

Dois casos de Quérion por *Trichophyton mentagrophytes*

Inês Vaz Silva¹, Rita Belo Morais², Telma Francisco³, Sunita Dessai⁴, Paula Pastilha¹, Florbela Cunha¹

RESUMO

Introdução: O Quérion é uma forma rara e inflamatória de *tinea capitis* causada por fungos dermatófitos. O diagnóstico é dificultado pela demora no exame cultural e possibilidade de várias etiologias no diagnóstico diferencial. O tratamento é prolongado e implica o recurso a antifúngicos sistémicos. Novos fármacos têm sido considerados após a descontinuação da griseofulvina em Portugal.

Casos clínicos: Apresentamos duas crianças com lesões dolorosas do couro cabeludo com reação inflamatória exuberante, exsudativa e alopecia local acompanhadas de febre. O exame bacteriológico foi negativo e o micológico revelou *Trichophyton mentagrophytes*. Foram medicados com flucloxacilina endovenosa, antifúngicos orais (griseofulvina e itraconazol), corticoide e antifúngico tópicos. A resposta foi favorável com evolução lenta para a cura com área de alopecia residual.

Conclusão: Estes casos destacam-se pela sua raridade e ilustram a exuberância das manifestações clínicas desta entidade. O diagnóstico precoce, a identificação e tratamento da fonte de contágio e as medidas de higiene e vigilância sanitária são primordiais para o controlo da infeção.

Palavras-chave: Quérion, *tinea capitis*, *trichophyton*.

Nascer e Crescer 2012; 21(4): 237-240

INTRODUÇÃO

A tinha do couro cabeludo (*tinea capitis*) é a infeção fúngica mais frequente na criança, sobretudo em idade escolar^(1,2). A sua forma inflamatória é denominada Quérion e caracteriza-se por placas e nódulos supurativos, cobertos de exsudado viscoso e crostas sobre áreas pilosas^(1,3,4). Pode provocar febre, dor intensa e adenopatias regionais^(1,5). Fatores como a imunidade do hospedeiro e a localização anatómica da lesão irão também condicionar o quadro clínico^(2,7). Se não tratada, a inflamação evolui para alopecia cicatricial⁽³⁾.

Os agentes são fungos dermatófitos, que infetam a pele e faneras devido à sua capacidade de metabolizar a queratina^(4,6-8).

O contágio pode ser interpessoal ou por contacto com animais, objetos (pentes, bonés, almofadas) ou solo contaminados^(1,2,7). Os fungos sobrevivem longos períodos nas superfícies e a transmissão é facilitada pela falta de higiene, densidade populacional e humidade elevadas^(1,7).

De acordo com o seu habitat natural, os fungos subdividem-se em antropofílicos (homem), zoofílicos (animais) e geofílicos (solo)^(7,9). Os zoofílicos produzem habitualmente inflamação mais exuberante, mas podem curar espontaneamente, enquanto os antropofílicos causam lesões com menor inflamação mas com tendência para a cronicidade^(6,7). Quanto ao género, classificam-se em *Epidermophyton*, *Trichophyton* e *Microsporium*^(2,6,9).

O *Trichophyton mentagrophytes* (*T. mentagrophytes*) é um fungo zoofílico que pode ser isolado em coelhos e outros roedores, cães e gatos^(8,10). As infeções por *Trichophyton* são mais prevalentes na América Central, EUA e Europa Ocidental. Em Portugal, a incidência do *T. mentagrophytes* tem apresentado variações significativas ao longo do tempo e inter-regionais^(6,7,10).

CASOS CLÍNICOS

Descrevemos o caso de uma criança do sexo feminino, com três anos de idade (caso 1) e uma do sexo masculino, com cinco anos (caso 2), previamente saudáveis, sem história de viagens recentes e vivendo numa habitação com boas condições de saneamento.

