

Diez casos de tiña incógnita en una consulta de pediatría. Un estudio retrospectivo (1985-2005)

A. Martínez Roig¹, J.M. Torres Rodríguez²

¹Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona. ²URMEC (Experimental and Clinical Mycology Research Unit). IMIM/IMAS. Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen

El término «tiña incógnita» se utiliza para dermatofitosis con características clínicas no habituales, por utilización tópica de corticoides o inmunomoduladores.

Pacientes y métodos: Se exponen 10 casos diagnosticados durante 20 años, con una media de edad de 6,5 años y un tiempo de evolución medio de 2,7 meses.

Resultados: En 3 pacientes existía más de un caso familiar, lesiones micropapulosas, pustulosas y descamativas localizadas en la cara, el cuello o las extremidades, *T. mentagrophytes* en 7 casos y *M. canis* en uno.

Conclusiones: Las lesiones inusuales o difíciles de reconocer, tratadas previamente con corticoides o inmunomoduladores tópicos, requieren siempre un estudio micológico.

Palabras clave

Tiña incógnita, corticoides, inmunomoduladores

Abstract

Title: Ten cases of tinea incognito in a pediatrics office: a retrospective study (1985-2005)

The term tinea incognito is used to refer to dermatophytosis with uncommon clinical characteristics, usually due to topical utilization of corticosteroids or immunomodulators. The purpose of this report was to demonstrate the importance of the clinical history and additional diagnostic procedures in determining the etiology of tinea.

Patients and methods: A total of 10 cases were diagnosed over a 20-year period. The mean age was 6.5 years and the mean duration of disease at inclusion in the study was 2.7 months.

Results: In 3 cases, more than one family member was affected, and micropapular, pustular and desquamated lesions located on face, neck or extremities were identified. The etiological agents were *T. mentagrophytes* in 7 cases and *M. canis* in one.

Conclusions: Unusual or difficult to recognize lesions that had been previously treated with corticosteroids or topical immunosuppressive therapy always require a mycological study.

Keywords

Tinea incognito, corticosteroids, immunomodulators

Introducción

El término «tiña incógnita» se ha utilizado desde 1968 para las formas de dermatofitosis que tienen una apariencia modificada por la utilización de corticoides tópicos¹. Las lesiones han perdido las características que sirven para orientar el diagnóstico clínico, y adoptan unas morfologías que al clínico le resultan poco sugestivas de tiña. Por el efecto de los corticoides e inmunomoduladores se produce una supresión de la inflamación, manteniendo el crecimiento fúngico ante la menguada respuesta inmunitaria local².

La historia clínica suele ser siempre muy parecida. El paciente acude a la visita tras unos meses de evolución, en los que, inicialmente, ya sea como automedicación o después de un diagnóstico incorrecto, se han aplicado corticoides tópicos, inmunomoduladores tópicos³ o cremas polivalentes. Se produce

una mejoría de la sintomatología subjetiva y objetiva, pero al suspender la medicación reaparece rápidamente la lesión. Se vuelve a emplear el mismo fármaco, lo que inicia nuevamente el ciclo de forma indefinida. La lesión inicial puede haber adquirido durante este ciclo una morfología difícil de catalogar.

Se ha considerado interesante presentar los casos diagnosticados en un servicio de pediatría, con la idea de resaltar la importancia de la historia clínica. Ésta debe facilitar al clínico la realización del diagnóstico y las consiguientes exploraciones complementarias, cuando hagan falta, para establecer la etiología.

Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo de los pacientes, de entre 2 meses y 16 años de edad, diagnosticados de tiña incógnita en un servicio de pediatría de un hospital general, durante los años

