

Querion de Celsus en la vulva: reporte de un caso

Drs. Marcos Lima*, Miguel Lima**, José Orta***

Escuela de Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Battistini Casalta". Núcleo Bolívar. Universidad de Oriente

RESUMEN

*El Querion de Celsus es una patología micótica, inflamatoria y supurativa localizada habitualmente en la nuca, cuero cabelludo o en la barba pero que también puede aparecer en áreas de piel lampiña. Presentamos el caso de una paciente femenina de 25 años de edad, quien al ingresar al Hospital Universitario Ruíz y Páez de Ciudad Bolívar, presentaba múltiples lesiones pustulares, pruriginosas y dolorosas a nivel genital, lográndose aislar en ellas el dermatofito *Trichophyton rubrum*. La paciente recibió tratamiento a base de itraconazol y prednisona, presentando en poco tiempo mejoría evidente de su clínica de ingreso. Por tanto concluimos que se trataba de una presentación atípica del Querion de Celsus.*

Palabras clave: Querion de Celsus. Dermatofitosis. Vulva.

SUMMARY

*Kerion celsi is an inflammatory and suppurating tinea located on the back of the neck, scalp, or beard, but also sometimes on glabrous skin. We present a case of a 25 years old girl, who was attended at Hospital Universitario Ruíz y Páez in Ciudad Bolívar Venezuela with painful lesions located on genital area (vulva) characterized by follicular pustules. The clinical isolates were collected in culture medium, obtained the dermatophyte fungi *Trichophyton rubrum*. Systemic Itraconazole and Prednisone treatment was given, and in short time the patient was better. We conclude that it is an atypical presentation of Kerion celsi disease.*

Key words: Kerion celsi. Dermatophytes. Vulva.

INTRODUCCIÓN

Los dermatofitos constituyen un grupo de hongos, ampliamente relacionados entre sí, que tienen la capacidad de invadir el tejido queratinizado de los humanos (piel, cabello y uñas) y de otros animales para producir infección. La reacción ante una infección por dermatofitos puede variar en un rango de leve a severo como consecuencia de la respuesta del huésped a los

productos metabólicos del hongo, la patogenicidad de la especie, la localización anatómica de la infección y factores ambientales locales (1).

Los dermatofitos poseen 2 propiedades importantes: ellos son queratinofílicos y queratinolíticos, lo cual significa que tienen la habilidad de digerir la queratina y utilizarla como sustrato y además pueden invadir los tejidos y causar las dermatofitosis (2).

Dentro de las infecciones producidas por los dermatofitos se encuentra el Querion de Celsus. La palabra Querion proviene del griego y significa panal de abeja dado el aspecto de las lesiones. La patología se describe como una lesión micótica inflamatoria, dolorosa al tacto, constituida por múltiples pústulas, abscesos y costras y que habitualmente se presenta en niños con *tinea capitis*, siendo sus agentes etiológicos

* Médico Cirujano. Departamento de Ciencias Fisiológicas. Escuela de Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Battistini Casalta". Núcleo Bolívar. Universidad de Oriente.

** Dermato-Venereólogo. Departamento de Ciencias Fisiológicas. Escuela de Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Battistini Casalta". Núcleo Bolívar. Universidad de Oriente.

*** Gineco-Obstetra. Oncología Ginecológica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Battistini Casalta". Núcleo Bolívar. Universidad de Oriente.

más frecuentes: *Microsporum canis* y hongos del género *Trichophyton*. La presentación del Querion de Celsus en adultos es esporádica y su localización fuera de la cabeza es aún más infrecuente (3,4).

Se presenta un caso de Querion de Celsus localizado en la vulva de una paciente femenina de 25 años de edad, para resaltar esta forma de presentación poco común de la enfermedad.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente de 25 años de edad, natural y procedente de Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, quien acude al Hospital Universitario “Ruíz y Páez” por presentar dolor y secreción purulenta a nivel del área genital.

La paciente refiere inicio de enfermedad actual hace 2 semanas cuando presentó lesión tipo vesícula, que posteriormente evolucionó a múltiples pústulas pruriginosas y dolorosas a nivel genital, acudiendo al Centro Asistencial anteriormente citado donde se decide su ingreso.

La paciente no refirió antecedentes personales ni familiares por ambas ramas paternas y maternas de importancia. Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos la paciente refirió menarquía a los 13 años, 4 parejas sexuales durante su vida, negó antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, y refirió 3 gestas, 3 cesáreas, 0 abortos.

Al momento del ingreso se observaron múltiples pápulas y pústulas de distribución difusa en región genital externa (monte de Venus y labios mayores) con moderada secreción purulenta fétida, así como también placas eritemato-escamosas de bordes bien definidos a nivel del 1/3 proximal de la cara interna de ambos muslos (Figura 1).