Duas semanas antes do internamento iniciaram lesões no couro cabeludo circulares, descamativas e pruriginosas, que se tornaram maiores, dolorosas, com edema e exsudado. Na ausência de resposta à flucloxacilina oral e terapêutica tópica com antibiótico, antifúngico e corticoide recorreram ao serviço de urgência. Ambos se apresentavam com febre e adenopatias cervicais. No caso 1 evidenciava-se ainda uma lesão sugestiva de *tinea corporis* no ombro esquerdo. As análises efetuadas estão resumidas no Quadro I.

A doente 1 foi medicada com flucloxacilina endovenosa (21 dias), gentamicina (sete dias), griseofulvina oral e terapêutica tópica com clotrimazol, econazol-triamcinolona, ácido fusídico e champô de cetoconazol-sertaconazol. Manteve febre durante nove dias e houve agravamento das lesões do couro cabeludo que confluíram e se tornaram mais exsudativas e alopécicas. Pela evolução desfavorável realizou estudo da imunidade, que foi normal. Após três semanas de tratamento, a griseofulvina, entretanto descontinuada, foi substituída por itraconazol. O doente 2 foi medicado com flucloxacilina endovenosa (10 dias) e itraconazol.

¹ S. Pediatria e Neonatologia, H Vila Franca de Xira

² S. Pediatria Médica, H São Francisco Xavier, CH Lisboa Ocidental

³ Área de Pediatria Médica, H Dona Estefânia, CH Lisboa Central

⁴ S. Dermatologia, H Vila Franca de Xira

Quadro I – Exames laboratoriais das duas crianças

Doentes	Doente 1	Doente 2
Características	Sexo feminino, 3 anos	Sexo masculino, 5 anos
Leucócitos (nº células/uL)	21 000	19 500
Neutrófilos (nº células/uL)	16 080	12 538
Proteína C reativa (mg/dL) (VR: <0,3)	28,7	8,1
IgA, IgM e IgG	Normais	-
Frações de IgG	Normais	-
Complemento (C3, C4)	Normais	-
Capacidade oxidativa dos neutrófilos	Normal	-
Capacidade fagocítica dos neutrófilos	Normal	-
Subpopulações linfocitárias	Normais	-
Exame micológico direto	Muitas hifas	Negativo
Cultura em meio de Sabouraud	<i>Trichophyton mentagrophytes</i>	<i>Trichophyton mentagrophytes</i>
Exame bacteriológico direto e cultural	Negativo	Negativo

nazol oral associado à terapêutica tópica referida acima, ficando apirético desde o segundo dia de tratamento.

Em ambos observou-se melhoria das lesões entre a quarta e sexta semana de tratamento. A resolução do edema e exsudado foi muito lenta, havendo confluência das lesões para grandes áreas de alopecia, que só adquiriram folículos pilosos ao fim de seis a oito semanas de terapêutica. Os doentes completaram 12 semanas de antifúngico oral.

O exame micológico direto foi positivo no caso 1 e negativo no caso 2. Em ambos, os exames culturais em meio Sabouraud revelaram *T. mentagrophytes* sensível à griseofulvina e itraconazol, tendo o exame bacteriológico sido negativo.

No caso 1 existia contacto com coelhos jovens, cuja avaliação não foi possível porque a família optou pelo seu abate.

Identificaram-se lesões de *tinea corporis* na mãe, avó materna e três primos, que cumpriram tratamento. No caso 2 havia história de contacto ocasional com coelhos e próximo com um gato que não apresentavam lesões. Os familiares das crianças realizaram aplicação de champô de cetaconazol no cabelo e couro cabeludo e desinfecção dos objetos pessoais.

Alguns meses após a alta as crianças apresentavam pequenas áreas de alopecia cicatricial residual entre cabelos ligeiramente mais espessos e encaracolados (Figuras 1 e 2).

DISCUSSÃO

Embora a *tinea capitis* seja uma entidade frequente na idade pediátrica, a sua manifestação sob a forma de Quérion é rara^(6,7). Pode confundir-se com outras patologias como carbúnculo, foliculite, celulite, acne queloidal e neoplasias^(2,3). Os sintomas inflamatórios exuberantes devem-se a uma resposta imune de hipersensibilidade ao *T. mentagrophytes*, que por ser zoofílico não se encontra adaptado aos humanos. Raramente há sobreinfecção bacteriana⁽⁴⁾. Nos doentes apresentados, a reação inflamatória intensa foi interpretada inicialmente como infeção bacteriana, motivo pelo qual iniciaram terapêutica antibiótica.

