

Artículo original

Epidemiología de la tiña incógnita en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua»

María del Carmen Padilla-Desgarenes,* Martha Alejandra Morales-Sánchez,**
Estela Cristina Lazo-García***

RESUMEN

Introducción: La tiña incógnita o atípica es una dermatofitosis que ha perdido su morfología característica, tiende a diseminarse y adquiere un aspecto similar a otras dermatosis, dificultando el diagnóstico; generalmente tiene como antecedente el uso de corticoides. Existen escasos estudios que determinen su prevalencia e incidencia. **Objetivo:** Determinar la incidencia y las características clínicas de los casos de tiña incógnita en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua». **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal para identificar a los pacientes con diagnóstico de tiña incógnita atendidos en el Laboratorio de Micología de enero de 2011 a diciembre de 2013. **Resultados:** La incidencia de tiña incógnita fue de 3.8 por cada 100 casos de tiña al año, más del 50% de los pacientes la presentaron en cara, tronco e ingle. Predominó en mujeres, con una mediana de edad de 39 años. El agente causal predominante fue *Trichophyton rubrum*. Los diagnósticos clínicos emitidos fueron: granuloma anular (25%), dermatitis numular (19%) y lupus eritematoso (13%), entre otros. **Conclusión:** La tiña incógnita en el Centro Dermatológico Pascua tiene una incidencia similar a lo reportado previamente en la literatura.

Palabras clave: Tiña incógnita, tiña atípica, corticoides, dermatofitosis, *Trichophyton rubrum*.

ABSTRACT

Introduction: *Tinea incognita* or atypical is a dermatophytic infection in which the treatment with steroids has modified its clinical characteristics. This infection tends to spread and can be confused clinically with other skin diseases, making difficult its diagnosis. There are few studies about its prevalence and incidence. **Objective:** To determine the incidence and clinical aspects of *tinea incognita* in the Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua». **Material and methods:** A cross-sectional study was performed in the micology laboratory from January 2011 to December 2013 to identify the patients with the diagnosis of *tinea incognita*. **Results:** The incidence of *tinea incognita* was 3.8 per 100 cases of *tinea* per year, more than 50% had involvement of the face, trunk and groin. The *tinea* was more common in women with a median age of 39 years. The most frequently isolated fungus was *Trichophyton rubrum*. The clinical diagnoses were: annular granuloma (25%), nummular dermatitis (19%) and lupus erythematosus (13%), among others. **Conclusion.** *Tinea incognita* has an incidence consistent with the data reported in previous studies.

Key words: *Tinea incognita*, atypical *tinea*, corticosteroids, dermatophyte infections, *Trichophyton rubrum*.

INTRODUCCIÓN

El término tiña incógnita lo usaron por primera vez Ivey y Marks en 1968 en una comunicación de 14 casos

de dermatosis de morfología atípica, los cuales habían recibido corticoides.^{1,2} La tiña incógnita o tiña atípica es una dermatofitosis diseminada que ha perdido su morfología característica adquiriendo un aspecto similar a otras dermatosis, dificultando así su diagnóstico. Los pacientes tienen el antecedente del uso de medicamentos inmunosupresores, tales como: corticoides tópicos y/o sistémicos o inhibidores de la calcineurina.^{1,3,4} Estos fármacos actúan inhibiendo la respuesta inmune local, lo que permite un crecimiento fúngico acelerado y la diseminación de las lesiones, enmascarando el cuadro clínico y retrasando su diagnóstico y tratamiento.⁵⁻¹¹

* Jefa del Laboratorio de Micología.

** Jefa del Departamento de Enseñanza.

*** Residente de Tercer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

Por la diversidad de la morfología de la tiña incógnita, el cuadro clínico puede confundirse con lupus eritematoso discoide, eccema, rosácea, dermatitis seborréica, psoriasis en placas, psoriasis pustulosa, liquen plano, esclerodermia, poiquilodermia, eritema pigmentado fijo, síndrome de Sweet, erupción polimorfa lumínica, púrpura, pénfigo, penfigoide ampolloso, pioderma gangrenoso, infiltración linfocítica, impétigo, tuberculosis, lepra, sífilis y herpes, entre otros.^{8,12-18}

