

TIÑA INCÓGNITA EN DERMATOLOGÍA LABORAL

TINEA INCOGNITO IN OCCUPATIONAL DERMATOLOGY

Luis Conde-Salazar Gomez*, Sandra Sandin*, Ruud Valks*, Isabel Casado, **

RESUMEN

La tiña incógnita es una infección producida por dermatofitos, enmascarada por el tratamiento de corticoides y originada principalmente por *Trichophyton mentagrophytes* y *Trichophyton rubrum*. Con la aparición de los corticoides tópicos este proceso ha aumentado de forma ostensible. Tiene como característica principal el hecho que las lesiones clínicas pueden simular diversas dermatosis e inducir a un diagnóstico erróneo.

Presentamos 3 casos de tiña incógnita remitidos a nuestro Servicio de Dermatología Laboral para descartar enfermedad laboral y que habían sido tratados previamente como dermatitis de contacto sin ningún resultado. El diagnóstico de tiña fue confirmado en todos los casos por estudio histopatológico y/o cultivo. En uno de los casos había coexistencia de tiña incógnita y dermatitis alérgica de contacto profesional.

Ante una erupción inusual de evolución crónica y que solamente demuestra mejoría parcial con tratamiento de corticoides tópicos, se deberá pensar en una tiña incógnita.

Palabras Clave: Tiña incógnita; Ocupacional; *Trichophyton mentagrophytes*; *Trichophyton rubrum*; Eczema.

Dermatol peru 2004;14:36-39

SUMMARY

Tinea incognito is a dermatophyte infection modified by corticosteroid treatment, which is caused mainly by Trichophyton mentagrophytes and Trichophyton rubrum and is increasing in frequency. The modified clinical lesions may simulate various dermatoses and may lead to misdiagnosis. We describe 3 cases of tinea incognito seen in our Department of Occupational Dermatology, which had been treated previously as contact dermatitis and were send to us to exclude occupational disease. The diagnosis of tinea was confirmed by histopathologic examination and/or culture. In one case, there was coexistence of tinea incognito and occupational allergic contact dermatitis. Tinea incognito should be suspected in an unusual eruption that shows only partial improvement with corticosteroid treatment.

KEY WORDS: *Tinea Incognito; Occupational; Trichophyton mentagrophytes; Trichophyton rubrum; Eczema.*

INTRODUCCIÓN

Se define la tiña incógnita como la presentación atípica de una dermatofitosis superficial enmascarada por tratamiento con corticoides tópicos⁽¹⁻³⁾. Suele afectar la cara o la región inguinal pero también otras áreas o zonas del cuerpo como son las manos⁽¹⁾.

El uso de corticoides tópicos después de un diagnóstico erróneo (generalmente por automedicación), modifica los hallazgos típicos de la tiña lo que impide un diagnóstico correcto y disminuye su respuesta inmunitaria local, estimulando el crecimiento del hongo y produciendo lesiones crónicas diseminadas.

El diagnóstico es difícil porque la tiña incógnita puede simular varias dermatosis. Presentamos 3 casos de tiña incógnita que fueron remitidos a nuestro Servicio de Dermatología Laboral para descartar la existencia de enfermedad laboral (Tabla 1).

* Servicio de Dermatología Laboral. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.
Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

** Servicio Anatomía Patológica. Hospital Carlos III, Madrid, España.

**TABLA 1: CASOS CLÍNICOS**

PACIENTE	PROFESIÓN	CULTIVO MICOLÓGICO	PRUEBAS EPICUTÁNEAS	BIOPSIA
1. 59 V	Soldador	Trichophyton mentagrophytes	B EE: neg.	Eczema
2. 53 V	Albañil	NR	BEE:Timerosal ++ Serie de gomas: neg.	Hifas y esporas en estrato corneo
3. 54 v	Albañil	NR	BEE: Cromo ++ Serie de gomas: neg	Hifas y esporas folículos pilosos.

