

## Reporte de Casos

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
- a. Médico Interno de Pregrado
- b. Médico especialista en Dermatología

Recibido: 07/07/2023

Aprobado: 05/08/2023

## Correspondencia:

Abner Baquedano

[abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

ORCID: [0000-0002-3771-0335](https://orcid.org/0000-0002-3771-0335)

## Citar como:

Baquedano-Ordoñez A, Aguilar-Gutiérrez K. Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 223-229. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.676](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.676)

# Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso

## *Tinea Incognita caused by Trichophyton Schoenleinii: a case report*

Abner Baquedano-Ordoñez<sup>1a</sup>, Katia Aguilar-Gutiérrez<sup>1b</sup>

### Resumen

La tiña incógnita, una infección dermatofítica con presentación atípica, se vincula comúnmente al uso inapropiado de corticoides e inmunosupresores, a menudo debido a diagnósticos incorrectos o automedicación. Su prevalencia se ve influida por diversos factores, como condiciones climáticas, malos hábitos de higiene y contacto con animales, afectando a individuos de todas las edades. Este reporte detalla un caso de tiña incógnita en una mujer de mediana edad causada por *Trichophyton Schoenleinii*. La paciente, previamente tratada con esteroides tópicos y sistémicos, experimentó mejoras significativas con una terapia antimicótica combinada (tópica y oral). El caso destaca el desafío diagnóstico que presenta la tiña incógnita, dada su presentación engañosa y semejanza con enfermedades eritematoescamosas. Destaca la importancia de crear conciencia sobre el uso prudente de medicamentos en patologías sin diagnóstico certero.

**Palabras clave:** Tiña incógnita, *Trichophyton*, Esteroides (Fuente: DECS-BIREME)

### Abstract

Tinea incognita, a dermatophyte infection with an atypical presentation, is commonly linked to inappropriate use of corticosteroids and immunosuppressants, often due to misdiagnosis or self-medication. Its prevalence is influenced by various factors, such as climatic conditions, poor hygiene habits and contact with animals, affecting individuals of all ages. This report details a case of tinea incognita in a middle-aged woman caused by *Trichophyton Schoenleinii*. The patient, previously treated with topical and systemic steroids, experienced significant improvement with combined antifungal therapy (topical and oral). The case highlights the diagnostic challenge presented by tinea incognita, given its misleading presentation and similarity to erythematous diseases. It highlights the importance of raising awareness about the prudent use of medications in pathologies without a clear diagnosis.

**Key Words:** Tinea incognita, *Trichophyton*, Steroids (Source: NLM-MeSH)

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
- a. Médico Interno de Pregrado
- b. Médico especialista en Dermatología

**Recibido:** 07/07/2023

**Aprobado:** 05/08/2023

**Correspondencia:**

Abner Baquedano

[abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

ORCID: 0000-0002-3771-0335

**Citar como:**

Baquedano-Ordoñez A, Aguilar-Gutiérrez K. Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 223-229. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.676](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.676)

## Introducción

La tiña incógnita, también conocida como tinea incognita (TI), fue descrita por primera vez por Ives y Marks en 1968<sup>1-4</sup>, poco después de la introducción de los esteroides tópicos en la dermatología<sup>1,4</sup>. También se la denomina "tiña transformada" o "tiña modificada con esteroides"<sup>5</sup>. El término tiña incógnita se utiliza para describir una micosis superficial por dermatofitos que pierde su presentación clínica típica debido al tratamiento inadecuado con esteroides, y ocasionalmente con inhibidores de la calcineurina<sup>6-9</sup>, generalmente por diagnósticos incorrectos o automedicación<sup>10</sup>. Suele manifestarse con lesiones poco definidas que pueden imitar otras dermatosis, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento, a veces incluso por parte de dermatólogos.

