

Tiña incógnita

Tinea incognito

Alina Ruffini,¹ Eliana Bruno Gil,² María Laura Gubiani,³ María Pía Boldrini³ y Beatriz Pinardi⁴

RESUMEN

La tiña incógnita es una infección dermatofítica cuya presentación clínica está modificada por el tratamiento previo principalmente con corticoides tópicos o sistémicos. Se comunica el caso de un paciente de sexo masculino de 63 años de edad, que presentó lesiones en mejilla izquierda de seis meses de evolución, tratadas previamente con corticoides locales, sin respuesta. El diagnóstico de tiña incógnita se estableció mediante el cultivo positivo para *Trichophyton rubrum* y tinción de PAS positiva. Se realizó tratamiento con terbinafina tópica y sistémica con evolución favorable (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 417-420).

Palabras clave:

Tiña incógnita, corticoides, tiña de la barba, *Trichophyton rubrum*.

ABSTRACT

Tinea incognito is a dermatophyte infection whose clinical presentation is modified mainly by pretreatment with topical or systemic corticosteroids. We report a case of a 63 years old male patient with skin lesions on his left cheek, which evolved over a six month, treated with local corticosteroids with no response. The diagnosis was established by positive culture for *Trichophyton rubrum* and positive PAS staining. Treatment with topical and systemic terbinafine showed disease improvement (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 417-420).

Keywords:

Tinea incognito, corticosteroids, tinea barbae, *Trichophyton rubrum*.

Fecha de recepción: 16/08/2013 | Fecha de aprobación: 02/11/2013

¹ Médica cursista de 1º año de la UNC.

² Médica, residente de 3º año.

³ Médica Dermatóloga.

⁴ Jefa de Dermatología.

Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.

Correspondencia: Alina Ruffini. Obispo Salguero 549. 4º B. CP 5000. Córdoba, Argentina. ali_ruffini@hotmail.com

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 63 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, que consultó por presentar lesiones de crecimiento progresivo en mejilla izquierda, ocasionalmente pruriginosas de seis meses de evolución. Refirió haber realizado tratamientos previos con corticoides tópicos (furoato de mometasona micronizada 0.100 g) desde el inicio, con mejoría del prurito pero con aumento del tamaño de las lesiones. El paciente no refería exacerbación de la sintomatología ante la exposición solar.

Al examen físico presentaba placas asimétricas de bordes netos e irregulares, eritematosas, con aisladas pústulas y escamas en superficie, de crecimiento centrífugo, infiltradas a la palpación, dejando espacios de piel sana. No presentaba desprendimiento piloso a la tracción (foto 1). Se realizó estudio micológico directo (raspado de lesión de mejilla izquierda) el cual fue negativo, por lo que se decidió tomar una biopsia, que mostró abscesos intraepidérmicos y subcórneos. En dermis: infiltrado inflamatorio a predominio de neutrófilos y degeneración basofílica del colágeno, infiltrado inflamatorio mixto perifolicular y folículos pilosos atróficos (foto 2). La tinción de PAS evidenció estructuras fúngicas (foto 3). A los 24 días se recibió el informe del cultivo en agar papa dextrosa (PDA) y Sabouraud glucosado con desarrollo de *Trichophyton rubrum* (foto 4).

Con el antecedente del uso tópico de corticoides, los hallazgos clínicos y los métodos complementarios arriba- mos al diagnóstico de tiña incógnita.

Se realizó tratamiento con terbinafina en crema al 1% 2 veces por día y terbinafina oral, 250 mg/día por 14 días, (foto 5) con resolución total de las lesiones sin recurrencia, cicatrices ni alopecia cicatrizal luego de 6 meses de seguimiento.

Comentarios

La tiña incógnita fue originalmente descrita en 1968 por Ive y Marks, como una infección dermatofítica cuya presentación clínica estaba modificada por tratamiento previo con corticoides, tópicos o sistémicos.^{1,2} Desde entonces, se han descrito otros casos con la aplicación tó- pica de pimecrolimus, tacrolimus y aciclovir², aunque el uso de corticoides tópicos y sistémicos continúa siendo la causa más frecuente. Debido a que la apariencia clínica puede ser confusa, la anamnesis es fundamental para el diagnóstico.

Algunos médicos, particularmente no dermatólogos, prescriben la combinación de esteroides y antifúngicos (betametasona y clotrimazol), donde el corticoide tiene un efecto predominante sobre el agente antifúngico, exa-

Foto 1. Placa eritematosa de crecimiento excéntrico.

