

## Caso clínico

# Querión de Celso por *Trichophyton mentagrophytes*. Comunicación de un caso

María del Carmen Padilla Desgarenes,\* Angélica Villanueva Otamendi,\*\*  
Carmen Alexandra Maza de Franco,\*\* Mónica Rosas Cano\*\*\*

## RESUMEN

El Querión de Celso es la variante inflamatoria de la tiña de la cabeza. Su frecuencia aproximada dentro de la consulta dermatológica es del 10%. Predomina en niños y adolescentes menores de 15 años. En este artículo presentamos el caso de una paciente del sexo femenino, de 13 años de edad con dicho diagnóstico.

Palabras clave: Tiña de la cabeza, Querión de Celso.

## ABSTRACT

*Celso's Kerion is the inflammatory variant of ringworm of the head. It's approximate frequency within dermatological consultation is 10%. It predominates in children and teenage under 15 years old. In this article we report the case of a 13 year old female patient with this diagnosis.*

**Key words:** Ringworm of the head, Celso's Kerion.

## INTRODUCCIÓN

La tiña de la cabeza se define como la infestación del pelo y la piel cabelluda<sup>1</sup> por dermatofitos pertenecientes a los géneros *Microsporum* (*M*) y *Trichophyton* (*T*).<sup>2-4</sup>

En nuestro medio los principales agentes son: *M. canis* en 80%, *T. tonsurans* en 15% y otros dermatofitos en 5% como *T. mentagrophytes*, *M. gypseum*, *T. violaceum*, *T. verrucosum* y *T. rubrum*.<sup>3,5,6</sup>

Los dermatofitos pueden ser antropofílicos, zoofílicos y geofílicos. En el caso de los primeros, éstos se adquieren por contacto directo con otro ser humano; los zoofílicos infectan al hombre por convivencia con perros, gatos, roedores o conejos;<sup>5,6</sup> en tanto que las especies geofílicas parasitan al humano por la exposición con tierra contaminada.<sup>5</sup>

En México, la tiña de la cabeza ocupa el cuarto lugar de las dermatofitosis, con una frecuencia de 4 a 10%.

Representa un problema de salud pública que predomina en áreas rurales o suburbanas, es más frecuente en campesinos y personas de medio socioeconómico bajo y mala higiene.<sup>4,7</sup>

Se considera una micosis propia de la infancia en la que se presenta hasta en un 98%.<sup>6</sup> Algunos estudios señalan mayor incidencia en el grupo etario de seis a 10 años en 63.2%, con un promedio de 7.2 años.<sup>6</sup>

En personas mayores de 18 años tiene una frecuencia baja, de 2 a 3%, principalmente en mujeres postpúberes, menopáusicas y pacientes inmunosuprimidos; y con menor frecuencia en hombres adultos.<sup>3,4</sup> Esto se debe a que las manifestaciones clínicas desaparecen en la pubertad por los cambios en el pH y secreción sebácea que tienen un efecto fungistático.<sup>8</sup>

En el Centro Dermatológico Pascua el 96.1% de los casos corresponden a niños menores de 12 años, con un promedio de 6.6 años y en mayores de 18 años la frecuencia es de 2.3%.<sup>9</sup>

Los agentes etiológicos corresponden a *M. canis* en 80% y *T. tonsurans* en 15%, con menor frecuencia *T.*

\* Jefe del Laboratorio de Micología.

\*\* Dermatóloga.

\*\*\* Residente del tercer año de Dermatología.

*mentagrophytes*, *M. gypseum*, *T. violaceum*, *T. verrucosum* y *T. rubrum*.<sup>6</sup>

En el CDP *M. canis* es el responsable del 59.9% de los casos, *T. tonsurans* del 28%, *M. audouinii* 1.7%, *M. gypseum* 0.8%, *T. mentagrophytes* 0.6% y *T. violaceum* 0.4%.<sup>9</sup>

La clasificación de la tiña de la cabeza se establece por el aspecto clínico y la forma de parasitación del pelo.

De acuerdo con su aspecto clínico, se le clasifica en tres formas: seca (microspórica y tricofítica), inflamatoria o querión de Celso y Fávica.<sup>5</sup>

La tiña seca es la más frecuente y se presenta hasta en 90%. Se caracteriza por placas pseudoalopécicas únicas o múltiples con escama fina en su superficie, pelos cortos decolorados, envainados y frágiles.