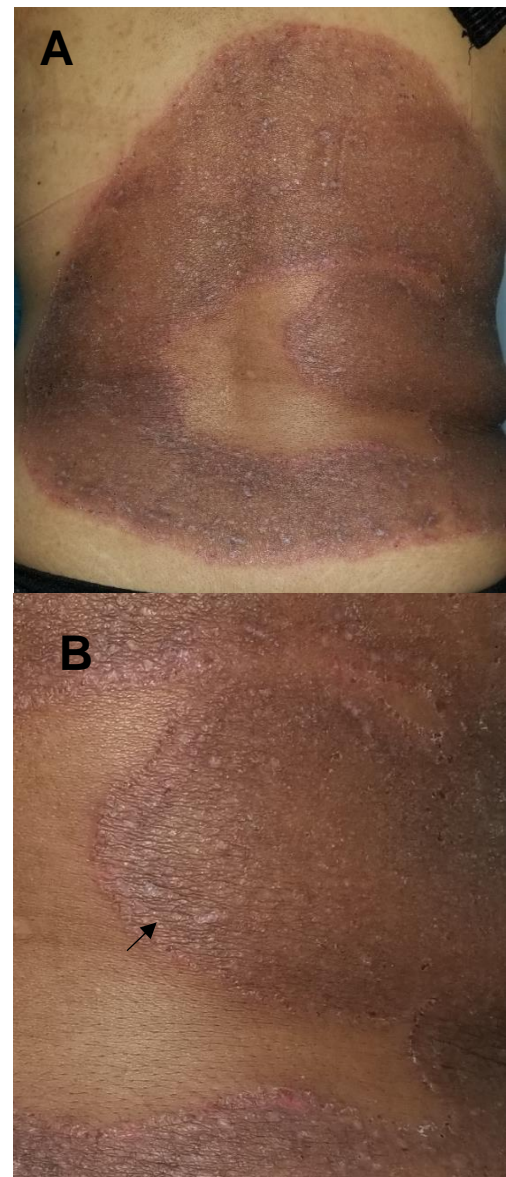
Presentamos a continuación un caso de tiña incógnita con el objetivo de ilustrar las consecuencias y la dificultad diagnóstica asociadas al uso prolongado de corticoides o inmunosupresores tópicos en dermatosis sin diagnóstico seguro.

## Reporte de caso

Paciente femenina de 34 años, sin comorbilidades; quien es referida al servicio de dermatología por presentar dermatosis de 3 meses de evolución, localizada en espalda, acompañada de prurito severo; manejada con betametasona 0.25 mg + loratadina 5 mg, 1 tableta VO cada 12 horas por 10 días y betametasona 0.05% en crema aplicada por la noche durante 3 semanas, sin mostrar mejoría alguna y con aumento del tamaño de dicha lesión.

Al examen físico se observa placa anular de gran extensión abarcando casi la totalidad de la espalda, con bordes eritematosos infiltrados, leve descamación y múltiples estigmas de rascado (**Figura 1**).

**Figura 1.** Tiña incógnita. **A.** Placa anular de gran extensión que abarca casi en su totalidad región dorsal del cuerpo, mostrando estigmas de rascado. **B.** Bordes eritematosos difusos que presentan leve descamación (flecha).



Se sospecha de tiña incógnita ya que aunado a lo anterior la paciente entre los antecedentes epidemiológicos posee mascota (gato); por lo que se toma

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico Interno de Pregrado
  - b. Médico especialista en Dermatología

**Recibido:** 07/07/2023

**Aprobado:** 05/08/2023

**Correspondencia:**

Abner Baquedano

[abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

ORCID: [0000-0002-3771-0335](https://orcid.org/0000-0002-3771-0335)

**Citar como:**

Baquedano-Ordoñez A, Aguilar-Gutiérrez K. Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 223-229. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.676](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.676)