NR: No realizado

BEE: Batería Estándar Europea

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Varón de 59 años que presentaba una erupción eritematosa pruriginosa en la mano y antebrazo derecho de un año de evolución; el enfermo asociaba las lesiones con el uso de guantes de protección en su trabajo de soldador. La erupción se inició en la muñeca derecha y había sido tratada con corticoides tópicos, cediendo el prurito pero persistiendo las lesiones. En los últimos 2 meses la erupción se extendió al brazo derecho y cara lateral de la mano derecha con aparición de pápulas eritematosas y vesículas. Las pruebas epicutáneas de la Batería Estándar (Chemotechnique® Diagnostics, Malmö) fueron negativas a la lectura de 48 y 96 horas. La biopsia era compatible con Eczema. Tinción con PAS era negativa. Cultivo obtenido de una lesión mostró *Trichophyton mentagrophytes*. Las lesiones desaparecieron con Itraconazol 200mg durante 3 semanas y Flutrimazol tópico durante un mes.

Caso 2

Trabajador de construcción de 53 años de edad, con antecedentes de eczema dishidrótico en manos y pies que presentaba una erupción pruriginosa de 6 meses de evolución, que él relacionaba con el uso de guantes de protección en su trabajo. Había realizado tratamiento con corticoides tópicos y orales con respuesta parcial y desaparición del prurito. A la exploración se observaron placas eritematosas descamativas con pápulas y pústulas en los bordes, que afectaba el dorso de ambas muñecas y el tercio inferior de ambos antebrazos con descamación de ambas palmas de manos (Figuras 1 y 2). Pruebas epicutáneas con la Batería Estándar Europea y serie de gomas (Chemotechnique® Diagnostics, Malmö) mostró positividad para Timerosal con relevancia pasada.



Fig. 1. Placa eritematosa en ambos manos y antebrazos con pápulas y pústulas.



Figura 2. Detalle de una de las lesiones en el antebrazo.

Una biopsia mostró acantosis discreta, ortoqueratosis compacta con presencia de neutrófilos en el estrato córneo asociado a un infiltrado inflamatorio discreto perivascular mixto en dermis. La tinción con PAS mostró hifas y esporas en el estrato córneo y confirmó el diagnóstico de *Tinea Incógnita*. Con el tratamiento de Itraconazol 100 mg cada 12 horas durante 3 semanas las lesiones desaparecieron completamente.



Caso 3

Trabajador de construcción de 54 años que acudió con placas eritemato-descamativas en el dorso de ambas manos, que relacionaba con el uso de guantes de protección en su trabajo. Las lesiones habían aparecido hace 3 meses en mano izquierda y posteriormente se habían extendido a la mano derecha. La aplicación de Clobetasol mejoró el prurito pero las lesiones sólo mejoraron parcialmente. Durante las pruebas epicutáneas se le indicó al paciente la suspensión del tratamiento con Clobetasol observándose un empeoramiento de las lesiones con elevación de los bordes de las placas. Las pruebas epicutáneas con la Batería Estándar Europea y con una serie de gomas (Chemotechnique® Diagnostics, Malmö) mostró positividad al cromo a las 48 y 96 horas. Una biopsia mostró acantosis discreta y ortoqueratosis con la presencia de neutrófilos en el estrato córneo y un infiltrado inflamatorio perivascular mixto en dermis. Con la tinción de PAS se observaron hifas y esporas abundantes en el folículo piloso (Fig. 3). Se realizó tratamiento con Itraconazol 100mg oral diarios y Sertaconazol tópico dos veces al día durante un mes desapareciendo las lesiones por completo.

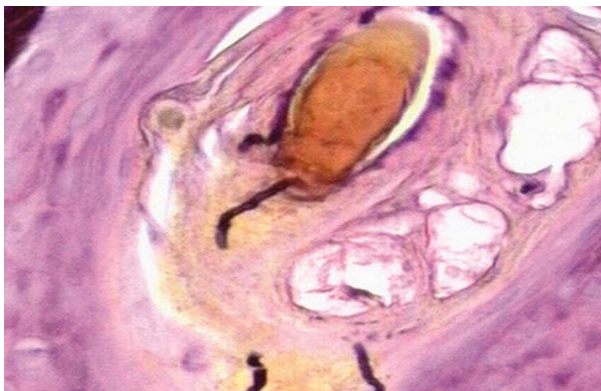


Fig. 3. Estudio histológico mostrando hifas en el folículo piloso.

DISCUSIÓN

Presentamos tres pacientes que acudieron a nuestro Servicio de Dermatología Laboral para descartar una dermatosis profesional. Entre las dermatosis profesionales, la dermatitis de contacto es la más frecuente (80 a 90%) y se deberá sospechar en todos los pacientes que estén expuestos a sustancias con capacidad de afectar directa o indirectamente la piel, y en quien las lesiones eczematosas coinciden con las áreas expuestas⁽⁴⁾. En los casos de pacientes diagnosticados de dermatitis de contacto profesional en los que las lesiones no desaparezcan con

corticoterapia adecuada y evitación de los posibles alérgenos implicados, tendremos que pensar que estamos ante un diagnóstico erróneo o una dermatosis enmascarada concomitante.