La tiña inflamatoria de la cabeza o querión de Celso recibió este nombre en honor a Celso, quien hizo la primera descripción en el año 30 a.C. y se utilizó el término «querión» por tratarse de un proceso inflamatorio agudo y purulento de la piel cabelluda. Esta entidad fue uno de los principales problemas de salud pública en el siglo XIX.<sup>10</sup>

Tiene una frecuencia aproximada de 10%. Es el resultado de una intensa reacción de hipersensibilidad mediada por la inmunidad celular.<sup>11-13</sup> Es un estado inflamatorio defensivo que resulta perjudicial para el huésped, puesto que al resolverse puede dejar áreas con alopecia permanente.<sup>3,4,8,12</sup>

Los agentes causales más importantes son: *M. canis*, *T. mentagrophytes* y *T. tonsurans*. En el Centro Pascua el más frecuente es el *T. tonsurans* en 48.8%, seguido de *M. canis* en 31.4%, *M. gypseum* 3.5%, *T. mentagrophytes* 2.3% y *M. audouinii* 2.3%.<sup>8</sup> Generalmente las especies zoofílicas producen cuadros más inflamatorios.

El querión de Celso inicia como una o varias placas pseudoalopécicas, con pelos cortos, escama, eritema, pústulas y costras melicéricas; puede manifestarse con aumento de volumen con material purulento que da un aspecto de «panal de abejas». El síntoma principal es el dolor en el sitio de la lesión. Puede evolucionar y desarrollar fibrosis y alopecia. Puede cursar con adenopatías regionales dolorosas con afectación al estado general, febrícula o fiebre.<sup>1,3,12</sup>

El diagnóstico es principalmente clínico. El estudio micológico a través del examen directo muestra la parasitación del pelo, y el cultivo permite identificar el agente causal.<sup>3,5</sup>

Para realizar examen directo se recolectan los pelos parasitados con pinzas para depilar, se colocan en un portaobjetos al que se ha agregado previamente una gota de hidróxido de potasio al 20%, se coloca un cu-

breobjetos y se hace la observación al microscopio para identificar el tipo de parasitación. El examen directo de *M. canis* muestra parasitación ectoendotrix, y el de *T. tonsurans* endotrix. En el cultivo se observan colonias con aspecto macroscópico y microscópico característico del agente causal.<sup>5</sup>

La luz de Wood es una herramienta auxiliar que fluoresce en color amarillo-verdoso en la tiña microspórica y está ausente en la tricofítica.

La dermatoscopia representa una herramienta diagnóstica útil que puede confirmar el diagnóstico y complementar el estudio micológico. Los pelos en forma de coma son un marcador de tiña capitis bien conocido que puede observarse tanto en parasitación ectotrix, como endotrix. Otros marcadores dermatoscópicos comunes son los pelos en forma de sacacorchos. Recientemente se describieron los pelos en «código de barras» que se caracterizan por ser interrumpidos de forma irregular por intervalos más pálidos. También es posible observar datos inespecíficos, como los pelos en zigzag, puntos negros y pelos rotos.<sup>2,14,15</sup>

El diagnóstico diferencial de la tiña inflamatoria se establece principalmente con foliculitis decalvante, perifoliculitis nodular o granulomatosa, lupus eritematoso cutáneo, impétigo y absceso bacteriano.<sup>3,10</sup>

El tratamiento de elección es la griseofulvina a una dosis ponderal de 10 a 20 mg/kg/día de 8 a 12 semanas.<sup>1,3,4,6</sup> Se reporta en la literatura una tasa de curación de 96% con adecuada tolerancia.<sup>16</sup> Se agrega prednisona a dosis de 0.3 a 0.5 mg/kg/día con el propósito de disminuir la reacción inflamatoria y evitar la alopecia cicatrizal. Este esquema se ha confirmado exitosamente en estudios clínicos realizados por O'Brien y colaboradores en la Universidad Drexel de Filadelfia, en Estados Unidos, quienes demostraron la efectividad de dicho tratamiento.<sup>13</sup>

En casos de mala respuesta o resistencia al tratamiento se sugiere la administración de terbinafina (niños mayores de tres años), ketoconazol y fluconazol. La terbinafina tiene una tasa de curación del 88%.<sup>16</sup>

De forma adicional se emplean champús con ketconazol al 2%, disulfuro de selenio y piritionato de zinc.<sup>16</sup>

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo femenino, de 13 años de edad, estudiante de secundaria, originaria y residente de la Ciudad de México.

Acude por una dermatosis localizada a la cabeza, de la que afecta piel cabelluda en la región occipital derecha. La dermatosis estaba constituida por una placa pseudoalopécica de 6.0 cm x 5.0 cm de diámetro, eritematosa, con pústulas y costra melicérica



**Figura 1.**

Aspecto clínico.

