

# QUERION DE CELSO SEVERO

## a propósito de un caso pediátrico

José Pazmiño Palacios<sup>1</sup>, Juan Pazmiño Palacios<sup>1</sup>, Catalina Morales Tapia<sup>2</sup>, Iván Orellana Cabrera<sup>3</sup>,  
María Eugenia Seminario Vintimilla<sup>3</sup>, Fernando Córdova-Neira<sup>4</sup>  
Hospital José Carrasco Arteaga. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Cuenca-Ecuador.

### RESUMEN

<sup>1</sup> Médico Residente - Hospital José Carrasco Arteaga, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca-Ecuador.

<sup>2</sup> Trabajadora Social - Hospital José Carrasco Arteaga, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca-Ecuador.

<sup>3</sup> Anestesiólogo - Hospital José Carrasco Arteaga, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador.

<sup>4</sup> Dermatóloga - Hospital José Carrasco Arteaga, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Cuenca-Ecuador.

<sup>5</sup> Cirujano Pediatra - Hospital José Carrasco Arteaga, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Universidad del Azuay, Cuenca-Ecuador.

#### CORRESPONDENCIA:

Fernando Córdova-Neira  
Email: fcordova@uazuay.edu.ec

Servicio de Pediatría, Hospital José Carrasco A. IESS. Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino. Cuenca, Ecuador. Código Postal 010203.

Teléfono: [593] 072 871 500

Fecha de recepción: 02/01/2014  
Fecha de aceptación: 13/02/2014

#### MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Rev Med HJCA 2014; 6(1): 97-100.  
doi:10.14410/2014.6.1.021.

**INTRODUCCIÓN:** La Tiña Capitis inflamatoria es una condición poco frecuente, debida a una hipersensibilidad severa frente a una infección por dermatofitos en la piel cabelluda.

**CUADRO CLÍNICO:** Reportamos el caso de una niña de 8 años procedente de área rural (Morona Santiago), con dermatosis tratada por un mes en centro de salud, presenta placas descamativas circulares en piel cabelluda, múltiples lesiones nodulares, tumorales con material purulento, algunas ulceradas y otras con costras melicéricas y necróticas, áreas alopécicas circundantes, dolor, fiebre y linfadenopatía regional; exposición de calota craneana de 35% de la cabeza. Como antecedente cabe señalar que la niña durmió con animales de granja (cerdos). El estudio microbiológico confirma *Trichophyton mentagrophytes* y la biopsia cutánea indica múltiples pústulas foliculares con un infiltrado neutrófilo alrededor de los folículos pilosos compatible con una tiña inflamatoria, PAS positivo, GROCOTT y BAAR negativos.

**EVOLUCIÓN:** con diagnóstico de Querion de Celso mas sobreinfección se inicio antibióticos, Itraconazol (70 días) y Prednisona; mas limpieza quirúrgica para retirar el material purulento y necrótico. Su condición mejoró sustancialmente. Al final fue necesario un cierre quirúrgico con colgajos de avance para cerrar los defectos cutáneos.

**CONCLUSIONES:** Los médicos deberíamos considerar Querion de Celso cuando nos encontramos frente a un paciente con una foliculitis de piel cabelluda con alopecia circundante más aún si ha permanecido en situaciones de hacinamiento y contacto con animales de granja. La instauración de la terapia antifúngica de forma precoz determina una curación óptima y sin mayores consecuencias.

**DESCRIPTORES DeCS:** Querion de Celso.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Tinea Capitis inflammatory is a rare condition due to severe hypersensitivity to dermatophyte infection in the scalp.

**CLINICAL:** We report the case of an 8 year old girl from rural area (Morona Santiago), with dermatoses treated for a month in health center, has circular scaly patches on scalp, multiple nodular tumor lesions with purulent material, some and others with melicéricas ulcerated and necrotic crusts surrounding areas of alopecia, pain, fever and regional lymphadenopathy; exposure calvaria of 35 % of the head. As background it should be noted that the girl slept with farm animals (pigs) . Microbiological study confirms *Trichophyton mentagrophytes* and skin biopsy shows multiple follicular pustules with neutrophilic infiltrate around hair follicles compatible with an inflammatory tinea, PAS positive negative BAAR and GROCOTT.