O diagnóstico de *tinea capitis* requer confirmação laboratorial, importante para um correto tratamento e para o conhecimento epidemiológico^(4,6). O exame mais sensível e específico é o exame micológico cultural do raspado de lesões, que permite identificar o agente causal e estudar a sensibilidade aos antifúngicos^(1,3). Embora exista habitualmente uma boa concordância entre o exame cultural e o direto, este último pode ser negativo, mas isolar-se o fungo no exame cultural^(3,5). Por isso, a terapêutica deve ser iniciada sempre que a clínica o justifique, após raspagem da pele nas zonas de alopecia e do cabelo da zona da lesão, e mantida mesmo que o exame direto seja negativo, como ocorreu no caso 2^(3,5).

No nosso país têm-se verificado variações regionais e sazonais na incidência de *tinea capitis* na criança por *T.*

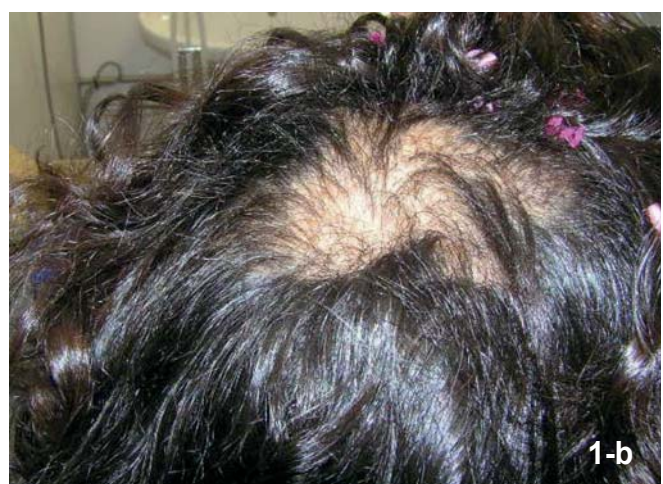


Figura 1 – Fotografia da doente 1, com placas de alopecia eritematosas, exsudativas e com descamação à admissão (1-a) e a lesão cicatricial, com recapilarização parcial após 1 ano (1-b).

mentagrophytes⁽⁴⁾. Num estudo do Hospital de Santo António (1996-2006) constatou-se que o *M. canis*, o *T. schoenleinii* e o *T. soudanense* foram os mais frequentes, não havendo casos de *T. mentagrophytes*⁽⁶⁾. No Hospital Garcia d'Orta (2005), os agentes isolados em lesões do couro cabeludo de 87 crianças foram *M. audouinii* (50%), *T. soudanense* (25%), *T. tonsurans* (11%) e *T. mentagrophytes* (1,2%)⁽⁷⁾. Porém, em 2007, no Hospital do Desterro, o *T. mentagrophytes* foi o agente mais frequentemente isolado em crianças com *tinea capitis* (51%), seguido do *T. soudanense* (32%)⁽⁹⁾. Estes estudos revelam a importância da identificação do fungo para conhecimento dos padrões regionais.

O tratamento da *tinea capitis* deve ser sistémico e prolongado, podendo evitar a evolução para alopecia irreversível⁽¹⁻³⁾. Os antifúngicos tópicos isoladamente são insuficientes por não conseguirem penetrar nos folículos pilosos^(1,12). A griseofulvina era o antifúngico inicialmente recomendado, sendo pouco dispendioso, eficaz para os agentes habituais e com bom perfil de segurança, porém exigindo tratamento prolongado (6 a 12 semanas)^(1,4,11,12). Em Portugal foi descontinuada em janeiro de 2009. Outros antifúngicos como o itraconazol, o fluconazol ou a terbinafina têm demonstrado eficácia e segurança semelhantes à griseofulvina no tratamento de *tinea capitis* por *T. mentagrophytes*⁽²⁻⁴⁾. Têm como vantagem o tratamento mais curto (2 a 6 semanas), mas são mais dispendiosos^(3,12). Na altura do tratamento do caso 1, a griseofulvina deixou de estar disponível no mercado, pelo que foi substituída por itraconazol e no caso 2 usou-se exclusivamente itraconazol. Após isolamento do fungo foi confirmada a sua sensibilidade a estes antifúngicos. Verificou-se uma evolução para a cura, embora de forma lenta e com necessidade de tratamento prolongado.

