

Tinea barbae que se manifiesta como querión de Celso

Tinea barbae presenting as kerion Celsi.

Sebastián Barrera-Escobar, Diana Molina-Colorado, Erika Andrea Sánchez-Cifuentes, Martha Eugenia Urán-Jiménez, María del Pilar Jiménez-Alzate

Resumen

ANTECEDENTES: La *tinea barbae* es una manifestación poco frecuente de las dermatofitosis, más aún las formas inflamatorias como el querión de Celso; esta manifestación clínica, que es más frecuente en hombres jóvenes y se asocia estrechamente con dermatofitos zoofílicos, puede causar secuelas estéticas importantes; de ahí la relevancia de la identificación de su agente etiológico con el fin de elegir el antifúngico indicado.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 28 años de edad, quien consultó por padecer una dermatitis vesicular y seborreica de dos meses de evolución con importante componente inflamatorio en sus lesiones en quien se aisló *Trichophyllum mentagrophytes*.

CONCLUSIONES: El pronóstico de la *tinea barbae* puede ser satisfactorio si se realiza la adecuada caracterización etiológica y se inicia el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: *Tinea barbae*; dermatofitosis; querión de Celso.

Abstract

BACKGROUND: *Tinea barbae* is a rare manifestation of dermatophytosis, and even more those cases complicated as kerion Celsi by the strong inflammatory response; this manifestation is more common in young men and associated with zoophilic fungi; this manifestation can be related with severe aesthetic sequelae, hence the importance of a correct antifungal treatment.

CLINICAL CASE: A 28-year-old male patient with vesicular and seborrheic dermatitis with an important inflammatory component with the isolation of *T. mentagrophytes*.

CONCLUSIONS: Prognosis of *tinea barbae* may be satisfactory if the proper etiological characterization is done and the adequate treatment is initiated.

KEYWORDS: *Tinea barbae*; Dermatophytosis; Kerion Celsi.

Grupo Micología Médica, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia

Recibido: septiembre 2019

Aceptado: octubre 2019

Correspondencia

Pilar Jiménez Alzate
delpilar.jimenez@udea.edu.co

Este artículo debe citarse como

Barrera-Escobar S, Molina-Colorado D, Sánchez-Cifuentes EA, Urán-Jiménez ME, Jiménez-Alzate MP. *Tinea barbae* que se manifiesta como querión de Celso. Dermatol Rev Mex. 2020; 64 (5): 601-605.

ANTECEDENTES

Los dermatofitos son hongos con capacidad para invadir el estrato córneo de la piel u otros tejidos queratinizados derivados de la epidermis,¹ causando enfermedad en piel, uñas y cabello.²

Éstos pueden clasificarse con base en su género agrupándolos como *Mycrosporum*, *Trichophyllum* y *Epidemophyton*, cada uno con capacidad diferente para invadir los diversos epitelios queratinizados del cuerpo, pero también pueden clasificarse según su modo de transmisión, es así como encontramos dermatofitos geofílicos, antropofílicos y zoofílicos, variando en su capacidad para regular la respuesta inflamatoria del hospedero y para generar infecciones crónicas.³

Los dermatofitos pueden ocasionar cuadros clínicos variados en función del lugar anatómico invadido y características del hospedero (como inmunosupresión de base y comorbilidades) y del patógeno (carga del inóculo). Así encontramos *tinea capitis*, *tinea faciei*, *tinea barbae*, *tinea corporis*, *tinea pedis*² en un espectro clínico que va desde infecciones leves hasta infecciones con gran componente inflamatorio (querión).¹

La *tinea barbae* es una dermatofitosis que afecta el pelo de la barba,⁴ cuya manifestación clínica puede variar desde una forma leve a una foliculitis pustular grave,¹ tradicionalmente vinculada con dermatofitos zoofílicos, como: *Trichophyllum verrucosum*, *T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes* y var. *Erinacei*.¹ De Lacerda y colaboradores realizaron un estudio observacional de 42 casos de tiña de la barba encontrando 10 casos de querión de Celso, de los que 9 fueron causados por *T. mentagrophytes* y un caso por *M. canis*.⁵

