm² no asociada a prurito. Al quinto día, tras cortarle el cabello su madre notó una lesión con las características previamente descritas pero cubierta con un área descamativa que respeta bordes con crecimiento

del cabello. Al octavo día, se asocia a esta lesión prurito, tras lo cual se forma una solución de continuidad central, puntiforme tornándose eritematosos los bordes de la lesión inicial. Frente a ello, madre acude a farmacéutico quien le receta amoxicilina, ibuprofeno y cetirizina. Al décimo-quinto día, la madre nota que a partir de la herida brota un líquido blanquecino, pegajoso, no maloliente que persiste dos días más, motivo por el cual la madre acude ese día una vez más al farmacéutico quien le recetó Zelsum, lo cual, tras su aplicación le provocó al niño 01 vómito postprandial. Al día siguiente, vigésimo día, a las 2 am el niño presenta fiebre de 38.5C y dolor pulsátil no irradiado focalizado a nivel de la lesión descrita motivo por el cual la madre lo trata con paracetamol y acude a EMG. Adicionalmente, refiere contacto con perros con lesiones descamativas y 4 contactos cercanos que presentan placas blanquecinas descamativas en el cuero cabelludo.

En EMG acude afebril, hemodinámicamente estable con funciones vitales conservadas. Al examen físico impresiona lesión ovoidea de 7x6cm², de consistencia blanda, alopecica, de bordes irregulares, cubierta por secreción cremosa purulenta que se escurre a la presión "aspecto en espumadera" (Fig.1). Además, se palpan 5 ganglios cervicales sobre el fascículo clavicular del Esternocleidomastoideo, el más grande de 3x2cm, móviles, no adheridos a planos profundos y dolorosos. Se solicitan exámenes de laboratorio: Hemograma con Leucocitos 1709 000, Eosinófilos: 1.4%, Linfocitos 18.4%, Linfocitos 3.14. Hb: 13.5mg/dl, Hematocrito: 38.7%, Plaquetas 354 y Creatinina de 0.63. Se plantea el diagnóstico probable de Querión de Celso y a descartar piodermatitis de cuero cabelludo. Se toma muestra de folículo piloso para envío a laboratorio para examen micológico directo con KOH 40% y Cultivo de Hongo. Inmediatamente después, se inicia tratamiento antibiótico con clindamicina 40mg/kg/día por 10 días, fungistático con terbinafina 10mg/kg/día por 4 semanas y prednisona 1mg/kg/día por 7 días, además de curaciones diarias. Se hizo una interconsulta a Dermatología quien confirmó el diagnóstico y agregó el uso de solución secante de Alibour. Al día siguiente, se tiene resultado negativo en el examen micológico directo por lo que espera el resultado del cultivo de hongo, el cual luego de 30 días confirma el diagnóstico y señala al *Trichophyton tonsurans* como agente etiológico. Tras 1 mes de tratamiento fungistático se observó mejoría de la lesión y buen pronóstico (Fig.2).

