

CASO CLÍNICO

TIÑA INCÓGNITA, REPORTE DE UN CASO

Autores

Dra. Denisse Granda F. (1) , Dr. Stalin Moreno V. (2)

RESUMEN

Tiña Incógnita o infección dermatofítica, modificada por el tratamiento recibido previamente, por lo general debido a corticoesteroides tópicos o sistémicos. Presentamos el caso de un niño de sexo masculino de 3 años de edad, que presenta lesiones en mejilla izquierda de tres meses de evolución, tratadas previamente con corticoides locales por 2 meses, sin respuesta. El diagnóstico de tiña incógnita se estableció mediante el KOH y cultivo positivo para *Microsporum Canis*. Se realizó tratamiento con Terbinafina tópica y sistémica con evolución favorable.

Palabras clave:

Tiña Incógnita, infección dermatofítica, Microsporum Canis.

ABSTRACT

Tinea Incognita or dermatophytic infection, modified by previously received treatment, usually due to topical or systemic corticosteroids. We present the case of a 3-year-old male child, who had lesions on the left cheek of three months of evolution, previously treated with local steroids for 2 months, with no response. The diagnosis of incognito ringworm was established by KOH and positive culture for *Microsporum Canis*. Treatment with topical and systemic Terbinafine with favorable evolution was performed.

Keywords:

Tinea Incognia, dermatophytic infection, Microsporum Canis.

1) Médico residente. Hospital de Especialidades FF.AA. No.1.

2) Médico Jefe de Dermatología. Hospital de Especialidades FF.AA. No.1.

Autor Correspondencia: Denisse Granda

Dirección: Av. Queseras del Medio y Av. Gran Colombia

Correo electrónico: ddgranda-27@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Tiña incógnita se define como una infección dermatofítica, con apariencia clínica modificada por la administración tópica de esteroides y cremas polivalentes, y en fechas más recientes se ha demostrado que los inmunomoduladores no esteroideos inhibidores de calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus) pueden también ocasionarla. La mayoría de las veces aplicadas por automedicación ⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino 3 años de edad, que hace 3 meses que inicia con dermatosis localizada en mejilla izquierda que aumenta de tamaño y se acompaña de prurito, tratado con antibióticos orales y tópicos, además de corticoides tópicos (betametasona 0.1% y mometasona 0.1 %) por 2 meses continuos. Fue ingresado en clínica de Ambato donde prescriben antibiótico sistémico por 3 días al no existir mejoría es referido a Hospital de Especialidades de FF.AA. N° 1, donde es ingresado por servicio Pediatría y se inicia antibioticoterapia a base de cefazolina 600 mg iv (tres dosis), se realiza interconsulta a Dermatología. Al examen físico se evidencia dermatosis localizada en cara con predominio en hemicara izquierda, canto interno de ojo, cara lateral de nariz y parte de párpado superior izquierdo y región malar hasta borde superior de maxilar inferior, de aspecto monomorfo, caracterizada por pápulas, pústulas y descamación fina que confluyen formando una amplia placa sobre base eritematosa de forma anular. (Figura 1 y 2). (Figura 3) y pequeñas placas eritematosas en tórax posterior (Figura 4 y 5). Con este cuadro se decide suspender antibioticoterapia y se solicita examen directo con hidróxido de potasio (KOH) y cultivo para hongos, reportando el koh resultado positivo y cultivo reporta m canis (Figura 6).

Se inicia tratamiento vía oral con Terbinafina 62.5 mg/día durante 4 semanas observándose mejoría a la semana (Figura 7), a las 2 semanas (Figura 8) y 4 semanas de tratamiento (Figura 9).

DISCUSIÓN

Las tiñas son infecciones superficiales de la piel y los anejos cutáneos causados por hongos filamentosos denominados dermatofitos, capaces de colonizar tejidos queratinizados ¹.

Hay 3 géneros de dermatofitos patógenos humanos: Trichophyton, Microsporum y Epidermophyton. Las tiñas se clasifican según la localización, añadiendo el término en latín (capitis, corporis, cruris, pedis, unguium) ^{1,3}. La presentación clínica modificada puede dar muchas apariencias como eritema, placas pequeñas sin borde microvesicular activo, presencia de pápulas, pústulas, aspecto eccematoso, hiperpigmentación, de tamaño y forma diferentes ⁴.

