

Lesión inflamatoria “en espumadera” en región parietal

Molinero Barranco MA.¹

Sanid. mil. 2015; 72 (1): 59-60; ISSN: 1887-8571

CASO CLÍNICO

Paciente varón de ocho años de edad que consulta por presentar en el cuero cabelludo una lesión inflamatoria, dolorosa, exudativa y que se acompaña de alopecia.

A la exploración se observa en la región interparietal una placa inflamatoria de borde eritematoso, recubierta de múltiples

pústulas foliculares, con pelos cortos que se desprenden fácilmente a la tracción y que emite un exudado purulento, con costras melicéricas, dando a la lesión un aspecto típico en espumadera. Se remiten cabellos para estudio microbiológico.

A los 12-14 días se observan formaciones algodonosas de color blanquecino.

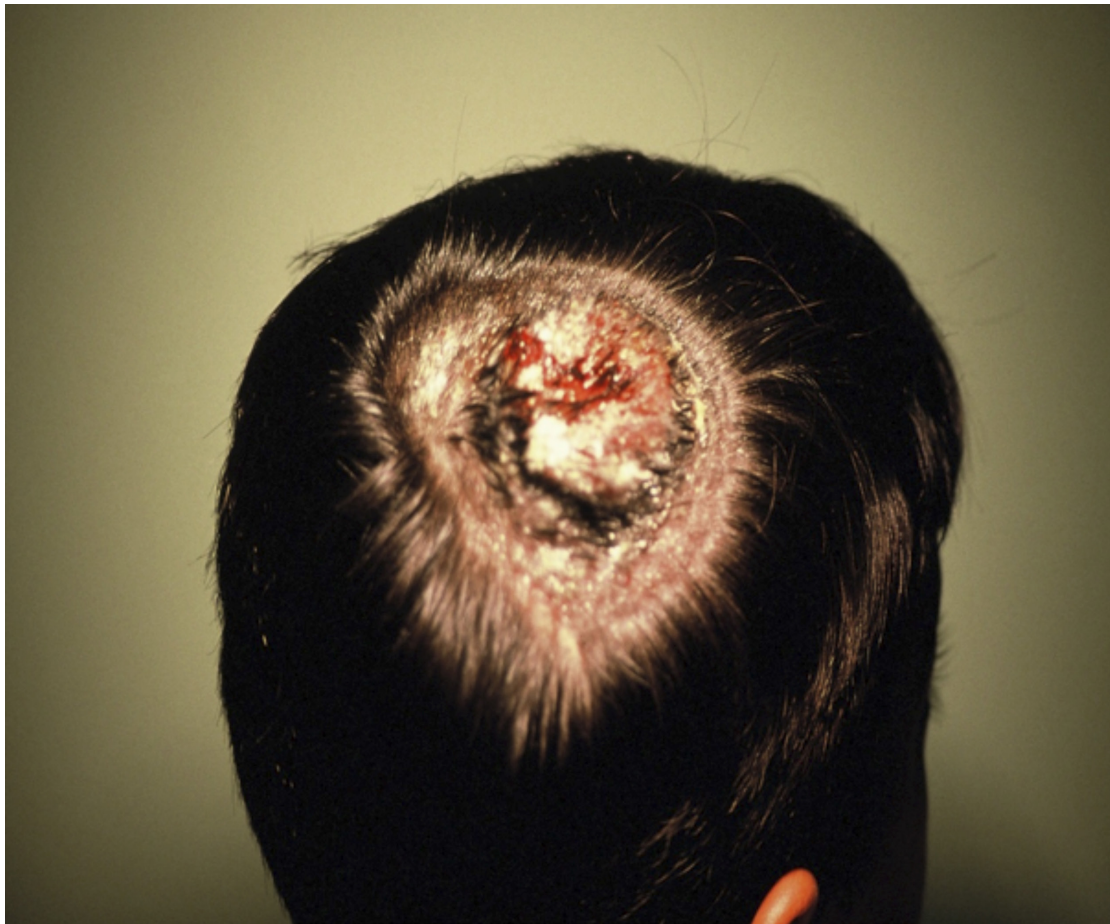


Figura 1. Lesión inflamatoria y exudativa en el cuero cabelludo.