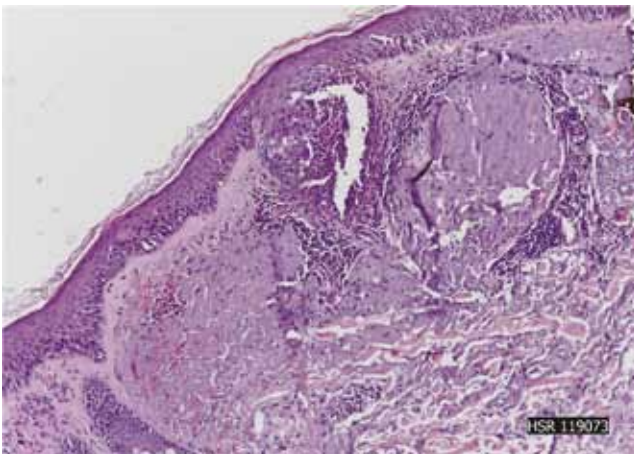


Foto 2. Absceso en epidermis y degeneración basofílica del colágeno.



Foto 3. Desarrollo de estructuras fúngicas con PAS.

cerbando la dermatofitosis superficial.

Al igual que otras dermatofitosis, la tiña incógnita puede afectar a pacientes de cualquier edad y sexo. Todas las áreas corporales pueden comprometerse, siendo la cara y los brazos las zonas más involucradas.¹

Las infecciones por dermatofitos son micosis superficiales de tejidos queratinizados (piel, pelos y uñas) causadas principalmente por tres géneros fúngicos: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*, de los cuales *T. rubrum* es el más frecuente en todo el mundo.³

La tiña faciei es una micosis superficial de la piel de la cara, que aparece en niños y mujeres, mientras que la tiña barbae se presenta en adolescentes y adultos de sexo masculino en la zona de barba y bigote.^{4,5} Esta última, es una micosis excepcional causada por dermatofitos zoófilos, siendo los más frecuentes: *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum*⁵ y *M. canis*. Dentro de las especies antropofílicas el *T. rubrum* es la especie predominante; a pesar de que este microorganismo tiene baja afinidad por las áreas pilosas, puede invadir el pelo especialmente en casos de pacientes tratados previamente con corticoides, como en el caso presentado. Esta infección es más común en trabajadores rurales en contacto con ganado vacuno y otros animales domésticos. En el caso presentado, el paciente no refería contacto con animales infectados ni presentaba otros focos de micosis al examen físico, por lo que el contagio pudo haberse realizado a través del contacto directo con personas u objetos contaminados. Es importante destacar que ésta clase de tiña está asociada a varios factores predisponentes, entre los cuales se destacan el uso prolongado de corticosteroides tópicos.⁶

Clínicamente, la tiña de la barba, se puede presentar con placas únicas o múltiples, de forma anular, acompañada de sensación de quemazón y prurito leve, pudiendo ser asintomáticas y/o exacerbarse tras la exposición solar.

En el caso de la tiña incógnita, el uso de corticoides mejoraría de forma evidente el prurito, como ocurrió en el paciente, recurriendo inmediatamente al suspender la medicación.³ Sin embargo, la lesión puede adoptar una morfología atípica, ya que esta terapéutica disminuiría la respuesta inmune local, facilitando el sobrecrecimiento de hongos con aumento de su virulencia.⁷

Como diagnósticos diferenciales se podrían incluir: lupus discoide, sarcoidosis, granuloma actínico, rosácea unilateral, infiltración linfocitaria, pseudolinfoma, granuloma anular facial, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, psoriasis, demodicidosis e infecciones bacterianas.^{1,8}

El diagnóstico definitivo se logra mediante un examen directo de escamas con hidróxido de potasio, donde pueden evidenciarse estructuras fúngicas, que se tipifican mediante cultivo, como el caso presentado, en el que se



Foto 4. Desarrollo de *Trichophyton rubrum* en medio Sabouraud y PDA.

Foto 5. Resolución de lesiones al finalizar el tratamiento.

realizó agar Sabouraud y PDA. En caso de duda diagnóstica o infecciones recalcitrantes, puede efectuarse biopsia de piel con tinción de Hematoxilina-Eosina y PAS.^{1,3}

El tratamiento debe iniciarse con la suspensión del uso de esteroides e inicio de medicación antifúngica.^{2,3} Como la tiña capitis, la tiña de la barba debe ser tratada con antifúngicos sistémicos, ya que a diferencia de la terapéutica tópica, penetran el tallo piloso. La griseofulvina es el único agente aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para el tratamiento de la tiña capitis, sin embargo, el mismo debe ser prolongado y las reacciones adversas son más comunes que con terbinafina e itraconazol, por lo que algunos autores consideran a éstos últimos como la mejor opción. El fluconazol no está bien documentado para la tiña de la barba.^{4,6} La terapia generalmente se indica durante dos semanas, utilizando 250 mg. de terbinafina o 200 mg. de itraconazol por día, en combinación con antimicóticos tópicos, aunque la duración definitiva del tratamiento está determinada por la respuesta clínica y micológica.^{1,9} Algunos autores prolongan el tratamiento durante 4 semanas.⁴