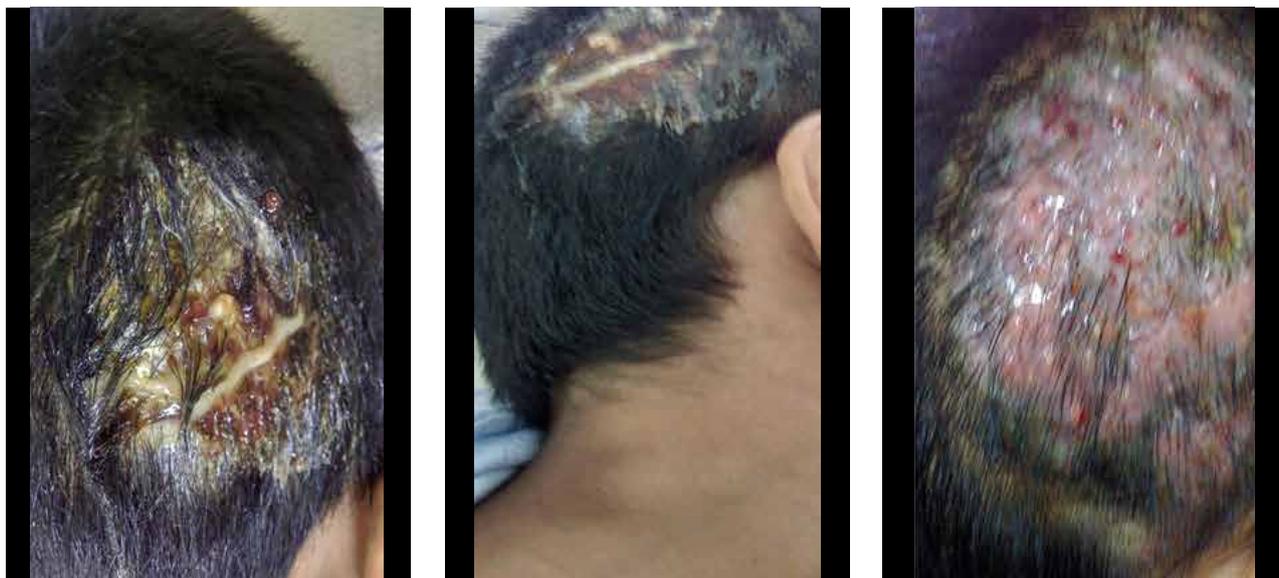


Figura 1. A la izquierda, se observa la Lesión ovoidea de 7x6cm², de consistencia blanda, alopécica, de bordes irregulares, cubierta por secreción cremosa purulenta que se escurre a la presión "aspecto en espumadera". Al centro se observa la lesión descrita y además ganglios cervicales móviles, no adheridos a planos profundos y dolorosos. A la derecha, se observa la lesión de "aspecto en espumadera" tras la remoción del cabello que la cubre y limpia.



Figura 2. Tras un mes de tratamiento, se observa una lesión alopécica costrosa, sin secreciones en el área inicialmente afectada.

DISCUSIÓN

La tiña capitis es producida por hongos de tipo dermatofito, siendo el agente causal más frecuente en Sudamérica y en Perú el *Microsporum canis*^{3,4} transmitido por perros y gatos. Sin embargo, el *Trichophyton tonsurans* puede causarla también siendo un dermatofito de reservorio humano (antropofílico), cosmopolita y de distribución también en Latinoamérica¹. Respecto de la tiña existen algunas formas inflamatorias, como el Querión de Celso⁶ el cual es producto de una respuesta sobrexagerada de

hipersensibilidad tipo IV frente a antígenos fúngicos⁴. Esta se suele presentar entre los 5 y 10 años y se describe como una placa alopécica dolorosa, pruriginosa, sobreelevada, de aspecto seudotumora en ocasiones cubierta por costras mielicéricas, eritematosa y fluctuante con pústulas y abscesos supurativos lo cual clínicamente se describe como signo de la espumadera^{2-5,7}; ocasionalmente se acompaña de adenopatías suboccipitales, retroauriculares y cervicales⁶.

Se presenta un caso de un niño con un tiempo de evolución de 20 días, en el cual se encuentra en el examen físico los hallazgos en cuero cabelludo ya descritos y la adenopatía suboccipital y cervical. Además, se pesquiza contacto con animales y con personas enfermas, lo cual refuerza el antecedente epidemiológico de esta patología⁵. Es importante el desarrollo de una correcta anamnesis aunada a un buen examen físico para establecer el diagnóstico, esto debido a que es frecuente el mal diagnóstico con infecciones bacterianas^{8,9}.

Debe de notificarse que la madre no acudió en primera instancia a un médico e instaló según su criterio un tratamiento no efectivo, demorando el inicio de un diagnóstico y terapia adecuados y aumentando el riesgo de alopecia cicatrizal⁴. El diagnóstico inicial se hizo clínicamente, y se inició la toma de muestra respectiva para el examen micológico directo en KOH 40% y para el Gold Standart que es el Cultivo del hongo. Este último luego de 30 días confirmó el agente etiológico, siendo en este caso *Trichophyton Tonsurans*.