**EVOLUTION:** Diagnosed with superinfection kerion Celso more antibiotics, itraconazole (70 days) and prednisone was initiated , but surgical debridement to remove necrotic and purulent material. His condition improved substantially. In the end it took a surgical closure with advancement flaps for closing skin defects.

**CONCLUSIONS:** Clinicians should consider kerion Celso when we are faced with a patient with a scalp folliculitis with surrounding alopecia has remained more by overcrowding and in contact with farm animals. The introduction of antifungal therapy at an early stage determines optimal healing without major consequences.

**KEYWORDS:** Celso kerion

INTRODUCCIÓN

Las Tiñas (polilla o gusano) o dermatofitosis son un grupo de hongos filamentosos con capacidad de invadir la capa cornea de la piel, pelo y uñas [1]. La Tiña Capitis es la manifestación más frecuente de infección por dermatofitos en niños entre 6 meses y 7 años decrece a los 10 u 11 años y es excepcional en la edad adulta, probablemente por la aparición de ácidos grasos no saturados, los cuales tienen poder fungistático. Afecta a ambos sexos. Puede distribuirse en áreas superficiales (piel, pelo, uñas y mucosas), subcutánea y de forma sistémica [2-13] y tiende a ser más intensa en personas con diabetes, neoplasias malignas, inmunodeficiencias y pacientes que tomen corticoides. La severidad de las infecciones producida por estos hongos depende del tipo de dermatofito y la inmunidad del huésped [4,6]. Su contagio puede ser de forma directa o indirecta, por lo que es importante distinguir a los contagios urbanos (deporte o animales de compañía) y rurales (animales) [5,8]. Los dermatofitos se encuentran distribuidos por todo el mundo siendo el más común en Europa (España) *Microsporum Canis*, en Norte América *Trichophyton tonsurans*, en México *Trichophyton rubrum*, en Perú

*Microsporum Canis* [1,2,8]. Los dermatofitos más aislados están descritos en el cuadro 1 [9].

CUADRO 1. Dermatofitos más aislados

<i>Microsporum Canis</i>	44.34%
<i>Trichophyton metagrophytes</i>	25.47%
<i>Trichophyton rubrum</i>	25.47%
<i>Microsporum gypseum</i>	1.89%
<i>Epidermophyton floccosum</i>	0.94%
<i>Trichophyton verrucosum</i>	0.94%
<i>Trichophyton violaceum</i>	0.94%
Origen zoofílico	70.75
Origen antropofílico	27.35
Origen geofílico	1.89%

CASO CLÍNICO

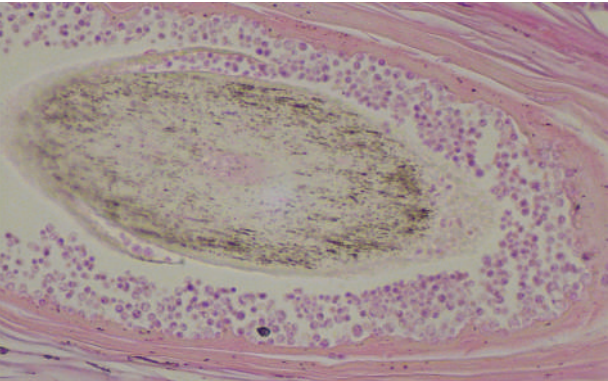
Se trata de una niña de 8 años procedente de área rural de la zona oriental del Ecuador (Limón - Morona Santiago, Ecuador), con antecedente hacinamiento y descripción de pernoctación con animales de granja entre ellos cerdos. Fue referida de un centro de salud de Morona Santiago por severas lesiones en piel de cráneo. Al examen físico se observó a la niña en malas condiciones generales, con desnutrición moderada. Se detallaron múltiples lesiones en su cabeza tipo placas descamativas circulares en piel cabelluda, con lesiones nodulares-tumorales, con material purulento, algunas ulceradas y otras con costras melicéricas y necróticas, áreas alopecias circundantes que exponían la calota craneana en un 35% (foto 1 y 2). Las lesiones eran dolorosas. Al cuadro se le acompañó fiebre y linfadenopatía regional. El tórax, abdomen y examen neurológico fueron normales.

