



## Tiña incógnita facial. Informe de dos casos

### Facial Tinea incognita. Case report

Gustavo Lizardo-Castro,<sup>1</sup> Karen Cerrato-Hernández,<sup>2</sup> Bessy Cruz-Enamorado<sup>3</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** La tiña incógnita es una infección dermatofítica, con una morfología modificada debido al uso inapropiado de esteroides tópicos, sistémicos o inhibidores de la calcineurina. Este problema es más frecuente en casos de tiñas faciales y constituye un reto diagnóstico que requiere historia clínica minuciosa, examen físico y estudios complementarios. En países tropicales, en vías de desarrollo, las dermatofitosis son un problema de gran prevalencia debido a múltiples factores: clima cálido, hacinamiento, contacto con animales y malos hábitos de higiene. Honduras no es la excepción y, además de los factores mencionados, la venta de medicamentos sin prescripción favorece la automedicación. Otro factor contribuyente es la no disponibilidad de exámenes de laboratorio en la mayor parte de los centros asistenciales estatales, lo que dificulta la confirmación diagnóstica de una dermatosis.

**CASOS CLÍNICOS:** Se comunican dos casos de tiña facial incógnita en dos pacientes del sexo femenino en edad pediátrica ocasionadas por *Trichophyton verrucosum* y tratadas con la combinación de antimicóticos tópicos y sistémicos con excelentes resultados.

**CONCLUSIÓN:** Es importante concientizar a los profesionales de la salud acerca del riesgo del uso inapropiado de esteroides y de inhibidores de la calcineurina en dermatosis eritematoescamosas, sobre todo las faciales.

**PALABRAS CLAVE:** Tiña incógnita; infección dermatofítica; esteroides; inhibidores de calcineurina; automedicación.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Tinea incognita is defined as a dermatophytic infection with a modified morphology due to the inappropriate application of topical or oral steroids or calcineurin inhibitors. This problem occurs more often in cases of facial tinea and may be a diagnostic challenge that requires a good clinical history, physical examination and complementary laboratory tests. In tropical developing countries, like Honduras, dermatophytoses are a prevalent problem due to multiple factors: warm climate, overcrowding, contact with animals and poor hygiene habits; also over-the-counter sale of medications favors self-medication and lack of availability of laboratory tests in most public health care centers makes difficult to confirm the diagnosis.

**CLINICAL CASES:** We reporting two cases of facial tinea incognita in female pediatric patients due to *Trichophyton verrucosum* treated with combined oral and topical therapy with good results.

**CONCLUSION:** We want to raise the awareness of health professionals about the risk of inappropriate use of steroids and calcineurin inhibitors, especially in facial dermatoses.

**KEYWORDS:** Tinea incognita; Dermatophytic infection; Steroids; Calcineurin inhibitors; Self-medication.

<sup>1</sup> Pediatra / Dermatólogo Pediatra, egresado del I. N. P. de México. Depto. de Pediatría, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela Universitario (HEU) / Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras.

<sup>2</sup> Dermatóloga, egresada del Posgrado de Dermatología, UNAH, Dermatóloga en Hospital Tróchez Montalván, Juticalpa, Honduras.

<sup>3</sup> Dermatóloga, egresada del Posgrado de Dermatología, UNAH, Dermatóloga en Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

**Recibido:** 4 de julio 2018

**Aceptado:** 24 de octubre 2018

#### Correspondencia

Gustavo Adolfo Lizardo Castro  
glizardoc@yahoo.com

#### Este artículo debe citarse como

Lizardo-Castro G, Cerrato-Hernández K, Cruz-Enamorado B. Tiña incógnita facial. Informe de dos casos. Pediatr Mex. 2019;40(1):22-7.