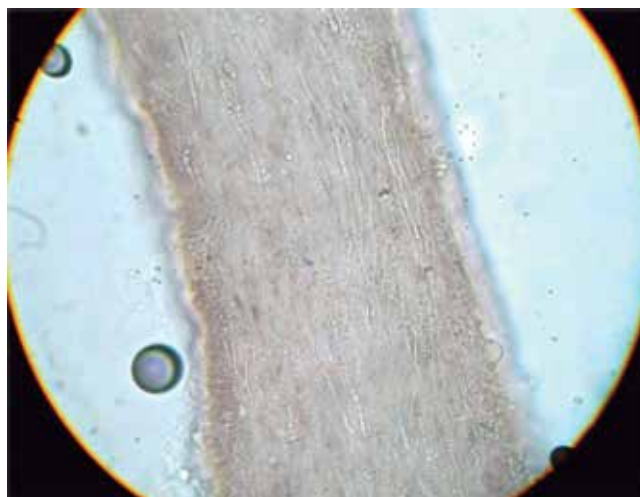


**Figura 2.** Placa pseudoalopécica, exofítica, eritematosa, con pústulas y costras melicéricas.

en su superficie. De evolución aguda y dolorosa (**Figuras 1 y 2**).

En el resto de piel y anexos se apreciaba adenopatía retroauricular derecha, dolorosa al tacto.

Al interrogatorio refiere 15 días de evolución con «aumento de volumen» en la cabeza y «caída de cabello» en esa zona. Consultó con médico general quien



**Figura 3.** Examen directo con parasitación ectoendotrix.

le administró ceftriaxona 1 g IM cada día por tres días y crema de betametasona-clotrimazol-gentamicina dos veces al día por una semana, sin notar mejoría, por lo que decidió acudir a consulta en este centro.

Entre sus antecedentes personales de importancia señaló tener como mascota un hámster desde hacia tres meses. Refirió que éste presentaba lesiones en el pelaje. No se encontraron otros antecedentes de relevancia.

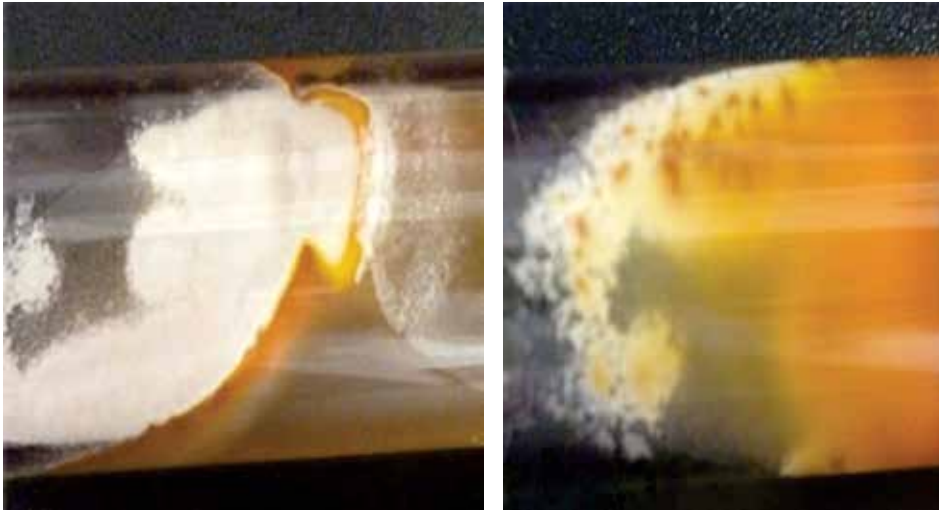
Con los datos anteriores se integró el diagnóstico clínico de tiña inflamatoria de la cabeza, se le envió al laboratorio de micología de esta unidad, en donde se le realizó examen directo, el cual mostró una parasitación del pelo ectoendotrix (**Figura 3**). En el cultivo se desarrollaron colonias blancas, pulverulentas con un reverso ocre amarillento (**Figura 4**); y en el examen microscópico del cultivo se observaron micelios en forma de espiral o zarcillo y microconidios redondos y arracimados (**Figura 5**). Con estos datos se corroboró el diagnóstico de Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton mentagrophytes*.

Se inició tratamiento con griseofulvina a 15 mg/kg/día y prednisona a 0.5 mg/kg/día. Al cabo de dos semanas de tratamiento se redujo la dosis de prednisona y se suspendió a la quinta semana. Asistió a control a las ocho semanas de tratamiento con mejoría clínica notable (**Figura 6**).

## COMENTARIO

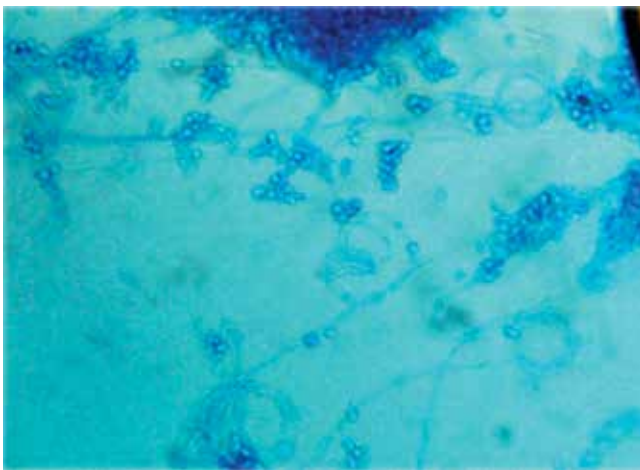
El caso presentado resulta muy interesante, pues el agente etiológico *Trichophyton mentagrophytes* no es





**Figura 4.**

Colonias blanquecinas, pulverulentas, reverso ocre amarillento.