FOTO1-2: Primera evaluación de la paciente



El estudio microbiológico confirmó por cultivo la presencia de *Trichophyton mentagrophytes* y la biopsia cutánea (foto 3) indicó múltiples pústulas foliculares con un infiltrado neutrófilo alrededor de los folículos pilosos compatible con una tiña inflamatoria, el PAS positivo para esporas, GROCOTT y BAAR fueron negativos, (foto 3).

FOTO 3: Histología de las lesiones de piel



BIOPSIA DE PIEL CABELLUDA:

Macroscopia: múltiples fragmentos de tejido con superficie irregular cubiertos por pelos; microscopia: se observa tallo piloso y numerosos elementos fúngicos que lo afectan, hallazgos consistentes de dermatofitosis (tiña capitis) con afectación folicular pustulosa.

EVOLUCIÓN:

Se estableció el diagnóstico de Querion de Celso con sobreinfección por lo que se prescribieron 7 días con oxacilina endovenosa, Itraconazol por 65, Prednisona por 7 días. Adicionalmente se realizó una limpieza quirúrgica para retirar el material purulento y necrótico. Su condición mejoró. Al final fue necesario un cierre quirúrgico con colgajos de avance para cerrar los defectos cutáneos evitando grandes áreas de alopecia (fotos 4,5,6). La paciente fue hospitalizada por 65 días. Hasta el momento se ha dado seguimiento a la paciente por 3 meses con recuperación total.

FOTO 4: Colgajos de avance



# FOTO 5-6

## Resultado definitivo luego de tratamiento médico-quirúrgico



## DISCUSIÓN

El *Trichophyton mentagrophytes* un dermatofito zoófilo que suele producir infecciones inflamatorias en los humanos. En los cultivos, las colonias son granuladas o vellosas, el color del anverso puede ser blanco, crema o amarillento; el reverso suele ser ocre o rojizo. En las preparaciones microscópicas se observan micorconidios globulosos en racimos y macroconidios de pared fina y lisa en forma de cigarrillos, con tabiques transversales. El tiempo de desarrollo de los cultivos puede variar entre 7 a 10 días o más en algunos casos. Los factores de riesgo de infección dependen del huésped y del ambiente. Los factores del huésped son la Infancia, desnutrición, inmunocompromiso, diabetes, ictiosis, queratoderma palmo plantar, atopia, humedad, heridas y uso de corticoides, seborrea y mayor temperatura de la piel [1,4,6]. Los factores del ambiente incluyen los climas tropicales o semitropicales, sudoración, exposición laboral, exposición en albercas, exposición en baños públicos la práctica deportiva con equipo contaminado o descalzo [1,6]. El riesgo de contraer tiña aumenta en pacientes desnutridos, con hábitos higiénicos deficientes, habitantes de ambientes cálidos, en personas que mantienen contacto con personas o mascotas que padezcan la enfermedad. Su presentación clínica depende del tipo de dermatofito infectante, los que mayor respuesta inflamatoria producen son los zoofílicos y geofílicos. Cuando es aguda existe respuesta celular, mientras que lesiones crónicas existen niveles de IgE e IgG [1,2,8]. Existen dos formas clínicas importantes de tiñas capitis: las no inflamatorias y las inflamatorias. Las de tipo no inflamatoria incluyen las formas microspórica y la tricofítica. Sobre la tiña microspórica también denominada placa alopécica (*M. audouinii*, *M. Canis*) genera infecciones en el exterior de pelo (ectotrix) afecta principalmente a escolares, su clínica son zonas redondeadas, alopécicas, con base escamosa gris y prurito leve, la mayoría de veces se resuelven por sí solas coincidiendo con el inicio de la pubertad, su localización más frecuente es en el vértex u occipicio, el crecimiento del cabello es posterior a su cura, con la luz de Wood se ve una fluorescencia verdosa. Sobre la tiña tricofítica o de puntos negros (*T. tonsurans*, *T. violaceum*) genera infecciones en interior del pelo (endotrix), son zonas irregulares, múltiples, eritematosas, descamativas, son crónicas e incluso permanecen en el adulto, con la luz de Wood es negativa [14-16]. Por otro lado la tiña inflamatoria incluye al Querion de Celso y a la Tiña Fávica. La tiña cápitis inflamatoria o Querion de Celso (palabra griega que significa panal, miel o cera de abeja) se atribuye a Celso y surgió en Roma alrededor del año 30 a.C., durante el siglo XIX; por lo que también se la denomina Querion de Celso, es una forma clínica supurativa caracterizada por la presencia de placas y nódulos dolorosos los mismos que al ser presionados eliminan pus por los orificios foliculares (signo de la espumadera), acompañada de linfadenopatía regional con posible foliculitis dermatofítica, en general no hay afectación del estado general ni fiebre, la zona afectada se desprende con facilidad generando alopecia cicatricial. Afecta a niños en edad preescolar y prepúberes, sus agentes causales son principalmente *M. canis* y *T. mentagrophytes* [10, 14,16]. Se produce como resultado de una severa reacción de hipersensibilidad frente al hongo; los dermatofitos causan una respuesta inflamatoria severa manifestándose con la presencia