Si bien la tiña de la barba no es una manifestación clínica frecuente de las dermatofitosis,⁵ la manifestación en forma de querión de Celso

puede representar aproximadamente 20% de esta enfermedad^{5,6} según observaciones realizadas en estudios descriptivos con pocos pacientes.^{5,6} Comunicamos un caso de querión de Celso como manifestación de *tinea barbae*.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años, nacido en el municipio de San Pedro de los Milagros, ubicado en el noreste del departamento de Antioquia, Colombia, y residente de Medellín. Con antecedente de colgajo de piel en la región poplítea hacía 25 años, urolitiasis, alérgico a los embutidos; consumidor pesado de alcohol y de sustancias psicoactivas. Consultó por padecer un cuadro clínico de un mes y medio de duración consistente en lesiones descamativas, seborreicas, eritematosas y edematizadas localizadas en la piel comprendida entre ambos surcos nasogenianos y el labio superior. Al inicio de su cuadro consultó a un médico quien le prescribió betametasona tópica durante un mes. Posterior a ese tratamiento el paciente refirió empeoramiento de su cuadro con lesiones con mayor daño inflamatorio, exudativas, consistentes en lesiones papulopustulosas, vesículas, edema y descamación ubicadas en el área descrita (**Figuras 1 y 2**).

Recibió tratamiento antibiótico con levofloxacina, ácido fusídico y una ampolla de betametasona de manera empírica sin alivio del cuadro y con progresión de las lesiones. En ese momento consultó al laboratorio de Micología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia donde se le realizó toma de muestras para examen directo con KOH y cultivos microbiológicos; además, se le ordenó examen para descartar infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que fue negativo.

Se realizó estudio directo usando azul de Evans y KOH a 10% y se observaron abundantes artroconidias e invasión endotrix.



Figura 1. Imagen panorámica de querión de Celso de la barba.



Figura 2. Querión de Celso de la barba, con costras melicéricas y pustulosis.

Las muestras obtenidas de las lesiones se incubaron en agar Mycosel y Sabouraud durante cuatro semanas a temperatura de 25 a 26°C; al finalizar la primera semana de incubación no hubo crecimiento, durante la segunda semana se apreció en los medios un moho (**Figura 3**) y al observar una muestra de éste al examen directo se encontraron hifas hialinas septadas y en espiral y microconidias que se disponían en acúmulos; al finalizar la cuarta semana se reportó el crecimiento de *T. mentagrophytes* basados en sus características morfológicas.

Se estableció el diagnóstico de querión de Celso y se prescribió tratamiento con itraconazol

200 mg/día durante seis semanas con alivio completo del cuadro (**Figura 4**).

DISCUSIÓN

La tiña de la barba es una dermatofitosis principalmente observada en pacientes jóvenes, vinculada con animales como fuente de infección;⁷ esta manifestación de las dermatofitosis tiene poca representación en la bibliografía, esto puede explicarse, en parte, por los pocos casos que ocurren luego de la pubertad y su similitud con la *tinea capitis*;⁶ debido a esto, la mayor parte de los trabajos se limitan a reportes de casos o pequeñas series de pacientes. Bonifaz y colabo-



Figura 3. Colonia granulosa de *T. mentagrophytes*.



Figura 4. Querión de Celso de la barba después del tratamiento.

radores realizaron un reporte de nueve casos de tiña de la barba, con media de edad de 38 años;

la mayoría de los casos se debían a *T. rubrum* y *M. canis*, hallazgos similares a los descritos por De Lacerda y colaboradores en su reporte de 42 casos de tiña de la barba, quienes encontraron que el principal agente etiológico aislado fue *T. rubrum*;⁵ sin embargo, al discriminar el querión de Celso de otras manifestaciones clínicas de la *tinea barbae* en los trabajos de De Lacerda y Bonifaz, encontramos variaciones en los agentes etiológicos, empezando a predominar microorganismos zoófilicos, como *T. mentagrophytes* y *M. canis*,^{5,6} que se distingue por una invasión endotrix o endo-ectotrix, respectivamente;⁸ estos microorganismos son los agentes etiológicos aislados con mayor frecuencia en los diferentes casos de querión de Celso.^{1,9,10}

