

**Cómo citar este artículo:**

Rojas-Mora A; Acuña-Aguilarte PM. Querion de Celso Gigante en paciente pediátrico. Informe de caso. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e547. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/547>

Palabras Clave: Querion de Celso; Tiña capitis; Trichophyton tonsurans; Pediatría; Terbinafina.

Keywords: Kerion of Celsus; Tinea capitis; Trichophyton tonsurans; Pediatrics; Terbinafine.

Autor para correspondencia: rojasmoraalvaro@gmail.com

Recibido: 05/05/2026

Aceptado: 08/08/2026

Publicado: 10/08/2026

Editor(es) a cargo:

Dr. Yonathan Estrada Rodríguez.
Est. Shania Naranjo Lima.

Traductor:

MSc. Maritza Núñez Arévalo.

Maquetador:

Rey Adrián Fraguela González.

Querion de Celso Gigante en paciente pediátrico. Informe de caso

Giant kerion of Celsus in a pediatric patient. Case report

Alvaro Rojas Mora ^{1*} , Pilar María Acuña Aguilarte ² 

¹ Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.

² Hospital Pediátrico de Centro Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El Querion de Celso es una forma inflamatoria grave de la tiña capitis, poco frecuente en pediatría, que representa un reto diagnóstico y terapéutico. Su presentación como lesión gigante es excepcional. **Objetivo:** Reportar un caso clínico de Querion de Celso Gigante en una paciente pediátrica y su manejo multimodal. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 7 años, sin antecedentes relevantes, con lesión en cuero cabelludo de 15 días de evolución que no respondió a amoxicilina. Al examen físico se evidenció una placa tumoral rojizo-violácea de 12 x 10 cm en región central, con pelos cortos y quebradizos, múltiples pústulas confluentes que drenaban exudado seropurulento (signo del panal de abeja), dolorosa a la palpación y con adenopatías inflamatorias. El examen directo con KOH fue positivo y el cultivo micológico identificó *Trichophyton tonsurans*. Se indicó tratamiento con terbinafina (125 mg/día por 8 semanas), prednisona (25 mg/día con reducción gradual) y cotrimoxazol (12.5 mL cada 12 horas por 7 días). La evolución fue favorable, con resolución completa, ausencia de efectos adversos, enzimas hepáticas normales y rebrote capilar total a los tres meses. **Conclusiones:** El Querion de Celso gigante por *Trichophyton tonsurans* requiere diagnóstico temprano y tratamiento multimodal agresivo. La triple terapia (antifúngico + corticoide + antibiótico) resultó eficaz y segura, logrando resolución clínica y previniendo la alopecia cicatricial. Este caso posee un alto valor didáctico.

ABSTRACT

Introduction: Kerion of Celsus is a severe inflammatory form of tinea capitis, uncommon in pediatrics, which presents a diagnostic and therapeutic challenge. Its presentation as a giant lesion is exceptional. **Objective:** To report a clinical case of giant kerion of Celsus in a pediatric patient and its multimodal management. **Case presentation:** A 7-year-old female patient, with no relevant medical history, presented with a scalp lesion of 15 days' duration that did not respond to amoxicillin. Physical examination revealed a 12 x 10 cm reddish-purple tumor-like plaque in the central region, with short, brittle hairs, multiple confluent pustules draining seropurulent exudate (honeycomb sign), painful to palpation, and with inflammatory lymphadenopathy. Direct examination with KOH was positive, and mycological culture identified *Trichophyton tonsurans*. Treatment was initiated with terbinafine (125 mg/day for 8 weeks), prednisone (25 mg/day with gradual tapering), and cotrimoxazole (12.5 mL every 12 hours for 7 days). The outcome was favorable, with complete resolution, no adverse effects, normal liver enzymes, and full hair regrowth within three months. **Conclusions:** Giant kerion of Celsus caused by *Trichophyton tonsurans* requires early diagnosis and aggressive multimodal treatment. Triple therapy (antifungal + corticosteroid + antibiotic) proved effective and safe, achieving clinical resolution and preventing scarring alopecia. This case has significant educational value.

INTRODUCCIÓN

El Querion de Celso es una forma inflamatoria grave de tiña capitis, poco frecuente en pediatría, que se caracteriza por una placa tumoral dolorosa, supurativa, con alopecia y adenopatías regionales. Constituye entre el 5% y 10% de los casos de tiña capitis, afectando predominantemente a niños prepúberes ^(1,2,3).

