

## Rubrica iconografica

**M.G.** di 4 anni e 10 mesi, maschio. All'anamnesi si rileva che, circa quindici giorni prima della nostra osservazione, la madre ha notato delle "crosticine" sul cuoio capelluto, diagnosticate come pseudotinea amiantacea e trattata con pomata a base di aureomicina e shampoo cheratolitico. I genitori riferiscono che in alcuni giorni si assiste a un rapido peggioramento del quadro clinico con tumefazione della lesione principale e comparsa di ulteriori lesioni crostose in altre aree dello scalpo. Nelle 48 ore precedenti il bambino ha presentato febbre (37,9 °C) e lamentato dolore spontaneo e spiccata dolorabilità alla minima pressione sulle lesioni.

All'esame obiettivo si rileva al vertice una tumefazione parzialmente alopecica, ricoperta da croste siero-ematiche che inglobano ciuffi di capelli (Figura 1). La palpazione, che provoca vivo dolore, induce la fuoriuscita di materiale purulento da tramiti fistolosi formati spontaneamente. I capelli alla periferia della lesione risultano facilmente asportabili. Gli esami ematochimici di base evidenziano una leucocitosi neutrofila (GB 21.440 mmc, N 70,5 %) e un aumento della PCR (2,47 mg/dl; vn 0-0,5). Sulla base del quadro clinico anamnestico viene posta diagnosi di kerion. Vengono effettuati prelievi di pus, squamo-croste e capelli per esami colturali per germi e miceti. Dopo aver in parte rasato l'area interessata, la raccolta purulenta sul cuoio capelluto viene parzialmente drenata specillando delicatamente i tramiti presenti; contestualmente viene iniziata terapia sistemica con griseofulvina 20 mg/kg/die in 3 somministrazioni associate a meropenem (10 mg/kg/dose 3 volte al giorno).

La febbre si presenta all'ingresso scompare in seconda giornata, quando si riduce anche il dolore spontaneo, e in misura inferiore la dolorabilità alla palpazione dello scalpo. In terza giornata si osserva la comparsa di un modesto esantema maculo-papuloso, associato a prurito, interpretato come "reazione idica". L'esame colturale per germi comuni risulta negativo, come pure la ricerca di miceti nel materiale puruloide. Dopo 7 giorni si osserva in-

## KERION CELSI

CARLO MAZZATENTA\*, RITA SARDI, SILVIA RUGGIERI, FRANCESCA SIMONI, RAFFAELE DOMENICI

\*UO di Dermatologia, UO di Pediatria, ASL 2, Ospedale di Lucca



**Figura 1.** Al vertice è visibile un'area alopecica con croste siero-ematiche e pus. Il colorito giallastro diffuso nelle aree circostanti è dovuto alla pregressa applicazione di clortetraciclina unguento.

vece la crescita di numerose colonie di *Trichophyton mentagrophytes* dai capelli prelevati alla periferia della lesione. La terapia con griseofulvina viene

continuata per 6 settimane, con progressivo miglioramento del quadro clinico fino alla guarigione con modesti esiti cicatriziali.

## TINEA CAPITIS E KERION

Le micosi cutanee sono eventi comuni in età pediatrica e possono essere causate da dermatofiti (tigne) o da lieviti (candidosi e pitirospori). Le più frequenti dermatofitosi nel bambino sono la tinea capitis, la tinea corporis e quella faciei. Il contagio generalmente avviene per un contatto con animali domestici (dermatofiti zoofili), con esseri umani (dermatofiti antropofili) o con la terra (dermatofiti geofili).

La tinea capitis è tipicamente dovuta alla infezione del cuoio capelluto da parte di dermatofiti zoofili (*Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*); più raramente si osservano casi dovuti a dermatofiti antropofili (*Trichophyton violaceum*) o geofili (*Microsporum gypseum*). I quadri clinici che si possono osservare, pur avendo aspetti comuni quali l'alopecia, la desquamazione e l'eritema, possono essere

## Rubrica iconografica

sentare peculiari caratteristiche che dipendono dal tipo di micete coinvolto. La forma più comune è quella di una chiazza a margini netti, di dimensioni fino a 5 cm con capelli troncati a 2-3 mm dall'ostio follicolare; si tratta della cosiddetta tigna microsporica, in quanto causata da miceti che producono spore di piccole dimensioni, il più comune dei quali è il *M. canis*. Più raramente si possono osservare multiple lesioni a bordi indistinti con capelli troncati all'emergenza dall'ostio follicolare (segno dei "punti neri") e capelli superstiti nell'ambito della chiazza; è la cosiddetta tigna tricotifitica causata da dermatofiti del genere *Tricophyton*. Anche la reazione infiammatoria può essere correlata al micete; generalmente l'infezione da parte di specie antropofile (*T. violaceum* o *T. tonsurans*) determina la comparsa di chiazze meno infiammate rispetto a quelle causate da specie zoofile (*M. canis*, *T. mentagrophytes*). In circa il 10 % dei casi la reazione infiammatoria è così violenta da causare la formazione di una placca congesta, rilevata, molto dolente, che scompare rapidamente. L'intensità della flogosi può essere tale da provocare la regressione della micosi anche in assenza di terapia specifica, tanto che prima dell'avvento degli antimicotici topici era il kerion l'unica tigna che guariva prima della pubertà. La rapida formazione di una sacca a contenuto purulento, la sintomatologia dolorosa e la frequente persistenza di ciuffi di capelli adesi alla superficie cutanea possono facilmente indurre in errore, tanto che spesso il kerion viene riconosciuto solo dopo il fallimento della terapia antibiotica.