## ANTECEDENTES

La tiña incógnita o *tinea incognita* (TI) la describieron por primera vez Ives y Marks (1968), poco después de la introducción de los esteroides

tópicos a la Dermatología.<sup>1,2</sup> La expresión tiña incógnita se utiliza para describir una micosis superficial por dermatofitos que pierde su presentación clínica típica debido al tratamiento tópico o sistémico inadecuado con esteroides

y, con menor frecuencia, con inhibidores de la calcineurina.<sup>2,3,4</sup> Por lo general, se manifiesta con lesiones poco definidas que pueden mimetizar otras dermatosis, circunstancia que retrasa su diagnóstico y tratamiento correcto, incluso a veces por dermatólogos.<sup>2,5</sup> La incidencia de tiña incógnita reportada en México, cuyo clima y condiciones socioeconómicas son similares a los de Honduras, es de aproximadamente 3.8%.<sup>6</sup>

Se reporta el caso de dos pacientes pediátricos, de sexo femenino, con tiña incógnita facial tratados con esteroides tópicos (**caso 1**) y con esteroides tópicos más un inhibidor de calcineurina (tacrolimus) en el segundo caso.

## PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Niña de seis años de edad, sin antecedentes heredofamiliares o personales patológicos de importancia, con dermatosis de dos meses de evolución caracterizada por placa eritematodescamativa que se inició en la frente. Fue tratada con betametasona en crema al 0.05% dos veces al día, durante un mes, por iniciativa de su madre. Puesto que la dermatosis se extendió a la nariz y las mejillas (**Figura 1a**) la llevaron al centro de salud de su localidad; el médico

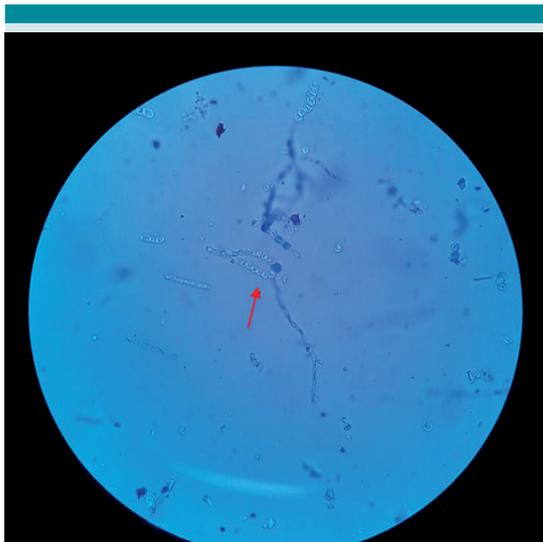


**Figura 1. a)** Lesiones eritematodescamativas producidas por *T. verrucosum*. **b)** Un mes después con terbinafina tópica y griseofulvina oral.

le indicó: hidrocortisona al 1% en crema, más neomicina-clotrimazol dos veces al día, durante cuatro semanas. La lesión no mejoró y continuó

extendiéndose, razón por la que fue enviada para su atención al servicio de Dermatología del Hospital Escuela Universitario.

En el examen físico se encontró que el peso y la talla estaban dentro de los límites normales para su edad y sexo. Tenía lesiones eritematosas y descamativas en las regiones frontal y temporal, parte de la nariz y en las mejillas, donde se observó un borde activo. La sospecha diagnóstica fue de tiña facial incógnita; se solicitó KOH y cultivo. El estudio inicial reportó un micelio hialino cenocítico; con base en ello se inició el tratamiento con 20 mg/kg/día de griseofulvina durante 20 días más terbinafina en crema al 1% una aplicación diaria por 30 días; con este esquema desaparecieron por completo las lesiones (**Figura 1b**). El cultivo reportó *Trichophyton verrucosum* (**Figura 2**).



**Figura 2.** Cadena de clamidoconidias observadas en cultivo de *T. verrucosum*.

### Caso 2

Niña de cinco años, sin antecedentes familiares y personales de importancia, con lesiones de seis meses de evolución que se iniciaron en la nariz. Su médico le prescribió betametasona en crema al 0.05% dos veces al día, por espacio de un mes; inicialmente las lesiones disminuyeron

pero poco después se extendieron a las áreas vecinas. Posteriormente se le indicó desonide en crema al 0.1% una vez al día durante 30 días, luego tacrolimus tópico al 0.03% dos veces al día en las siguientes seis semanas. Ante la evolución de la dermatosis se decidió enviarla para su atención al Hospital Escuela Universitario.

En el examen físico el peso y la talla se encontraron en límites normales para su edad y sexo. Se advirtieron lesiones eritematosas, con descamación leve en las mejillas, nariz, párpados y escasas en la frente (**Figura 3a**). Se sospechó tiña incógnita; el KOH reportó micelio hialino cenocítico ramificado. El cultivo reportó *Trichophyton verrucosum*.