En México las tiñas se encuentran entre las diez dermatosis más frecuentes y constituyen el 70-80% de todas las micosis, constituyendo el 5% de la consulta dermatológica.⁵ Sin embargo, existen pocos estudios sobre la prevalencia de la tiña incógnita (0.9% al 6.6%), los que en su mayoría corresponden a reportes de casos.^{8,17,18} El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia de la tiña incógnita en el Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», así como describir el cuadro clínico, agente etiológico y su asociación con el uso de corticoides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal con los pacientes que se atendieron en el laboratorio de Micología del Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» en el periodo comprendido de enero de 2011 a diciembre de 2013. Se incluyeron los pacientes diagnosticados con tiña incógnita confirmados por estudio micológico. Se consideró que el diagnóstico era tiña incógnita cuando el paciente usó inmunosupresores tópicos o sistémicos y presentaba morfología atípica. Se excluyeron los pacientes con expedientes incompletos.

Se registraron los datos de las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de residencia, escolaridad, estado civil y ocupación. Se investigaron las siguientes variables clínicas: topografía, morfología, sintomatología, tiempo de evolución, diagnóstico clínico, agente etiológico aislado, tratamiento previo, potencia del corticoide aplicado, duración del tratamiento con inmunosupresores, comorbilidades y micosis concomitantes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio con el programa SPSS v.22.

RESULTADOS

De 2011 a 2013 en el Laboratorio de Micología se diagnosticaron 425 tiñas de la cara, cuerpo e ingle. Del total de tiñas, 16 correspondieron a tiña incógnita, identificando una incidencia de 3.8 casos en el periodo de estudio (**Cuadro I**). El 69% fueron mujeres y 31% hombres con

una mediana de edad de 39 años (3 a 79). El 69% de los casos presentaron diseminación de la tiña a dos o más segmentos corporales. La topografía más frecuente fue el tronco, seguida de las extremidades inferiores, con un 75% y 38%, respectivamente (**Figura 1**). El 50% de los pacientes tuvieron una evolución de 12 meses (3 meses a 14 años). El agente etiológico aislado en la mayoría de los casos fue el *T. rubrum* (56%) seguido por *T. tonsurans* (12.5%), *T. mentagrophytes* (12.5%) y *M. canis* (6%). El 81% de los pacientes refirieron prurito como única sintomatología asociada a la tiña incógnita. La mitad de los casos presentaba onicomiosis y tiña de los pies de forma concomitante.

Todos los pacientes usaron corticoides tópicos, predominando los de alta potencia en el 81%. El menor tiempo de aplicación fue de 3 meses y el máximo de

CUADRO I. TIÑA INCÓGNITA, RESPECTO A TIÑA CLÁSICA EN EL CDP DE 2011 A 2013.

| Año | Casos confirmados con tiña por examen directo y/o cultivo | Casos de tiña incógnita | Incidencia X 100 |
|--------------|---|-------------------------|------------------|
| 2011 | 129 | 4 | 3.1 |
| 2012 | 150 | 5 | 3.3 |
| 2013 | 146 | 7 | 4.8 |
| Total | 425 | 16 | 3.8 |

Fuente: Departamento de estadística y Laboratorio de Micología del Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» (CDP).

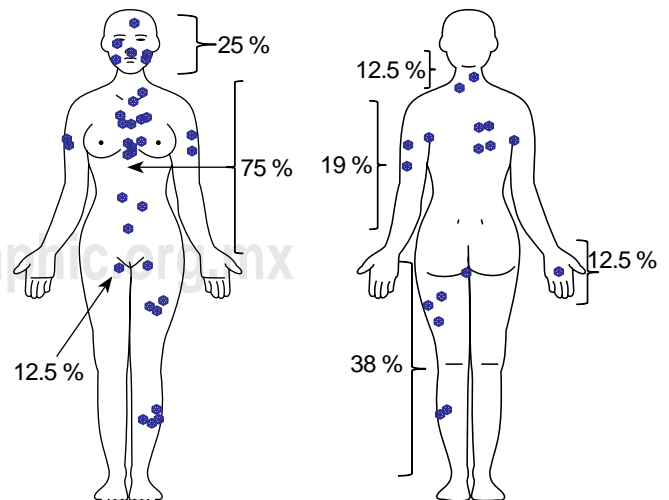


Figura 1. Topografías afectadas por tiña incógnita y sus porcentajes.