TABLA 1

Relación de casos de tiña incógnita

Número	Sexo/edad (años)	Lesión Localización	Tiempo de evolución Tratamientos previos	Contactos	Diagnóstico etiológico
1	H/3	Eritematoso-pustulosa Cara	3 meses Corticoides tópicos Pimecrolimus Cloxacilina Mupirocina	Perro	<i>T. mentagrophytes</i> v. <i>mentagrophytes</i>
2	M/9	Eritematoso-descamativa Párpado	2 meses Crema polivalente de corticoides, antibiótico, antifúngico	?	ED: hifas
3	M/6	Eritematoso-descamativa Cara	3 meses y medio Corticoides tópicos	Perro	<i>T. mentagrophytes</i> v. <i>granulosa</i>
4	M/10	Pápulas en forma anular Antebrazo	2 meses Corticoides tópicos Gentamicina tópica	Conejos	<i>T. mentagrophytes</i> v. <i>granulosa</i>
5	H/10	Eritematoso-descamativa Cara	3 meses Corticoides tópicos	Perro	<i>T. mentagrophytes</i>
6	H/6	Pústulas y costras en forma anular Cara	3 meses Corticoides tópicos Gentamicina tópica	?	<i>M. canis</i>
7	M/7	Eritema Cuello-rodilla	5 meses Corticoides tópicos	Gato y perro	<i>T. mentagrophytes</i>
8	M/3	Eritema Cara	3 meses Corticoides tópicos	Perro	<i>T. mentagrophytes</i> v. <i>granulosa</i>
9	M/8	Pápulas pequeñas en forma anular Antebrazo	2 meses Corticoides tópicos Gentamicina tópica	Conejos	<i>T. mentagrophytes</i> v. <i>granulosa</i>
10	H/3	Micropápulas en forma anular Pierna	1 mes Corticoides tópicos	Gatos	ED: hifas

H: hombre; M: mujer; ED: examen directo; v: variedad.

1985-2005. Se estudiaron los siguientes datos: sexo, edad, localización, tipo de lesión, tiempo de evolución previo al diagnóstico, tratamientos realizados, contactos frecuentes con animales con pelo o con personas afectadas de tiña, diagnóstico etiológico por examen directo y/o cultivo y tratamiento aplicado.

Resultados

En la tabla 1 se resumen las características de los 10 pacientes que en el curso de los últimos 20 años (1985-2005) se han diagnosticado de tiña incógnita.

Los casos se han repartido entre 4 niños y 6 niñas, a los que se podría añadir el de la madre de uno de los niños (caso 5), que al presentar en la cara unas lesiones similares a las del hijo y una historia similar en la evolución, fue estudiada conjuntamente, a pesar de su edad no pediátrica. La edad media ha sido de 6,5 años (3-10 años). El tiempo medio de evolución de las lesiones hasta establecer el diagnóstico fue de 2,7 meses (rango: 1-5 meses). En 8 casos existía el antecedente de contacto con animales con pelo, mientras que en 2 casos no

constaba un posible contacto con animales o personas infectadas. En 3 de los pacientes existía más de un caso en la familia, como el número 5, en el que la madre y su hijo presentaban la misma clínica en la cara, y los casos 4 y 9, correspondientes a dos hermanas con lesiones idénticas en el antebrazo.

En todos los casos la historia registró un hecho común: la repetida utilización de corticoides tópicos, de baja y mediana potencia, con mejoría parcial de las lesiones y reaparición de éstas al suprimirlos. En un caso también se realizó tratamiento con pimecrolimus. Es preciso mencionar que la forma clínica inicial condicionaba el diagnóstico erróneo y también el tratamiento. Así, se puede comprobar que en los casos 2, 3, 5, 7 y 8, en que las manifestaciones eritematoso-descamativas (figura 1) dominaban la semiología, se había establecido un diagnóstico de posible eccema seborreico o atópico con recomendación de tratamiento antiinflamatorio o inmunomodulador. En 4 casos, en que había elementos pustulosos o micropápulas (figuras 2-4), se habían interpretado como lesiones propias de infección bacteriana, concomitante al proceso inflamatorio, y se había asociado tratamiento antibiótico tópico a los corticoides. En el caso 2 se había utilizado una crema polivalente, ante un diagnóstico clínico incierto.