**Figura 5.** Aspecto microscópico del cultivo: hifas en espiral o zarcillos y microconidios redondos y ovales.



**Figura 6.** Aspecto clínico a las ocho semanas de tratamiento.

el que se reporta con mayor frecuencia en la literatura nacional e internacional, ni en las estadísticas del Laboratorio de Micología del Centro Pascua, donde se presenta sólo en 2.3% de los casos.

Podemos inferir que se trata de una zoonosis, ya que se aisló *T. mentagrophytes* var. *Mentagrophytes*, además de que la paciente refería contacto con un hámster desde hacía tres meses.

Presentó una muy buena respuesta al tratamiento con griseofulvina con mejoría clínica notoria. A pesar de que este antimicótico es uno de los tratamientos que se emplea en la tiña de la cabeza desde 1958, ha superado la prueba del tiempo, y continúa siendo el de elección en este caso.

La adición de prednisona con la finalidad de disminuir la reacción inflamatoria y evitar la fibrosis y alopecia

cicatrizal fue determinante en la buena respuesta terapéutica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Venadero AF, Padilla DMC, Guzmán EC. Tiña inflamatoria de la cabeza (Querión de Celso) por *Microsporum canis*. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2006; 15: 35-39.
2. Padilla-Desgarenes MC, Pérez-Cortés S, Sánchez-Ferra D. Tiña inflamatoria de la cabeza por *Trichophyton mentagrophytes* transmitida por un hámster. *Dermatol Rev Mex*. 2012; 56: 145-149.
3. Bonifaz A. *Micología médica básica*. 4ª Edición. México: Mc Graw-Hill; 2012. pp. 99-120.
4. Arenas R. *Micología médica ilustrada*. 4ª Edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2011. pp. 64-65.

5. Padilla-Desgarenes M, Bernabé del Río C, Venadero F. Tiña microspórica atípica de la cabeza. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2009; 18: 68-71.
6. Rebollo N, López-Bárceñas A, Arenas R. Tinea capitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 91-100.
7. Ndunge J, Muthini J, Kebira A. Prevalence of tinea capitis in school going children from Mathare, informal settlement in Nairobi, Kenya. *BMC Res Notes*. 2015; 8: 1-4.
8. Narro J, Rivero O, López J. Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica., Tercera edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México 2008. pp. 879-881.
9. Flores AP. Tiña de la cabeza en el Centro Dermatológico Pascua de 1993 a 2002 [Tesis Doctoral]. México: UNAM; 2004. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004; 13: 45-48.
10. Proudfoot L, Higgins E, Morris-Jones R. A retrospective study of the management of pediatric kerion in *Trichophyton tonsurans* infection. *Pediatr Dermatol*. 2011; 28: 655-657.
11. Veraldi S, Guanziroli E, Schianchi R. Epidemic of *Tinea corporis* due to *Trichophyton mentagrophytes* of rabbit origin. *Pediatr Dermatol*. 2012; 29: 392-393.
12. Isa-Isa R, Arenas R, Isa M. Inflammatory tinea capitis: kerion, dermatophytic granuloma, and mycetoma. *Clin Dermatol*. 2010; 28: 133-136.
13. JAAD. A new paradigm in the treatment of kerions (póster 206). 2009; 60 (3): AB4.
14. Wang HH, Lin YT. Bar code-like hair: dermoscopic marker of tinea capitis and tinea of the eyebrow. *J Am Acad Dermatol*. 2015; 72: S41-S42.
15. Arrazola J, Isa-Isa R, Torres E, Arenas Roberto. Tiña de la cabeza: descripción de los hallazgos dermatoscópicos en 37 pacientes. *Rev Iberoam Micol*. 2015; 32: 242-246.
16. Grover C, Arora P, Manchanda V. Comparative evaluation of griseofulvin, terbinafine and fluconazole in the treatment of tinea capitis. *Int J Dermatol*. 2012; 51: 455-458.

Correspondencia:

Dra. María del Carmen Padilla Desgarenes  
 Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,  
 Col. Buenos Aires,  
 Del. Cuauhtémoc, 06780, Ciudad de México, México.  
 Tel. 5519 6351  
 E-mail: mcpadillad@prodigy.net.mx