

TIÑA INCÓGNITA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS Y BREVE REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antonio David Pérez-Elizondo (1), Gladys Teresa del Pino-Rojas (2),
Cristina Contreras- Guzmán (3)

Recibido: 15-01-2013
Aceptación: 20-02-2013

RESUMEN

Se presentan dos casos de niños con tiña facial modificada por el empleo prolongado de corticoides tópicos de alta potencia. Las típicas placas circulares u ovaladas, únicas o múltiples bien delimitadas de borde eritemato-vesicular levantado activo, de extensión periférica con aclaramiento del centro lesional, poco inflamatorias y muchas veces asintomáticas que afectan la cara, tronco y/o extremidades cambian su morfología y evolución debido al efecto inmunodepresor del fármaco.

Palabras Clave: Tiña incógnita, corticoides, inmunodepresión

TINEA INCOGNITO: A REPORT OF TWO CASES AND BRIEF REVIEW OF THE LITERATURE

SUMMARY

We present two cases of children with facial ringworm modified by the prolonged use of high potency topical corticosteroids. The typical circular or oval lesions, single or multiple, with well-defined and raised redscaly edge and active borders with peripheral extension and center clearance; little inflammatory activity and often asymptomatic affecting the face, trunk and / or extremities change their morphology and evolution due to immunosuppressive effect of the drug.

Key Words: Tinea incognito, steroids, immunodepression

INTRODUCCIÓN

La tiña del cuerpo es una micosis superficial que afecta la piel lampiña, es de curso agudo, benigno y resolutivo al momento de identificarla e instaurar el tratamiento apropiado y oportuno. Clínicamente se caracteriza por la presencia de una o varias placas circulares, ovaladas o circinado-anulares por su tendencia natural a la agrupación y confluencia; sus bordes rojizo-escamosos sobreelevados bien definidos con la aparición ocasional de diminutas vesículas y elementos costrosos en su periferia cuya activa extensión centrífuga da lugar al típico aclaramiento centro lesional por consunción de la queratina es el hallazgo físico más sugestivo para el diagnóstico. Los dermatofitos responsables aislados con mayor frecuencia son *Trichophyton tonsurans* y *Trichophyton rubrum* especialmente en jóvenes adultos; *Microsporum canis* es más común en la población pediátrica (1).

La afectación de la piel glabra de la cara ocupa el 3-4% de las dermatofitosis corporales. Algunos autores la separan

del grupo de las tiñas de la piel lampiña como una entidad distintiva por la exposición directa a las radiaciones lumínico-solares, aseo regional más asiduo y uso de cremas y productos cosméticos que alteran sus características anatómo-funcionales. Tales factores, entre otros, determinan su particular polimorfismo lesional. Pravda y Pugliese hace más de 30 años reconocían que alrededor del 70% de los pacientes se abordan desde su inicio de manera errónea por su aspecto clínico modificado muchas veces ocurriendo diseminación y cronicidad inesperadas del padecimiento. Esta presentación alterada y atípica tal y como lo señalan Patel y Mills plantea posibilidades diagnósticas equivocadas simulando una dermatitis atópica, dermatitis seborreica, dermatitis por contacto, psoriasis, granuloma anular o piodermias complicadas. Se documenta que más del 50% de los casos de tiña facial se diagnostica como trastornos fotoinducidos, retrasando su reconocimiento y manejo antimicótico temprano (2-5).

Ive y Marks acuñaron el término tiña incógnita a finales de la década de los setenta para referirse a una dermatosis inusual, difícil de identificar, modificada por el empleo terapéutico prolongado de corticoides halogenados u otros fármacos inmunodepresores; comúnmente se sitúa en la cara, región inguino-crural, manos u otros sitios corporales. La disminución de la respuesta local de defensa con supresión del proceso inflamatorio y actividad exudativa facilita la sobrepoblación de artrosporas patógenas que penetran el estrato córneo y el ostium folicular invadiendo el tejido circunvecino. Siddajah y Ericsson publicaron en años recientes que los inhibidores de la calcineurina probablemente por mecanismos moduladores similares alteran la actividad inmunitaria y condicionen también esta presentación clínica poco característica y confusa (6).

- (1) Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Jefe de la Consulta Externa del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Profesor Titular de Pre- y Postgrado de Dermatología Teórica y Clínica de la Universidad Autónoma del Estado de México
- (2) Dermatooncóloga. Práctica Privada
- (3) Médico Pediatra Adscrito al Servicio de Consulta Externa del Hospital para el Niño, IMIEM.

Autor Corresponsal:

Dr. Antonio David Pérez-Elizondo

Teléfono: +015552545298 / Correo: apederma@yahoo.com.mx

CASOS CLINICOS

CASO 1

Acude al Servicio de Dermatología del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México, un preescolar masculino de 5 años de edad con dermatosis localizada en rostro caracterizada por varias placas eritemato-inflamadas ovaladas e irregulares de límites imprecisos, integradas por múltiples formaciones papulares cupuliformes entremezcladas con zonas hipopigmentadas levemente descamativas intralesionales; pruriginosas (Figura 1). Evolución 2 meses, existe el antecedente de convivencia estrecha con animal doméstico. Tenía el diagnóstico previo de dermatitis atópica impetiginizada, motivo por el cual se le administró amoxicilina en suspensión a razón de 50 mg /kg/día, en 3 tomas durante 15 días, además de aplicarse 2 veces al día una crema con dipropionato de betametasona, clotrimazol y sulfato de gentamicina sin resultado clínico satisfactorio. En el Servicio de Dermatología ante la sospecha de una tiña incógnita se solicitó examen directo con hidróxido de potasio al 20% y cultivo de muestra lesional en Agar mycosel, se reportó filamentos positivos y el desarrollo de colonias de *Microsporum canis* (Figura 2). La confirmación diagnóstica de la naturaleza de la enfermedad permitió planificar el tratamiento con terbinafina vía tópica untada mañana y noche en la zona afectada durante tres semanas con remisión completa del cuadro.



