

Quérion em Idade Adulta: Uma Complicação Rara e Severa da *Tinea Capitis*

Kerion in Adulthood: A Rare and Severe Complication of Tinea Capitis

Natércia Silva^{1*}, Daniela Marques², Olga Pereira³

***Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Natércia Maria Jardim da Silva [naterciamjsilva26@gmail.com]
Rua José Ribeiro Vieira de Castro nº 120, 4820-120 Fafe, Portugal
ORCID iD: 0000-0002-6042-6498

RESUMO

A *tinea capitis* é uma infeção fúngica do couro cabeludo que ocorre maioritariamente em crianças podendo, em casos raros, progredir para uma complicação severa designada quérion. Este último, manifesta-se mais comumente entre os 5 e os 10 anos de idade e resulta de uma resposta imunológica intensa à infeção, caracterizada pelo desenvolvimento de uma placa inflamatória com pústulas, crostas e, por vezes, supuração.

No presente artigo, descreve-se o caso de uma mulher de 72 anos com história de lesão inflamatória dolorosa e pruriginosa no couro cabeludo, com várias semanas de evolução e refratária a múltiplos tratamentos com diferentes antibióticos. Após observação por Dermatovenereologia foi feito o diagnóstico de quérion, tendo iniciado tratamento dirigido com melhoria franca da lesão e sintomatologia associada.

Retrata-se, assim, uma apresentação incomum e grave da *tinea capitis*, particularmente quando considerada a faixa etária da doente.

PALAVRAS-CHAVE: Alopecia/etiologia; Couro Cabeludo; Idoso; Tinea Capitis

1. Medicina Geral e Familiar, USF Fafe Sentinela, Fafe, Portugal. 2. Medicina Geral e Familiar, USF de Ronfe, Guimarães, Portugal. 3. Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal.

Recebido/Received: 10/03/2021 - Aceite/Accepted: 28/04/2021 - Publicado online/Published online: 05/05/2021 - Publicado/Published: 30/06/2021

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. © Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

ABSTRACT

Tinea capitis is a fungal infection of the scalp that occurs mainly in children. In some cases, it may progress to a severe complication called kerion celsi. The latter most commonly affects children between five and ten years old and it is characterized by an intense immune response to the infection, with the development of an inflammatory plaque, pustules, crusts and sometimes suppuration.

This article describes the case of a seventy-two-year-old woman with a history of a painful and itchy inflammatory lesion of the scalp, with several weeks of evolution and resistant to treatment with different antibiotics. After observation by Dermatology, the diagnosis of a kerion celsi was established. The patient started specific treatment, with great improvement of the lesion and associated symptoms.

Therefore, we portray an unusual and severe presentation of *tinea capitis*, particularly when considering the patient's age group.

KEYWORDS: Aged; Alopecia/etiology; Scalp; Tinea Capitis

INTRODUÇÃO

As dermatofitoses são infecções comuns causadas por fungos invasores de tecidos queratinizados, tais como a pele, unhas e pelo. Quando atinge o cabelo e pele do couro cabeludo, passa a ser designada de *tinea capitis*. Esta última ocorre geralmente em crianças pré-púberes, sendo considerada rara nos adultos, particularmente se imunocompetentes.¹⁻⁴ Num estudo retrospectivo realizado num hospital terciário de Portugal, dos 860 casos confirmados de *tinea capitis* ao longo de 11 anos, apenas 15 (1,5%) ocorreram em adultos, com um número elevado a ocorrer em mulheres e imunocomprometidos.² A prevalência desta patologia em adultos é, no entanto, altamente variável entre países, tal como demonstrado em estudos semelhantes na Coreia (44,3%),³ Teerão (20,6%),⁵ Espanha (11,4%),⁶ China (9,04%)⁷ e Egipto (4,2%).⁸

Os géneros fúngicos mais comumente responsáveis pelo surgimento da *tinea capitis* são o *Trichophyton* e o *Microsporum*. A sua apresentação clínica pode ser muito variável, com o padrão mais grave a corresponder ao quérion. Neste, ocorre uma resposta imunológica intensa à infeção, com consequente reação inflamatória exuberante (típica das estirpes zoofílicas) e que resulta numa massa dolorosa, com libertação de conteúdo purulento dos folículos, podendo ser autolimitada ou estender-se a grande parte do couro cabeludo. A associação com linfadenopatia é frequente. Um quérion persistente poderá acarretar uma alopecia cicatricial irreversível.^{1,2} Esta apresentação de *tinea capitis* é incomum, sendo que, em Portugal, apenas se encontra referência a um caso de *tinea capitis* com reação inflamatória exuberante numa mulher de 92 anos.⁹

