

Placas inflamatorias y supurativas en región pubiana

Concepción Montalbán González^a, Paloma Abarca Costalago^b y Angel López Avila^c

^a Centro de Salud "Cartagena Oeste". Cartagena. Murcia (España).

^b Consultorio Las Palas-Centro de Salud Fuente Alamo. Cartagena. Murcia (España).

^c Servicio de Dermatología Hospital "Santa María del Rosell". Cartagena. Murcia (España).

Correspondencia:

Concepción Montalbán González. Centro de Salud "Cartagena Oeste". 30394 C/ Loma Atlas, nº 7. C.P. 30394. Cartagena. Murcia. (España).

Correo electrónico:
cmontalbang@telefonica.net

Recibido el 27 de enero de 2016.

Aceptado para su publicación el 27 de febrero de 2016.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Presentamos tres casos correspondientes a pacientes adultas jóvenes con tiña inflamatoria tipo querion de Celso localizadas en región pubiana con extensión a zona vulvar, localización muy poco descrita en la literatura. En los 3 casos se aisló *Trichophyton mentagrophytes*. La grave sintomatología, manifestada con inflamación, supuración y dolor, determinó el ingreso de las tres pacientes en los Servicios de Medicina Interna o Ginecología. Dos de los casos se resolvieron con terbinafina oral y la tercera paciente, gestante, con tratamiento antifúngico tópico y depilación de la zona. Como médicos de familia, debemos tener presente esta presentación clínica de micosis, infrecuente y aparatosa, que simula una piodermatitis intensa o celulitis

PALABRAS CLAVE: Tiña. Querion. Joven.

ABSTRACT

Inflammatory and suppurative plaques in pubic area

We present three clinical cases corresponding to young women with kerion-type inflammatory tinea located in pubic area extending to vulvar region, a localization very seldom reported in the literature. *Trichophyton mentagrophytes* was isolated in the three cases. The three patients were admitted to Internal Medicine or Gynaecology Services due to the severe symptomatology, which included inflammation, suppuration and pain. Oral terbinafine cured two of the cases, and the third patient, pregnant, recovered with topical antifungal therapy and depilation of the area. As family doctors, we have to be aware of this uncommon and conspicuous clinical presentation of mycosis that simulates a severe pyodermitis or cellulitis.

KEY WORDS: Tinea. Kerion. Younger.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por dermatofitos se han descrito desde la antigüedad. En el trabajo de Sabouraud, publicado en 1890 en el clásico "Les Teignes", se estableció la clasificación actual en la que se agrupa a los dermatofitos por géneros¹.

La tiña cruris es una infección por dermatofitos de la región inguinal, en particular la cara interna de los muslos y pliegues crurales, aunque puede extenderse hacia abdomen y nalgas en los casos más graves¹. El inicio en región pubiana o vulvar es mucho más infrecuente. Los tres agentes etiológicos más frecuentes son *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton mentagrophytes* (*T. mentagrophytes*) y *T. rubrum*. El *T. mentagrophytes* puede transmitirse por la caspa de los animales. *T. mentagrophytes* variedad *mentagrophytes* es un hongo zoofílico (transmisión de animal a persona) con menor adaptación al hombre que los dermatofitos antropofílicos lo que determina una infección más grave y aguda con inflamación intensa y formación de pústulas². Asimismo es más frecuente su diseminación con rapidez a tronco y extremidades inferiores, produciendo una enfermedad inflamatoria grave.

OBSERVACIONES CLINICAS

Las tres pacientes eran mujeres con edades de 16, 17 y 18 años, sin antecedentes patológicos previos importantes, y en contacto con animales (gatos en las tres pacientes, conejo y perro en una de ellas, varios animales en otra

de las pacientes que vivía en ámbito rural). Una de las pacientes refería claramente el comienzo de la infección tras depilación de la zona afectada. En los 3 casos que presentamos el diagnóstico inicial realizado había sido de piodermitis bacteriana y estaban siendo tratadas con amoxicilina-clavulánico, pese a lo cual la inflamación progresaba y causaba importantes molestias funcionales y dolor a las pacientes que determinó que las tres pacientes ingresaran en los Servicios de Medicina Interna o Ginecología.