de pústulas foliculares e infiltrados neutrofilicos alrededor de los folículos pilosos. El Diagnóstico diferencial del Querion incluye carbunco, celulitis disecante de piel cabelluda, foliculitis decalvante o acné queloideo. Tiende a curar espontáneamente en unos meses, dejando una alopecia cicatricial más o menos evidente [1,3]. La Tinea Fávica (*T. schoenleinii*) se presenta principalmente en Europa, pero se ha encontrado en algunos países de África y Asia, su inicio es en la infancia y puede perdurar hasta la edad adulta, genera zonas alopécicas inflamatorias cubiertas con costras amarillentas cóncavas (cazoleta fávica) genera alopecia cicatricial [17,18]. El diagnóstico se hace mediante la observación directa que es el método más rápido de diagnóstico, el cual se realiza colocando la muestra obtenida (pelo, piel o uñas) en un porta objetos con hidróxido de potasio al 20%. El examen directo del cabello con luz ultravioleta en los casos de tiña microspórica es de ayuda [19]. El cultivo es la prueba estándar y se lo realiza en medio Sabouraud principalmente pero también se lo puede realizar en Agar dextrosa, Agar urea, colocando además gentamicina o cloranfenicol para prevenir el crecimiento bacteriano durante 8-15 días [20]. Entre los datos histopatológicos se describen hiperqueratosis y tapones córneos foliculares, infiltrados histiolinfocitarios, vasodilatación y exocitosis de neutrófilos. En el Querion pueden encontrarse pústulas o abscesos. El diagnóstico diferencial se realiza con: alopecia areata, tricotilomania, dermatitis seborreica, costra láctea, psoriasis, liquen plano pilaris, lupus eritematoso, aplasia cutis congénita, alopecia triangular temporal, falsa tiña amiantácea [1,4,5,9,14].

## CUADRO 2. Diagnóstico diferencial de las infecciones cutáneas micóticas de piel cabelluda [5]



El tratamiento no farmacológico consiste en indicarle al paciente que debe llevar una buena higiene personal evitando el uso de objetos personales (peines, toallas, ropa, cortinas, zapatos), aireación de la vivienda, impedir la humedad y la contaminación de sí mismo [5, 10]. Todos los miembros de una familia deberían ser examinados por una posible infección, ellos deberían usar un shampoo (sulfato de selenio o pitirionato de zinc), por un par de meses para erradicarlo, además eliminar todos los fómites que entraron en contacto con el hongo. A las 48 horas de iniciado el



tratamiento ya no hay riesgo de contagio [1,2]. El tratamiento farmacológico debe cumplir con 4 parámetros eficacia, seguridad, economía y de fácil administración y este tratamiento a su vez puede ser tópico y el sistémico [4, 5,9]. El tratamiento tópico se realiza cuando la infección es localizada y no se encuentra en uñas y pelo, mientras que el tratamiento oral en infecciones crónicas o diseminadas incluidas las de pelo o uñas [4]. Como habíamos mencionado la conducta principal frente a las micosis superficiales es eliminar los factores de riesgo de desarrollo y proliferación del hongo mediante acciones locales y sistémicas. El tratamiento debe realizarse por vía sistémica ya que los productos tópicos no logran una suficiente concentración en el folículo piloso [1]. La primera línea de tratamiento es la Griseofulvina a dosis de 20-25mg/kg día por 6 a 8 semanas sin embargo no se encuentra ya disponible en nuestra ciudad. Esta es efectiva par *Trichophyton* spp y *Microsporum* spp con un buen perfil de seguridad. Los efectos adversos son cefaleas, molestias gastrointestinales, reacciones cutáneas, presenta interacción con fenobarbital, anticoagulantes y anticonceptivos orales. Mejora su absorción al ingerir vitamina E y alimentos grasos [14-16]. El Itraconazol fue aprobado por la FDA en 1987 para el tratamiento de onicomicosis y otras micosis sistémicas. Tiene alta afinidad por la queratina a diferencia de la griseofulvina y puede permanecer en el tejido hasta 6 semanas después de interrumpir la terapia. Es efectivo en el tratamiento de la Tiña capitis cuando se toma de forma continua o en pulsos semanales. En terapia continua la dosis recomendada es 5mg/kg/día por 5 semanas y puede prolongarse hasta 6 semanas si el agente causal es *M. canis*. El Itraconazol es fungistático y en su espectro de acción incluye dermatofitos y *Cándida*. Su acción consiste en inhibir la enzima fúngica lanosterol 14 alfa demetilasa, inhibiendo la conversión de lanosterol en ergosterol. La eficacia y seguridad de una dosis de Itraconazol de 5mg/kg/día por 2 a 3 semanas es comparable a la de 20 mg/kg/día de griseofulvina por 6 semanas [10, 12, 15]. En general

