

Controversias: ¿cuánto tiempo debo dejar esteroides en la tiña inflamatoria de la cabeza?

Controversies: How long should I leave steroids in the inflammatory tinea of the head?

Nathalia Muñoz-Matallana,¹ Adriana María Valencia-Herrera,² Alexandro Bonifaz³

Estimados editores:

La tiña de la cabeza es una infección o parasitación del pelo causada por diversas especies de los géneros *Trichophyton* y *Microsporum*. Es una enfermedad casi exclusiva de los niños y excepcional en la edad adulta.¹ Existen tres variedades clínicas: seca, inflamatoria y fávica.² La tiña de la cabeza inflamatoria o querión de Celso es una respuesta intensa de hipersensibilidad celular del huésped al dermatofito.³ El querión de Celso en los niños es un problema importante, debido a lo prolongado de su historia natural y a la naturaleza de las lesiones, sin tratamiento oportuno puede conllevar a complicaciones, como la alopecia cicatricial, de ahí la importancia de que el tratamiento sea adecuado en cuanto a dosis y duración.³⁻⁵

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de tres años de edad, que acudió al servicio de urgencias por una lesión inflamatoria que afectaba la piel cabelluda en la región occipital. A la exploración física se encontró una placa pseudoalopécica, con pústulas, costras melicéricas y sanguíneas, dolorosa y fluctuante, acompañada de adenopatías cervicales posteriores de hasta 2 cm, de un mes de evolución (**Figura 1**). La paciente fue tratada previamente con miconazol en crema y ketoconazol en champú. Del interrogatorio surgió el antecedente de convivencia con perros. Con los datos clínicos y epidemiológicos se estableció el diagnóstico de

¹ Residente de Dermatología pediátrica.

² Servicio de Dermatología pediátrica. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México.

³ Servicio de Dermatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Recibido: junio 2018

Aceptado: julio 2018

Correspondencia

Nathalia Muñoz Matallana
mnathalia@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Muñoz-Matallana N, Valencia-Herrera AM, Bonifaz A. Controversias: ¿cuánto tiempo debo dejar esteroides en la tiña inflamatoria de la cabeza? Dermatol Rev Mex. 2019 enero-febrero;63(1):111-114.



Figura 1. Querión de Celso.

querión de Celso. El examen directo con KOH de los pelos evidenció una parasitación endótrix y al cultivo en medio de Sabouraud dextrosa agar se aisló *Trichophyton mentagrophytes* (Figuras 2 a 4). Se inició tratamiento con griseofulvina a dosis de 10 mg/kg/día durante seis semanas y prednisona 1 mg/kg/día durante dos semanas, con lo que se obtuvo curación clínica y micológica.

Al revisar la bibliografía actual y las modalidades de tratamiento disponibles, nos encontramos en cuanto a los antimicóticos de primera línea griseofulvina 10-20 mg/kg/día durante seis a ocho semanas y como segunda línea terbinafina 5 mg/kg/día con dosis máxima de 500 mg/día por 4 a 8 semanas, esto en relación con el periodo de tricogénesis.¹⁻⁵ La primera es más activa frente a las cepas de *Microsporum* y la segunda contra las de *Trichophyton*.



Figura 2. Examen directo de pelo parasitación endótrix (KOH, 40X).



Figura 3. Cultivo de *T. mentagrophytes*.



Figura 4. Macro y microaleurioconidios de *T. mentagrophytes* (azul de algodón 40X).

En el tratamiento exclusivo de tiñas tipo querión, es necesario agregar antiinflamatorios esteroides para evitar la fibrosis y alopecia permanente, la prednisona es el medicamento de elección. Sin embargo, existe importante variabilidad en relación con la dosis y duración del tratamiento con ésta. En general, la combinación de los glucocorticoesteroides y antifúngicos se ha prescrito para tratar micosis superficiales y atenuar la inflamación mediada por respuesta Th1.⁶ La eficacia de esta combinación se investigó en un estudio comparativo con distribución al azar, doble ciego, realizado por Weitgasser⁷ en 239 pacientes con micosis superficiales, en el que la curación posterior a tres semanas de tratamiento combinado fue de 72%, en comparación con 44% en monoterapia.