Figura 1. Lesión eritematosa-descamativa en la cara y parte del cuello, que había sido diagnosticada de eccema seborreico y tratada durante 3 meses y medio con corticoides de forma irregular. Caso 3



Figura 2. Lesión anular con piel normal, de la que sobresalen lesiones papulares. El paciente había recibido tratamiento intermitente con corticoides tópicos durante 2 meses. Caso 4



Figura 3. Lesiones papuloso-descamativas y costras en la cara. Durante 3 meses antes del diagnóstico, el paciente había seguido un tratamiento con crema de gentamicina y betametasona. Caso 6

Los estudios etiológicos se realizaron mediante recogida de muestras de escamas de la zona periférica de la lesión o de las micropápulas, o bien de las pústulas, según la clínica de cada



Figura 4. Lesión eritematosa-pustulosa de la cara. El paciente había recibido tratamiento durante 3 meses con corticoides, pimecrolimus y mupirocina. Caso 1

caso, mediante desinfección previa con alcohol de 70°. Se intentaba recoger muestras de más de un lugar de la lesión. El material de descamación se recogía en una placa de Petri de 5 cm de diámetro, colocada lo más próxima posible a la zona de la lesión, y se procesaba de la siguiente forma: a) examen directo de la muestra tratada con KOH al 40%, observándose a 400 aumentos; b) cultivos en medio de Agar de Sabouraud con cloranfenicol y el mismo medio con cicloheximida.

Se llevaron a cabo observaciones dos veces por semana con identificación de las colonias aparecidas macro o micromorfológicamente.

En los casos 2 y 10 sólo se consiguió observar hifas en el examen directo, sin que el cultivo fuera positivo. De los 8 casos restantes, en 7 se aisló *T. mentagrophytes* y en 1 *M. canis*.

Tras el diagnóstico, los casos 2, 4, 7, 8, 9 y 10 se trataron con antifúngico tópico (miconazol y ketoconazol), mientras que los casos 3, 5 y 6 se trataron con ketoconazol oral y el caso 1 con terbinafina oral. La evolución clínica y micológica fue favorable, con una buena tolerancia de la medicación y sin efectos secundarios.

Discusión

Un diagnóstico impreciso y la utilización inadecuada de fármacos por parte del clínico, o la automedicación por parte del paciente, propician que las lesiones de poca gravedad y sin demasiadas manifestaciones subjetivas presenten innecesariamente una larga evolución. La prisa familiar por la curación de las lesiones antiestéticas contagia a veces al médico y le hace instaurar tratamientos inoportunos sin tener un diagnóstico preciso. La tiña incógnita es una consecuencia de esta actuación. La propia duración del tratamiento local con corticoides puede ser *per se* un elemento de distorsión, puesto que cuanto más dure, más posible es la aparición de atrofia y foliculitis añadida. En la actualidad, la utilización cada vez más frecuente de inmunomoduladores en el tratamiento del eccema atópico lleva a pensar en estos fármacos como posibles agentes favorecedores de este

tipo de tiña^{3,4}. Las publicaciones sobre este tema suelen estar referidas principalmente al adulto, pero la tiña incógnita también se da en la infancia, y entre nuestros casos incluso había 3 niños cuya edad era 3 años³⁻²².

La localización en la cara de este tipo de tiña es frecuente^{3,5,6,12-15}. La forma de presentación anular o redondeada, con bordes eritematoso-descamativos y aclaramiento lesional central, puede favorecer una presunción diagnóstica de dermatitis seborreica, psoriasis, lupus eritematoso, dermatitis de contacto o dermatitis fotosensible. Las lesiones que se acompañan de micropápulas o pústulas, es decir, las que inicialmente corresponderían a formas inflamatorias de tiña, se confunden con folliculitis.

Aunque existe la posibilidad de que en la cara aparezcan manifestaciones clínicas atípicas²³, se debe pensar en un diagnóstico de tiña incógnita ante las siguientes situaciones: a) antecedentes de contactos con animales de pelo, que según la procedencia urbana o rural de los niños, podrán variar entre perro, gato o conejos, como se observa en los casos estudiados; b) evolución prolongada de las lesiones con mejorías y rápidas recidivas al dejar los tratamientos instaurados; c) tratamientos previos con corticoides, a los que actualmente se han de añadir los inmunomoduladores tópicos; d) lesiones que en ningún momento han afectado a la mucosa labial a pesar de su posible localización bilateral; e) presencia de pápulas intercaladas en una lesión redondeada, anular o con borde circinado, y f) lesiones que nunca han llegado a desaparecer completamente y cuyas manifestaciones residuales siempre dejan alguna pápula, costra o zona periférica, mínimamente descaamativa y de aspecto circinado.

