

Pústulas en la región cervical en un adolescente

Pustules in the cervical region in a teenager

Julieta Zone¹, Paola Cecilia Stefano², María del Valle Centeno³ y Andrea Bettina Cervini⁴

¹ Becaria, Servicio de Dermatología

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología

³ Médica de Planta, Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital Nacional de Pediatría, "Prof. Dr. Juan P. Garrahan",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Julieta Zone

E-mail: Jzonesl@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 7/2/2024

Fecha de trabajo aceptado: 18/6/2024

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2024; 30(3): 159-161

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años consultó por una lesión localizada en la región occipital del cuero cabelludo que se extendía hacia la región cervical posterior y región escapular derecha, de un mes de evolución. Al examen dermatológico se observaba una placa eritematosa con múltiples pústulas en su superficie (Foto 1). A nivel occipital derecho se evidenciaba una tumoración fluctuante y dolorosa, con secreción purulenta sobre la misma placa descrita. La maniobra de pilotracción era negativa (Foto 2). Hasta ese momento el paciente había recibido múltiples tratamientos con corticoides, antibióticos y antimicóticos tópicos y antibióticos por vía oral, sin respuesta.

Se solicitó un examen micológico directo y cultivo de la lesión, siendo el directo negativo, por lo que se realizó una biopsia de piel de la tumoración de la región occipital que se envió a Anatomía Patológica y a cultivo para gérmenes comunes, micobacterias y hongos. El resultado histopatológico informó marcado compromiso y destrucción del folículo piloso (Foto 3); además evidenció en dermis papilar moderado edema, denso infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos y numerosos polimorfonucleares neutrófilos y eosinófilos en dermis papilar y reticular conformando focos de supuración (Foto 4). No se observaron microorganismos específicos con la técnica de PAS.



FOTO 1: En región occipital y cervical, extensa placa eritematosa sobre la cual asientan múltiples pústulas. Aisladas pústulas en la región escapular izquierda.



FOTO 2: Ampollas de contenido hemático y erosiones en la palma de la mano.

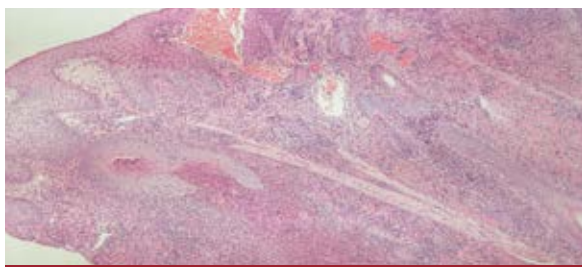


FOTO 3: Despegamiento ampollar dermoepidérmico (HyE, 40X).

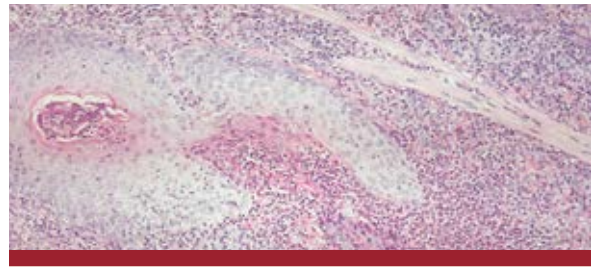


FOTO 4: Inmunofluorescencia directa: depósito de IgA con patrón lineal en la zona dermoepidérmica.

DIAGNÓSTICO

Querion de Celso y tinea corporis por *Trichophyton tonsurans*.

EVOLUCIÓN

El examen micológico directo fue negativo, sin embargo en el cultivo se detectó el desarrollo de *Trichophyton tonsurans*.

Como tratamiento se indicó terbinafina 5 mg/kg/día por un mes, crema con clotrimazol 1% y champú con ketoconazol 2%, obteniéndose resolución completa de la lesión al cabo de 4 semanas de tratamiento.

COMENTARIOS

La tiña de la cabeza o *tinea capitis* (TC) es una infección del cuero cabelludo por dermatofitos. Afecta con mayor frecuencia a niños prepuberales y en raras ocasiones se presenta en recién nacidos y adultos. En nuestro medio, las especies más frecuentes descritas son *Microsporum* y en segundo término *Trichophyton*^{1,2}. La transmisión puede darse por contacto directo con escamas de la piel o el pelo de personas o animales infectados, o a través de elementos contaminados. Se estima un período de incubación de 2 a 4 semanas³.