Como coadjuvante para prevenir a transmissão da infeção, foi usado o champô de cetoconazol a 2% em ambos os doentes^(2,5). Poderá também usar-se champô de sulfureto de se-

lénio a 2,5% e devem ser implementadas outras medidas, como a desinfecção de objetos pessoais possivelmente contaminados e a evicção da partilha dos mesmos^(1,3-5,11).

Deste modo, o tratamento eficaz impõe antifúngico sistémico adequado associado a medidas de rastreio e tratamento de conviventes e da fonte de contágio. Pode ser usado também antifúngico tópico como terapêutica adjuvante, de modo a diminuir a presença de esporos viáveis responsáveis pelo contágio da doença e pela reinfeção⁽¹²⁾.

Alguns autores defendem, após confirmação diagnóstica, o uso de corticoides durante 8 a 15 dias, para diminuir o desconforto e a inflamação e, conseqüentemente, evitar a alopecia cicatricial^(1,5). Contudo, os estudos que compararam a eficácia dos antifúngicos isoladamente *versus* uma combinação com corticoide oral ou tópico não demonstraram diferenças nas taxas de cura⁽³⁻⁵⁾.

Os coabitantes e outros contactos poderão ser portadores assintomáticos, constituindo fontes de reinfeção⁽⁴⁾. Alguns autores defendem o exame micológico em todos os conviventes, enquanto outros preconizam a utilização de champô antifúngico, sem exame prévio⁽⁴⁾. Nos casos apresentados foi aconselhado o uso de champô antifúngico aos coabitantes e efetuado exame micológico e tratamento aos que apresentavam lesões.

Apesar de os doentes terem tido contacto com coelhos, não foi possível identificar com segurança a fonte de contágio. No caso 1, o aparecimento posterior de tinha da pele glabra em outros familiares, levantou a suspeita de serem estes o foco de infeção. Após o abate dos animais e o tratamento tópico dos indivíduos doentes não ocorreram novos casos. No caso 2 havia história de contacto com coelhos sem lesões aparentes, não se podendo confirmar ser esse o foco de infeção.

As micoses atingem frequentemente indivíduos saudáveis, mas os imunodeprimidos são particularmente suscetíveis⁽⁴⁾. Nos



Figura 2 – Fotografia do doente 2, aspecto inicial das lesões (2-a) e evolução após 4 meses, com a lesão em cicatrização e aparecimento de alguns cabelos na área afetada, mantendo alopecia cicatricial residual (2-b).

doentes com apresentações menos comuns, ausência de resposta ao tratamento ou em crianças com idade inferior a um ano deverá ser investigada uma possível imunodeficiência⁽⁴⁾. No caso 1 a apresentação exuberante e a recuperação muito lenta levaram à avaliação do estado imunológico, que se revelou normal.

A evicção escolar por *tinea capitis* está indicada até ao comprovativo médico de que o doente está a realizar tratamento adequado, muito embora em alguns países se aconselhe o retorno à escola 10 a 15 dias após o início do mesmo⁽¹¹⁾. No entanto, no Quérion a evolução é lenta e nas primeiras semanas as queixas do doente e o aspeto da lesão têm grande impacto no bem-estar individual e social da criança, causando apreensão aos pais e familiares e implicando um absentismo escolar prolongado⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

O Quérion é uma forma rara de infeção fúngica do couro cabeludo, que afeta temporariamente a qualidade de vida das crianças infetadas, com consequências para a saúde pública. O diagnóstico precoce, a identificação e tratamento da fonte de infeção e as medidas de higiene e vigilância sanitária são primordiais para o controlo da infeção. Para o seu tratamento é essencial o uso de antifúngicos sistémicos, aos quais pode ser associada terapêutica tópica.