Las manifestaciones clínicas de nuestros tres pacientes, en el contexto de su ocupación, sugirió inicialmente una dermatitis de contacto, pero la falta de respuesta clínica después del tratamiento prolongado con corticoides y evitamiento de posibles sustancias alérgicas o irritantes nos hizo pensar finalmente en el diagnóstico de Tiña incógnita. En el tercer paciente, una dermatitis alérgica profesional a cromo concomitante probablemente enmascaró la Dermatofitosis con un retraso en su diagnóstico y tratamiento. No sabemos si el estrato córneo dañado por el eczema facilitó la entrada del hongo o si la dermatofitosis facilitó la hipersensibilidad al cromo.

La aplicación inapropiada de corticoides tópicos en una dermatofitosis modifica la expresión clínica de sus lesiones y puede simular diversas dermatosis, como dermatitis de contacto, rosácea⁽⁵⁾, dermatitis seborreica⁽¹⁾, lupus discoide⁽⁶⁾, erupción polimorfa solar⁽⁷⁾, psoriasis⁽⁸⁾, eritema migrans⁽⁹⁾, erupción liquenoide⁽⁸⁾ e infiltración linfocitaria⁽⁹⁾.

Además la aplicación de corticoides puede disminuir la descamación de las lesiones lo que puede impedir la obtención de una muestra representativa para el estudio microscópico en directo o de un cultivo para hongos que puede resultar negativo. En estos casos se recomienda la toma de una biopsia de piel⁽¹⁾.

Quisiéramos destacar la importancia de establecer la etiología correcta de la dermatosis, especialmente en las infecciones, y tener prudencia en el tratamiento con corticoides prolongado, dado que puede enmascarar las manifestaciones clínicas y empeorar la dermatofitosis. Se han descrito casos de dermatofitosis diseminada después del tratamiento prolongado durante meses y años con corticoides⁽¹⁰⁾.

Como conclusión podemos afirmar que la Tiña incógnita es una enfermedad que va en aumento y que resulta difícil de diagnosticar a veces, pero que se debería pensar en ella ante cualquier erupción inusual, que sólo mejora parcialmente con el tratamiento con corticoides tópicos y rebrota después de su suspensión.



BIBLIOGRAFÍA

1. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel* 2002; 17:12-17.
2. Solomon BA, Glass AT, Rabbin PE. Tinea incognita and "over-the-counter" potent topical steroids. *Cutis* 1996; 58: 295-6.
3. Grau C, Pont V, Sánchez-Carazo JL, Vilata JJ, Aliaga A. Tiña inflamatoria diseminada: presentación inusual. *Rev Iberoam Micol* 1998; 15: 100-02.
4. Conde-Salazar L. Concepto y clasificación de las dermatosis profesionales. En: Conde-Salazar L, Ancona A, editors. *Dermatosis Profesionales*. Madrid: Signament Ediciones; 2000:19-26.
5. Lee S-J, Choi H-J, Hann S-K. Rosacea-like tinea faciei. *Int J Dermatol* 1999; 38:78-80.
6. Shanon J, Raubitschek F. Tinea faciei simulating chronic discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 1960; 82:268-71.
7. Brody HJ, Castrow FF. Photolocalized tinea facialis. *Cutis* 1976; 17:913-15.
8. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognita due to *Microsporum gypseum* in three children. *Ped Dermatol* 2000; 17:41-4.
9. Feder HM Jr. Tinea incognita misdiagnosed as erythema migrans. *N Engl J Med* 2000; 343: 69.
10. Agostini G, Knöpfel B, Difonzo EM. Universelle Dermatophytose (Tinea Incognita) durch *Trichophyton rubrum*. *Hautarzt* 1995; 46: 190-3.

Dirección de correspondencia:

Dr. Luis Conde-Salazar Gomez

Servicio de Dermatología Laboral.

Escuela Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo.

Pabellón 8.

Ciudad Universitaria.

28040 Madrid, España

E-mail:

plme@ctv.es

lconde@isciii.es