¹ Tcol. Médico (R). Doctor en Medicina y Cirugía.

Dirección para correspondencia: MAMOLBA@telefonica.net

Recibido: 27 de abril de 2015

Aceptado: 17 de noviembre de 2015

Diagnóstico: Tiña inflamatoria de la cabeza (Querión de Celso)

En el cultivo se identifican como dermatofitos sin determinar la especie (Fig 2).

Con los datos aportados por la exploración clínica y el laboratorio, se diagnostica el cuadro como tiña inflamatoria de la cabeza: conocida como Querión de Celso.

Se prescribe griseofulvina a dosis de 10mg/kg/día durante 4-6 semanas, asociado a lavado de la lesión con un champú antimicrobiano cada 24 horas, una pincelación diaria con una solución de yodo salicílico y una aplicación diaria de ciclopiroxamina.

El querión fue descrito por Celso en el año 30 a.C. y en griego, significa panal. Está causado por dermatofitos con mayor frecuencia especies zoofilicas y geofilicas, como *Microsporum canis*, *Trichophyllum mentagrophytes* (var. *Mentagrophytes*) y *Trichophyllum verrucosum*¹⁻³. Estas especies son variables en función de la región.

El diagnóstico se basa en la clínica descrita y en la demostración micológica del agente causal. Es característica la presencia de adenopatías retroauriculares y/o cervicales y la presencia de alopecia residual. El examen microscópico directo con hidróxido potásico es el método más sencillo, rápido y económico, aunque no permite precisar el género ni la especie. Así lo aseveran Ferrándiz y cols.⁴ y Fitzpatrick y cols.⁵ El cultivo y la posterior identificación taxonómica permiten conocer al hongo causante del cuadro⁶.

El diagnóstico diferencial se establecerá con la foliculitis decalvante, los abscesos piógenos y la miasis furunculoide⁵. El tratamiento tópico, al inicio, reduce el riesgo de transmisión de la enfermedad.

El tratamiento de elección, clásicamente, es la griseofulvina a la dosis de 10mg/kg/día. La dosis varía en función del tipo de griseofulvina, si es micronizada o no y del agente causal. Aunque actualmente la terbinafina parece ser el tratamiento que se recomienda para la tiña inflamatoria de la cabeza, es de segunda elección en los niños². La terbinafina es un fármaco útil y bien tolerado en las tiñas del cuero cabelludo. Las dosis recomendadas son de 250 mg/día en niños con un peso superior a 40 Kg, 125 mg/día en niños de 20-40 Kg y 6,5 mg/día en niños con menos de 20 kg de peso. La duración del tratamiento en



Figura 2.

el caso del Querión de Celso parece ser suficiente con cuatro semanas. No obstante se puede prolongar hasta 6-8 semanas en caso necesario².

BIBLIOGRAFÍA

1. Rebollo N., López Bárcenas A., Arenas R.: Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99:91-100.
2. Querol Nasarre I., Bueno Lozano M., Sanz Salanova., Córdoba Iturriaga-goitia A., Polo Vivas, I.: Tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo con terbinafina oral en la infancia. *An. Esp. Pediatr.* 1997; 46: 487-489.
3. Venadero Albarrán F., Padilla Desgarenes C., Guzmán E.: Tiña inflamatoria de la cabeza (Querión de Celso) *Rev. Cent. Dermatol. Pascua.* 2006. 15; 1: 35-39.
4. Ferrándiz C., Bielsa I., Ferrándiz L.: Micosis cutáneas en la edad pediátrica. *Med. Clín. (Bar)* 2006; 126 (suppl. 1): 37-42.
5. Fitzpatrick TB., Wolff K., Johnson RA.: *Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica.* Ed. Panamericana (6ª edición) Madrid 2009; 710-711.
6. Padilla M.C.: Laboratorio de micología. *Rev. Cent. Dermatol. Pascua.* 1997; 6: 182-185.