Apesar de nos adultos o tratamento da *tinea capitis* não estar bem estabelecido, está preconizado o uso de antifúngicos orais, em particular a terbinafina e o itraconazol, com a maioria dos casos a apresentar uma resposta favorável. Os antifúngicos tópicos, por não conseguirem uma penetração adequada no folículo capilar, não devem ser utilizados isoladamente, mas sim como adjuvantes à terapêutica sistémica.^{1-3,5,8}

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 72 anos, caucasiana, cognitivamente íntegra e independente nas atividades da vida diária, com bom estado geral. Como antecedentes pessoais de destacar: hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e valvuloplastia aórtica (em 2019). Medicada cronicamente com candesartan/hidroclorotiazida 8/12,5 mg, amlodipina 5 mg, bisoprolol 2,5 mg, rosuvastatina 10 mg e pantoprazol 20 mg.

Referenciada ao serviço de urgência após consulta no centro de saúde, por lesões pustulosas e exsudativas e crostas na região fronto-parietal bilateral do couro cabeludo, com duas semanas de evolução. A doente referia dor e prurido associados e negava história de febre, outros sintomas sistémicos ou conviventes com lesões semelhantes. Colocado como diagnóstico provável uma infeção bacteriana do couro cabeludo, pelo que iniciou tratamento com amoxicilina/ácido clavulânico 875/125 mg, ácido fusídico tópico e bilastina oral. Por agravamento da lesão, foi novamente observada em contexto de urgência 7 dias depois, com escalada da terapêutica para doxiciclina 100 mg, que suspendeu após 2 dias por intolerância gástrica. Iniciou ciprofloxacina 500 mg, que efetuou também durante 2 dias, tendo o

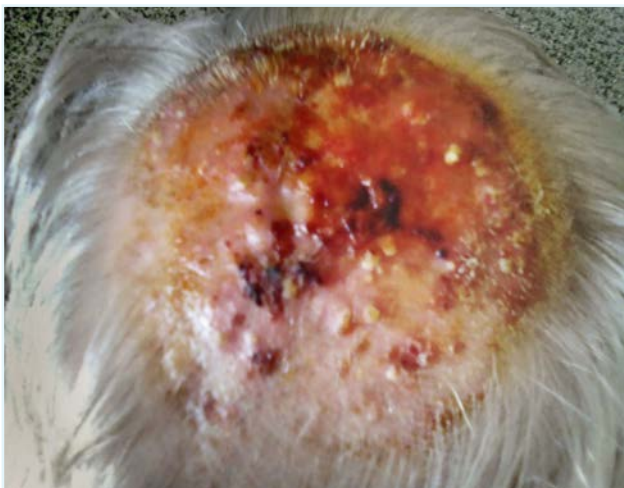


FIGURA 1. Placa eritematosa com edema, pústulas, crostas, áreas de flutuação e alopecia perilesional.



FIGURA 2. Resolução da lesão 3 meses após o início do tratamento.

contínuo agravamento da lesão justificado nova ida ao serviço de urgência, desta vez com observação pela especialidade de Dermatovenereologia.

Neste contexto, no exame objetivo foi possível verificar a presença de uma placa mole no vértex do couro cabeludo, com cerca de 20 cm, e associada a edema, eritema, pústulas, áreas de flutuação e alopecia perilesional (Fig. 1). Adicionalmente, apresentava gânglios palpáveis, dolorosos, na região cervical posterior. Perante este conjunto de alterações, assumiu-se como diagnóstico mais provável um quérion, hipótese apoiada ainda pela confirmação por parte da doente de contacto próximo

com coelhos e cães no domicílio. Procedeu-se à colheita de uma amostra para exame cultural micológico. Foi iniciado tratamento empírico com terbinafina oral 250 mg, nitrato de sertaconazol em creme (1 vez por dia), cetoconazol champô (1 vez por dia) e valerato de difluorcortolona 1 mg/g + nitrato de isoconazol 10 mg/g em creme (2 vezes por dia, 1 semana).