El cuadro mejora de forma evidente, pero recidiva inmediatamente al suspender la medicación inapropiada, por lo que vuelve a retratarse y el ciclo se repite así de forma reiterada «incógnito» lo que constituye la «clave» para pensar en el diagnóstico ⁴.

El cuadro clínico resultante es tan atípico que puede simular diversas dermatosis, tales como lupus eritematoso discoide, rosácea, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, erupción polimorfa solar y psoriasis, entre otras.

El tratamiento debe iniciarse con la suspensión del uso de esteroides o polivalentes, e inicio de tratamiento antifúngico preferiblemente vía oral. Como terbinafina y azoles como itraconazol y fluconazol, mismos que se prefieren a griseofulvina, pues se acumulan en el estrato córneo ⁴.

Figura 1
ASPECTO CLÍNICO



Figura 2
PÁPULAS, PÚSTULAS, DESCAMACIÓN SOBRE BASE ERITEMATOSA EN HEMICARA DERECHA



Figura 3
PÁPULAS ERITEMATOSAS EN HEMICARA DERECHA



Figura 4
PLACAS EN TÓRAX POSTERIOR



Figura 5
PLACAS EN TÓRAX POSTERIOR



Figura 6
EXAMEN DIRECTO KOH POSITIVO

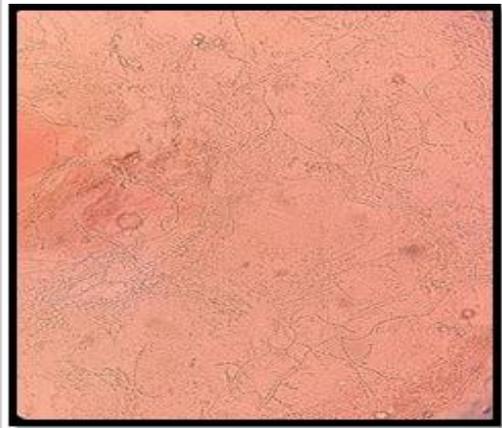


Figura 7
MEJORÍA, 1 SEMANA DE TRATAMIENTO



Figura 8
MEJORÍA, 2 SEMANA DE TRATAMIENTO



Figura 9
MEJORÍA, 4 SEMANA DE TRATAMIENTO



COMENTARIO

La aplicación inapropiada de corticoides tópicos en infecciones micóticas de la piel origina una modificación en su presentación clínica conocida descriptivamente como tiña incógnita ⁵.

La tiña facial ocupa de 3-4% del total de casos de tiña corporal, y puede ocurrir como parches únicos o múltiples de forma anular ⁴. Se caracteriza por producir sensación de quemazón, prurito leve o ser asintomáticas y exacerbarse ante exposición solar, son muy frecuentemente subdiagnosticadas y tratadas como otras dermatosis ⁵. Por lo que constituye un tema importante en nuestro medio, debido a las complicaciones que conlleva la falta de un diagnóstico y tratamiento apropiados.

Las especies más frecuentemente aisladas son *T. tonsurans*, *T. rubrum*, *M. canis*, *T. mentagrophytes* ⁴.

REFERENCIAS

1. Dr. Walter Gubelin H., Dr. Rodrigo De La Parra C., Laura Giesen F. *Micosis Superficiales*. REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(6) 804-812.
2. José Luis Sánchez-Carazo, Blanca Martín. *Las Tiñas*. *An Pediatr Contin*. 2015; 5(2):114-7.
3. A. Martínez Roig. *Dermatofitosis o tiñas*. *Infecciones cutáneas micóticas*. 1: 37-46.
4. Dra. Sonia Torres G,** Dra. Margarita Ortiz A,* Dra. Ma. Carmen Padilla D., *Tiña incógnita, reporte de un caso*. *Rev Cent Dermatol Pascua*. Vol. 16, Núm. 3. Sep-Dic 2012: 170-172.
5. Myrna Rodríguez Acar, María del Carmen Padilla Desgarenes, Cora María Siu Moguel. *Tiña de la cara por Microsporum canis*. *Rev Cent Dermatol Pascua*. Vol. 18, Núm. 2. May-Ago 2009: 65-67.
6. Leonardo Sánchez-Saldaña, Rebeca Matos-Sánchez, Héctor Kumakawa Sena. *Infecciones micóticas superficiales*. *Dermatología Peruana* 2013, Vol 19(3): 226-266.