Los agentes más comunes son *Trichophyton* y *Microsporum*, y el diagnóstico se confirma mediante examen directo con KOH y cultivo micológico ⁽⁴⁾. El tratamiento requiere antifúngico sistémico (terbinafina o griseofulvina), pudiendo asociarse corticoides orales en formas muy inflamatorias y antibióticos ante sobreinfección bacteriana ⁽⁵⁾.

La mayoría de los Querion de Celso descritos en la literatura presentan dimensiones entre 3 y 8 cm de diámetro. Lefranc et al. ⁽⁶⁾ reportaron una lesión de 10 cm en una adolescente, considerándola extensa y severa. Sin embargo, la presentación de una lesión gigante (mayor de 10 cm) es excepcional y escasamente documentada.

El presente caso adquiere especial relevancia clínica y educativa por documentar un Querion de 12 x 10 cm, que constituye la máxima expresión de esta entidad, además de ilustrar un manejo multimodal exitoso que previno la alopecia cicatricial.

El objetivo de este trabajo es reportar un caso de Querion de Celso gigante por *Trichophyton tonsurans* en una paciente pediátrica de 7 años, con su correspondiente abordaje diagnóstico y terapéutico. El caso ha sido redactado siguiendo las recomendaciones de la guía CARE para la presentación de casos clínicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 7 años, escolar, sin antecedentes patológicos personales de relevancia ni alergias medicamentosas conocidas. Acude al Servicio de Dermatología del Hospital Pediátrico de Centro Habana acompañada por su madre, quien refiere la aparición de una lesión en el cuero cabelludo de aproximadamente 15 días de evolución. Inicialmente, la paciente fue valorada por su médico de familia, quien indicó tratamiento con amoxicilina. No obstante, la lesión no presentó mejoría, sino que evolucionó desfavorablemente con aumento de su tamaño, exudación y aparición de dolor.

Examen Físico Dermatológico

En la región central del cuero cabelludo se aprecia una placa tumoral de consistencia blanda, bien delimitada, de forma circular, que mide 12 cm en su eje longitudinal por 10 cm en el transverso, de color eritemato-violáceo. La superficie de la lesión se encuentra parcialmente desprovista de cabellos, observándose únicamente pelos cortos, quebradizos y de aspecto distrófico. Sobre ella emergen múltiples pústulas de diferentes tamaños, confluentes entre sí, que drenan exudado seropurulento y configuran el característico signo del panal de abeja (*honeycomb sign*), típico del Querion de Celso (Figura 1). La lesión es dolorosa a la palpación y se acompaña de adenopatías inflamatorias en las regiones retroauricular y occipital.



Figura 1: Placa tumoral en región central del cuero cabelludo, circular, bien delimitada, de 12 x 10 cm, de color eritemato-violáceo, con superficie parcialmente desprovista de cabello. Sobre ella emergen pelos cortos, quebradizos y distróficos, junto a múltiples pústulas confluentes que drenan exudado seropurulento, configurando el signo del panal de abeja, característico del Querion de Celso.

Exámenes Complementarios:

Examen directo con hidróxido de potasio (KOH al 20%): Se observaron hifas hialinas tabicadas y artroconidias dispuestas dentro y alrededor de los pelos (patrón ectotrix), compatibles con dermatofitos de los géneros *Microsporum* o *Trichophyton*.

Cultivo micológico en agar Sabouraud con cloranfenicol y cicloheximida: Positivo para *Trichophyton tonsurans*.

Lámpara de Wood: Negativa, sin fluorescencia.

Cultivo bacteriano del exudado purulento: Se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, clindamicina, trimetoprima-sulfametoxazol y cefixima.

Hemograma completo y velocidad de sedimentación globular (VSG): Leucocitosis moderada (12,500 células/mm³) con neutrofilia (78%) y VSG elevada (32 mm/h).

Enzimas hepáticas (evaluación pre-tratamiento antifúngico): ALT (TGP): 28 U/L, AST (TGO): 26 U/L, GGT: 18 U/L (todas dentro de rangos normales para la edad).

Tratamiento:

Tratamiento tópico: Fomentos de Romerillo (*Rosmarinus officinalis*): Aplicación local de compresas empapadas en la infusión de la planta (hojas frescas o secas en agua hirviendo, dejada entibiar) sobre la lesión, dos veces al día, durante 10-15 minutos. Se utiliza por sus propiedades antisépticas, antiinflamatorias y cicatrizantes, como coadyuvante en el manejo de la inflamación y exudación.

