

## CASO CLÍNICO

# Tiña Incógnita, reporte de un caso.

Jackeline Romero Merelo,\* Amalia Salcedo Maldonado,\*\* Jorge Enrique Uraga Pazmiño\*\*\*

- \* Médico Residente 2 del  
Posgrado de Dermatología  
de la Universidad Católica  
Santiago de Guayaquil
- \*\* Dermatóloga, Centro Der-  
matológico Dr. Úraga
- \*\*\* Dermatólogo. Director  
General del Centro Derma-  
tológico "Dr. Uraga"

## RESUMEN

La tiña incógnita es una infección dermatofítica cuya presentación clínica está modificada por el tratamiento con corticoides tópicos o sistémicos. Se comunica el caso de un paciente de sexo masculino de 7 años de edad, que presentó parche hipocrómico alopecico localizado en región preauricular izquierda, de 4 meses de evolución, tratada con corticoides tópicos y manifestándose como una lesión atípica de la tiña incógnita de característica hipocrómica. El diagnóstico definitivo de tiña incógnita se estableció mediante el resultado del KOH y cultivo para *Trichophyton tonsurans*.

**Palabras clave:** Tiña incógnita, tiña atípica, corticoides, dermatofitosis

## SUMMARY

Tinea incognita is a dermatophytic infection whose clinical presentation is modified by treatment with topical or systemic corticosteroids. We report the case of a 7-year-old male patient who presented an alopecic hypochromic patch located in the left preauricular region of 4 months of evolution, treated with topical corticosteroids and manifesting himself as an atypical lesion of tinea unknown with a hypochromic characteristic. The definitive diagnosis of tinea incognita was established by the result of KOH and culture for *Trichophyton tonsurans*.

**Key words:** Tinea incognita, atypical tinea, corticoids, dermatophytosis.



Foto 1.

Foto 2.

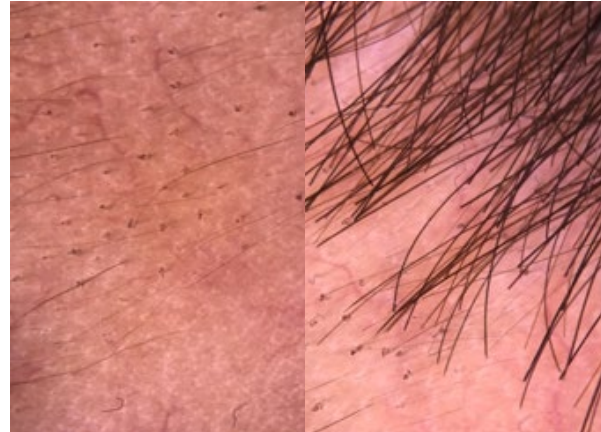


Foto 3.

Foto 4.

## INTRODUCCIÓN

La tiña incógnita es una infección dermatofítica, y es un término que se utiliza para describir a las dermatofitosis que han sido modificadas clínicamente, por el uso inapropiado de corticoides e inhibidores de la calcineurina, enmascarando las lesiones características de la tiña común, llegando a simular diversas dermatosis e inducir a un diagnóstico erróneo. Reportamos un caso de presentación de tiña incógnita de característica hipocrómica, después de tratamiento tópico con corticoides en un niño de 7 años de edad.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, que consultó por presentar cuadro clínico de 4 meses de evolución que inicia con lesión de crecimiento progresivo, eritematosa, descamativa y pruriginosa localizado en región preauricular izquierda. Recibió tratamiento durante tres meses con corticoides y antimicóticos tópicos, con lo que mejora el prurito.

Al examen físico presenta placa hipopigmentada, alopécica de bordes irregulares de aproximadamente 3 cm de diámetro, localizado en región preauricular

izquierda (foto 1), (foto 2). A la dermatoscopia se observa: área de alopecia con presencia de puntos negros, puntos en coma, pelos cortos (Foto 3 y 4).

Nuestro paciente suspende el uso de corticoides previo a realizarse estudio micológico con KOH y cultivo, 5 días después de la suspensión del mismo, aparece un borde eritematoso que rodea a la lesión inicial (Foto 5 y 6). A la dermatoscopia se observa parche eritematoso en el centro área hipopigmentada más telangectasias (Foto 7), confirmando nuestra sospecha clínica.

El estudio micológico directo demostró hifas y el cultivo fue positivo para *Trichophyton tonsurans*, con esto se confirma el diagnóstico. Se envió tratamiento antimicótico tópico y oral.

