

## Tiña Incógnita Infantil

### Tinea incognito in an infant

Gustavo A. Lizardo-Castro\* , Iris Sarai Guevara-Suazo\*\* ,

\* Pediatra, Sub-especialista en Dermatología Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Departamento de Pediatría; Hospital Escuela, Servicio de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras.

\*\* Médico Residente Segundo Año del Posgrado de Dermatología; FCM, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.



Lactante género femenino, 22 meses de edad, quien por presentar pequeña lesión eritemato-escamosa y pruriginosa, en región infraorbitaria derecha, recibió tratamiento con betametasona crema una vez al día, por una semana y, a continuación desonida crema, dos veces al día, por otra semana. Se observó inicialmente mejoría, pero una vez finalizado el tratamiento, de pronto, presentó importante incremento de tamaño de la lesión y eritema en toda su extensión (**ver figura A**), por lo que fue referida al Hospital Escuela. Se sospechó tiña incógnita, realizándole KOH (micelio hialino cenocítico ramificado) y cultivo. Se indicó terbinafina crema cada 12 horas por cuatro semanas, obteniéndose remisión completa (**ver figura B**). El cultivo aisló *Trichophyton schoenleinii* (**[flecha]** **ver figura C**). Las dermatofitosis o tiñas son ocasionadas por dermatofitos, que parasitan piel, pelo y uñas. La tiña incógnita fue descrita en 1968 y, se trata de una infección dermatofítica exacerbada, que ha perdido sus características típicas, como el borde activo y aclaramiento central. Ocurre usualmente por la administración inapropiada de glucocorticoides tópicos o sistémicos y menos frecuente por inhibidores de la calcineurina, provocando cambios en la respuesta inmune, que favorece el crecimiento del hongo.

La tiña incógnita es relativamente frecuente y afecta principalmente la cara y el tronco, desde lactantes hasta ancianos, siendo ocasionada principalmente por *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* y *Epidermophyton floccosum*. El diagnóstico clínico es un desafío, por el aspecto atípico de la lesión, que puede ser confirmado usualmente por KOH y cultivo. Otras técnicas diagnósticas disponibles, son la dermatoscopia e histopatología. El diagnóstico diferencial debe hacerse con eccema, dermatitis por contacto, lupus discoide, psoriasis, rosácea y foliculitis. El tratamiento suele ser indicado con medicamentos por vía oral, como terbinafina, itraconazol o fluconazol, que puede ser combinado o no, con antifúngico tópico; este último, como monoterapia, puede resultar efectivo en algunos casos, como el descrito.