Dicho agente se adquiere por contacto con superficies de asientos, sombreros y peines infectados, siendo sus esporas transportadas por el aire a zonas cercanas, existiendo en la literatura casos y epidemias escolares descritas¹.

Si bien la literatura menciona que el tratamiento de elección es a base de griseofulvina^{5,6,9} 20mg/kg/día, se planteó empezar con la terbinafina a 10mg/kg/día por 4 semanas; prednisona 1mg/kg/día para reducir el riesgo de la alopecia cicatricial⁴, a pesar que se le comunicó a la madre que la demora del inicio del tratamiento condiciona al éxito de esta terapia; y clindamicina para cobertura de gram (+) debido a la infección local supurativa, durante 5 días. Vale recordar que la literatura menciona que, si existe sobreinfección bacteriana, ni el curso de la enfermedad ni el tiempo de erradicación fúngica varía⁴.

Respecto de los contactos después iniciado el tratamiento, la literatura reporta que tras 24 a 48h iniciado, ya no hay riesgo de contagio³. A pesar de la evidencia, aún no hay consenso entre la restricción de

actividades sociales, recomendando algunos estudios el ausentismo escolar hasta 5 días luego de la terapia oral². Además, es importante aconsejarle al paciente regresar a sus controles y llevar una buena higiene, evitando el compartir objetos personales, todo esto aunado a la examinación de todos los miembros de la familia y recomendar como tratamiento de contactos cercanos el uso de Champús de Sulfato de selenio o de ketoconazole 2% por un par de meses para su erradicación¹⁰.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: La autora declara no tener conflictos de interés en relación al contenido de este documento.

Recibido: 10 de Octubre del 2017

Aprobado: 1 de Noviembre del 2017

Correspondencia: Aleksandar Cvetkovic Vega

Dirección: Jr. Bronsino 307, San Borja, Lima Perú

Celular: +51 964982676

Correo: aleksandar.famurp@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Escusol S, Guijarro Tapia E, Cardona Marqués A, Hernández Alabart MM, Muniain Díaz de Cerio MP, Martín Lorente AM, et al. Epidemia de tiña por *Trichophyton tonsurans* en una escuela. *Pediatría Aten Primaria*. 2016;18(72):325-31.
2. Ferreira Silva, Sílvia, Teixeira Carla, Machado Susana, Marques Laura. Kérion celsi: uma complicação rara da Tinea capitis. *Nascer E Crescer-Birth Growth Med J*. 2017;XXVII(2).
3. Pazmiño Palacios J, Pazmiño Palacios J, Morales Tapia C, Orellana Cabrera I, Seminario Vintimilla ME, Córdova-Neira F. QUERION DE CELSO SEVERO a propósito de un caso pediátrico. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga*. 2014 Mar 15;6(1):97-100.
4. Salas Ortega, Grettel. Kerion de Celso, Comunicación de un caso. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica*. 2008;LXV-586:351-4.
5. Gioseffi ML, Giardelli M, Bocian M. Querión de Celso en la infancia. *Arch Argent Pediatría*. 2004;102(2):152-3.
6. Barranco M. Lesión inflamatoria "en espumadera" en región parietal. *Sanid Mil*. 2016;72(1):59-60.
7. Topaloğlu Demir F, Karadag AS. Are Dermatophytid Reactions in Patients with Kerion Celsi Much More Common Than Previously Thought? A Prospective Study. *Pediatr Dermatol*. 2015 Sep;32(5):635-40.
8. Gómez Moyano E, Martínez Pilar L, Martínez García S, Crespo Erchiga V. Kerion Celsi with erythematous tumefaction on the groin due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Rev Iberoam Micol [Internet]*. 2017 Jul [cited 2017 Sep 9]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130140617300608>
9. Feetham JE, Sargant N. Kerion celsi: a misdiagnosed scalp infection. *Arch Dis Child*. 2016 May;101(5):503-503.
10. Xu L, Liu KX, Senna MM. A Practical Approach to the Diagnosis and Management of Hair Loss in Children and Adolescents. *Front Med [Internet]*. 2017 Jul 24 [cited 2017 Sep 9];4. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fmed.2017.00112/full>