Se inició tratamiento con terbinafina tópica al 1% dos veces al día durante dos semanas y 125 mg diarios de terbinafina oral por espacio de cuatro semanas, con desaparición completa de las lesiones (**Figura 3b**).



**Figura 3. a)** Lesiones eritematosas con descamación leve ocasionadas por *T. verrucosum*. **b)** Un mes después con terbinafina tópica y oral

### DISCUSIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las micosis cutáneas superficiales afectan, aproximadamente, al 20% de la pobla-

ción mundial.<sup>7,8</sup> Estas micosis son provocadas, mayormente, por dermatofitos y se les llama dermatofitosis o tiñas. Los dermatofitos son hongos con gran capacidad para parasitar estructuras queratinizadas como la piel, pelo y uñas, porque usan la queratina como fuente de energía.<sup>8,9</sup> Los dermatofitos que parasitan al ser humano son del género *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*.<sup>8,10,11</sup> Cuando afectan la piel, lo común es que aparezcan placas eritematosas, con borde activo circinado, papular o vesiculoso y áreas de pseudocuración central que suelen acompañarse de descamación moderada a intensa y casi siempre pruriginosas. Estas dermatosis se ven favorecidas por climas cálidos y húmedos,<sup>12</sup> hacinamiento, contacto con animales y malos hábitos de higiene.<sup>5</sup>

El término de tiña incógnita (TI) se refiere a una dermatofitosis que ha perdido sus características clínicas comunes debido al uso de esteroides tópicos o sistémicos o, bien, por inhibidores de la calcineurina.<sup>2</sup> Desde el punto de vista clínico, los márgenes no están bien definidos, tienen mucha menos descamación que, en ocasiones, se tornan pustulares, con eritema intenso y, a veces, inexistente, por lo que puede simular otras dermatosis.<sup>1,10</sup> Dos de los estudios con series de pacientes más extensas<sup>3,13</sup> reportaron que las formas clínicas más frecuentes en lesiones corporales de TI simulaban eccemas o impétigo y en lesiones faciales simulan eccemas, rosácea o lupus discoide. La prevalencia de casos de tiña incógnita inicialmente tratados por médicos de atención primaria es alta, pero también puede ocurrir por prescripción de los dermatólogos.<sup>3,13</sup>

Las áreas más afectadas por TI son la cara y el tronco,<sup>2,3,6,13,14</sup> y con menor frecuencia los miembros superiores, inferiores, ingles y axilas.

Las tiñas faciales son infrecuentes y representan solo 3-4% de los casos de tiñas corporales, aunque en población pediátrica se ha repor-

tado una incidencia incluso de 19%.<sup>7,12,15</sup> Con frecuencia, las tiñas faciales se diagnostican y tratan erróneamente, en algunas series se reportan de 35 a 70% del total de casos de TI,<sup>15</sup> lo que las convierte en el grupo predominante de tiñas incógnitas. Los dos casos aquí descritos corresponden a tiña facial.

Los familiares del paciente, o algunos médicos de primer contacto, utilizan cremas con esteroides o, bien, una combinación de esteroide-antimicótico-antibiótico, donde el efecto del esteroide es más potente<sup>1</sup> y convierte a la tiña común en tiña incógnita. En los pacientes con TI las lesiones circinadas con aclaramiento central son poco frecuentes y pueden simular gran número de dermatosis, sobre todo eccemas,<sup>2,4</sup> lo que conduce a la indicación equívoca de esteroides tópicos o inhibidores de calcineurina. Al poco tiempo esto origina un “rebrote” y una mayor extensión de la enfermedad inicial al suspenderlos o, incluso, mientras continúan utilizándolos.<sup>4,10</sup> Debido a que en Honduras no se cuenta con un control estricto en la venta de medicamentos, se favorece el uso inapropiado de esteroides tópicos por indicación del personal de las farmacias o por automedicación de los pacientes o sus familiares.