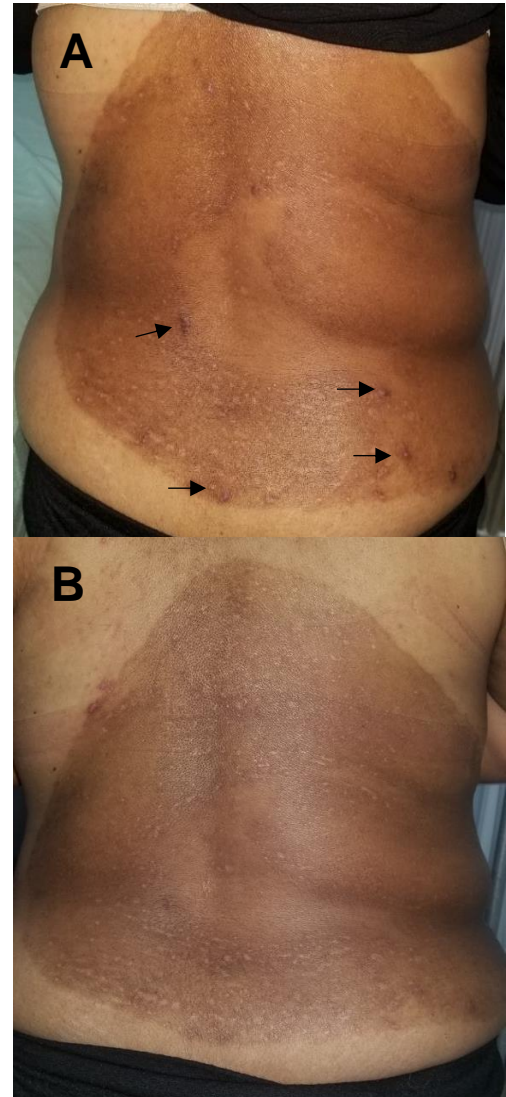
muestra de los bordes en descamación y se realiza examen directo con KOH; observándose en el microscopio óptico; micelio hialino septado ramificado, se realizan pruebas laboratoriales de rutina (hemograma y química sanguínea) los cuales sus valores estaban dentro de los parámetros normales, además, se manda muestra para cultivo por hongos. Se decide iniciar terapia con antimicóticos con lo disponible en el establecimiento de salud; fluconazol 150 mg VO cada semana y ketoconazol 2% crema aplicada 2 veces al día, ambos por 1 mes; además, difenhidramina 50 mg VO hora sueño.

Paciente acude a su cita control en 1 mes después con resultado de cultivo, reportando crecimiento de *Trichophyton Schoenleinii* (Figura 2), quien refería no presentar prurito, con mejoría notable en la lesión, se observan algunos nódulos levemente infiltrados sobre mácula residual (Figura 3A), se amplia cobertura antimicótica con terbinafina 250 mg VO cada día y terbinafina 1% tópica 1 vez al día por 1 mes. Posteriormente, paciente se presenta a los 2 meses, mostrando mácula residual, asintomática (Figura 3B).

**Figura 2.** Cultivo de *Trichophyton Schoenleinii* en agar Mycosel, azul de lactofenol 40X; presencia de candelabros favicos.



**Figura 3. A.** Un mes después de tratamiento con imidazoles; mostrando mejoría notable de la lesión, se observan algunos nódulos levemente infiltrados sobre mácula residual (flechas). **B.** Cita dos meses posteriores a un mes de tratamiento con terbinafina; presencia de mácula residual, hiperpigmentada, color marrón oscuro, totalmente asintomática.



### Discusión

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>1</sup>. En el humano son causadas principalmente por tres géneros fúngicos: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*<sup>3,11</sup> de los cuales *T. rubrum* es el más frecuente en todo el



1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
- a. Médico Interno de Pregrado
- b. Médico especialista en Dermatología

**Recibido:** 07/07/2023

**Aprobado:** 05/08/2023

**Correspondencia:**

Abner Baquedano

[abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

ORCID: 0000-0002-3771-0335

**Citar como:**

Baquedano-Ordoñez A, Aguilar-Gutiérrez K. Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 223-229. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.676](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.676)

mundo<sup>12-15</sup>, también se han aislados *T. mentagrophytes*, *T. violaceum*, *M. canis* y *E. floccosum*<sup>16-18</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<sup>1,17</sup>.

Estas dermatosis se ven favorecidas por climas cálidos y húmedos, hacinamiento, contacto con animales y malos hábitos de higiene<sup>1,14</sup>. En el caso descrito, el *Trichophyton Schoenleinii* es un hongo zoofílico que puede adquirirse por el contacto directo con perros, gatos e incluso el mismo humano, constituyendo así, la fuente probable de contagio.