El *Trichophyton tonsurans* (*T. tonsurans*) es un dermatofito antropofílico, de distribución mundial, aunque su prevalencia varía entre las diferentes regiones geográficas. Es el agente etiológico predominante de TC en Estados Unidos^{2,4,5} y en el Reino Unido^{2,5}. En la Argentina, el patógeno más frecuente es el *Microsporum canis* (61%), en comparación al *T. tonsurans* (12%). A partir de 2020, se ha detectado un mayor número de comunicaciones de TC por *T. tonsurans* (TT) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) debido al auge de barberías sin control en la higiene de los instrumentos para rasurar el pelo. Por esto, y por las mayores migraciones, se considera al TT un patógeno emergente en nuestro medio. Nuestro paciente refería haberse cortado al ras el cabello en una barbería antes de la aparición de las lesiones.

En un estudio retrospectivo, de 2021 a agosto de 2022, se evaluaron 37 pacientes con TC que consultaron en distintos centros de CABA, de los cuales 27 resultaron positivos para TT⁶.

El TT ocasiona parasitación de tipo endotrix debido a la ubicación de las esporas dentro del tallo piloso. Por lo general tiene una débil respuesta inmunogénica, en contraste con los dermatofitos zoófilos^{2,3,7}. Se describen dos formas clínicas: placas alopécicas no cicatrizales con descamación sin eritema y con peque-

ños puntos negros en los orificios foliculares del cuero cabelludo, y la forma inflamatoria, con nódulos y folliculitis e incluso la formación de un querion de Celso. Esta última tiene un curso más insidioso, puede simular otras patologías generando retraso en el diagnóstico y tratamiento, y riesgo de complicaciones secundarias como la alopecia cicatrizal^{6,7}.

El diagnóstico de la TC es clínico y se confirma mediante la detección de elementos fúngicos a través de pruebas microbiológicas directas con hidróxido de potasio y la realización del cultivo^{2,3}. El estudio histopatológico de la lesión puede ser necesario para confirmar el diagnóstico en situaciones especiales, ambiguas y desafiantes desde el punto de vista clínico, como fue el caso de nuestro paciente, ya que presentaba una clínica inusual, con múltiples tratamientos instaurados de manera errónea y un examen micológico directo negativo^{2,7}.

Los principales diagnósticos diferenciales incluyen la alopecia *areata*, eccema, psoriasis, piodermitis y folliculitis decalvante (infrecuente en pediatría)^{2,7}.

El tratamiento de primera línea para el TT consiste en la administración de griseofulvina o terbinafina. La dosis recomendada de griseofulvina en pacientes pediátricos es de 10 a 30 mg/kg/día durante 6 a 12 semanas. Se recomienda ingerirla con comidas grasas para incrementar su absorción y mejorar su biodisponibilidad³. La terbinafina se usa en dosis de 5 mg/kg/día (250 mg/día vía oral con un peso superior a 40 kg, 125 mg/día en niños de 20-40 kg y 62,5 mg/día en menores de 20 kg), tanto en terapia continua como en pulsos (500 mg/día por una semana y 3 semanas de descanso).

Distintos ensayos clínicos aleatorizados demostraron una eficacia superior respecto de la terbinafina sobre la griseofulvina para el tratamiento de la TC por *Trichophyton spp.*, y de la griseofulvina sobre la terbinafina para *Microsporum spp.*⁸. A su vez, se evidenció que 4 semanas de tratamiento con terbinafina es igual de eficaz que 8 semanas de griseofulvina para obtener la cura completa de la infección por *Trichophyton*^{2,8}.

La asociación con champú con ketoconazol 2% y el uso de cremas antimicóticas contribuye a disminuir el riesgo de transmisión en estadios iniciales^{1,2}.

En el querion de Celso se debe considerar, además del tratamiento antimicótico, el empleo de prednisona 0,5-1 mg/kg/día para reducir la inflamación y el dolor^{1,3}. Se recomienda evitar la asistencia escolar por una semana aproximadamente posterior al inicio del tratamiento antimicótico⁷.

CONCLUSIONES

Si bien la infección por *T. tonsurans* en el cuero cabelludo es infrecuente en nuestro medio, actualmente su incidencia está en aumento. Hay que tener en cuenta que debido a su débil respuesta inmunogénica se puede presentar como una alopecia con escasa descamación. En ocasiones, como en nuestro paciente, puede mani-