En cuanto al querión de Celso, Keipert⁴ en 1984 realizó uno de los primeros reportes en tres pacientes con disminución importante de la respuesta inflamatoria de las lesiones, con prednisona a dosis de 2 mg/kg/día y reducción a la mitad de la dosis cada semana durante tres semanas en combinación con antimicóticos.

Arenas⁸ refiere en su libro, además de la dosis de 2 mg/kg/día durante dos semanas, prednisona de 20 mg/día durante cinco días e iniciar antimicóticos al tercer día. Aldama y su grupo,⁹ en 2004, propusieron dosis de 1 a 2 mg/kg/día durante dos semanas para evitar alopecia cicatricial. Weston⁴ afirmó que para reducir la inflamación y prevenir alopecia cicatricial en querión de Celso, la dosis de prednisona 1-2 mg/kg/día debe durar tres a cuatro semanas. Muchos autores indican que la dosis de prednisona es de 1 mg/kg/día, administrada por la mitad de tiempo de terapia, es decir, que se debe dar dos a tres semanas junto con la terapia antifúngica. Otros autores reportaron dosis más bajas, incluso de 0.5 mg/kg/día, con buenos resultados. A diferencia de los autores anteriores, Proudfoot y colaboradores⁵ prescribieron antifúngicos como monoterapia y sugirieron que éstos son suficientes para erradicar la infección y eliminar los signos clínicos. Bennassar¹⁰ indicó que la administración de esteroides reduce el dolor y la comezón, pero no reduce el tiempo de eliminación del hongo en comparación con la griseofulvina sola. Por último John y su grupo,¹¹ en 2017, escribieron que no se ha demostrado que el tratamiento con prednisona reduzca cicatrices ni confiera ventajas a largo plazo, pero sí puede reducir el prurito y el dolor.

REFERENCIAS

1. Bonifaz A. Dermatofitosis. En: Micología Médica Básica. 5ª ed. McGraw Hill, Ciudad de México, 2015;108-158.
2. Venadero F, Padilla MC, Guzmán EC. Tiña inflamatoria de la cabeza (Querión de Celso) por *Microsporum canis*. Comunicación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua 2006;15(1):35-39.
3. Pazmiño J, Pazmiño P, Morales C, Orellana I, Seminario ME, Córdova-Neira F. Querión de Celso Severo a propósito de un caso pediátrico. Rev Méd HJCA 2014;6(1):97-100.
4. Keipert JA. Beneficial effect of corticosteroid therapy. Aust J Derm 1984;25: 127-31.
5. Proudfoot LE, Higgins EM, Morris-Jones R. A retrospective study of the management of pediatric kerion in *Trichophyton tonsurans* infection. Pediatr Dermatol 2011;28(6):655-7.

6. Mayser P. Treatment of dermatoses: Significance and use of glucocorticoids in fixed combination with antifungals. *Hautarzt* 2016;67(9):732-8.
7. Weitgasser H, Herms E. Comparative clinical investigations with the new antimycotic agent isoconazole nitrate and its combination with diflucortolon-21-valerate in the case of inflammatory and eczematized dermatomycoses. *Mykosen* 1979; 22:177-83.
8. Arenas R. Micosis superficiales. En: *Micología médica ilustrada*. 5ª ed. McGraw-Hill, Ciudad de México, 2014;67-98.
9. Aldama A, Rivelli V, Correa J, Mendoza G. Tiña de la cabeza: Comunicación de 54 casos. *Rev Chil Pediatr* 2004;75(4):392-397.
10. Bennassar A, Grimalt R. Management of tinea capitis in childhood. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2010;14(3):89-98.
11. John AM, Schwartz RA, Janniger CK. The kerion: an angry tinea capitis. *Int J Dermatol* 2018;57(1):3-9.