La diagnosi, che deve essere precoce per minimizzare il rischio di una alopecia definitiva (alopecia cicatriziale), è essenzialmente clinica ed è sulla clinica che si deve basare la decisione terapeutica. L'esame colturale può essere senza dubbio utile per tracciare la fonte del contagio e per confermare la diagnosi, ma dobbiamo tener presente che nel kerion i falsi negativi sono molto frequenti, soprattutto se la raccolta del materiale non è adeguata. Ad esempio, è molto difficile che si possa ottenere la crescita di miceti dal

materiale purulento e pertanto è importante fare prelievi multipli prediligendo squame o capelli prelevati alla periferia della lesione.

La terapia di scelta di tutte le forme di tinea capitis è la griseofulvina (20-25 mg/kg/die in tre dosi refratte) per circa 6-8 settimane, anche se non esistono indicazioni certe per quanto riguarda la durata della terapia che in alcuni casi può essere prolungata anche per più di 2 mesi. Il monitoraggio degli enzimi epatici o dell'emocromo non è di norma richiesto, in quanto gli unici effetti collaterali che compaiono con una certa frequenza sono nausea e gastralgie. È bene anche ricordare che sono stati segnalati casi di fotosensibilizzazione al farmaco, per cui è senza dubbio utile suggerire di evitare l'esposizione al sole in corso di terapia. Nel corso degli anni terbinafina, itraconazolo e fluconazolo sono stati proposti come alternativa alla griseofulvina, ma ad oggi non ci sono evidenze di superiorità tali da modificare l'indicazione della griseofulvina come farmaco di prima scelta nella tinea capitis.

In caso di kerion l'associazione alla terapia antimicotica di antibiotici sistemici o steroidi è controversa. Probabilmente la sovrapposizione batterica nel kerion è rara, ma non può essere del tutto esclusa, per cui la necessità di un antibiotico dovrà essere valutata caso per caso. Nel nostro caso la decisione di associare una terapia sistemica antibiotica si è basata sullo stato generale del piccolo paziente che appariva sofferente, astenico e sulla imponente componente dolorifica, che potevano far sospettare una sovrainfezione batterica che, pur essendo rara, non può essere esclusa a priori. La somministrazione di steroidi sistemici, pur non strettamente necessaria, può contribuire a ridurre la flogosi e il dolore associato all'infezione. Le terapie locali, da effettuare dopo aver rasato l'area interessata, sono da considerarsi di supporto e si basano su impacchi freddi e antimicotici topici.

Nel caso da noi seguito è stato anche possibile osservare un particolare fenomeno, descritto in letteratura con i nomi di "reazione - id", "reazione idica" o "auto-eczematizzazione". Si

tratta della comparsa di una reazione cutanea più o meno diffusa, di aspetto maculo-papulare o, nei casi a localizzazione palmo-plantare di aspetto papulo-vescicoloso che può essere indotta da vari agenti quali miceti, batteri o parassiti. Il fenomeno è abbastanza frequente in corso di micosi (reazione dermatofitidica) e viene imputato a una reazione immunologica verso antigeni dei miceti che si liberano nel corso della malattia. L'eruzione ovviamente si risolve spontaneamente con la guarigione del processo primario. Nel nostro caso è anche possibile che una infezione virale concorrente sia stata la causa della febbre e dell'esantema osservato, ma a nostro parere la sequenza temporale degli eventi (insorgenza dell'esantema al 2° giorno di terapia con griseofulvina e rapida scomparsa) e l'aspetto clinico dell'esantema ci fanno supporre che questo sia stato causato dall'infezione micotica.

### Indirizzo per corrispondenza:

Raffaele Domenici

e-mail: [r.domenici@usl2.toscana.it](mailto:r.domenici@usl2.toscana.it)

### Bibliografia di riferimento

- Arenas R, Toussaint S, Isa-Isa R. Kerion and dermatophytic granuloma. Mycological and histopathological findings in 19 children with inflammatory tinea capitis of the scalp. *Int J Dermatol* 2006;45(3): 215-9.
- Bennett ML, Fleischer AB, Loveless JW, Feldman SR. Oral griseofulvin remains the treatment of choice for tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol* 2000;17(4):304-9.
- Hackett BC, O'Connell K, Cafferkey M, O'Donnell BF, Keane FM. Tinea capitis in a paediatric population. *Ir Med J* 2006;99(10): 294-5.
- Hussain I, Muzaffar F, Reshid T, Ahmad TJ, Jahanqir M, Haroon TS. A randomized, comparative trial of treatment of kerion celsi with griseofulvin plus oral prednisolone vs. Griseofulvin alone. *Med Mycol* 1999;37(2):97-9.
- Pomeranz AJ, Sabnis SS. Tinea capitis: epidemiology, diagnosis and management strategies. *Pediatr Drugs* 2002;4(12):779-83.
- Rademaker M, Havill S. Griseofulvin and terbinafine in the treatment of tinea capitis in children. *N Z Med J* 1998;27,11(1060):55-7.
- Roberts BJ, Friedlander SF. Tinea capitis: a treatment update. *Pediatr Ann* 2005;34(3): 191-200.
- Thoma-Greber E, Zenker S, Rocken M, Wolff H, Korting HC. Surgical treatment of tinea capitis in childhood. *Mycoses* 2003; 46(8):351-4.