

## Reporte de caso

Medwave 2016 Oct;16(10):e6598 doi: 10.5867/medwave.2016.10.6598

# Tiña incógnita debida a Trichophyton mentagrophytes: reporte de caso

Tinea incognito due to Trichophyton mentagrophytes: case report

**Autores:** Camila Quiñones[2], Paula Hasbún[1], Walter Gubelin[2]

### Filiación:

[1] Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, Santiago, Chile

[2] Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile

**E-mail:** [hasbuna@gmail.com](mailto:hasbuna@gmail.com)

**Citación:** Quiñones C, Hasbún P, Gubelin W. Tinea incognito due to Trichophyton mentagrophytes: case report. *Medwave* 2016 Oct;16(10):e6598 doi: 10.5867/medwave.2016.10.6598

**Fecha de envío:** 28/6/2016

**Fecha de aceptación:** 6/10/2016

**Fecha de publicación:** 9/11/2016

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

**Palabras clave:** tinea, corticosteroids, contact dermatitis

## Resumen

Las tiñas son infecciones frecuentes causadas por dermatofitos, capaces de invadir tejido queratinizado, produciendo placas anulares, eritematosas y descamativas. Sin embargo, en la tiña incógnita esta clínica es modificada por el uso inapropiado de corticoides o inhibidores de calcineurina tópicos, dificultando su diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente masculino de 12 años, con lesiones eritematosas localizadas en la región ciliar derecha. Se interpretó como una dermatitis de contacto y se indicaron corticoides tópicos, pero evolucionó con lesiones más inflamatorias. Se obtuvo un cultivo de hongos positivo para Trichophyton mentagrophytes. De este reporte se concluye que las tiñas pueden imitar otras condiciones dermatológicas. Por ende, se debe tener precaución al indicar corticoides o inhibidores de calcineurina tópicos sin una certeza diagnóstica. Ello, debido a que en el caso de corresponder a una tiña, se alteran las características clínicas, dificultando el diagnóstico y manejo.

## Abstract

Tineas are frequent infections caused by dermatophytes that are able to invade keratinized tissue, causing rounded, erythematous, scaly lesions. Nonetheless, in tinea incognito the lesions are modified because of inappropriate use of topical corticosteroids or calcineurin inhibitors, making it difficult to diagnose. We present a case of a 12-year-old male child that presents with erythematous lesions on the right eyebrow, which at first was diagnosed as a contact dermatitis, so corticosteroids were indicated. The lesions became more inflammatory and a fungus culture was requested, which was positive for Trichophyton mentagrophytes. The conclusion of this report is that tineas can mimic other dermatologic conditions therefore caution should be taken when prescribing topical corticosteroids or calcineurin inhibitors without diagnostic certainty because if lesions are caused by tinea, diagnosis and treatment may become more difficult.

## Introducción

Las dermatofitosis, tiñas o *tineas* son infecciones frecuentes de observar en la práctica diaria, tanto en niños como en adultos. Son causadas por un grupo de hongos denominados dermatofitos, los cuales tienen la capacidad de invadir tejidos queratinizados, tales como el estrato córneo de la piel, el pelo y las uñas. Las lesiones que se producen son clásicamente placas anulares, eritematosas, descamativas, bien delimitadas, con un borde activo de crecimiento centrífugo, microvesicular, costroso, asociado a un centro de color más pálido [1].

Dicha presentación clínica "clásica" puede variar, ya sea por características del propio dermatofito, por ejemplo su capacidad de invasión; por condiciones fisiopatológicas del paciente como inmunodepresión, respuesta inflamatoria inadecuada de la piel, edades extremas y alteración de la barrera cutánea; y finalmente, por condiciones ambientales como la exposición solar [2]. En este contexto, las tiñas pueden imitar otros trastornos cutáneos como la rosácea, erupciones psoriasiformes, dermatitis seborreica, lupus eritematoso, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, infecciones bacterianas, infecciones herpéticas, granuloma anular, eritema anular centrífugo, pitiriasis rosada, sarcoidosis, enfermedad de Hansen y urticaria, principalmente. Existen además otras múltiples causas de lesiones anulares que pueden simular una infección por dermatofitos, conduciendo a diagnósticos incorrectos, tratamientos erróneos y resultados inesperados [3],[4],[5].

Al respecto, se le denomina tiña incógnita a la infección por dermatofitos cuya apariencia clínica clásica ha sido modificada por el uso inapropiado de corticoides o inhibidores de calcineurina tópicos, habitualmente por un diagnóstico incorrecto o por la automedicación por parte del paciente [1].

