REVISTA ECUATORIANA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD PÚBLICA
CÓDIGO ISSN 2588-0551
DOI: https://doi.org/10.31790/inspilip.v6iEspecial.334

Reporte de caso

Tiña incógnita: una patología común enmascarada por nuestras prescripciones

Tiña incógnita: a common pathology masked by our prescriptions

Acceso abierto

Citación

Naranjo G, Ortiz M, Tiña incógnita: una patología común enmascarada por nuestras prescripciones **INSPILIP. 2022; 6 (E).**

Revista científica INSPILIP. Volumen 6, número Especial; año 2022, agosto-octubre.

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado las autorizaciones de la institución donde se realizó el estudio, permiso para utilizar los datos, consentimientos informados y en caso de tratarse de estudio observacionales y ensayos clínicos, autorización de un CEISH, ARCSA, Medio Ambiente, entre otros, de acuerdo a la categoría. Además, la licencia para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el manuscrito. Por ello INSPILIP no se responsabiliza por cualquier afectación a terceros, tampoco el INSPI como entidad editora, ni el Editor, la responsabilidad de la publicación es de absoluta responsabilidad de los autores.

Patricio Vega Luzuriaga
EDITOR EN JEFE

Naranjo Gabriel [a] , gabrielnaranjo123@yahoo.com
Ortiz María Fernanda [b] , mafeortiz260@hotmail.com

a. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas, Quito, Ecuador.
b. Hospital San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.

Correspondencia: Gabriel Naranjo **Email:** gabrielnaranjo123@yahoo.com

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores: Contribución a la idea original (GN), parte metodológica (MO), redacción del borrador (GN) y redacción del artículo (GN).

Fecha de Ingreso: 30/05/2022. **Fecha de Aprobación:** 31/10/2022. **Fecha de Publicación:** 05/11/2022.

Resumen

Las micosis cutáneas superficiales (MCS) son frecuentes en pediatría, representan entre el 20 % a 25% de casos en consultas dermatológicas a nivel mundial. En efecto, a pesar de que una sospecha diagnóstica alta, existen situaciones en las que por un patrón clínico modificado con medicación previa se puede complicar su diagnóstico. Cabe resaltar la importancia para el pediatra de considerar la sospecha diagnóstica de una tiña incógnita o corticoestropeada. El libre acceso a esteroides tópicos en farmacias y el uso de cremas polivalentes comúnmente prescritas por facultativos pueden prolongar la permanencia de esta infección y producir complicaciones. Se suma a esta problemática la insatisfacción por parte de los cuidadores al persistir la infección, a pesar del uso de cremas. Se presenta el caso de una niña de seis años y diez meses de edad, con una dermatosis en rostro de cinco meses de evolución que fue catalogada como una tiña incógnita en cara.

Palabras clave: Tiña, Salud del niño, Micosis

Abstract

Superficial cutaneous mycoses (SCMs) are common in pediatrics, representing between 20% and 25% of cases in dermatological consultations worldwide. Indeed, despite a high diagnostic suspicion, there are situations in which a modified clinical pattern with previous medication can complicate its diagnosis. It is important to highlight the importance for the pediatrician to consider the diagnostic suspicion of tinea incognito or corticosteroid damage. Free access to topical steroids in pharmacies and the use of polyvalent creams probably prescribed by doctors can prolong the permanence of this infection and cause complications. Added to this problem is the dissatisfaction on the part of caregivers as the infection persists, despite the use of creams. We present the case of a girl of six years and ten months of age, with a dermatosis on the face of five months of evolution that was classified as tinea incognito on the face.

Keywords: Tinea, Child Health, Mycoses.

Introducción

Las tiñas son un conjunto de micosis cutáneas (MC) causadas por un grupo de hongos denominados dermatofitos, afectan en su mayoría de manera superficial al hombre y animales, comprenden tres géneros: Trichophyton, Microsporum y Epidermophyton. Se consideran frecuentes en la edad pediátrica debido al contacto con las mascotas, existe un gran porcentaje de dermatosis con esta etiología que son subdiagnosticadas, precisamente por la automedicación, a esta variante clínica se la conoce como tiña incógnita o corticoestropeada,. En efecto, corresponde a una dermatosis ocasionada por hongos encubierta por el uso de medicación tópica combinada (antibiótico + antimicótico + esteroide) [1-3].

El libre acceso a esteroides tópicos en farmacias, el uso de cremas polivalentes comúnmente prescritas por médicos de atención primaria e incluso por pediatras, pueden prolongar la permanencia de esta infección, así como producir complicaciones que causa angustia a los pacientes y cuidadores llevándolos al cambio frecuente de facultativos, alterando la evolución propia de la lesión, incrementando los gastos en salud y complicando aún más su diagnóstico.