La circunstancia de tener una enfermedad dermatológica de base, tratada con esteroides, aumenta el riesgo de tiña incógnita entre 6 y 20%,<sup>9</sup> y en más de 30% según la serie de Romano.<sup>13</sup> El problema en estos casos es que tanto los pacientes como los médicos pueden confundir las lesiones inespecíficas de tiña con brotes de la enfermedad preexistente y, muchas veces, el paciente se automedica con productos recetados en crisis previas de su enfermedad. También se ha encontrado una incidencia alta de TI en pacientes con tratamientos inmunosupresores sistémicos, por lo que debe tenerse especial cautela con las lesiones dermatológicas de estos pacientes.<sup>3,9,13</sup>

No se ha encontrado predominio de edad o sexo en estudios de poblaciones variadas,<sup>1,3</sup> pero algunos autores refieren que son más frecuentes en niños y mujeres,<sup>3,15</sup> como los dos casos descritos.

Los agentes etiológicos comúnmente reportados son: *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans*, *T. verrucosum* (caso 1 y caso 2), *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis* y *M. gypseum*.<sup>1,2,3,14</sup> Cuando se trata de casos faciales, los dos primeros son los más frecuentes. La fuente de contagio en niños suele ser antropofílica,<sup>12,13</sup> muchas veces de una onicomiosis concomitante.<sup>4,13,14</sup> El *T. verrucosum* es un hongo zoofílico que puede adquirirse por contacto con gatos o perros, que constituyen la fuente probable de contagio de los casos descritos.

El diagnóstico de dermatosis por TI se confirma mediante un estudio micológico directo con hidróxido de potasio (KOH), pero el cultivo identifica el dermatofito causal en el transcurso de dos a seis semanas.<sup>11</sup> Cuando la carga micótica es muy baja, tanto el hidróxido de potasio como el cultivo pueden resultar negativos.<sup>16</sup> La biopsia de piel es útil cuando el hongo se encuentra en estructuras más profundas, como el folículo piloso.<sup>4,10</sup> En la histopatología se localizan hifas y esporas en el estrato córneo o en el folículo piloso al hacer tinción con ácido peryódico de Shift (PAS). En la práctica diaria es aconsejable realizar el KOH y cultivo al mismo tiempo.

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) puede utilizarse para la detección directa del ADN de los dermatofitos,<sup>16</sup> pero no se encuentra disponible en la actualidad en nuestros hospitales. Hace poco se reportó a la dermatoscopia como una opción diagnóstica en áreas con pelo.<sup>17</sup> Al realizar la dermatoscopia se encuentran pelos “en código morse” o en “código de barra”, que se describen como pelos con bandas blancas horizontales que se observan, quizá, como producto de la invasión micótica del pelo,

causando una destrucción concéntrica parcial de las capas de queratina.<sup>17</sup>

Otra técnica diagnóstica reciente y prometedora es la microscopia confocal reflectante, una técnica rápida, que se practica en el consultorio y que permite la observación del estrato córneo y la dermis superficial con detalle casi histológico,<sup>18</sup> y que permite identificar las estructuras micóticas con una sensibilidad comparable al KOH, pero tampoco se encuentra disponible.

Los diagnósticos diferenciales deben tenerse en cuenta de acuerdo con el área afectada: en tiñas faciales pueden confundirse con eccemas, lupus discoide,<sup>4,19</sup> dermatitis seborreica, rosácea, dermatitis por contacto, herpes e impétigo.<sup>1,3,20</sup> En tiñas del cuerpo debe diferenciarse de dermatitis atópica, psoriasis, pitiriasis rosada, eccema numular, granuloma anular, penfigoide buloso<sup>21</sup> y procesos linfoproliferativos. En los miembros inferiores, foliculitis, eccemas por insuficiencia venosa;<sup>13</sup> y en áreas palmoplantares con eccemas dishidróxicos, pustulosis palmoplantar, dermatitis por contacto, etc.<sup>10</sup>

Las tiñas incógnitas pueden tratarse con medicamentos tópicos, únicamente,<sup>7</sup> pero la mayoría de los autores sugiere el tratamiento combinado (antimicóticos tópicos y sistémicos) en periodos desde dos hasta seis semanas;<sup>10,11</sup> sobre todo se tienen excelentes resultados con terbinafina (caso 2), griseofulvina (caso 1) e itraconazol.