Procedeu-se à reavaliação da doente cerca de 2 meses depois, tendo-se verificado uma melhoria franca da lesão com a terapêutica instituída. Apresentava ainda pequena zona de exsudado purulento, pelo que cumpriu mais 1 semana de terbinafina oral 250 mg, mantendo adicionalmente o nitrato de sertaconazol creme e o cetoconazol champô. O exame cultural da lesão confirmou o diagnóstico, com evidência de crescimento de *Trichophyton mentagrophytes*.

A avaliação final da doente ocorreu 3 meses após o início dos sintomas, com resolução praticamente total da lesão (Fig. 2). Tendo em conta o contexto, orientou-se a avaliação de possível imunossupressão subjacente.

DISCUSSÃO

Tal como vários estudos têm vindo a demonstrar, a *tinea capitis* tem-se tornado uma entidade que deve ser considerada perante lesões do couro cabeludo em adultos, particularmente na ausência de resposta ao tratamento inicialmente introduzido. De facto, a sua apresentação atípica em adultos faz com que muitas vezes o diagnóstico seja tardio, tendo em conta outras possibilidades mais comuns como dermatite seborreica, psoríase, lúpus discoide e líquen.^{1,5}

Certos grupos parecem particularmente propensos ao desenvolvimento desta dermatofitose, nomeadamente mulheres na pós-menopausa (provavelmente no contexto de alterações hormonais que diminuem o efeito protetor do sebo) e indivíduos imunocomprometidos. A alteração do sistema imunitário perante doenças cada vez mais prevalentes, como a diabetes e as neoplasias, ou a utilização de fármacos imunossupressores como os corticoides, ganham particular relevo neste contexto.^{3,4} Existem, ainda assim, casos descritos em doentes imunocompetentes, pelo que o nível de suspeição tem de ser ainda mais elevado.^{6,7}

O caso apresentado demonstra, assim, o grande desafio do diagnóstico de um quérion numa mulher idosa, servindo como alerta para esta possível etiologia perante lesões pustulosas do couro cabeludo e/ou alopecia nesta faixa etária.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Hay RJ. Tinea Capitis: Current Status. *Mycopathologia*. 2017;182:87-93. doi: 10.1007/s11046-016-0058-8.
2. Duarte B, Galhardas C, Cabete J. Adult tinea capitis and tinea barbae in a tertiary Portuguese hospital: a 11-year audit. *Mycoses*. 2019;62:1079-83. doi: 10.1111/myc.12991.
3. Park SK, Park SW, Yun SK, Kim HU, Park J. Tinea Capitis in adults: a 18-year retrospective, single-centre study in Korea. *Mycoses*. 2019;62:609-16. doi: 10.1111/myc.12916.
4. Fernandes S, Macias VC, Araújo T, Fernandes C, Silvestre MJ, Cardoso J. Tinea Capitis no Adulto – Um diagnóstico a considerar?. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2012;70:233-7.
5. Khosravi AR, Shokri H, Vahedi G. Factors in etiology and predisposition of adult tinea capitis and review of published literature. *Mycopathologia*. 2016;181:371-8. doi: 10.1007/s11046-016-0004-9.
6. Lova-Navarro M, Gómez-Moyano E, Pilar LM, Fernandez-Ballesteros MD, Godoy-Díaz DJ, Vera-Casaño A, et al. Tinea capitis in adults in southern Spain. A 17-year epidemiological study. *Rev Iberoam Micol*. 2016;33:110-3.
7. Liang G, Zheng X, Song G, Zhang M, Liu J, Zang X, et al. Adult tinea capitis in China: a retrospective analysis from 2000 to 2019. *Mycoses*. 2020;63:876-88. doi: 10.1111/myc.13102.

8. El-Khalawany M, Shaaban D, Hassan H, AbdAlSalam F, Eassa B, Kader AA, et al. A multicenter clinicomycological study evaluating the spectrum of adult tinea capitis in Egypt. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2013;22:77-82.
9. Alves F, Batista M, Gonçalo M. Inflammatory Tinea Capitis Mimicking Erosive Pustulosis of the Scalp. *Acta Med Port*. 2019;32:733. doi: 10.20344/amp.11588.