Es fundamental realizar un examen directo con hidróxido de potasio (KOH) al 10 % del área afectada, además de un cultivo micológico para determinar la especie. El tratamiento de elección lo constituyen alilaminas y azoles administrados por vía sistémica [1-3].

Descripción del caso

Se reporta el caso de una paciente femenina de seis años y diez meses de edad con el respectivo consentimiento informado ejercido por su representante. No se evidencia antecedentes patológicos de importancia, residente en la ciudad de Quito, Ecuador. La paciente presenta una dermatosis localizada en mejillas, párpados y mentón caracterizada por algunas pápulas eritematosas que confluyen formando placas eritematoescamosas, irregulares de gran extensión, con borde activo, evolución desde enero del 2021 (5meses) (Figura 1.), asociada a prurito leve, xerosis y contacto con cuyes y perros.

La paciente acudió a varios facultativos que indican en una ocasión crema polivalente (betametasona, clotrimazol y gentamicina), en otra ocasión desonida, ceramidas, prednisona oral, tratamientos intermitentes recibidos por el período de cinco meses. Al no presentar mejoría y observar empeoramiento de las lesiones, acude a dermatología pediátrica. En consecuencia se solicitó KOH el que indica presencia de hifas septadas, catalogando a la dermatosis como una tiña incógnita en cara. Se inició tratamiento a base de terbinafina 62.5 mg una vez al día por 6 semanas, ketoconazol crema en áreas afectadas de cara, con una evolución favorable y resolución completa (Figura 2.).

Discusión

Las micosis cutáneas se clasifican en: superficiales, profundas y sistémicas, las superficiales se consideran las más frecuentes y se producen por colonización, sobre crecimiento o infección de la piel, pelo y uñas. Entre las patologías más comunes en la consulta

pediátrica destacan la candidiasis, pitiriasis versicolor, onicomicosis, tiña capitis, corporis, cruris, pedís entre otras. Estas micosis son fáciles de diagnosticar en la mayoría de veces, pero existen también aquellas de difícil diagnóstico que pueden ocasionar que la patología se perpetúe, con el consecuente diagnóstico y tratamiento erróneo, como es el caso de la tiña incógnita [1-6].

La tiña incógnita fue descrita por primera vez por Ives y Marks, se define como la infección dermatofítica más prevalente en las inglés, cara y parte dorsal de manos, su apariencia clínica es modificada por la administración tópica de esteroides fluorinados, no fluorinados y cremas polivalentes. Los esteroides suprimen la respuesta inmune local, lo que permite el rápido crecimiento fúngico. Actualmente se ha demostrado que los inhibidores de calcineurina como el tacrolimus, pimecrolimus pueden también ocasionarla. La mayoría de veces este tipo de tratamiento es automedicado, asesorado por el farmacéutico, un amigo, un vecino y en otras ocasiones prescritas por médicos de primer contacto [2-7].

Los tres géneros fúngicos que causan las tiñas son: Microsporum, Tricophyton y Epidermophyton. T. rubrum es el más frecuente y se considera una especie dotada de una tendencia a producir cuadros de foliculitis, que al no ser tratados correctamente conducen a la producción de formas clínicas atípicas. También tienen relevancia el Microsporum canis, Trichophyton mentagrophytes y el Microsporum gypseum [1,2,3,7,8].

Las expresiones clínicas más comunes se asocian a tiña corporis (46,3%) y tiña faciei (38,9%) como fue el caso de nuestra paciente [7].

Respecto a la clínica, las lesiones son comúnmente asintomáticas o con ligero prurito como fue en el caso de la paciente, puede ocurrir como un parche único o múltiples parches de forma anular, pueden exacerbarse ante exposición solar o con la suspensión de los corticoides utilizados [2].

La presentación clínica modificada puede evidenciarse con eritema, placas pequeñas sin borde activo, con aspecto eccematoso, hiperpigmentación, lesiones con pápulas, pústulas y nódulos eritematosos.

Además, por el uso prolongado del corticoide puede ocasionarse atrofia, estrías, telangiectasias. SI la patología se ubica cerca del ojo los esteroides pueden causar glaucoma, hipertensión intraocular y formación de cataratas. También se observa acné por esteroides, rosácea esteroidea, fotosensibilidad, e incluso supresión del eje hipofisiario adrenal [6].