Desde el punto de vista histopatológico, el querión de Celso se distingue por infiltrado neutrofilico o granulomatoso; en términos histológicos, puede describirse como una foliculitis supurativa, foliculitis supurativa con dermatitis supurativa, foliculitis supurativa con dermatitis supurativa y granulomatosa y una dermatitis supurativa y granulomatosa con dermatitis fibrosante; en estas dos últimas donde empieza a haber evidencia histológica de alopecia y escasa presencia del hongo, llegando a representar hasta 56% de los tipos histológicos del querión de Celso.¹¹

Clásicamente para el tratamiento del querión de Celso se han prescrito medicamentos como terbinafina y griseofulvina;⁸ sin embargo, cabe resaltar la diferencia de la eficacia terapéutica de los distintos antimicóticos prescritos sobre las diferentes especies aisladas; así Hong y colaboradores en 2011 realizaron un metanálisis que incluyó siete estudios que vinculaban 2163 pacientes encontrando que la griseofulvina es más efectiva que la terbinafina en el tratamiento de infecciones por el género *Microsporum*, mientras que la terbinafina muestra mejor eficacia que la griseofulvina en el tratamiento de *Trichophyton*;¹² esto puede verse reflejado en el menor tiempo

de tratamiento que requiere la terbinafina para lograr la misma eficacia terapéutica que la griseofulvina (2-4 vs 6-8 semanas) en el tratamiento de tiñas de la cabeza ocasionadas por el género *Trichophyton*;¹³ de aquí la importancia de la adecuada caracterización etiológica del agente causal de la infección.

Comunicamos el caso como una manifestación micológica no tan frecuente de una enfermedad poco reportada en la bibliografía, en la que el pronóstico puede ser satisfactorio si se realiza la adecuada caracterización etiológica y se inicia el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS

1. Weitzman I, Corporis T, Favosa T. The dermatophytes. Clin Microbiol Rev 1995; 8: 240-259.
2. Sahoo AK, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. Indian Dermatol Online J 2016; 7: 77-86. doi: 10.4103/2229-5178.178099
3. Köhler JR, Casadevall A, Perfect J. The spectrum of fungi that infects humans. Cold Spring Harb Perspect Med 2015; 5: a019273. doi: 10.1101/cshperspect.a019273
4. Del Palacio A, Cuetara MS, Viedma E. Enfermedades infecciosas de Homo Sapiens. Vesga MO, Velez GLA, Leiderman WE, Restrepo MA, editors. Fondo Editorial CIB, 2015; 3225-3253.
5. De Lacerda MH, et al. Sycosis of the beard (tinea barbae). Analysis of 42 cases. Med Cutan Ibero Lat Am 1981; 9: 161-178.
6. Bonifaz A, Ramirez-Tamayo T, Saul A. Tinea barbae (tinea sycosis): experience with nine cases. J Dermatol 2003; 30: 898-903. doi: 10.1111/j.1346-8138.2003.tb00345.x
7. Singh S, Sondhi P, Yadav S, Ali F. Tinea barbae presenting as kerion. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2017; 83: 741. doi: 10.4103/ijdv.IJDVL_1104_16
8. Hay RJ. Tinea capitis: Current status. Mycopathologia 2017; 182: 87-93. doi: 10.1007/s11046-016-0058-8
9. Sonthalia S, Khurana R. Kerion. Indian J Pediatr 2016; 83: 94-95. doi: 10.1007/s12098-015-1760-0
10. Wendrock-Shiga G, et al. Tinea barbae profunda due to *Trichophyton mentagrophytes* after journey to Thailand : Case report and review. Hautarzt 2017; 68: 639-648. DOI: 10.1007/s00105-017-4008-2
11. Isa-Isa R, Arenas R, Isa M. Inflammatory tinea capitis: kerion, dermatophytic granuloma, and mycetoma. Clin Dermatol 2010; 28: 133-136. doi: 10.1016/j.clindermatol.2009.12.013
12. Tey HL, Tan ASL, Chan YC. Meta-analysis of randomized, controlled trials comparing griseofulvin and terbinafine in the treatment of tinea capitis. J Am Acad Dermatol 2011; 64: 663-670. doi: 10.1016/j.jaad.2010.02.048
13. Fleece D, Gaughan JP, Aronoff SC. Griseofulvin versus terbinafine in the treatment of tinea capitis: a meta-analysis of randomized, clinical trials. Pediatrics 2004; 114: 1312-1315. doi: 10.1542/peds.2004-0428