La tiña incógnita es una entidad poco frecuente, su prevalencia global no ha sido determinada, aunque corresponde a menos del 1% de las dermatofitosis [6]. Es una patología en lo posible evitable, siempre y cuando se tenga conciencia de ésta antes de iniciar un tratamiento con corticoides o inmunosupresores tópicos en aquellas lesiones que puedan corresponder a una infección por dermatofitos.

Reportamos el presente caso de tiña incógnita con el objetivo de entregar una lección respecto de las precauciones a considerar tanto al inicio como durante el

tratamiento con corticoides tópicos, aún cuando las lesiones parezcan "típicas" de una cierta patología cutánea. Particularmente, nuestro caso simula una dermatitis de contacto, la que habitualmente es tratada con corticoides tópicos. Por lo tanto, esto demuestra que, si bien el diagnóstico de una tiña es relativamente sencillo, en algunos casos, debido a variaciones en la presentación clínica, puede significar un importante desafío diagnóstico.

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, con antecedentes de dermatitis atópica en control y tratamiento regular. Deportista, realiza motocross enduro.

El paciente refirió historia de tres semanas de evolución de lesiones pruriginosas localizadas en cara, particularmente en región periocular derecha. Consultó en extra sistema, donde se diagnosticó una dermatitis aguda, indicándose corticoides tópicos de moderada potencia. El paciente evolucionó favorablemente los tres primeros días de tratamiento.

Sin embargo, una semana después consultó en nuestro centro médico por la reaparición de las lesiones, esta vez más inflamatorias y eritematosas. Destacaba la presencia de pústulas localizadas principalmente en párpado superior derecho y borde ciliar ipsilateral (Figura 1).

Considerando el uso de casco y antiparras (roce) se interpretó como una foliculitis secundaria a fricción. Adicionalmente, por el contacto con tierra, se solicitó un estudio micológico directo y cultivo corriente. Estos exámenes resultaron negativos, por lo que se solicitó un cultivo de hongos especificando que la toma de muestra fuera en los folículos pilosos. El resultado fue positivo para *Trichophyton mentagrophytes*. El paciente ya había iniciado de forma empírica el tratamiento con itraconazol de 100 miligramos al día, evolucionando favorablemente a la semana post-tratamiento.

Inicialmente, por el carácter inflamatorio marcado de las lesiones, se decidió mantener un corticoide tópico de menor potencia al usado anteriormente y sólo por un curso de tres días. Finalmente, completó un mes de itraconazol, sin complicaciones ni recidivas. Se realizó un nuevo cultivo de hongos a los dos meses de iniciado el tratamiento, el cual resultó negativo.



Compromiso cutáneo principalmente de párpado superior derecho y ceja ipsilateral, caracterizado por eritema y múltiples pústulas. Además se presentan placas costrosas aisladas, localizadas en mejilla derecha y lateral al canto externo del ojo.

**Figura 1.** Manifestación atípica de tiña incógnita por *Trichophyton mentagrophytes*.

## Discusión

El término "tiña incógnita" se utiliza para describir a la dermatofitosis que ha sido clínicamente modificada por el uso inapropiado de corticoides o inhibidores de calcineurina tópicos. No tiene predilección por género o edad. Se observa con mayor frecuencia en el tronco (30,4%), seguido por la cara (24,4%), los pies (13,8%), la región inguinal (9,9%) y las manos (7,8%) [1],[6].

Teóricamente cualquier tiña podría complicarse hacia una tiña incógnita, aunque existe una mayor incidencia de ésta en pacientes con tiña corporal [2]. Particularmente, cuando las placas han sido tratadas con corticoides, se inhibe la respuesta inmune habitual contra los dermatofitos y, por lo tanto, se producen lesiones escasamente eritematosas y descamativas. Además, el aclaramiento central típico no se produce debido a que éste es un proceso inmunomediado, el cual se encuentra inhibido por los corticoides [3]. En consecuencia, las lesiones "resultantes" pueden ser muy

polimorfas e irreconocibles clínicamente. Lo más frecuente de observar son lesiones ecematosas inespecíficas. Sin embargo, también pueden simular otras múltiples patologías dependiendo de la región corporal afectada. Entre ellas se destacan las variedades de dermatitis de contacto, atópica, seborreica, del pañal y por estasis; junto con intertrigo, eczema numular, psoriasis pustulosa, lupus eritematoso subagudo, lupus eritematoso discoide, impétigo, urticaria, foliculitis, liquen simple crónico, vitiligo, xerosis, ictiosis, vasculitis y rosácea [1],[6].