La clave del diagnóstico consiste en sospechar en una micosis inicial ante una lesión cutánea de características inusuales tratada con corticoides tópicos. Un adecuado interrogatorio sobre el uso de esteroides, la frecuencia y el tiempo de aplicación, así como la presencia de lesiones en diferentes sitios del cuerpo como el tronco, inglés o uñas en familiares y mascotas, nos ayudan a llegar al diagnóstico [6].

En la dermatoscopía se puede encontrar: eritema parcheado, vasos punteados, escamas blancas con distribución periférica, cilindros perifoliculares y pelos delgados. Es necesario complementar siempre con un diagnóstico microbiológico que será la clave para la certeza diagnóstica.

Se debe realizar un examen directo con hidróxido de potasio (KOH) del borde de las lesiones, así como también cultivos fúngicos, en caso de negatividad de estos estudios y ante una sospecha clínica bien fundamentada se indica la biopsia de piel con tinción de ácido peryódico de Shift (PAS), sobre todo en casos de infecciones recalcitrantes [2,4,5].

Los diagnósticos diferenciales dependen de la topografía y morfología de las lesiones y estos incluyen: la dermatitis numular, psoriasis, pitiriasis rosada, dermatitis de contacto, el eccema atópico, eccema seborreico.

En las formas faciales como en el caso descrito, los diferenciales más frecuentes son rosácea-like, lupus eritematoso discoide-like, y eccema- like [2,5].

La mayoría de las micosis superficiales que no cursan con una evolución atípica responden al tratamiento tópico con antifúngicos, excepto la tiña capitis y las

onicomicosis que requieren de tratamiento sistémico. Sin embargo en caso de una tiña incógnita el tratamiento debe iniciarse con la suspensión del uso de esteroides.

El tratamiento antifúngico debe administrarse por vía oral con terbinafina, itraconazol o fluconazol [2,4,5,8]. En el caso descrito el medicamento elegido fue terbinafina oral durante seis semanas con lo que se obtuvo la curación completa.

Conclusión

Resalta la importancia de conocer la morfología de las micosis con el propósito de diagnosticarlas y tratarlas de manera correcta. Así como también debe considerarse educar a la población para no automedicarse y mejorar la formación universitaria de los estudiantes de medicina en el manejo de las micosis cutáneas más frecuentes.

Figura 1. Placas con borde activo

Placas con borde activo constituidas por pápulas eritematosas que confluyen con escama en su superficie.

Figura 2. Evolución clínica

Evolución clínica a las 3 semanas de tratamiento.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de interés por parte de los autores.

Revisión por pares.

El manuscrito fue revisado por pares ciegos y fue aprobado oportunamente por el Equipo Editorial de la revista INSPILIP.

Disponibilidad de datos y materiales.

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición a autor correspondiente.

Financiamiento

La investigación fue realizada con fondos propios.

Referencias bibliográficas

1. Riesco M, Castro R. Micosis cutáneas. Pediatr Integral. 2021; 26 (3): 146 – 154. Acceso noviembre 2022. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv03/05/n3-146-154_MonicaRoncero.pdf

2. Torres S, Ortiz M, Padilla M. Tiña incógnita, reporte de un caso. Revista del Centro Dermatológico Pascua.2007; 16(3), 170-172. Acceso noviembre 2022. Disponible en:

https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=14799

3. Albán G. Dermatofitosis en Ecuador. INSPILIP.2021; 5(1). Acceso noviembre 2022. Disponible en: https://www.inspilip.gob.ec/OJS/index.php/inspi/article/view/9

4. Oklota C, Brodell R. Uncovering tinea incognito: Topical corticosteroids can mask typical features of ringworm. Postgraduate medicine, 2004, vol. 116, no 1, p. 65-66. Acceso noviembre 2022. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.2004.07.1560

5. Álvarez J, Robles S. Placa facial. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.2021. Acceso junio 2022. Disponible en: https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2021/05/v22n1_Respuesta_placaFacial.pdf

6. Martín M. Micosis cutáneas de difícil diagnóstico. Debates sobre alergología.2020 Acceso noviembre 2022. Disponible en: http://www.alergoaragon.org/2020/sem02.pdf

7. Del Boz J, Crespo V, Rivas-Ruiz F, De Troya M. Tinea incognito in children: 54 cases. Mycoses.2011; 54(3), 254-258. Acceso noviembre 2022. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1439-0507.2009.01810.x

8. Starace M, Carpanese M, Alessandrini A, Piraccini B, Patrizi A, Neri I. Tinea corporis incognito due to Microsporum gypseum: Report of eight cases in children. Pediatric Dermatology.2021; Acceso noviembre 2022. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pde.14573