Es preciso señalar que, entre los casos estudiados, en el 2 y el 10 se puede comprobar que el tratamiento previo interfirió en el resultado del cultivo micológico. Sólo se pudo detectar la presencia de hifas no viables en el examen directo, sin obtener un cultivo positivo. Del resto de casos, destaca el predominio etiológico de *T. mentagrophytes*, presente en 7 de los 8 cultivos positivos.

Conclusiones

La rapidez a la hora de establecer diagnósticos no es un buen aliado en la clínica dermatológica. El pediatra, antes de realizar cualquier tratamiento ante lesiones anulares u ovaladas, debe plantearse el posible diagnóstico de tiña. Se debe iniciar un estudio etiológico ante cualquier paciente que presente una erupción inusual o difícil de reconocer, tratada previamente con corticoides o inmunomoduladores tópicos. En caso de un resultado negativo, dato que no tardará en conocerse más de

15 días, deberá proseguirse con los estudios que el clínico crea pertinentes. ■

Bibliografía

- Ive FA, Marks R. Tinea incognita. *BMJ*. 1968; 3: 149-152.
- Marks R. Tinea incognita. *Int J Dermatol*. 1978; 17: 301-302.
- Siddaiah N, Erickson CQ, Miller G, Elston DM. Tacrolimus-induced tinea incognita. *Cutis*. 2004; 73: 237-238.
- Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J. Pimecrolimus-induced tinea incognita. *Skinmed*. 2004; 3: 352-353.
- Celic D, Rados J, Skerlev M, Dobric I. What do we really know about tinea incognita? *Acta Dermatovenerol Croat*. 2005; 13: 17-21.
- Pustisek N, Skerlev M, Basta-Juzbasic A, Lipozencic J, Marinovic B, Bukvic-Mokos Z. Tinea incognita caused by *Trichophyton mentagrophytes*—a case report. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2001; 9: 283-286.
- Krajewska-Kulak E, Niczyporuk W, Lukaszk C, Bartoszewicz M, Roszkowska I, Edyta M. Difficulties in diagnosing and treating tinea in adults at the Department of Dermatology in Bialystok (Poland). *Dermatol Nurs*. 2003; 15: 527-530.
- Agostini G, Knopfel B, Difonzo EM. Universal dermatophytosis (tinea incognita) caused by *Trichophyton rubrum*. *Hautarzt*. 1995; 46: 190-193.
- Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MH, Neuman HA. Tinea incognita due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. *Clin Infect Dis*. 2001; 15: 142E-144E.
- Wacker J, Durani BK, Hartschuh W. Bizarre annular lesions emerging as tinea incognita. *Mycoses*. 2004; 47: 447-449.
- Elgart ML. Tinea incognita: an update on Majocchi granuloma. *Dermatol Clin*. 1996; 14: 51-55.
- Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognita due to *Microsporium gypseum* in three children. *Pediatr Dermatol*. 2000; 17: 41-44.
- Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J. Pimecrolimus-induced tinea incognita. *Skinmed*. 2004; 3: 352-353.
- Siddaiah N, Erickson Q, Miller G, Elston DM. Tacrolimus-induced tinea incognita. *Cutis*. 2004; 73: 237-238.
- Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel*. 2002; 17: 12-17.
- Salomon BA, Glass AT, Rabbin PE. Tinea incognita and «over-the-counter» potent topical steroids. *Cutis*. 1996; 58: 295-296.
- Feder HN Jr. Tinea incognita misdiagnosed as erythema migrans. *N Engl J Med*. 2000; 343: 69.
- Cerroni L. Tinea incognita. *N Engl J Med*. 2000; 343: 1.499.
- Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognita in Italy: a 15-year survey. *Mycoses*. 2006; 49: 383-387.
- Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MH, Neuman HA. Tinea incognita due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. *Clin Infect Dis*. 2001; 33: 142E-144E.
- Solomon BA, Glass AT, Rabbin PE. Tinea incognita and «over-the-counter» potent topical steroids. *Cutis*. 1997; 59: 216E.
- Sánchez-Castellanos ME, Mayorga-Rodríguez JA, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Tinea incognita due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Mycoses*. 2007; 50: 85-87.
- Gorani A, Oriani A, Cambiaghi S. Seborreic dermatitis-like tinea faciei. *Pediatr Dermatol*. 2005; 22: 244-245.