La presentación clínica consistió en una placa inflamatoria de crecimiento progresivo durante las

semanas previas que posteriormente produjo una placa tuberosa purulenta y costrosa en monte de Venus y labios mayores (fig. 1 y 2), con importante dolor, así como lesiones satélites por muslos, nalgas y/o región periné en las tres pacientes, además de lesiones a distancia en una de ellas. Una de las pacientes desarrolló un eritema nodoso localizado en regiones pretibiales, confirmado mediante biopsia como reacción de hipersensibilidad a distancia, descrita en casos de tiña inflamatoria.

En los cultivos realizados de toma de escamas y pelo, se aisló *T. mentagrophytes* en los tres casos, así como *Staphylococcus aureus*. Las bioquímicas

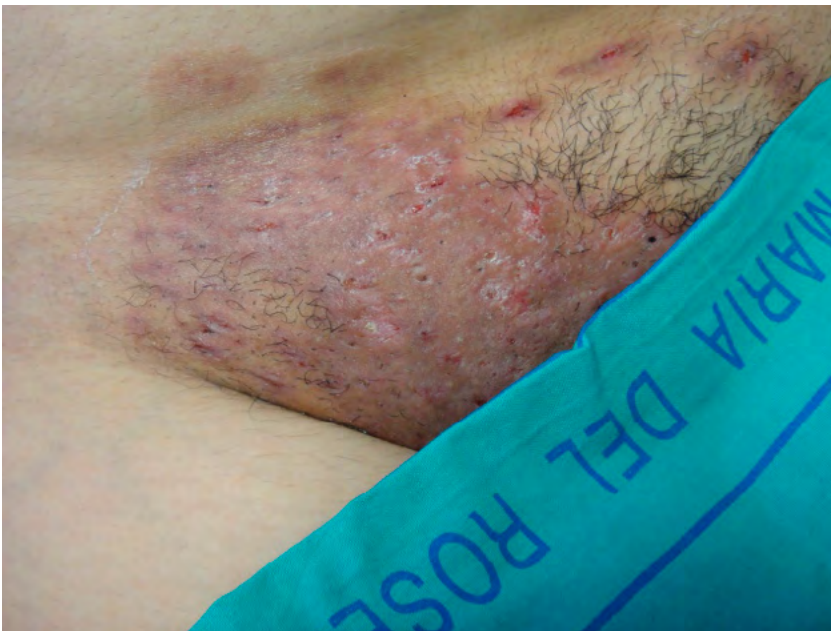


Figura 1. Placa inflamatoria tumefacta y con escamas en superficie en región inguinopubiana derecha



Figura 2. Placa eritematosa con numerosas erosiones puntiformes por rotura de pústulas previas

sanguíneas eran normales en las tres pacientes y el hemograma mostraba leucocitosis (13000 a 16800 leucocitos) con neutrofilia.

En nuestras pacientes empleamos como tratamiento la terbinafina oral durante 2 meses en dos de ellas y en la tercera, primigesta de 5 semanas, se empleó la tintura de Castellani modificada junto con miconazol tópico durante 2 meses y depilación de la zona, consiguiendo resolver el cuadro clínico. También se asoció un antibiótico tipo cloxacilina o amoxicilina-clavulánico durante 7-10 días para tratar la sobreinfección bacteriana.

DISCUSIÓN

Presentamos los casos de tres pacientes jóvenes con tiña inflamatoria tipo querion de Celso que afecta la región pubiana con extensión a zona vulvar, localización muy poco descrita en la literatura (solo cinco casos previos publicados)²⁻⁶. En alguna de las comunicaciones previas se describe una edad más tardía de presentación⁵⁻⁶ (36 y 54 años) o el comienzo de la infección tras depilación⁶.