El término de tiña incógnita 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>6-9</sup>. El subtipo clínico más frecuente corresponde a tinea corporis, seguida de tinea cruris y tinea unguium<sup>14</sup>.

La tiña incógnita afecta a personas de cualquier edad y sexo<sup>1,3,10,13</sup>. aunque estudios en Europa y Asia han reportado mayor prevalencia en pacientes de mediana edad de la cuarta y quinta décadas de la vida<sup>19</sup>; todas las áreas pueden ser afectadas, pero tiene ligera predilección por la cara, los brazos y el tronco<sup>14,17,19,20</sup>. Lo cual coincide con nuestro caso ya que la paciente se encontraba en la cuarta década de la vida y presentaba la lesión en tronco.

En 23 a 40% hay padecimientos concomitantes, como diabetes, SIDA, hepatitis, trasplante de órganos y procesos oncológicos.<sup>9,17,19</sup> Además, 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>14,15,17,20</sup>.

Los dermatofitos metabolizan la queratina muerta y provocan una respuesta eccematosa. Esta respuesta conduce a un suministro deficiente de queratina al hongo, lo que limita la infección. Los inmunosupresores, como los esteroides, suprimen esta respuesta eccematosa protectora y aumentan el crecimiento de hongos<sup>14,16,21</sup>.

Desde el punto de vista clínico<sup>1</sup>, puede predominar un eritema difuso con descamación poco aparente o ausente, sin borde activo vesicular de avance periférico; pápulas y pústulas sobre base eccematosa y/o cambios discromicos de intensidad y extensión muy variables; no es raro observar atrofia y trayectos telangiectasicos por efecto esteroideo crónico<sup>2</sup>, por lo que puede simular otras dermatosis. Las formas clínicas más frecuentes en lesiones corporales de tiña incógnita simulan eccemas o impétigo.<sup>1</sup> La mejoría temporal con el empleo de inmunosupresores, la recaída del cuadro patológico al suspenderlos y la repetición continua de estos ciclos a intervalos irregulares son otros datos orientadores de la enfermedad<sup>2,3,17</sup>.

El diagnóstico de dermatosis por tiña incógnita se confirma mediante un

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
- a. Médico Interno de Pregrado
- b. Médico especialista en Dermatología

**Recibido:** 07/07/2023

**Aprobado:** 05/08/2023

**Correspondencia:**

Abner Baquedano

[abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

ORCID: [0000-0002-3771-0335](https://orcid.org/0000-0002-3771-0335)

**Citar como:**

Baquedano-Ordoñez A, Aguilar-Gutiérrez K. Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 223-229. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.676](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.676)

examen microscópico directo al fresco con tinción (micológico directo), cultivo de hongos o en casos excepcionales con biopsia de las lesiones<sup>10,15,19</sup>. El examen micológico directo se basa en el raspado de las lesiones para obtener las escamas, donde habitualmente se encuentra el hongo. La muestra se deposita en un portaobjetos donde se le aplica hidróxido de potasio que disuelve la escama, lo cual permite la visualización de las hifas y otras estructuras fúngicas, este es más complejo puesto que las lesiones tratadas con corticoides tópicos son menos descamativas, disminuyendo de esta manera la sensibilidad del examen. Por lo que ante la sospecha de tiña incógnita las muestras se deben de obtener de las zonas más descamativas para aumentar la sensibilidad en el estudio. El cultivo de hongos es otro examen de rutina para el diagnóstico de las dermatofitosis, aunque tarda semanas en entregar un resultado, retrasando así el inicio del tratamiento<sup>10</sup>.

Por lo que en este caso se decide iniciar de manera empírica antes de obtener dicho resultado. Otros métodos diagnósticos para las dermatofitosis incluyen la reacción en cadena de la polimerasa, la microscopía confocal láser de barrido, la tomografía de coherencia óptica y la dermatoscopia<sup>17,19,22</sup>.

Como diagnósticos diferenciales se podrían incluir: lupus discoide, sarcoidosis, impétigo, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, granuloma anular y psoriasis<sup>14-17</sup>.

