

Tiña de la cabeza en un lactante sano. Querion de Celso

S. Fernández Cebrián¹, T. González López¹, S. González González¹, C. Portela Taboas¹, I. Suárez Conde²

¹Departamento de Pediatría. ²Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario de Ourense. SERGAS

Resumen

La tiña de la cabeza es la manifestación clínica de la parasitación del pelo por dermatofitos. La forma inflamatoria, o querion, es una reacción por hipersensibilidad al hongo. Describimos el caso de una lactante de 13 meses de edad, con fiebre, malestar general y lesión inflamatoria, sobreelevada, purulenta y dolorosa en el vértice del cuero cabelludo de 10 × 10 cm de tamaño, con adenopatías laterocervicales posteriores. Evolucionó favorablemente tras la administración de griseofulvina, dejando una zona de alopecia cicatricial.

Debido al bajo índice de sospecha en lactantes y a la posible confusión con otras dermatitis descamativas, es importante recordar esta afección para realizar un diagnóstico precoz que evite las complicaciones y su transmisión.

Palabras clave

Tiña de la cabeza, querion de Celso, dermatofito, micosis del cuero cabelludo

Introducción

Las dermatofitosis, o tiñas, son micosis superficiales por hongos dermatofitos, capaces de invadir y colonizar el estrato córneo de la piel y las estructuras queratinizadas, el pelo y las uñas, gracias a su capacidad de generar queratinasa, produciendo distintas entidades clínicas según la zona anatómica afectada y el agente etiológico involucrado^{1,2}.

La tiña de la cabeza es la manifestación clínica de la parasitación del pelo por estos hongos, y es la micosis y la causa de alopecia más frecuente entre los 3 y los 12 años de edad². La incidencia en lactantes es baja o ha sido poco comunicada en la bibliografía³. Tras la pubertad es raro encontrarla, por la producción de ácidos grasos en las secreciones sebáceas, que alteran el pH del pelo y actúan como fungostáticos⁴.

Existen dos formas de presentación. La primera, la más frecuente, es la tiña no inflamatoria o seca, que puede ser micropórica o tricofítica, y cursa con descamación fina y alopecia. La segunda son las tiñas inflamatorias, el querion de Celso y la tiña fávica. El querion es una masa sobreelevada indurada con pústulas foliculares, como resultado de una reacción por hipersensibilidad a la infección por el hongo, que cursa con fiebre y adenopatías locales^{2,4} y se cura dejando una zona de alopecia cicatricial.

Abstract

Title: Tinea capitis in a healthy infant. Kerion

Tinea capitis is the clinical manifestation of hair parasitation by dermatophytes. The inflammatory way or Querion is a response to fungus hypersensitivity. We report the case of a 13 months infant with fever, general discomfort and inflammatory lesion, over-lifted, purulent and painful in vertex scalp, 10 × 10 cm in size, with subsequent later cervical adenopathies, evolved favorably with griseofulvin, curing area of scarring alopecia.

Due to the low rate of suspicion in infants and to the possible confusion with other scaly dermatitis, it is important to remember to perform an early diagnosis to avoid complications and transmission of the disease.

Keywords

Tinea capitis, Kerion, dermatophyte, mycoses of the scalp

Caso clínico

Lactante sana de 13 meses de edad, de medio urbano, remitida a nuestro servicio por una lesión en el cuero cabelludo. La familia es propietaria de una granja de conejos y el padre presentaba varias lesiones eritematosas con bordes escamosos de 1 cm de diámetro, localizadas en el dorso de las manos.