Tratamiento Sistémico

Antifúngico oral (terapia etiológica): Terbinafina 5 mg/kg/día. Cálculo: 25 kg × 5 mg/kg = 125 mg/día. Presentación: tabletas de 250 mg. Se administró ½ tableta (125 mg) una vez al día, vía oral, después de una comida, durante 8 semanas.

Corticosteroide oral (efecto antiinflamatorio): Prednisona 1 mg/kg/día. Cálculo: 25 kg × 1 mg/kg = 25 mg/día. Presentación: tabletas de 5 mg. Se administró 5 tabletas (25 mg) una vez al día por la mañana, con alimentos, con reducción gradual: días 1 a 7: 25 mg/día; días 8 a 10: 12.5 mg/día; días 11 a 14: 5 mg/día, luego suspensión.

Antibiótico oral (sobreinfección bacteriana): Trimetoprima/sulfametoxazol (cotrimoxazol) en suspensión pediátrica (40 mg de trimetoprima + 200 mg de sulfametoxazol por cada 5 ml). Se administró 12.5 ml vía oral cada 12 horas durante 7 días.

Medidas locales complementarias: Se indicó limpieza suave de la lesión con solución salina estéril y gasa, dos veces al día, para eliminar el exudado y las costras, sin aplicar productos tópicos antifúngicos o antibióticos.

Evolución y seguimiento

La paciente fue reevaluada a los 7, 14, 30 y 60 días de iniciado el tratamiento en consulta externa de dermatología del Hospital Pediátrico de Centro Habana. A la primera semana se constató una notable mejoría del dolor, la tumefacción y la exudación, con inicio del secado de las pústulas. A los 14 días, la inflamación había cedido casi

por completo, permitiendo suspender la prednisona según lo programado. Al mes de tratamiento, la placa tumoral se había reducido a menos de la mitad de su tamaño original (5 x 4 cm), con evidente rebrote de cabello sano en los bordes.

Se realizó control de enzimas hepáticas (ALT, AST, GGT), las cuales se mantuvieron dentro de rangos normales, sin evidencia de hepatotoxicidad por terbinafina. A las 8 semanas se completó el ciclo de terbinafina, lográndose la resolución clínica total del cuadro; se repitieron las enzimas hepáticas, manteniéndose normales. En el seguimiento a los 3 meses se observó crecimiento capilar completo en la zona afectada, sin cicatriz ni signos de recurrencia. No se registraron complicaciones durante todo el período de tratamiento y seguimiento.

Consentimiento informado: Se obtuvo consentimiento informado escrito de la madre de la paciente para la publicación de este caso clínico, garantizando la confidencialidad de su identidad mediante la eliminación de datos identificables.

DISCUSIÓN

El Querion de Celso constituye una forma inflamatoria grave de tiña capitis, poco frecuente en la práctica clínica diaria, que representa un reto diagnóstico y terapéutico en pediatría ⁽¹⁻³⁾. La mayoría de los casos publicados describe lesiones entre 3 y 8 cm de diámetro. Lefranc y colaboradores ⁽⁶⁾ reportaron una lesión de 10 cm en una adolescente, considerándola extensa y severa. En contraste, la paciente presentada en este trabajo mostró una placa de 12 x 10 cm, que supera incluso aquel caso y constituye, hasta donde se conoce, una de las lesiones más grandes documentadas en la literatura. Este tamaño excepcional confiere un alto valor didáctico y clínico.

La presentación clínica de la paciente (placa tumoral eritemato-violácea, pústulas confluentes con exudado seropurulento que configuraban el signo del panal de abeja, alopecia parcial y adenopatías satélites dolorosas) coincide plenamente con las descripciones clásicas de la entidad ^(4,9). A diferencia de otros reportes donde el querion se asocia a reacciones dermatofítes o eritema nudoso ^(5,6), la paciente no presentó manifestaciones cutáneas a distancia, lo cual simplificó el abordaje diagnóstico.

El cultivo micológico identificó *Trichophyton tonsurans*, agente que, según múltiples autores, es cada vez más frecuente en las formas inflamatorias de tiña capitis en zonas urbanas. ^(2,11,15,16) La fluorescencia negativa bajo lámpara de Wood fue consistente con esta etiología, a diferencia de los casos causados por *Microsporum* spp., que suelen ser fluorescentes ^(13,17,18).

La paciente recibió terbinafina (125 mg/día durante 8 semanas), fármaco considerado actualmente de primera línea para tiña capitis por *Trichophyton tonsurans* ^(7,11,14,16). Se sabe que la griseofulvina, aunque históricamente estándar, requiere tratamientos más prolongados y presenta mayor riesgo de interacciones ⁽²⁰⁾. La elección de terbinafina durante 8 semanas logró resolución clínica completa sin efectos adversos ni elevación de enzimas hepáticas, lo que respalda su seguridad en pediatría.