CUADRO II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TIÑA INCÓGNITA.

| No. pacientes | Edad años | Sexo | Topografía | Evol. meses | Diagnóstico previo | Tiempo de uso del corticoide (meses) | Cultivo | Coinfecciones fúngicas | Eventos adversos | Prurito | Tratamiento |
|---------------|-----------|------|--------------------------------|-------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------|---------|--------------------|
| 1 ▼ | 03 | M | ES, dorso mano | 3 | G. anular | 3 | <i>T. mentagrophytes</i> | No | No | No | Terbinafina tópica |
| 2 ▲, ■ | 09 | H | ES, dorso mano | 6 | D. atópica | 1 | <i>T. mentagrophytes</i> | No | No | Sí | Isoconazol T |
| 3 ▲ | 13 | M | D. cara, tronco, ES | 12 | G. anular | 2 | <i>T. tonsurans</i> | No | Estrias | Sí | Amorolfina crema |
| 4 ▲ | 20 | M | Tronco, tórax P | 5 | G. anular | No esp | <i>T. tonsurans</i> | No | No | No | Isoconazol T |
| 5 ▲, ●, ⊙ | 21 | M | Tronco, axilas, tórax anterior | 24 | Psoriasis | 12 | <i>M. canis</i> | O+ TP | Estrias | Sí | Itraconazol O |
| 6 ► | 23 | M | D. tronco, EI | 12 | D. numular | 2 | <i>T. rubrum</i> | O+TP | No | Sí | Terbinafina oral |
| 7 ▲ | 35 | M | D. tronco, EI | 54 | EAC | 48 | <i>T. rubrum</i> | O+TP | No | No | Terbinafina oral |
| 8 ▲ | 38 | M | D. cuello, tronco | 120 | Liquen simple | 36 | Negativo | No | Atrofia | Sí | Itraconazol O |
| 9 ▲ | 41 | M | D. cara, abdomen, muslos | 3 | LEC | 3 | <i>T. rubrum</i> | TP | No | Sí | Terbinafina oral |
| 10 ▲ | 45 | H | D. tronco, ingle, EI | 144 | D. numular | 60 | <i>T. rubrum</i> | O+TP | Estrias + atrofia | Sí | Terbinafina oral |
| 11 ▼, *, ☒ | 50 | M | D. cara, cuello | 168 | LEC | 168 | Negativo | Onico | Atrofia | Sí | Terbinafina oral |
| 12 ▲ | 51 | H | D. tronco, EI y S | 6 | D. numular | 6-8 | <i>T. rubrum</i> | No | No | Sí | Terbinafina oral |
| 13 ▲, - | 52 | H | D. tronco, ingle | 3 | G. anular | 3 | <i>T. rubrum</i> | O+TP | No | Sí | Terbinafina oral |
| 14 ▲ | 62 | M | D. tronco, ES, EI | 72 | D. atópica | 48 | <i>T. rubrum</i> | No | Atrofia | Sí | Terbinafina oral |

CONTINUÍA CUADRO II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TIÑA INCÓGNITA.

| No. pacientes | Edad años | Sexo | Topografía | Evol. meses | Diagnóstico previo | Tiempo de uso del corticoide (meses) | Cultivo | Coinfecciones fúngicas | Eventos adversos | Prurito | Tratamiento |
|---------------|-----------|------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------------------------|------------------|------------------------|------------------|---------|---------------|
| 15▲ | 64 | H | Tronco, axila izq. | 8 | DXC | 12 | <i>T. rubrum</i> | No | No | Sí | Isoconazol T |
| 16▲ | 79 | M | Cara | 6 | D. crónica | No esp. | <i>T. rubrum</i> | Onico | No | Sí | Itraconazol O |

H = hombre, M = mujer, D = disseminada, Tórax P = tórax posterior, ES = extremidad superior, EI = extremidad inferior, G. anular = granuloma anular, EAC = eritema anular centrífugo, LEC = lupus eritematoso cutáneo, D. atópica = dermatitis atópica, DXC = dermatitis por contacto, D. crónica = dermatitis crónica, No esp. = no especificado, LES = lupus eritematoso sistémico. T = tópico, O = oral, ▲ corticoide de alta potencia, ▼ corticoide de ultra alta potencia, ► corticoide de mediana potencia, ■ paciente que utilizó además de corticoide pimecrolimus, ● paciente que utilizó además de corticoide tacrolimus, – paciente con KOH negativo, ☉ paciente que tenía perro, ☒ paciente con lupus eritematoso sistémico.
Fuente: Servicio de Micología y expediente electrónico del Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» (CDP).