se recomienda para pacientes entre 10 y 20kg de peso, 50 a 100mg/día; entre 21 a 40 kg, 100 a 200mg/día; para 41 a 50kg, 200mg/día; para más de 50kg, 200 mg dos veces al día. También puede utilizarse en pulsos de 5mg/kg/día una semana al mes, repitiendo entre dos a cuatro ciclos. Los efectos secundarios son poco frecuentes y se indica a la cefalea y molestias gastrointestinales como primordiales, puede haber aumento de transaminasas por lo que se recomienda en pacientes con antecedentes de disfunción hepática controles al inicia y 4 semanas después de iniciada la terapia [1]. La terbinafina es una alilamina comprobada para erradicar los dermatofitos que posee una amplia distribución y concentración dosis estándar de Terbinafina es 62.5mg por día para niños que pesen menos de 20kg, 125mg para niños con un peso entre 20-40kg y 250mg para los niños mayores a 40kg. La dosis recomendada es de 3-6 mg/kg/día por 6 semanas [1, 5, 6, 9, 10, 11, 16]. En nuestra paciente por situaciones logísticas y al no disponer de Griseofulvina en la ciudad iniciamos con Itraconazol a dosis de 100mg día por 70 días con resultados satisfactorios. La prednisona se recomienda su uso en casos de tiña inflamatoria 1-2 mg/kg/día durante 7-14 días [1,5,14], lo que hicimos con la paciente. Si se sospecha infección bacteriana sobreañadida administrar Dicloxacilina 25-50mg/k/día cada 6 horas por 5-7 días [6]. Dentro las principales complicaciones están la diseminación a otras áreas, la dermatitis de contacto, la erisipela, el impétigo y los efectos secundarios de los medicamentos.

**CUADRO 3. Indicaciones de tratamiento tópico y sistémico de las infecciones micóticas de piel cabelluda [5].**

	TIÑA DE LA CABEZA	TIÑA DEL CUERPO	TIÑA DE LOS PLIEGUES	TIÑA DE LAS UÑAS
Sistémico	X <sup>1</sup>	X <sup>2</sup>		X <sup>4,5</sup>
Tópico		X	X <sup>3</sup>	

CONCLUSIÓN

La razón por la que se publica este caso, es la necesidad de realizar un diagnóstico y tratamiento temprano para evitar complicaciones como el presente caso, ya que la paciente permaneció un mes sin diagnostico ni tratamiento adecuado, lo que produjo complicaciones importantes como perdida de continuidad de piel cabelluda

dejando áreas con exposición de calota craneana, además de un cuadro infeccioso sobreañadido lo que conlleva a un tratamiento más prolongado con la necesidad de limpiezas quirúrgicas y cierre quirúrgico de los defectos para corregir la pérdida de la piel cabelluda.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

PJ, PJ y MC realizaron la revisión bibliográfica y compilaron la historia clínica. OI, SME, CNF realizaron el manejo clínico y quirúrgico. PJ PJ, MC, OI, SME, CNF escribieron el artículo. Adicionalmente todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Binamer Y. Dermacase. Can you identify this condition?, Kerion (inflammatory tinea capitis). Can Fam Physician. 2013; 59 (3):271.