La tiña facial es un cuadro de baja incidencia. Difiere en sus características clínicas de la tiña corporal "clásica", puesto que la presencia de borde activo con aclaramiento central es un hallazgo inusual y, en general, se manifiesta por lesiones papuloescamosas, eritematosas y pruriginosas [7]. Por lo tanto, puede confundirse más fácilmente con otras entidades, conduciendo a un diagnóstico y

tratamiento incorrectos, tal cual sucedió en el presente caso.

El agente causal más frecuentemente reportado en la literatura es el *Trichophyton rubrum*, siendo este un dermatofito antropofílico cuyo huésped es el humano. Mientras que el *Trichophyton mentagrophytes* es el segundo microorganismo más frecuente [1]. Este último es un hongo zoofílico que afecta primariamente a mamíferos y aves, pero cuando afecta al ser humano, tiende a producir lesiones más inflamatorias, con la formación de microabscesos y pústulas [8].

El diagnóstico de las tiñas es relativamente sencillo, se puede realizar mediante un examen microscópico directo al fresco con tinción (micológico directo), cultivo de hongos o en casos excepcionales con biopsia de las lesiones. El examen micológico directo se basa en el raspado de las lesiones para obtener las escamas, donde habitualmente se encuentra el hongo. La muestra se deposita en un portaobjetos donde se le aplica hidróxido de potasio que disuelve la escama, lo cual permite la visualización de las hifas y otras estructuras fúngicas. Su sensibilidad varía de un 12 a un 88%, dependiendo de la serie [9]. El examen micológico directo puede utilizar blanco de calcoflúor, el cual entrega una fluorescencia de color verde manzana mediante la exposición de la muestra a luz ultravioleta de onda larga [10]. Este método requiere menos experiencia del observador, en comparación con el micológico directo que usa hidróxido de potasio. No obstante, las diferencias entre estos dos exámenes no han demostrado ser significativas. Un estudio comparativo entre hidróxido de potasio y blanco de calcoflúor determinó una sensibilidad algo mayor en este último, pero una menor especificidad (sensibilidad 83,0% y especificidad 70,1% para hidróxido de potasio versus sensibilidad 89,8% y especificidad 60,4% para calcoflúor) [11].

El cultivo de hongos es otro examen de rutina para el diagnóstico de las dermatofitosis, aunque tarda semanas en entregar un resultado, retrasando así el inicio del tratamiento. Adicionalmente, presenta una sensibilidad variable, algunos reportes hablan de una sensibilidad de hasta 20,5% [12], mientras que en otros estudios la sensibilidad y especificidad del cultivo de hongos se ha estimado en 41,7% y 77,7% respectivamente [13].

Otros métodos diagnósticos para las dermatofitosis incluyen la reacción en cadena de la polimerasa, la microscopía confocal láser de barrido y la tomografía de coherencia óptica. Su sensibilidad y especificidad han sido evaluadas en casos de onicomicosis, donde la reacción en cadena de la polimerasa ha demostrado tener la mayor sensibilidad (94,9%), seguido de la tomografía de coherencia óptica (92,3%), la microscopía confocal láser de barrido (79,5%), el micológico directo con hidróxido de potasio (74,4%), la histopatología (69,2%) y en último lugar el cultivo (20,5%) [12]. Adicionalmente, se ha utilizado la microscopía confocal de reflectancia en un caso de tiña incógnita, siendo un método diagnóstico rápido y no invasivo [14].

Ahora bien, en la tiña incógnita el diagnóstico mediante examen micológico directo es más complejo puesto que las lesiones tratadas con corticoides tópicos son menos descamativas, disminuyendo de esta manera la sensibilidad del examen. No obstante, es importante tener en cuenta que la disminución de la respuesta inmune secundaria al uso de corticoides tópicos permite la proliferación de los dermatofitos en los folículos pilosos [15]. Por tal motivo, ante la sospecha de una tiña incógnita se deben obtener muestras de estas zonas para así aumentar la sensibilidad del estudio, tal como se hizo en este caso.