Los exámenes paraclínicos (hematología completa, glicemia, urea y creatinina) no reportaron alteraciones.

En vista del caso se decide realizar interconsulta con dermatología quien sugirió que la posible etiología del caso era micótica, por lo cual se tomaron muestras de las lesiones para realizar KOH y cultivo para hongos en medio de Sabouraud Cloranfenicol.

El KOH resultó positivo, reportando múltiples hifas hialinas septadas y el cultivo exhibió crecimiento al cabo de 1 semana (en estufa) mostrando la presencia del dermatofito *Trichophyton rubrum* (Figura 2).

Posteriormente al hongo aislado dado lo infrecuente del cuadro, se le realizaron pruebas de susceptibilidad antifúngica mediante el método de microdilución en medio líquido propuesto por el Comité Nacional

para la Estandarización Clínica de Laboratorios (NCCLS) en su documento M38-P. Los antifúngicos utilizados fueron itraconazol y fluconazol (Figura 3), resultando el dermatofito aislado sensible a itraconazol y susceptible dosis dependiente al fluconazol. Por esta razón luego de 1 semana de hospitalización se inicia tratamiento a base de prednisona 20 mg vía oral diarios por 1 semana e itraconazol 100 mg vía oral diarios por 1 mes.



Figura 1. Lesiones al momento del ingreso.

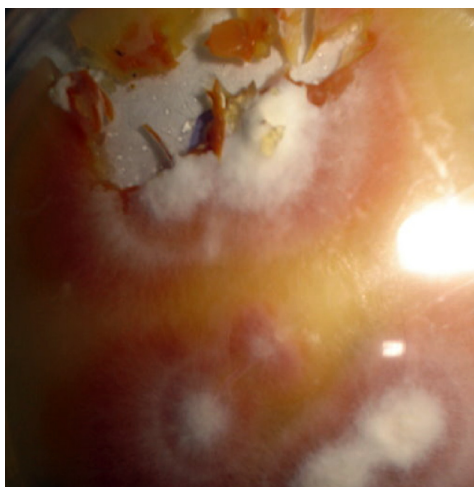


Figura 2. Cultivo en medio Sabouraud Cloranfenicol.



Figura 3. Pruebas de susceptibilidad antifúngica a itraconazol y fluconazol.

Al cabo de 1 mes de tratamiento la paciente mostró mejoría evidente de su signo-sintomatología de ingreso (Figura 4), por lo cual se egresa y se indica tratamiento de mantenimiento con itraconazol 100 mg vía oral diarios por 1 semana de cada mes por 3 meses y control por la consulta externa de dermatología al mes.

DISCUSIÓN

El Querion de Celsus constituye una dermatofitosis infrecuente en la edad adulta, y su ubicación fuera de la cabeza es sumamente rara (3,4). A pesar de ello, al momento de sospecharse de tal enfermedad deben seguirse los procedimientos de rutina para la identificación de especies de dermatofitos, los cuales son primeramente el KOH y luego el cultivo, el cual



Figura 4. Paciente al momento del egreso.

se basa principalmente en las características de las colonias (pigmentación de la superficie, textura, tasa de crecimiento, entre otras) y la morfología microscópica (tamaño, forma de macroconidias y microconidias). El examen microscópico directo (KOH), aunque da falsos negativos en un 5 % a 15 % de los casos, es altamente efectivo como técnica de diagnóstico, y el cultivo como técnica adjunta al examen microscópico directo, es de innegable valor y uso en cualquier infección. El medio de agar Sabouraud peptona–glucosa enriquecido con cicloheximida y cloranfenicol es comúnmente usado como medio de cultivo. Algunas características para la identificación también incluyen los requerimientos nutricionales (vitaminas y aminoácidos), tolerancia a la temperatura y producción de ureasa (1).

La biopsia de las lesiones producidas por dermatofitos demuestra una hiperqueratosis y varios grados de acantosis, paraqueratosis y un incremento en el espacio intercelular (espongiosis). Cuando está presente, la respuesta inflamatoria es usualmente leve a predominio mononuclear; sin embargo, todos estos cambios son inespecíficos y por ello no se considera el estudio histológico como un método de rutina para la identificación de dermatofitos (5).

En los últimos años han cobrado especial importancia los métodos moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), no sólo por la utilidad en el diagnóstico de las especies de dermatofitos, sino también por su utilidad para solventar problemas taxonómicos, dado que las

diferencias genotípicas se consideran más estables y más precisas que las características fenotípicas (6).