El uso de prednisona (1 mg/kg/día con reducción gradual) en el Querion es controvertido. Sin embargo, diversos autores recomiendan explícitamente los corticoides en formas moderadas a graves para reducir la inflamación, mitigar el dolor y prevenir secuelas estéticas ^(1,4,8). La paciente no presentó efectos adversos y logró una resolución sin cicatriz, lo que apoya la indicación de corticoides en formas gigantes. Al Aboud y Crane ⁽¹⁴⁾ prefieren evitarlos por temor teórico a inmunosupresión, pero reconocen que no existe evidencia sólida que respalde esta preocupación en esquemas cortos.

Completando el esquema, se administró cotrimoxazol durante 7 días ante el aislamiento de *Staphylococcus aureus* sensible en el exudado purulento. La necesidad de antibióticos en el querion depende de la presencia de sobreinfección bacteriana. Cedeño Roballino y colaboradores ⁽¹⁰⁾ y Krize-Morun y colaboradores ⁽¹²⁾ recomiendan antibióticos orales cuando existe evidencia clínica o microbiológica de sobreinfección, especialmente en lesiones muy exudativas o con dolor intenso. En la paciente presentada, la presencia de exudado purulento abundante y el aislamiento de *S. aureus* justificaron plenamente su uso. No todos los autores recomiendan antibióticos de rutina ⁽¹¹⁾, pero en formas extensas o complicadas la triple terapia (antifúngico + corticoide + antibiótico) ha demostrado ser eficaz ^(10,12).

La evolución favorable de la paciente, sin complicaciones y con rebrote capilar completo a los tres meses, es similar a lo descrito en la mayoría de los casos pediátricos ^(8,9,12). No se registraron reacciones adversas medicamentosas ni recurrencia, lo que contrasta con algunos reportes donde se observaron reacciones dermatofítes o erupciones medicamentosas ^(2,19).

En conclusión, se considera que el Querion de Celso Gigante por *Trichophyton tonsurans* en edad escolar requiere un abordaje diagnóstico oportuno (examen directo, cultivo micológico y lámpara de Wood) y terapéutico combinado (antifúngico oral, corticoide y antibiótico cuando exista sobreinfección) para asegurar la resolución completa y prevenir secuelas estéticas. El caso presentado constituye un ejemplo exitoso de este manejo multimodal.

CONCLUSIONES

El Querion de Celso Gigante, aunque infrecuente en la práctica dermatológica diaria, constituye una forma grave de tiña capitis que exige un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para evitar secuelas estéticas irreversibles. El presente caso resulta especialmente valioso por dos razones: el tamaño gigante de la lesión (12 x 10 cm) y la excelente respuesta clínica obtenida con un esquema terapéutico triple que combinó terbinafina, prednisona y cotrimoxazol. La evolución favorable, sin efectos adversos, con enzimas hepáticas normales y rebrote capilar completo a los tres meses, confirma la eficacia y seguridad de esta estrategia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Buitrago MC, Corredor López KS, Fonseca López FF, Rodríguez Estupiñán AC. Querion de Celso moderado, un reto diagnóstico y terapéutico en la infancia. Rev Hispano-Am Dermatol Pediatr. 2025;2(2). doi:10.29176/30284163.2043.
2. Yasuda-Sekiguchi F, Kamata A, Hosokawa R, Kouno M, Takahashi S, Yaguchi T, et al. A Case of Kerion Celsi Caused by Trichophyton tonsurans, a Plate Culture of Which Showed Yellow-Green Fluorescence Under UVA Light. Med Mycol J. 2022;63(2):37-41. doi:10.3314/mmj.21-00022.
3. Chaves Chavarría MN, Molina Cruz T. Querión de Celso, manejo de la dermatofitosis en el cuero cabelludo en el primer nivel de atención. Rev Electron Portalesmedicos [Internet]. 2024 [citado 20/04/2026];19(16):671. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/querion-de-celso-manejo-de-la-dermatofitosis-en-el-cuero-cabelludo-en-el-primer-nivel-de-atencion/>
4. 1. Rivero-Bermúdez MD, Andazora-González EC, Vivas Toro SC. Tiña inflamatoria querion de Celso presentación de un caso. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2024;32(3):251-256. doi:10.29176/30284163.2043.
5. Lefranc M, Accoceberry I, Milpied B, Doutre MS, Seneschal J, Boniface K. Severe kerion Celsi caused by Trichophyton quinckeanum. J Mycol Med. 2024;34(1):101453. doi:10.1016/j.mycmed.2023.101453
6. Herzum A, Garibeh E, Gariazzo L, Occella C, Viglizzo G. Erythema nodosum triggered by kerion celsi in pediatrics: literature review and