Respecto al tratamiento, la primera medida es suspender el uso de corticoides o inhibidores de calcineurina tópicos. Se podrían mantener corticoides tópicos de baja potencia (hidrocortisona 1%) en un curso corto, para evitar la exacerbación de los síntomas producto de la suspensión abrupta del medicamento<sup>10,19</sup>.

A la fecha la terbinafina se considera el tratamiento de elección, la dosis es de 250 mg diarios durante uno a dos meses en adultos<sup>22-24</sup>. La griseofulvina también ha mostrado buenos resultados a dosis de 250 mg día durante uno a dos meses<sup>19,20</sup>.

Otras opciones son los azoles (fluconazol o itraconazol); la dosis de fluconazol es de 150 mg semanales y la de itraconazol de 100-200 mg/día durante uno a dos meses. En tratamientos de larga duración, la función hepática siempre debe vigilarse antes de prescribirse y de manera periódica<sup>17,19</sup>. La opción de combinar antimicóticos orales con tópicos es bien aceptada y ofrece buenos resultados. Dentro del tratamiento tópico se aconseja alilaminas como terbinafina y butenafina en crema o gel dos veces al día durante cuatro a ocho semanas e imidazoles<sup>19</sup>.

En nuestro caso, se prefirió en un inicio el uso de imidazoles tópicos y orales; ya que eran los medicamentos disponibles en el establecimiento y la paciente era de escasos recursos, obteniendo buena respuesta; ampliando el manejo con terbinafina tanto en terapia tópica como sistémica al contar con el cultivo, obteniéndose excelentes resultados.

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico Interno de Pregrado
  - b. Médico especialista en Dermatología

**Recibido:** 07/07/2023

**Aprobado:** 05/08/2023

**Correspondencia:**

Abner Baquedano

[abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

ORCID: [0000-0002-3771-0335](https://orcid.org/0000-0002-3771-0335)

**Citar como:**

Baquedano-Ordoñez A, Aguilar-Gutiérrez K. Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 223-229. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.676](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.676)

Es una patología en lo posible evitable, siempre y cuando se tenga conciencia de ésta antes de iniciar un tratamiento con corticoides o inmunosupresores tópicos en aquellas lesiones que puedan corresponder a una infección por dermatofitos<sup>10</sup>.

En conclusión, el diagnóstico de tiña incógnita debe de considerarse en aquellas lesiones que presentan una morfología atípica, en el que hay una mejoría parcial con el uso de corticoides o inmunosupresores tópicos, pero que muestran una recaída y exacerbación notoria de los síntomas al suspender su uso. Además, son múltiples los diagnósticos diferenciales que puede tener dependiendo de la zona topográfica del cuerpo afectada, principalmente con enfermedades eritemato-escamosas. En estos casos, solo el examen microscópico directo y el cultivo, puede proporcionar el diagnóstico exacto de la enfermedad, por lo que se requiere el acceso de este estudio en el sector público para diagnósticos más certeros, así como supervisión en cuanto a la automedicación de esteroides.

**Financiamiento**

Autofinanciado

**Conflictos de interés**

Los autores niegan tener conflictos de interés.

**Referencias Bibliográficas**

1. Lizardo-Castro G, Cerrato-Hernández K, Cruz-Enamorado B. Tiña incógnita facial. Informe de dos casos. *Pediatr Mex*. 2019;40(1):22-27.
2. Pérez-Elizondo AD, del Pino-Rojas GT, Contreras- Guzmán C. Tiña incógnita: A