La exploración inicial mostraba una descamación fina y difusa en el cuero cabelludo, de varios días de evolución, inicialmente sin alopecia, con lesiones de 5-8 mm de tamaño de costra amarillenta, sin prurito, por lo que recibió ácido fusídico e hidrocortisona acetato tópica ante la sospecha de una dermatitis seborreica impetiginizada. A los 7 días presentó una lesión inflamatoria, sobreelevada y purulenta en el vértice del cuero cabelludo, de 10 × 10 cm de diámetro y dolorosa a la palpación, junto con fiebre elevada y microadenopatías móviles laterocervicales posteriores. La paciente ingresó en nuestro centro hospitalario y, tras limpieza de la lesión, observamos una placa eritematosa tumefacta sin pelo, con pústulas foliculares de 10 × 10 cm de tamaño (figura 1), con otras dos menores satélite (figura 2), y un exantema maculopapuloso en el tronco y en los miembros superiores e inferiores (dermatofitides) (figura 3). En el hemograma se constató la presencia de leucocitosis con neutrofilia. El hemocultivo fue negativo. Se observaron hifas de



Figura 1. Imagen típica de querion de Celso



Figura 2. Imagen tras limpiar y descostrar. Obsérvense las dos placas satélite



Figura 3. Dermatofitides o reacción «ide»



Figura 4. Alopecia cicatricial tras la curación

dermatofitos en fresco y en el cultivo *Trichophyton mentagrophytes*. Las lesiones cutáneas en las manos del padre mejoraron con antimicóticos tópicos. Tras el tratamiento con champú de ketoconazol, cloxacilina durante 7 días y griseofulvina durante 12 semanas, las lesiones remitieron, dejando una pequeña zona de alopecia cicatricial (figura 4).

Discusión

La tiña de la cabeza es la parasitación del pelo por dermatofitos. Existen tres géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton* (tabla 1). Los dos primeros son los implicados, con un reservorio natural en el pelo y la piel de las personas y los animales. Se dividen en tres grupos según su hábitat natural: hongos antropofílicos (transmisión de persona a persona), zoofílicos (de animales a personas) y geofílicos (desde restos de

pelos y piel del suelo a personas)^{2,5}. La especie aislada con mayor frecuencia en los lactantes en nuestro país es *Microsporum canis*, seguida de *T. mentagrophytes*³, ambas zoofílicas. Debido a la inmigración, como ha sucedido en otros países, se ha observado un incremento de las tiñas del cuero cabelludo por dermatofitos antropofílicos.

Las formas clínicas están determinadas por el patrón de invasión del pelo (endotrix: invaden el pelo en su interior; ectotrix: invaden el pelo por fuera), la cantidad del inóculo, su virulencia (las zoofílicas suelen producir una reacción inflamatoria intensa) y el estado inmunitario del huésped; el hacinamiento, la higiene deficiente y el bajo nivel socioeconómico predisponen a su contagio⁵. Podemos citar los siguientes factores favorecedores: inmunodeficiencias, diabetes, ictiosis, queratoderma palmoplantar, atopia, traumatismos, sudoración, oclusión y maceración del cuero cabelludo y el uso de corticoides.

TABLA 1

Especies de dermatofitos según su hábitat natural

Antropofílicos	Zoofílicos	Geofílicos
<i>T. rubrum</i>	<i>T. mentagrophytes</i> (roedores)	<i>M. gypseum</i>
<i>T. tonsurans</i>	<i>T. verrucosum</i> (ganado)	<i>T. ajelloi</i>
<i>T. mentagrophytes</i>	<i>T. equinum</i> (caballos)	<i>M. fulvum</i>
<i>T. soundanense</i>	<i>M. equinum</i> (caballos)	<i>T. terrestre</i>
<i>T. schoenleinii</i>	<i>M. canis</i> (gatos, perros)	
<i>M. audouinii</i>	<i>M. gallinae</i> (gallinas)	
<i>T. violaceum</i>	<i>M. nanum</i> (cerdos)	

T: *Trichophyton*; M: *Microsporium*; E: *Epidermophyton*.