TWO CASE REPORTS OF KERION BY *TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES*

ABSTRACT

Introduction: Kerion celsi is the rare and inflammatory form of tinea capitis which is caused by dermatophyte fungi. Diagnosis is not easy due to the delay in cultural examination and the need to consider various etiologies in the differential diagnosis. Treatment must be prolonged and requires systemic antifungals. Since griseofulvin was discontinued in the Portuguese market, it has been necessary to consider therapeutic alternatives.

Case report: We present two children with painful exsudative lesions of the scalp with exuberant inflammatory reaction, local alopecia and fever. Bacteriological culture was negative and *Trichophyton mentagrophytes* was isolated in mycological culture. Patients were treated with intravenous flucloxacillin, oral antifungals (griseofulvin and itraconazole) topical antifungal and corticosteroid. The outcome was favourable, with a residual alopecia area.

Conclusion: These cases stand out for their rarity and illustrate the clinical exuberance and the difficulties in diagnosis and treatment of this entity. An early diagnosis, the identification and treatment of the infection source and health monitoring measures are critical for the infection control.

Keywords: Kerion celsi, *tinea capitis*, *trichophyton*.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández T, Machado S, Carvalho S, Selores M. Tinhas do Couro Cabeludo na Idade Pediátrica. *Nascer e Crescer* 2004; 13:23-6.
2. Andrews MD, Burns MB. Common tinea infections in children. *Am Fam Physician* 2008; 77:1415-20.
3. Ang CC, Tay YK. Inflammatory *Tinea Capitis*: Non-healing Plaque on the Occiput of a 4-year-old Child. *Ann Acad Med Singapore* 2010; 39:412-4.
4. Goldstein AO, Goldstein BG. Dermatophyte (*tinea*) infections. In: Basow DS, ed. *UpToDate* [internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2010 [atualizado em 9 outubro 2009; citado em setembro 2010]. Disponível em: www.uptodate.com.
5. Higgins EM, Fuller MC, Smithe CH. Guidelines for the management of *tinea capitis*. *Br J Dermatol* 2000; 143:53-8.
6. Lobo I, Velho G, Machado S, Lopes V, Ramos H, Selores M. Micoses superficiais na Consulta de Dermatologia Pediátrica do Hospital Geral de Santo António – Revisão de 11 anos (1996-2006). *Trab Soc Port Dermatol Venerol* 2008; 66:53-7.
7. Serrano P, Furtado C, Anes I, Costa IO. Micoses superficiais numa Consulta de Dermatologia Pediátrica – Revisão de 3 anos. *Trab Soc Port Dermatol Venerol* 2005; 63: 341-8.
8. Bernardo F, Lança A, Guerra MM, Marina Martins H. Dermatofitos isolados de animais de companhia (cão e gato), em Lisboa, Portugal (2000-2004). *Rev Port Cienc Vet* 2005; 100:85-8.
9. Coelho JD, Rocha-Páris F, Galhardas C, Feio AB. Estudo retrospectivo dos fungos patogénicos isolados no Departamento de Micologia do Hospital do Desterro em 2006 e no 1º Trimestre de 2007. *Trab Soc Port Dermatol Venerol* 2007; 65:481-6.
10. Coelho AC, Alegria N, Rodrigues J. Isolamento de dermatofitos em animais domésticos em Vila Real, Portugal. *Arq Bras Med Vet Zootec* 2008; 60:1017-20.
11. Andrade MS, Diamantino S, Paiva Lopes MJ. Tratamento da *tinea capitis*: que opções na era pós griseofulvina? *Nt Ped* 2010; 1:8-11.
12. Kakourou, T, Uksal, U. Guidelines for the management of *Tinea Capitis* in children. *Pediatr Dermatol* 2010; 27:226-8.

CORRESPONDÊNCIA

Inês Vaz Silva

E-mail: Inesvazsilva83@gmail.com