case report. An Bras Dermatol. 2024;99(2):312-315.
doi:10.1016/j.abd.2023.03.008

7. Aguinaga Inurriaga AE, Lopez Gutierrez AF. Querión de Celso en el embarazo tratado con terbinafina. Dermatol Rev Mex. 2024;68(2):214-219. doi:10.24245/dermatolrevmex.v68i2.10241

8. Chiriac A, Diaconeasa A, Voicu C, Ivaniciuc M, Miulescu R, Chiriac AE, et al. Kerion Celsi in infants and children - A narrative review 2010-2023. Mycoses. 2024;67(1):e13675. doi:10.1111/myc.13675

9. Montiel Centurión JN, Mongelós Ortiz AB, Da Ponte MN, Ibáñez ME, Aldama Caballero AB. Querión de Celso: a propósito de un caso. Rev Nac (Itauguá). 2024;16(2):155-162.
doi:10.18004/rdn2024.may.02.155.162

10. Cedeño Roballino ZS, Tayupanta Alban MA, Gallegos Polo JN, Chávez Almeida JF, Muñoz Ponce AL, Soria Frias PK, et al. El querion de Celso: estrategias actuales en diagnóstico y tratamiento. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(4):47-56. doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p47-56

11. Handler MZ, Elston DM. Tinea capitis treatment & management. In: Medscape. New York (NY): WebMD LLC; [Internet] 2024 [citado 20/04/2026]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1091351-treatment>

12. Krize-Morun I, Matamoros-Montoya K, Segnini-Zamora A, Molina-Brays C, Bogantes-Barrantes C. Querión Celso, dermatofitosis del cuero cabelludo infantil. Acta Méd Costarric. 2023;65(1):32-36.
doi:10.51481/amc.v65i1.1276

13. Shimoyama H, Taira H, Satoh K, Tamura T, Yo A, Sei Y, et al. Kerion Celsi due to Microsporum canis in an adult woman, treated successfully with fosravuconazole. Med Mycol J. 2023;64(2):37-43.
doi:10.3314/mmj.22-00024

14. Al Aboud A, Crane J. Tinea capitis. In: StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Internet] 2023 [citado 20/04/2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536909/>

15. Yasuda-Sekiguchi F, Kamata A, Hosokawa R, Kouno M, Takahashi S, Yaguchi T, et al. A case of kerion celsi caused by Trichophyton tonsurans, a plate culture of which showed yellow-green fluorescence under UVA light. Med Mycol J. 2022;63(2):37-41.
doi:10.3314/mmj.22-00001

16. Aguirre Sotelo JP, Tarango Martinez VM, Vera Cabrera L. Kerion celsi caused by Trichophyton tonsurans in an adult. An Bras Dermatol. 2022;97(5):637-640. doi:10.1016/j.abd.2021.09.016
17. Chiriac A, Birsan C, Mares M, Wollina U. Kerion Celsi due to Microsporum canis infection. Hautarzt. 2021;72(10):855-859. doi:10.1007/s00105-021-04874-0
18. Deh A, Diongue K, Diadie S, Diatta B, Diop K, Ndour N, et al. Kerion celsi due to Microsporum audouinii: a severe form in an immunocompetent girl. SAGE Open Med Case Rep. 2021;9:2050313X211020486. doi:10.1177/2050313X211020486
19. Nenoff P, Manos A, Ehrhard I, Krüger C, Paasch U, Helmbold P, et al. Kerion Celsi due to Trichophyton soudanense and Pityriasis rosea following treatment by terbinafine. J Dtsch Dermatol Ges. 2021;19(7):1048-1051. doi:10.1111/ddg.14432
20. Leung AKC, Hon KL, Leong KF, Barankin B, Lam JM. Tinea capitis: an updated review. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2020;14(1):58-68. doi:10.2174/1872213X14666200106145624

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

ARM: Conceptualización, investigación, curación de datos, metodología, visualización, redacción del borrador original, así como revisión y edición del manuscrito final.

PMAG: Conceptualización, investigación y supervisión.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del artículo.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.

La presente presentación de caso se ha elaborado siguiendo las recomendaciones de la guía CARE (CAse REport).