El portador es asintomático y suele ser el causante del aumento de la prevalencia en áreas urbanas; los focos de contagio son los centros infantiles y las escuelas. Con respecto a la clínica producida, pueden aparecer en forma seca o no inflamatoria, tricofítica o microspórica, y en forma inflamatoria, querion o *favus*.

La tricofítica, o tiña en «puntos negros», es una invasión endotrix, típica del género *Trichophyton* (los más frecuentes son *T. tonsurans* y *T. violaceum*)^{2,5}, que presenta una alopecia discontinua, con placas pequeñas irregulares, múltiples, eritematoso-escamosas y dispersas por el cuero cabelludo, con escasos pelos afectados rotos en el orificio folicular (puntos negros) y pelos sanos alrededor.

La microspórica, o tiña en «placa gris», es una invasión ectotrix, típica del género *Microsporium* (*M. canis* y *M. audouinii*)², que presenta placas redondeadas alopécicas escamosas, grisáceas, mayores que la tricofítica y con pelos tiñosos cortados a escasos milímetros del cuero cabelludo. Se cura sin alopecia ni cicatriz.

La forma inflamatoria, o querion de Celso, descrita por primera vez por Cornelius Celsus en el año 30 d.C., es una parasitación producida por un agente zoofílico (*M. canis*, *T. mentagrophytes* y *T. verrucosum*) o geofílico, y es una respuesta inmunitaria celular a la infección fúngica. Se inicia como una tiña seca con placas alopécicas y descamación, que evoluciona a una placa eritematosa dolorosa y sobre-elevada, de bordes nítidos y definidos, con pústulas que al presionar lateralmente supuran por los orificios foliculares (signos de la espumadera) y forman costras melicéricas o hemáticas. Se acompaña de fiebre, afectación del estado general y linfadenopatía retroauricular y occipital posterior. Aproximadamente a los 2 meses se elimina el hongo, pero también se daña el folículo piloso, dejando una fibrosis y una alopecia residuales^{2,4}. Ocasionalmente, se asocia a un eritema nudoso y a una reacción de hipersensibilidad a distancia, dermatofitides o reacción «ide», que es una erupción papular fina estéril, de aspecto liquenoide, en cualquier zona cutánea folicular, que desaparece espontáneamente o al hacerlo la lesión fúngica. Éstas pueden aparecer una vez iniciado el tratamiento.

El *favus*, o tiña fávica, es excepcional en España, causada por *Trichophyton schoenleinii* y caracterizada por la aparición de pústulas foliculares que se desecan y solidifican formando cazoletas fávicas, de color amarillo y consistencia terrosa. También se cura dejando una zona de alopecia cicatricial.

Existen dos formas clínicas sin apenas afectación pilosa, propias del lactante, que no se observan en niños mayores: la tiña dermatitis similar a la seborreica³, que parece una dermatitis seborreica o atópica del cuero cabelludo, con descamación adherida y difusa, y la tiña con lesiones circinadas del cuero cabelludo, que es como la tiña de la piel lampiña³.

Con respecto al diagnóstico, la fluorescencia con lámpara de Wood es amarillo verdosa para tiñas microspóricas. El examen directo es el método más sencillo y económico; se obtiene la muestra por raspado de la zona alopécica con bisturí o un frotis de gasa o hisopo de algodón con suero fisiológico, colocando la muestra en un portaobjetos con solución de hidróxido potásico al 10% o azul de lactofenol¹. El cultivo en placa de agar dextrosa Sabouraud lo confirma⁶.

El diagnóstico diferencial de las formas no inflamatorias se realiza con la dermatitis seborreica, la atópica y la psoriasis. Si existen «puntos negros», se realiza con la tricofilomanía, y en las formas inflamatorias se realiza con las foliculitis decalvantes, la dermatitis pustulosa erosiva, los abscesos y, en los casos cicatriciales, con la alopecia *areata*^{2,4}.