En conclusión, creemos que debería plantearse el diagnóstico de tiña incógnita en todo paciente con una dermatosis inusual o irreconocible, que haya sido tratada previamente con antiinflamatorios tópicos como los corticoides o los inhibidores de la calcineurina.^{2,7} Además destacamos que el *Trichophyton rubrum*, es un agente etiológico poco frecuente de la tiña de la barba.

Bibliografía

1. Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vera L, Welsh O. Tinea incognita, *Clin dermatol.* 2010, 28: 137-139.
2. 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, 51: 410-415.
3. Torres S, Ortiz M, Padilla MC. Tiña incógnita, reporte de un caso, *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2007, 16: 170-172.
4. Xavier M, Torturella D, Rehfeldt F, Rodrigues Alvarinho C, *et ál.* Sycosiform tinea barbae caused by *Trichophyton rubrum* [en línea], *Dermatol Online J.* 2008, 14:10 <http://dermatology-s10.cdlib.org/1411/case_presentations/tinea_barbae/xavier.html>, [13 de abril de 2013], ISSN 1087-2108.
5. Cestari T, Manzoni A. Patología infecciosa, Larralde M., Abad E., Luna P. *Dermatología pediátrica.* Ed. Journal, Buenos Aires, 2010, 227.
6. Bonifaz A, Ramirez Tamayo T, Saúl A. Tinea Barbae (Tinea Sycosis): Experience with nine cases. *J. Dermatol.* 2003, 30: 898-903.
7. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita, *Piel.* 2002, 17:12-17.
8. Nenoff P, Mügge C, Herrmann J, Keller U. Tinea faciei incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis, *Mycoses.* 2007, 50: 20-25.
9. Yin X, Du X, Zhung H. A case of tinea barbae due to *Trichophyton rubrum* infection by autoinoculation from the infected fingernails. , *Mycoses.* 2011, 54: 864-66.



PERLAS DERMATOLÓGICAS

Pioderma gangrenoso afectando cavidad oral

Martins Curi M., Lopes Cardoso C., Koga D. E., Zardetto C., *et ál.* Pyoderma gangresum affecting the mouth. *Open Journal of Stomatology*, 2013, 3: 142-145

Los sitios más frecuentes de aparición de lesiones ulcerosas por PG en la mucosa oral son la lengua, el paladar duro y el paladar blando. El 6% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan PG. Se debería diferenciar esta entidad de la aftosis compleja y de la pioestomatitis vegetante. Los autores enfatizan la importancia de considerar al PG como diagnóstico diferencial ante lesiones ulcerativas de la mucosa oral y recordar que la EII presenta manifestaciones en mucosa oral.



Julieta Ruíz Beguerie

Acrocordones. Asociaciones con síndrome metabólico

Akpinar F, Dervis E. Association between acrocordons and the components of metabolic syndrome. *Eur J Dermatol*, 2012 :22:106.

En 192 pacientes con un acrocordon o más (término medio 10) se investigó el índice de masa corporal presión arterial, colesterolemia, triglicéridos, LDL, HDL, tolerancia a la glucosa oral. La hipertensión, diabetes, índice de masa corporal, colesterolemia, triglicéridos, LDL, tenían valores mas elevados y HDL disminuidos comparados con un grupo control de 104 individuos. Estos hallazgos sugieren la asociación de acrocordones con síndrome metabólico y la conveniencia de solicitarlos.



2

Alberto Woscoff

Omalizumab en urticaria crónica

Armengot-Cabo M., Velasco Pastor M., Rodrigo Vicolás B., Pont Sanjuan V., *et ál.* Omalizumab in chronic urticaria: a retrospective series of 15 cases, *Dermatol Ther.*, 2013, 26: 257-259.

El Omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti IgE empleado para el tratamiento del asma alérgico severo. En 15 pacientes con urticaria crónica, sin respuesta a antihistamínicos, corticoides y ciclosporina, se administró omalizumab en dosis de 150-300 mg/d. El control a los 3 meses mostró que 3/15 respondieron en forma total, 9/15 parcial y en 3/15 no hubo respuesta. Los resultados concuerdan con otras observaciones.



3

Alberto Woscoff