2. Ang CC, Tay YK. Inflammatory tinea capitis: non healing plaque on the occiput of a 4 year old child. Ann. Acad. Med. Singapore 2010; may; 39 (5): 412-414.

3. Miguel A. Tiña Capitis. Act Terap Dermatol 2005; 28: 138.

4. Oñate M, Daudén E. Avances en dermatología pediátrica, 2 micosis superficiales. Disponible en: <http://www.sepeap.org/archivos/libros/avancesdermatologia/unidad02.pdf> [Visita 9/12-2013].

5. Martínez A. Infecciones cutáneas micóticas, dermatofitos o tiñas. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/micosis.pdf> [Visita 9/12-2013].

6. Consejo de Salubridad General de México. Diagnóstico y tratamiento de tiña y onicomicosis en el primer nivel de atención. Guía clínica B35-B49. Disponible en: [http://www.cvspp.cucs.udg.mx/guías/TODAS/IMSS\\_o86\\_o8\\_TINA\\_ONICOMICOSIS/IMSS\\_o86\\_o8\\_GRR.pdf](http://www.cvspp.cucs.udg.mx/guías/TODAS/IMSS_o86_o8_TINA_ONICOMICOSIS/IMSS_o86_o8_GRR.pdf) [Visita 12-12-2013].

7. Ginter-Hanselmayer G, Seebacher C. Treatment of tinea capitis - a critical appraisal. J Dtsch Dermatol Ges 201; 9(2):109-14.

8. Uribe MP, Cardona-Castro N. Mecanismos de adherencia e invasión de dermatofitos a la piel. Rev CES Med 2013; 27(1): 67-75.

9. Rojo J, González C. Micosis cutáneas en los niños. Pediatr Integral 2004; 8(4):271-278.

10. Rupke S.J. Fungal skin disorders. Prim Care 2000; 27(2):497-21.

11. Frieden IJ. Tinea Infections in Adolescents . Adolesc. Med 1990 ;1: 333- 344.

12. Del Pilar M. Nuevos antimicóticos orales: alternativas en el tratamiento de las micosis superficiales. Rev Chil Infect 2000; 17(2):161-166.

13. Arenas R, Ruiz J. Onicomicosis en infancia: una perspectiva actual com énfase na revisão do tratamento. An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 79(2):225-232.

14. Mejía M, Santa C, Cadavid M, Vélez L, Colmenares L, Restrepo B, Cardona N. Estudio etiológico y epidemiológico de las micosis cutáneas en un laboratorio de referencia – Antioquia – Colombia. Rev CES Med 2013; 27(1):7-19.

15. Venadero F, Padilla M, Carolina E. Tiña inflamatoria de la cabeza (querion de celso) por microsporum canis. Comunicación de un caso; Rev Cent Dermatol Pascua 2006; 15(1): 0-0.

16. Palacio A, Garau M, Cuétara M. Tratamiento actual de las dermatofitos; servicio de microbiología. Rev Iberoam Micol 2002; 19: 68-71.

17. Querol I, Bueno M, Sanz L, Córdoba A, Polo I. Tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo con terbinafina oral en la infancia. An Esp Pediatr 1997;46:487-489.

18. Aldama A, Rivelli V, Correa J, Mendoza M. Tiña de la cabeza. comunicación de 54 casos. Rev. chil. pediatr. 2004; 75 (4): 00-00.

19. Lamas F, Sastre G. Micosis superficiales: aproximación al diagnóstico y tratamiento. Disponible en: [http://www.osecac.org.ar/documentos/guias\\_medicas/GPC%202008/Pediatría/Ped-35-Micosis%20superficiales\\_v0-08.pdf](http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Pediatría/Ped-35-Micosis%20superficiales_v0-08.pdf) [visita 12-12-2013].

20. Gava T, Martins L, Nicchio L. Microepidemia de tinea do couro cabeludo por microsporum canis em creche de vitória. An. Bras. Dermatol 2005; 80(3): 01-08.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

Se cuenta con el permiso de los familiares para publicación del presente artículo.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Pazmiño J, Pazmiño J, Morales C, Orellana I, Seminario M, Córdova-Neira F. QUERION DE CELSO SEVERO a propósito de un caso pediátrico. Rev Med HJCA 2014; 6(1): 97-100. doi:10.14410/2014.6.1.021.