

# Querion de Celso

R. Berzosa López<sup>1</sup>, E. de Santiago García-Caro<sup>1</sup>, E. García-Caro García<sup>2</sup>, J. M. Ledesma Albarrán<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

<sup>2</sup>Centro de Atención Primaria El Palo. Málaga. España.

<sup>3</sup>Centro de Atención Primaria Las Delicias. Málaga. España.

### PUNTOS CLAVE

- La dermatofitosis es la infección del estrato córneo y las estructuras queratinizadas por hongos denominados dermatofitos. Hay tres géneros: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*. Según el nicho ecológico preferido, se clasifican en geofílicos, zoofílicos (*Microsporum*) y antropofílicos (*Trichophyton*)<sup>1</sup>.
- El Querion consiste en una o varias placas eritematoescamosas, con caída o no del pelo, que en pocos días evoluciona hacia una placa dolorosa a la palpación con folículos abiertos y pústulas. Hay presencia de adenopatías cervicales<sup>2</sup>.
- La *tinea capitis* es la primera causa de alopecia en la infancia<sup>3</sup>.
- El diagnóstico de Querion es clínico-epidemiológico.
- El tratamiento de elección de la tiña de la cabeza es la griseofulvina en dosis de 20 mg/kg/día durante 6-8 semanas<sup>4</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de ocho años, sin antecedentes clínicos de interés, que acude a consulta de Pediatría de Atención Primaria por presentar un cuadro de tres días de evolución, consistente en fiebre y adenopatías dolorosas suboccipitales. Había acudido 72 horas antes a otro centro por los mismos síntomas, donde fue diagnosticado de otitis media aguda de oído izquierdo y pautado tratamiento con amoxicilina-clavulánico en dosis de 80 mg/kg/día durante siete días. Acudía en esta ocasión a nuestro centro de salud por ausencia de mejoría de los síntomas. En el interrogatorio de

los antecedentes destacaba que, aunque residía en ambiente urbano, había tenido contacto con gatos callejeros. A la exploración presentaba buen estado general, con buena nutrición, hidratación y perfusión. La auscultación cardiorrespiratoria era normal, al igual que la exploración de la faringe, el abdomen y el sistema nervioso, y la otoscopia. La cabeza y el cuello estaban normoconformados, presentaba una lesión costrosa con tumefacción y eritema perilesional, de aproximadamente 1 cm de diámetro máximo en el cuero cabelludo, con cabello sobre su superficie, y dos adenopatías suboccipitales dolorosas a la palpación de 1 cm de diámetro máximo, no adheridas a planos inferiores. El cabello sobre la lesión costrosa se desprendía con facilidad a la tracción. Fue diagnosticado de Querion de Celso, iniciando tratamiento con griseofulvina en dosis de 20 mg/kg/día cada 24 horas durante seis semanas, ketoconazol champú e ibuprofeno en dosis de 20 mg/kg/día cada ocho horas. Evolucionó favorablemente, a los siete días de iniciado el tratamiento desaparecieron las adenopatías y no tuvo alopecia residual (Figura 1).

### DISCUSIÓN

La *tinea capitis* es la manifestación más frecuente de infección por dermatofitos en niños, puede ser inflamatoria y no inflamatoria<sup>5</sup>.

Las formas no inflamatorias o tonsurantes, se dividen en:

- Variedad microspórica o placa alopécica, con pelos rotos a pocos milímetros del orificio y recubierta de escamas grises. Única o múltiple, puede acompañarse de prurito discreto. Se localizan preferentemente en vértex u occipucio y no deja cicatriz ni alopecia residual.



Figura 1. Imagen de Querion de Celso cicatricial

- Variedad tricofítica o de los puntos negros, con presencia de múltiples lesiones de pequeño tamaño, produce una alopecia irregular por no afectar a todos los pelos; estos se rompen a la misma salida del folículo, tendencia a la cronicidad, puede persistir en la edad adulta.
- *Favus*, consistente en una pústula folicular, tras desecarse forma una costra amarillenta de 2-3 mm con la zona central cóncava. Al arrancarla deja una superficie erosiva deprimida. No cura espontáneamente, dejando alopecia definitiva por destrucción del folículo piloso.

La **forma inflamatoria** se denomina Querion de Celso, es el resultado de una respuesta desencadenada frente a un dermatofito localizado en el cuero cabelludo.

Los **diagnósticos diferenciales** a tener en cuenta de la *tienea* inflamatoria son:

- Liquen plano *pilaris*: placas foliculares y placas queratósicas individuales con predilección en el tronco y las caras medial y proximal de las extremidades. El mecanismo que lo produce es autoinmune.
- Lupus eritematoso discoide: comienza como máculas, pápulas o placas eritematosas violáceas cubiertas por una escama hiperqueratósica adherida que se extiende en los orificios de folículos pilosos dilatados. Se asocia a hiperpigmentación periférica, cicatrices atróficas y telangiectasias.

- Foliculitis decalvante: foliculitis pustular que lleva a alopecia residual.
- Foliculitis disecante: comienza con nódulos inflamatorios profundos, principalmente en la región occipital, pueden formar fístulas y drenar material purulento<sup>6</sup>.

En nuestro paciente es importante destacar que el desprendimiento del cabello era fácil con la tracción del mismo, pues esta maniobra es de relevancia para el diagnóstico diferencial con otras patologías, como los abscesos y los forúnculos, donde no se desprende tan fácilmente.

Para la tiña de la cabeza es necesario el tratamiento sistémico, siendo de elección la griseofulvina durante 6-8 semanas en dosis de 20 mg/kg/día<sup>4</sup>.

Si se trata en los primeros estadios no tiene por qué dejar alopecia residual, como se muestra en nuestro caso, aunque se han descrito casos con más tiempo de evolución donde tampoco ha habido alopecia cicatricial<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Manrique I, Saavedra Lozano J, Gómez Campderá JA, Álvarez Calatayud G. Guía de Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas en Urgencias de Pediatría. Madrid: Editorial Drug Farma; 2010. p. 571-6.
2. 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. p. 37-46.
3. Gioseffi ML, Giardelli M, Bocian M. Querion de Celso en la infancia. Arch Argent Pediatr. 2004;102(2):152-3.
4. Torrelo A. Dermatología en Pediatría General. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 121-3.
5. Asbati M, Bell Smythe A, Cavallera E. Querion de Celso ulcerado por *Trichophyton mentagrophytes*, var. *Mentagrophytes*. Rev Soc Ven Microbiol. 2002;22(2):144-6.
6. Bohórquez L, Cardona-Castro N. Diagnóstico diferencial de las micosis superficiales con enfermedades dermatológicas. Rev Ces Med. 2010;24(1):37-52.
7. Salas Ortega G. Querion de Celso, Comunicación de un caso. Rev Med Costa Rica. 2008;586(65):352-4.