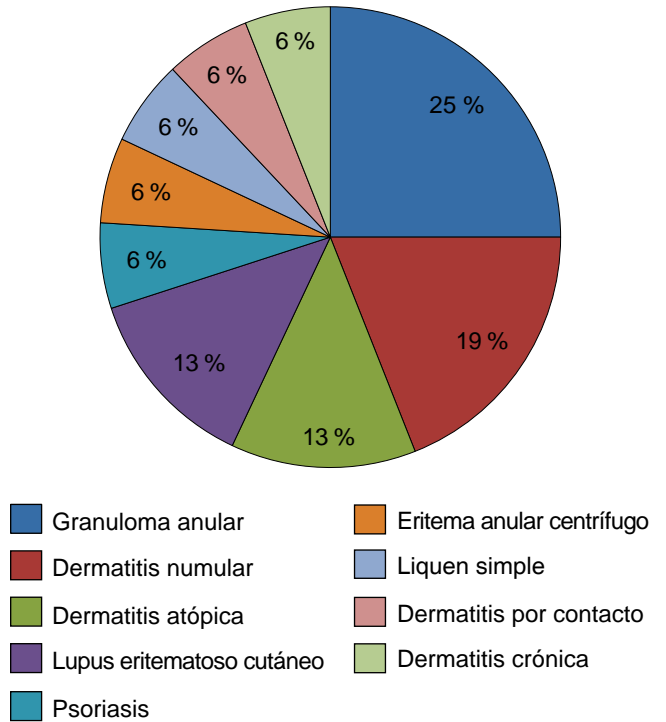


Figura 2. Diagnósticos clínicos iniciales.

14 años. Los eventos adversos irreversibles al uso de corticoides se encontraron en 38% de los pacientes y fueron: atrofia en el 19%, estrías violáceas en el 13% y estrías más atrofia en el 6%.

Los diagnósticos clínicos presuntivos correspondieron a: granuloma anular-like (25%), dermatitis numular (19%) dermatitis atópica (13%), lupus eritematoso (13%), eritema anular centrífugo (6%), entre otros. **(Figura 2).**

Posterior al diagnóstico de tiña todos los pacientes recibieron tratamiento antimicótico tópico o sistémico, con curación de la dermatofitosis. La descripción de cada uno de los casos se muestra en el **cuadro II.**

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio epidemiológico de tiña incógnita que se realiza en México, en el que determinamos una incidencia del 3.8%.

Al comparar nuestros resultados con lo comunicado en la literatura identificamos que la mayoría fueron mujeres, alrededor de los 39 años de edad.⁸ Respecto a los diagnósticos clínicos previos hubo coincidencias en: eccema y lupus eritematoso discoide; sin embargo, a diferencia de otros autores, nosotros observamos casos

que fueron confundidos con granuloma anular, eritema anular centrífugo y liquen simple. Cabe resaltar que en nuestros casos la proporción de diagnóstico presuntivo de lupus eritematoso discoide fue baja en relación con lo reportado en la literatura, en donde es de los principales diagnósticos diferenciales. Esto debido a la topografía en cara, la presencia de eritema más escama y el tiempo de evolución prolongado.

En los estudios de Atzori, Ansar y Del Boz, no se interrogó sobre el tiempo de uso de los corticoides, ni la potencia de los mismos. Sin embargo, en nuestro estudio identificamos una asociación entre la aplicación de un corticoide de alta potencia, el tiempo de evolución y la extensión de la tiña; este tipo de corticoide fue el más utilizado por nuestra población probablemente por su bajo costo y accesibilidad.

La principal limitación es que el estudio fue realizado en un Centro de referencia de enfermedades dermatológicas, analizando solamente los pacientes registrados en el Laboratorio de Micología, por lo cual este dato puede estar sobreestimado. Debido a que se analizaron pocos años no se conoce el incremento en la incidencia respecto a las décadas anteriores ya que autores como Del Boz¹⁷ analizó un periodo de 29 años, Atzori⁸ un periodo de 19 años y Ansar¹⁸ 15 años, por lo que es necesario realizar estudios prospectivos al respecto.