Respecto al tratamiento, la primera medida es suspender el uso de corticoides o inhibidores de calcineurina tópicos. Se podrían mantener corticoides tópicos de baja potencia (hidrocortisona 1%) en un curso corto, para evitar la exacerbación de los síntomas producto de la suspensión abrupta del medicamento. Como tratamiento etiológico, se prefiere el uso de antifúngicos orales tales como la terbinafina o los imidazoles (itraconazol o fluconazol) [3]. Pero en la práctica, no existen esquemas de tratamiento estandarizados. Particularmente en este caso, el uso de itraconazol de 100 miligramos al día por un mes permitió la resolución completa del cuadro.

## Conclusión

El presente caso evidencia la dificultad diagnóstica de una tiña facial debido a su similitud clínica con una dermatitis aguda, que al ser erróneamente tratada con corticoesteroides tópicos evolucionó hacia una foliculitis.

Ante la respuesta inusual al tratamiento corticoidal, se consideró una dermatofitosis como posible diagnóstico. Por lo tanto, se buscó la presencia de elementos fúngicos mediante un estudio micológico directo. Recalamos que este estudio debe realizarse con muestras obtenidas de los folículos pilosos, lugar donde tienden a proliferar los dermatofitos en la tiña incógnita. De lo contrario, probablemente el resultado será negativo.

## Notas

### Aspectos éticos

El consentimiento informado solicitado por Medwave, ha sido firmado por la madre del paciente; una copia de este fue remitido a la dirección editorial de la Revista.

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la Revista.

### Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

## Referencias

1. Kim WJ, Kim TW, Mun JH, Song M, Kim HS, Ko HC, et al. Tinea incognito in Korea and its risk factors: nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci*. 2013 Jan;28(1):145-51. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Atzori L, Pau M, Aste N. Tinea atypica. *G Ital Dermatol Venereol*. 2013 Dec;148(6):593-601. | [PubMed](#) |
3. Atzori L, Pau M, Aste N, Aste N. Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: a 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy). *Int J Dermatol*. 2012 Apr;51(4):410-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Hsu S, Le EH, Khoshevis MR. Differential diagnosis of annular lesions. *Am Fam Physician*. 2001 Jul 15;64(2):289-96. | [PubMed](#) |
5. Narayanasetty NK, Pai VV, Athanikar SB. Annular lesions in dermatology. *Indian J Dermatol*. 2013 Mar;58(2):157. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Ansar A, Farshchian M, Nazeri H, Ghiasian SA. Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognito in Iran: A 16-year study. *Med Mycol J*. 2011;52(1):25-32. | [PubMed](#) |
7. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel*. 2002;17(1):12-17. | [CrossRef](#) |
8. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MH, Neuman HA. Tinea incognito due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. *Clin Infect Dis*. 2001 Dec 15;33(12):E142-4. | [PubMed](#) |
9. Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis and management of tinea infections. *Am Fam Physician*. 2014 Nov 15;90(10):702-10. | [PubMed](#) |
10. Haldane DJ, Robert E. A comparison of calcofluor white, potassium hydroxide, and culture for the laboratory diagnosis of superficial fungal infection. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 1990 Jul-Aug;13(4):337-9. | [PubMed](#) |
11. Manick D, Vinayaraj E, Pavavni K, Aishwarya P, Srinivas R. Comparison of KOH, Calcofluor White and Fungal Culture for Diagnosing Fungal Onychomycosis in an Urban Teaching Hospital, Hyderabad. *Indian J Microbiol Res*. 2015;2(3):148-153. | [CrossRef](#) |
12. Rothmund G, Sattler EC, Kaestle R, Fischer C, Haas CJ, Starz H, et al. Confocal laser scanning microscopy as a new valuable tool in the diagnosis of onychomycosis - comparison of six diagnostic methods. *Mycoses*. 2013 Jan;56(1):47-55. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Levitt JO, Levitt BH, Akhavan A, Yanofsky H. The sensitivity and specificity of potassium hydroxide smear and fungal culture relative to clinical assessment in the evaluation of tinea pedis: a pooled analysis. *Dermatol Res Pract*. 2010;2010:764843. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Navarrete-Dechent C, Bajaj S, Marghoob AA, Marchetti MA. Rapid diagnosis of tinea incognito using handheld reflectance confocal microscopy: a paradigm shift in dermatology? *Mycoses*. 2015 Jun;58(6):383-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
15. Mikhenan M, Ashish C, Robert T. Papules (Majocchi's Granuloma) within a Scaling Plaque: A Diagnostic Clue to Tinea Incognito. [on line] | [Link](#) |

### Correspondencia a:

[1] Sargento Menadier 1092  
Puente Alto  
Santiago  
Región Metropolitana  
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.