Figura 1. Placas maculopapilares endematosas

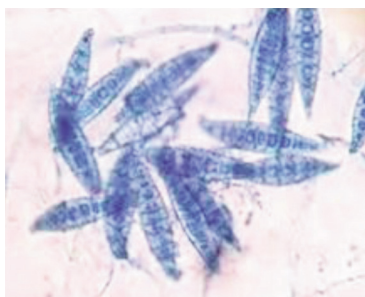


Figura 2. Macrocomideas en forma "barco tailandes"

CASO 2

Adolescente femenina de 14 años de edad con dermatosis localizada en rostro involucrando hemicara izquierda caracterizada por placa rojizo-hipercrómica de forma cua-

drangular y límites definidos levemente sobreelevados, el centro lesional con discreta actividad exudativa con formaciones erosivas húmedas y aisladas, así como atrofia cutánea blancoamarillenta discreta, poco pruriginosa (Figura 3). Curso crónico de 7 meses, se había automedicado con crema de acetónido de fluocinolona y clioquinol a intervalos irregulares durante 4 meses a propósito de un acné pápulo-comedónico incipiente. A la exploración física completa se observaron fisuraciones brillantes parcialmente cubiertas por escamas y costras melicéricas en el tercer y cuarto espacio interdigitales y aspecto plantar del pie izquierdo compatibles con tiña interdigital, ardoroso (Figura 4).



Figura 3. Placa lesional en hemicara izquierda



Figura 4. Tiña interdigital en pie izquierdo

Se aisló *Trichophyton rubrum* en cultivo de Agar mycosel hacia los 7 días; la correlación patológica integral orientó a pensar en una tiña incógnita por el aspecto clínico poco común de la dermatosis facial. Se prescribió crema de bifonazol aplicada en la cara y pie afectado, mañana y noche asociado a fluconazol en cápsulas a razón de 100 mg semanales durante 2 meses con resolución del proceso patológico; como secuela postinflamatoria persistió por meses un leve blanqueamiento hemifacial, el cual mejoró con protector solar.

DISCUSION

Del Boz y colaboradores publicaron un estudio retrospectivo de 818 dermatofitosis en niños, de los que 54 casos correspondían a una tiña incógnita; se reportó afección de la piel lampiña corporal en 46% y de la cara 39%. El agente

causal hallado con mayor frecuencia fue *Trichophyton mentagrophytes* en 44%. Casi 2/3 partes de los pacientes había recibido corticoterapia previa. El intervalo entre la aparición de las lesiones y el inicio del manejo antimicótico varió entre los 6 y 24 meses atribuido al mal diagnóstico de esta patología cutánea que puede ser comprensible, pero no justificable (7). La tiña incógnita simula diversas dermatosis inflamatorias de origen distinto y son tratadas generalmente con esteroides locales de alta potencia muchas veces por tiempo indefinido condicionando cambios singulares en su típico aspecto morfológico. Puede predominar un eritema difuso con descamación poco aparente o ausente, sin borde activo vesicular de avance periférico; pápulas y pústulas sembradas en una base eccematosa y/o cambios discrómicos de intensidad y extensión muy variables; no es raro observar atrofia y trayectos telangiectásicos por efecto esteroideo crónico. Romano y colaboradores documentan cuadros que semejan lupus eritematoso cutáneo, rosácea, psoriasis, impétigo, y procesos eccematosos de origen ignoto. La mejoría temporal con el empleo de inmunosupresores, la recaída del cuadro patológico al suspenderlos y la repetición continua de estos ciclos a intervalos irregulares son otros datos orientadores de la enfermedad (8-10).

En caso de duda diagnóstica siempre es prudente solicitar un examen directo con hidróxido de potasio (KOH) de las escamas de los bordes lesionales en búsqueda de filamentos fúngicos, cultivos en medios de Agar Sabouraud o Mycosel,

y alguna vez la toma de biopsia tisular con tinción de ácido periódico de Schiff (PAS) para su confirmación; el retiro paulatino del esteroide local y la terapia tópica y/o sistémica con terbinafina o azoles (itra- o fluconazol) por 1 ó 2 meses es recomendable. Sirva este trabajo para identificar y tratar estos casos atípicos, confusos y crónicos de manera oportuna y eficaz.

REFERENCIAS

1. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel* 2002; 17: 12-17.
2. Burkhart CG. Tinea incognito. *Arch Dermatol* 1981; 117:606-607.
3. Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vera L, Welsh O. Tinea incognito. *Clin Dermatol* 2010; 18: 137-139.
4. Solomon BA, Glass AT, Rabbin PE. Tinea incognito and "over-the counter" topical potent topical steroids. *Cutis* 1996; 58: 295-296
5. Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J. Pimecrolimus-induced tinea incognito. *Skinmed* 2004; 3:352-353
6. Marks R. Tinea incognito. *Int J Dermatol* 1978; 17:301-302.
7. Del Boz J, Crespo V, Rivas-Ruiza F, de Troya M. Tinea incognito in children: 54 cases. *Mycoses* 2009; 5: 254-258
8. Torres GS, Ortiz AM, Padilla DM: Tiña incógnita, reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007; 16 (3): 170-172.
9. Cerroni L. Tinea incognito. *N Engl J Med* 2000; 343:1499
10. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea Incognito in Italy: a 15-year Survey. *Mycoses* 2006; 49: 383-387.