festar un curso atípico y altamente inflamatorio, donde predominan las pústulas y el eritema, lo que lleva a un diagnóstico y tratamiento tardío. Por último, es indispensable el control sanitario de las barberías y la correcta limpieza de los elementos de rasurado que se utilizan para evitar la propagación de enfermedades infecciosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad ME, Label A, Llorca V. Micosis superficiales. En: Larralde M, Abad E, Luna P, et ál. *Dermatología Pediátrica*. 3º Ed. Journal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021: 227-232.
2. Vides De La Hoz P, Piccolomini M, Almassio A, Abad E, et ál. *Tinea capitis* por *Trichophyton tonsurans* en un paciente pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120:e192-e196.
3. Gómez-Restrepo S, Victoria-Chaparro J. *Tinea capitis* en niños: pandemia aún no erradicada. *Pediatr*. 2022;55:142-149.
4. Trovato MJ, Schwartz RA, Janniger CK. *Tinea capitis*: current concepts in clinical practice. *Cutis*. 2006;77:93-99.
5. Hryncewicz-Gwóźdź A, Beck-Jendroscheck V, Brasch J, Kalinowska K, et ál. *Tinea capitis* and *Tinea corporis* with a severe inflammatory response due to *Trichophyton tonsurans*. *Acta Derm Venereol*. 2011;91:708-710.
6. Rodríguez A, Luna PC, Tirelli LL, Russo MF, et ál. Tiña de las barberías: una enfermedad emergente. *Dermatol Argent*. 2022;28:170-175.
7. Müller VL, Kappa-Markovi K, Hyun J, Georgas D, et ál. *Tinea capitis* et *barbae* caused by *Trichophyton tonsurans*. A retrospective cohort study of an infection chain after shavings in barber shops. *Mycoses*. 2021; 64:428-436.
8. Gupta AK, Drummond-Main C. Meta-analysis of randomized, controlled trials comparing particular doses of griseofulvin and terbinafine for the treatment of tinea capitis. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:1-6.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: PLACAS HIPERQUERATÓSICAS, PIGMENTADAS Y VERRUGOSAS DEL PEZÓN / Respuestas

Alejandra Navarrete Ríos y Gibsy Villacis Marriott

Médicas Cursistas, Servicio de Dermatología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

★ Respuestas correctas: 1) D; 2) C; 3) C; 4) E.

La hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola (HNPA) es una enfermedad poco frecuente y benigna que afecta el pezón y la areola. Las lesiones son usualmente bilaterales, y afectan el pezón y la areola en el 70% de los casos, y solo al pezón en un 30%. Se presenta sobre todo en pacientes jóvenes al inicio de la adolescencia, de predominio en mujeres en un 80%, pero se han descrito también casos en varones.

La etiología de la HNPA se desconoce; la pubertad y el embarazo se identificaron como factores precipitantes, por esta razón se le ha dado importancia a la relación hormonal (estrógenos). Además, en la literatura hay casos que se relacionaron con fármacos, como la espirolactona y los inhibidores BRAF.

Se puede clasificar como primaria (idiopática) o secundaria a otras patologías dermatológicas como

nevos epidérmicos, acantosis *nigricans*, queratosis seborreicas o ictiosis.

Clinicamente se caracterizan por ser lesiones verrugosas, hiperqueratósicas e hiperpigmentadas en las areolas que se extienden hasta el pezón. Las lesiones son habitualmente asintomáticas. Solo algunas pacientes pueden presentar prurito y cuando son muy extensas, pueden generar complicaciones en la lactancia.

El diagnóstico de la HNPA se basa en la correlación clínico histopatológica. Los hallazgos histopatológicos característicos son hiperqueratosis en formación de tapones córneos, acantosis y papilomatosis. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen a la acantosis *nigricans*, que clásicamente afecta a la nuca y las superficies flexoras y no a los pezones, otros con similar clínica e histopatología son las queratosis

seborreicas y el nevo epidérmico. También deben tenerse en cuenta como diagnósticos diferenciales algunos tumores cutáneos como la enfermedad de Paget, micosis fungoide y el carcinoma basocelular pigmentado, sobre todo cuando la presentación de la HNPA es unilateral.

Con respecto al tratamiento de la HNPA, no se dispone de ninguno que sea eficaz en todos los casos. Las opciones incluyen ungüentos tópicos como corticoesteroides, ácido salicílico al 6%, tretinoína 0,05% y calcipotriol. Otras posibilidades terapéuticas son los tratamientos ablativos como crioterapia, resección quirúrgica, radiofrecuencia o láser CO₂. La HNPA por lo general no tiende a la involución espontánea, sin tratamiento las lesiones persisten, pero se mantienen asintomáticas, y la preocupación del paciente es cosmética.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiaying W, Li Qingshu, He Wu, Xuedong Yin. Severe bilateral hyperkeratosis of the nipples and areolae: a case report and literature review. *Front Med*. 2022;9:781693.
- Qingan Huang, Mu Niu, Weilun Wen, Nan Tang. Dermoscopy and histopathology of hyperkeratosis of nipple and areola: a case report. *Dovepress*. 2024;17:649-652.
- Kissou A, Mansouri S, Hassam B. Hyperkeratotic lesion of the nipple and areola. *Presse Med*. 2017;0755-4982.
- Levy-Bencheton A, Agostini A. Dermatoses de la aréola y del pezón. *EMC Dermatología*. 2013;47:1-10.