El tratamiento tópico no alcanza la vaina del pelo, pero reduce la cantidad de esporas y el riesgo de transmisión al inicio del tratamiento sistémico^{2,5}. Se realiza con disulfuro de selenio al 2,5% o ketoconazol al 2%. En las formas inflamatorias, además, se limpia y descostra localmente y se usan antibióticos de amplio espectro si existe sobreinfección.

La griseofulvina, gran responsable de la disminución de la incidencia en el siglo pasado, sigue considerándose el tratamiento de elección, con 10-20 mg/kg/día en dos dosis al día durante 8-10 semanas, o hasta 2 semanas después de la resolución clínica^{6,7}. Se recomienda su administración durante las comidas, ya que mejora su absorción con las grasas. Puede producir cefalea, intolerancia oral y exantemas cutáneos.

Los azoles, itraconazol y fluconazol, inhiben la enzima lanosterol 14-alfa-desmetilasa, dependiente del citocromo P450, produciendo una inestabilidad en las membranas del hongo e impidiendo su reproducción. El itraconazol, fungistático eficaz sobre todo para *Trichophyton*, es altamente lipofílico y queratinofílico, permanece 4 semanas en la piel y 9-12 meses en las uñas. Se usa en dosis de 5 mg/kg una vez al día, después de una comida, durante 4-6 semanas^{2,7}. El fluconazol se usa en niños mayores de 6 meses, en la misma dosis y con el mismo tiempo de administración^{2,7}. Ambos pueden ser de elección en especies de *Trichophyton*, por administrarse en monodosis diaria y con menor duración terapéutica que la

griseofulvina⁸. No existe evidencia suficiente en especies de *Microsporum*. Se recomienda determinar la función hepática de forma mensual.

La terbinafina, en dosis de 3-6 mg/kg/día durante 4-6 semanas, es poco eficaz frente a *M. canis*, por lo que en Europa tiene un uso menor. Puede producir alteraciones hemáticas y disfunción hepatobiliar.

Los corticoides reducen el riesgo de alopecia cicatricial. Se utilizan de modo intralesional en procesos localizados o sistémicos durante 2 semanas, con una reducción progresiva de la dosis⁶.

Al revisar la bibliografía de este caso hemos encontrado pocas referencias en lactantes, y queremos remarcar que el querion, por su llamativa expresividad clínica, se diagnostica con más facilidad que las formas no inflamatorias o las tiñas similares a la dermatitis seborreica, que pueden demorarse, y más en edades tempranas donde es un diagnóstico de baja sospecha. Por tanto, creemos que es recomendable realizar un examen micológico ante la descamación o la lesión costrosa del cuero cabelludo, siempre que haya una afectación pilosa o lesiones cutáneas en los familiares. ■

Bibliografía

1. Martínez Roig A. Infecciones cutáneas micóticas. En: Moraga Llop FA, ed. Protocolos de dermatología pediátrica de la AEP, 2.^a ed. Madrid. Asociación Española de Pediatría, 2007; 37-46.
2. Kao GF. Tinea capitis. En: Fungal infections. EMedicine.medscape.com, 2009. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1091351-overview>
3. Gilaberte Calzada Y, Sáenz de Santamaría Esguevillas C, Coscojuela Santaliestra D, Rezusta López A. Tinea capitis en lactantes. Piel. 2003; 18(1): 21-29.
4. Shy R. Tiña corporal y tiña del cuero cabelludo. Pediatrics. 2007; 28(9): 331-343.
5. Rebollo N, López-Barcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99: 91-100.
6. Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA. Tiña del cuero cabelludo. En: Red Book. Enfermedades infecciosas en pediatría. American Academy of Pediatrics, 27.^a ed. Buenos Aires: Panamericana, 2007; 691-693.
7. Higgins EM, Fuller LC, Smith CH. Guidelines for the management of tinea capitis. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol. 2000; 143(1): 53-58.
8. González U, Seaton T, Bergus G, et al. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 4: CD004685.