El Querion de Celso consiste en una placa inflamatoria tumefacta, supurativa, con formación de abscesos y numerosos orificios pustulosos de drenaje que configuran el denominado "signo de la espumadera"¹. Es la consecuencia de una tiña inflamatoria evolucionada unida a una respuesta exagerada del huésped. Se produce en áreas pilosas, característicamente en cuero cabelludo, pero puede darse en otras localizaciones (barba, bigote, monte de Venus). El pelo en las áreas afectadas se puede recuperar, pero cuanto más dure la infección mayor es el riesgo de que la alopecia sea permanente.

La principal confusión diagnóstica se produce con un absceso o piodermatitis bacteriana, lo cual conlleva a instaurar antibióticos o incluso drenajes quirúrgicos que no solucionan el cuadro clínico y aumentan la probabilidad de alopecia cicatricial. En los 3 casos que presentamos, el diagnóstico inicial realizado había sido de piodermatitis bacteriana y estaban siendo tratados con amoxicilina-clavulánico, pese a lo cual la inflamación progresaba. Aunque la instauración de antibióticos es necesaria para tratar la sobreinfección bacteriana que suele haber (en nuestros casos se detectó *Staphylococcus aureus*), no resuelve en absoluto el proceso por sí solo. Otros diagnósticos diferenciales serían eczema de contacto, psoriasis pustulosa o pénfigo vegetante³.

En cuanto al tratamiento, es preciso instaurar un antifúngico sistémico y tópico durante al menos un mes. En el querion de Celso habitualmente se recomienda griseofulvina a dosis de 15-20 mg/kg durante 6 a 8 semanas⁷. En las publicaciones previas de querion de vulva se ha empleado tanto la griseofulvina^{2,3} como la terbinafina⁶ y el itraconazol⁵. Habitualmente se asocia un antibiótico tipo cloxacilina o amoxicilina-clavulánico durante 7-10 días para tratar la sobreinfección bacteriana.

Presentamos estos casos que hemos visto en nuestras consultas en los últimos 4 años para llamar la atención de esta forma clínica de tiña en mujeres jóvenes poco descrita en la literatura, habitualmente con contacto epidemiológico con animales (gatos principalmente) o tras depilación de la zona. Como médicos de familia, debemos tener presente esta infrecuente y aparatosa presentación de una tiña inflamatoria supurativa en la región pubiana y vulva, que simula una celulitis o piodermatitis intensa, para poder hacer un diagnóstico y tratamiento precoz que evite las complicaciones y secuelas que pueden ocasionar.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente o sus padres para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sobera JO, Elewski BE. Infecciones por hongos. En: Bologna J, Jorizzo J, Rapini P. Dermatología, versión en español de la 1ª edición Elsevier; 2004 p. 1174-1185.
2. Annabel M, Hubert L, Jacques C, Fabienne L, Emmanuelle L, Gerard L. Traitement de 2 cas de kériens par griseofulvine et corticoïdes oraux. Arch Pediatr. 2009 ; 16 : 1464-6.
3. Hali F, Khadir K, Benchikhi H. Kérion du pubis chez une adolescente. Press Med. 2013 ; 42 :1149-50
4. Pinto V, Marinaccio M, Serrati A, D'Addario V, Saracino V, De Marzo P. Kerion of the vulva. Report of a case and review of the literature. Minerva ginecol. 1993; 45: 501-5
5. Bougrine A, Villeneuve-Tang C, Bouffard D, Rouleau D, Chartier S. Kerion of the vulva caused by Trichophyton mentagrophytes. J Cutan Med Surg. 2014; 18(3): 206-9
6. Bakardzhiev I, Chokoeva A, Tchernev G, Wollina U, Lotti T. Tinea profunda of the genital area. Successful treatment of a rare skin disease. Dermatol Ther. 2015 Nov 2doi:10.1111/dth.12311
7. Gupta AK, Cooper EA, Bowen JE. Meta-analysis: griseofulvin efficacy in the treatment of tinea capitis. J Drugs Dermatol. 2008; 7:369-72.