El tratamiento de las infecciones cutáneas por dermatofitos se basa en el uso de agentes antifúngicos tópicos y/o sistémicos (6). Para lesiones localizadas y no extensas, generalmente se usan antifúngicos tópicos tales como clotrimazol. Sin embargo, para lesiones extensas como el Querion de Celsus o lesiones de piel con foliculitis, se suele necesitar el uso de antimicóticos sistémicos como el itraconazol, la cual constituye la droga oral que con más frecuencia se utiliza. Aunque algunos compuestos nuevos como el posaconazol, el voriconazol o el ravuconazol también parecen ser candidatos prometedores en el tratamiento de las dermatofitosis (7-10).

Dado que existen diferentes especies de dermatofitos y no todas responden al mismo tratamiento, esto ha permitido que las pruebas de susceptibilidad antifúngica sean de gran interés, pues las mismas pueden ser utilizadas no sólo con fines epidemiológicos, sino también para el descubrimiento de nuevas drogas lo cual incrementa la relevancia clínica de estas pruebas (11).

De acuerdo a los estudios realizados Jessup y col., y Santos y col., *T. rubrum* es sensible frente a itraconazol, y en el caso de fluconazol, Jessup y col., señalan que *T. rubrum* es sensible a esta droga; mientras que Santos y col., demuestran resistencia de *T. rubrum* al fluconazol. La razón de estas diferencias se desconocen. Por tanto itraconazol constituye la droga de elección frente a este agente etiológico (12,13).

Por otra parte, cabe destacar que el Querion de Celsus desde el punto de vista inmunológico se debe a una reacción de hipersensibilidad tipo IV mediada por células, razón por la cual se justifica el uso de esteroides por vía oral en esta patología (4).

REFERENCIAS

1. Weitzman I, Summerbell R. The dermatophytes. J Clin Microbiol Rev. 1995;8:240-256.
2. Mukoma S. Dermatophytes: Their taxonomy, ecology and pathogenicity. Rev Iberoam Micol. 2000;16:1-12.
3. Mata S. Micosis. Clasificación. Micosis superficiales. En: Núñez M, Gómez M, Carmona O, editores. Microbiología Médica. 2ª edición. Caracas: Editorial UCV; 1998.p.579-612.
4. Ive FA. Kerion formation caused by *Trichophyton rubrum*. Br J Dermatol. 2000;142:1065-1066.
5. Larone D H. Medically important fungi: A guide to identification. 4ª edición. Washington DC, United States: Edit. ASM Press; 1993.
6. Faggi E, Pini G, Campisi E, Bertellini C, Difonzo E, Mancianti F. Application of PCR to distinguish common species of dermatophytes. J Clin Microbiol. 2001;39:3382-3385.
7. Perea S, Fothergill A, Sutton D, Rinaldi M. Comparison of *in vitro* activities of voriconazole and five established antifungal agents against different species of dermatophytes using a broth microdilution method. J Clin Microbiol. 2001;39:385-388.
8. Fernández-Torres B, Cabañes FJ, Carrillo-Muñoz AJ, Esteban A, Inza I, Abarca L, et al. Collaborative evaluation of optimal antifungal susceptibility testing conditions for dermatophytes. J Clin Microbiol. 2002;40:3999-4003.
9. Barchiesi F, Arzeni D, Camiletti V, Simonetti O, Cellini A, Offidani M, et al. *In vitro* activity of posaconazole against clinical isolates of dermatophytes. J Clin Microbiol. 2001;39:4208-4209.
10. Linares MJ, Charriel G, Solís F, Rodríguez F, Ibarra A, Casal M. Susceptibility of filamentous fungi to voriconazole tested by two microdilution methods. J Clin Microbiol. 2005;43:250-253.
11. Rex J, Pfaller M, Walsh T, Chaturvedi V, Ingroff A, Ghannoum M, et al. Antifungal susceptibility testing: Practical aspects and current challenges. J Clin Microbiol Rev. 2001;14:643-658.
12. Jessup CJ, Warner J, Isham N, Hasan I, Ghannoum MA. Antifungal susceptibility testing of dermatophytes: Establishing a medium for inducing conidial growth and evaluation of susceptibility of clinical isolates. J Clin Microbiol. 2000;38:341-344.
13. Santos DA, Hamdan JS. Evaluation of broth microdilution antifungal susceptibility testing conditions for *Trichophyton rubrum*. J Clin Microbiol. 2005;43:1917-1920.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Dr. Marcos Lima. Médico Cirujano. Urbanización Angostura, Calle El Callao, Casa N° 37, Qta. Marcos – Andrés. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Venezuela. Teléfono celular: 04161816713. E-mail: marcoslimamedical@hotmail.com