## DISCUSIÓN

El término Tiña incógnita, fue descrito por primera vez en 1968, por Ive y Marks, se utiliza para describir a las dermatofitosis que han sido modificadas clínicamente por el uso de corticoides o inhibidores de la calcineurina, como ciclosporina, tacrolimus pero los primeros siguen siendo la causa más común.<sup>1,2</sup> Los corticoides actúan inhibiendo la respuesta inmunitaria



Foto 5.

Foto 6.



Foto 7.

local, permitiéndole al hongo su fácil crecimiento.<sup>6</sup> Debemos sospechar el diagnóstico de tiña incógnita en todo paciente con una dermatosis inusual, con características clínicas de placa eritematosa, presencia de pápulas, pústulas con poca descamación, dejando espacios de piel sana, con crecimiento centrífugo, de mayor tamaño que la lesión inicial, que haya sido tratada previamente con corticoides tópicos y recidiva después de su suspensión.<sup>1</sup> Existe otro término, “Tiña atípica,” que se caracteriza por presentar desde el inicio manifestaciones distintas a las infecciones por dermatofitos, sin haber tenido el antecedente de uso de corticoides o que fueron modificadas por el lavado excesivo, exposición solar o el rascado, pero algunos autores indican una forma de solapamiento entre tiña incógnita y tiña común.<sup>3</sup> El abuso de corticoides tópicos genera cambios en las lesiones pudiendo simular otras dermatosis entre estas tenemos: dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, erupción polimorfa solar, psoriasis, rosácea, lupus discoide.<sup>7</sup> Existen las variantes más comunes de tiña incógnita: eczematosa, pustulosa o psoriasiforme.<sup>3</sup>

En el caso de nuestro paciente la lesión hipocrómica, no había desaparecido a pesar de haber recibido tra-

tamiento con corticoide tópico, lo que nos hace sospechar que estamos ante un diagnóstico erróneo o una dermatosis enmascarada concomitante, que nos sugiere el diagnóstico de tiña incógnita.

En la dermatoscopia observamos un área alopécica con la presencia de puntos negros, pelos cortos y pelos en coma. Esta herramienta nos ayuda a sospechar el diagnóstico de Tiña incógnita, frente a los diferenciales que son: alopecia areata, tricotilomanía.

Sin embargo, el diagnóstico definitivo se logra mediante un examen directo de escamas con KOH, en donde se evidencia estructuras fúngicas, y que se tipifican mediante cultivo, en el caso presentado.<sup>4</sup> Solo en caso de dudas, se debe realizar biopsia de piel, ya que la aplicación previa de corticoides disminuye el número de escamas, dificultando obtener una muestra adecuada, resultando en muchas ocasiones, en falsos negativos.

Para iniciar el tratamiento de la Tiña incógnita es necesario suspender el uso de corticoides y utilizar tratamiento antifúngicos tópicos y /o sistémicos como terbinafina, itraconazol o fluconazol.<sup>5</sup>

## CONCLUSIÓN

Se debe de sospechar de tiña incógnita por la presencia de lesiones eritemato-descamativas, con crecimiento centrífugo, y que se debería pensar en aquella, ante la presencia de una erupción inusual y el antecedente del uso de corticoides, con exacerbación del cuadro clínico al suspender el medicamento. Su localización más frecuente es en tronco, extremidades y cara, predominando en el sexo femenino.

Se debe realizar examen directo con KOH y cultivo para el diagnóstico definitivo, el tratamiento inicial consiste en suspender el corticoide e iniciar tratamiento antifúngico, la biopsia de piel solo se realiza en caso de dudas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Padilla M, Morales M. Epidemiología de la tiña incógnita en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua». *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2017; 23 (3): 85-9.
2. Ruffini A, Gil E, Gubiani M, Boldrini M, Pinardi M. Tiña incógnita. *Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 417-420
3. Montinari M., Nemelka O, Viglizzo G, Bleidl D, Occella C. Una sfida diagnostica: la “tinea incognita”. *Eur. J. Pediat. Dermatol.* 19, 35-8, 2009
4. Ruiz J, Mendoza M. Tiña incógnita: serie de casos y revisión Bibliográfica. *Piel ( BAR )*. 2014; 29 (10): 624 – 627.
5. Conde L, Sandin S, Valks R, Casado I. Tiña incógnita en dermatología laboral. *Dermatol Perú*. 2004; 14:36-39
6. Heesang Kye, Dai Hyun Kim, Soo Hong Seo, Hyo Hyun Ahn, Young Chul Kye, Jae Eun Choi. Polycyclic Annular Lesion Masquerading as Lupus Erythematosus and Emerging as Tinea Faciei Incognito. *Ann Dermatol*. 2015; 27 (3): 322-325