- propósito de dos casos y breve revisión de la literatura. *Arch Venez Puer Ped*. 2013;76(1):27-29.
3. Torres GS, Ortiz AM, Padilla DMC. Tiña incógnita, reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007;16(3):170-172.
4. Arenas, R., Moreno-Coutiño, G., Vera, L., Welsh, O. Tinea incognita. *Clinics in dermatology*. 2010;28(2):137-139.
5. Arıcan Ö, Gürsel Y, Gürsel Y. Üç Tinea İnkognito Olgusu. *Balkan Medical Journal*. 2009; 2009(1):78-82.
6. Yüksel T, İlkit M, Karakaş M. Trichophyton rubrum'un etken olduğu, klinik ve mikolojik ilişme saptanan bir tinea incognita olgusu ve literatür derlemesi. *Mikrobiyoloji Bülteni*. 2010;44(1):149-53.
7. Sánchez-Castellanos, ME, Mayorga-Rodríguez, JA, Sandoval-Tress, C. and Hernández-Torres, M. Tinea incognita due to Trichophyton mentagrophytes. *Mycoses*. 2007;50(1):85-87.
8. Turk, B. G., Taskin, B., Karaca, N., Sezgin, A. O., Aytimur, D. Clinical and mycological analysis of twenty-one cases of tinea incognita in the Aegean region of Turkey: a retrospective study. *Acta dermatovenerol Croat*. 2013;21(2):93-98.
9. Đorđević Betetto, L., Žgavec, B., Bergant Suhodolčan, A. Psoriasis-like tinea incognita: a case report and literature review. *Acta dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2020;29(1):43-44.
10. Quiñones, C., Hasbún, P., Gubelin, W. Tinea incognita due to Trichophyton mentagrophytes: case report. *Medwave*. 2016;16(10):1-5
11. Ruffini A, Gil EB, Gubiani ML, Boldrini MP, Pinardi B. Tiña incógnita. *Dermatol Argent*. 2013;19(6):417-420
12. 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):145-151.
13. Farideh, J., Nasrin, S., Mohmmad, D., Fatemeh Sari, A. Tinea incognita

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico Interno de Pregrado
  - b. Médico especialista en Dermatología

**Recibido:** 07/07/2023

**Aprobado:** 05/08/2023

**Correspondencia:**

Abner Baquedano

[abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

ORCID: [0000-0002-3771-0335](https://orcid.org/0000-0002-3771-0335)

**Citar como:**

Baquedano-Ordoñez A, Aguilar-Gutiérrez K. Tiña incógnita causada por *Trichophyton Schoenleinii*: un reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2023; 9(3): 223-229. DOI [10.56239/rhcs.2023.93.676](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.93.676)

- simulating dermatitis herpetiformis: An unusual case report. Iranian Journal of Dermatology, 2016;19(2):54-56.
14. Dutta, B., Rasul, E. S., Boro, B. Clinico-epidemiological study of tinea incognita with microbiological correlation. Indio J Dermatol Venereol Leprol. 2017;83(3):326–331.
  15. Kim MW, Park HS, Bae JM, Yoon HS, Cho S. Tinea Incognita with Folliculitis-Like Presentation: A Case Series. Ann Dermatol. 2018;30(1):97-99.
  16. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. Piel. 2002;17(1):12-7.
  17. Nowowiejska J, Baran A, Flisiak I. Tinea Incognita—A Great Physician Pitfall. Journal of Fungi. 2022;8(3):312
  18. Tchernev G, Terziev I. Bullous Tinea Incognita in a Bulgarian Child: First Description in the Medical Literature! Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(2):376-377.
  19. Flores-Reyes IA, Beirana-Palencia A, Arenas R. Tiña incógnita facial por *Trichophyton mentagrophytes*. Dermatol Rev Mex. 2019;63(3):302-308.
  20. Dhaher S. Tinea incognita: Perspectivas clínicas de un nuevo imitador. Informes Dermatol. 2020;12(1):8-10.
  21. Starace, M., Alessandrini, A., & Piraccini, B. M. Tinea Incognita following the Use of an Antipsoriatic Gel. Skin appendage disord. 2016.1(3):123-125.
  22. Piccolo, V., Corneli, P., Russo, T., Zalaudek, I., Alfano, R., & Argenziano, G. Dermoscopy as a useful tool in diagnosis of tinea incognita. IntJ Dermatol. 2019;58(2):32-34.
  23. Turra N, Navarrete J, Magliano J, Bazzano C. Follicular tinea faciei incognita: the perfect simulator. An Bras Dermatol. 2019;94(3):372-374.
  24. Froidefond, M., Dudouet, P., Ranque, S., & Cassir, N. Tinea incognita: Primum non nocere. Int J Infect Dis. 2021;103:597-598.