## CONCLUSIÓN

La tiña incógnita debe considerarse en lesiones faciales que no tienen una morfología definida o con periodos parciales de mejoría con esteroides o inhibidores de la calcineurina, pero con rápida recaída y mayor extensión al discontinuarlos o, incluso, mientras se usan; en pacientes que tengan o no una dermatosis preexistente. Los médicos de atención primaria, pediatras, dermatólogos, y otros, deben apoyarse en la clínica

y estudios diagnósticos en las dermatosis que parezcan confusas.

## REFERENCIAS

1. Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vera L, Welsh O. Tinea incognita. *Clin dermatol.* 2010;28(2):137-9.
2. Del Boz J, Cresco V, Rivas Ruiz F, Troya M. Tinea incognita: 54 cases. *Mycoses.* 2011;54:254-8.
3. Kim WJ, Kim TW, Mun JH, Song M, Kim HS, Ko HC, et al. Tinea incognita in Korea and its risk factors: nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci.* 2013;28(1):145-51.
4. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel.* 2002;17(1):12-7.
5. Ansar A, Farshchian M, Nazeri H, Ghiasian SA. Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognita in Iran: a 16-year study. *Med Mycol J.* 2011;52(1):25-32.
6. Padilla-Desgarennes MD, Morales-Sánchez MA, Lazo-García EC. Epidemiología de la tiña incógnita en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2014;23(3):85-9.
7. Sánchez-Saldaña L, Matos-Sánchez R, Kumakawa H. Infecciones micóticas superficiales. *Dermatol Peru.* 2009;19(3):226-66.
8. Sharma V, Kumawat TK, Sharma A, Seth R, Chandra S. Dermatophytes: Diagnosis of dermatophytosis and its treatment. *Afr J Microbiol.* 2015; 9(19):1286-93.
9. Ruiz-Rivero J, Mendoza-Cembranos MD, Ciudad Blanco MC. Tiña incógnita: serie de casos y revisión bibliográfica. *Piel.* 2014;29:624-7.
10. Nieto-Rodríguez D, Gómez-Fernández C, Rueda-Carnero JM. Tinea incognita: A Challenging Entity. *J Fam Med.* 2017;4(1): 1103.
11. Moriarty B, Hay R, Morris-Jones R. The diagnosis and management of tinea. *BMJ.* 2012 Jul 10;345:e4380. doi: 10.1136/bmj.e4380
12. Lin RL, Szepietowski JC, Schwartz RA. Tinea faciei, an often-deceptive facial eruption. *Int J Dermatol.* 2004; 43:437-40.
13. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognita in Italy: a 15 years survey. *Mycoses.* 2006;49(5):383-7.
14. Dutta B, Rasul ES, Boro B. Clinico-epidemiological study of tinea incognita with microbiological correlation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2017;83:326-31.
15. Lange M, Jasiel-Walikowska E, Nowicki R, Bykowska B. Tinea incognita due to Trichophyton mentagrophytes. *Mycoses.* 2010;53(5):455-7.
16. Seitz AT, Paasch U, Simon JC, Ziemer M. Tinea incognita. *JDDG.* 2013; 11:1090-3.
17. Gomez-Moyano E, Crespo-Erchiga V, Martinez-Pilar L, Martinez-García S. Correlation between dermoscopy and direct microscopy of morse code hairs in tinea incognita. *JAAD.* 2016;74(1): e7-8.
18. Navarrete-Dechent C, Bajaj S, Marghoob AA, Marchetti MA. Rapid diagnosis of tinea incognita using handheld reflectance confocal microscopy: a paradigm shift in dermatology? *Mycoses.* 2015;58(6):383-6.
19. Kye H, Kim DH, Seo SH, Ahn HH, Kye YC, Choi JE. Polycyclic annular lesion masquerading as lupus erythematosus and emerging as tinea faciei incognita. *Ann Dermatol.* 2015;27(3):322-5.
20. Park YW, Choi JW, Paik SH, Kim DY, Jin SP, Park HS, et al. Tinea incognita simulating herpes simplex virus infection. *Ann Dermatol.* 2014;26(2):267.
21. Liu ZH, Shen H. Tinea incognita in an old patient with bullous pemphigoid receiving topical high potency steroids. *J Mycol Med.* 2015;25(3):245.