Los tres estudios dieron seguimiento a los pacientes hasta la resolución completa de la dermatofitosis, al igual que el nuestro, Ansar¹⁸ administró a las tiñas del cuerpo, ingle y mano griseofulvina durante 4 a 6 semanas para los casos de tiña y para los casos de cabeza durante 6 a 8 semanas. Atzori⁸ administró a las tiñas localizadas imidazol o alilamina tópica durante 4 semanas, y para los casos sistémicos griseofulvina, terbinafina o imidazol por 3 a 4 semanas, más el tratamiento tópico. Del Boz no especifica el tratamiento.

CONCLUSIÓN

La tiña incógnita tiene una incidencia de 3.8 casos por cada 100 pacientes por año con diagnóstico de tiña, lo cual es similar a lo comunicado en estudios previos. El uso de corticoides predispone a la diseminación y al cambio en la morfología. Esta entidad es más frecuente en mujeres y predomina en tronco, extremidades inferiores y cara. Se debe sospechar el diagnóstico de tiña incógnita en pacientes que cursen con dermatosis eritemato-escamosas con aumento de la superficie corporal afectada de forma gradual y que tengan el antecedente del uso prolongado de corticoides, con

aparente remisión inicial y persistencia o exacerbación de la dermatosis al suspender el medicamento. Orienta al diagnóstico la identificación de otras infecciones fúngicas en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ive A, Marks R. Tinea incognita. *Brit Med J*. 1968; 3: 149-152.
2. Marks R. Tinea incognita. *Int J Dermatol*. 1978; 17: 301-302.
3. Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vera L, Welsh O. Tinea incognita. *Clin Dermatol*. 2010; 28 (2): 137-139.
4. 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: E142-144.
5. Conde-Salazar L, Sandin S, Valks R, Casado I. Tiña incógnita en dermatología laboral. *Dermatol Peru*. 2004; 14: 36-39.
6. Rallis E, Koumantaki ME. Pimecrolimus induced tinea incognita masquerading as intertriginous psoriasis. *Mycoses*. 2008; 51: 71-73.
7. Siddaiah N, Erickson Q. Tacrolimus-induced tinea incognita. *Cutis*. 2004; 73: 237-238.
8. 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 (4): 410-415.
9. Torres S, Ortiz M, Padilla C. Tiña incógnita, reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007; 16 (3): 170-172.
10. Georgieva L, Petrov H, Tchernev G, Semkova K, Atanasova A, Ivanova K et al. Tinea atypical: report of nine cases. *Wen Med Wochenschr*. 2013; 163: 549-555.
11. Young WP et al. Tinea incognita simulating herpes simplex virus infection. *Ann Dermatol*. 2014; 26 (2): 267-269.
12. Won-Jeong K et al. Tinea incognita in Korea and its risk factors: nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci*. 2013; 28: 145-151.
13. Tan Y, Lin L, Feng P, Lai W. Dermatophytosis caused by *Trichophyton rubrum* mimicking syphilid: a case report and review of literature. *Mycoses*. 2014; 57: 312-315.
14. Romano C et al. Tinea incognita in Italy: a 15-year survey. *Mycoses*. 2006; 49: 383-387.
15. Mapelli ET, Borghi E, Cerri A et al. Tinea corporis due to *Trichophyton rubrum* in a woman and Tinea capitis in her 15-day-old baby: molecular evidence of vertical transmission. *Mycopathologia*. 2012; 173: 135-138.
16. Morales C, Bermúdez L. Tiña incógnita diseminada que simula psoriasis pustulosa. *Rev Iberoamericana de Micología*. 2012; 29 (1): 47-48.
17. del Boz J, Crespo V, Rivas-Ruiz F, de Troya M. Tinea incognita in children: 54 cases. *Mycoses*. 2011; 54: 254-258.
18. Ansar A, Frashchian M, Nazeri H, Ghiasian SA. Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognita in Iran: a 16 year study. *Med Mycol J*. 2011; 52: 25-32.

Correspondencia:

Dra. Estela Cristina Lazo García.
Dr. Vértiz Núm. 464 esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires,
Del. Cuauhtémoc 06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail: cristinalazoderma@outlook.com