

Mujer con placas eritemato-descamativas en el tronco y las nalgas sin respuesta a tratamiento antipsoriásico tópico

¹Pérez-Elizondo AD, ²Pineda-Pineda JA, ¹Pérez-Campos E

¹Universidad Autónoma. Estado de México
²San Pedro Sula. Honduras

Acude a un consultorio privado una mujer de 35 años de edad con dermatosis diseminada en el tronco y que afecta a la parte baja del abdomen y la parte látero-externa de la nalga izquierda. Se caracteriza por placas eritematosas, levemente descamativas, ovaladas, de límites precisos, homogéneas y ásperas al tacto, ocasionalmente pruriginosas. Además, en ambas nalgas y en la porción proximal de la parte posterior de los miembros inferiores se observa una extensa lesión rojiza irregular de bordes definidos con fisuraciones, leve liquenificación por rascado crónico y una fina descamación blanquecina superficial de tinte marrónáceo y

distribución circular con aclaramiento central (figuras 1, 2 y 3). Lleva un año de evolución con remisiones parciales y exacerbaciones intensas.

Fue diagnosticada con anterioridad como psoriasis vulgar, motivo por el cual se le prescribió un ungüento de calcipotriol y betametasona durante 5 meses, aplicado mañana y noche con respuesta terapéutica favorable temporalmente. A intervalos irregulares la misma paciente se aplicó el preparado tópico con resultados variables.

Frente a la modificación del cuadro clínico original y la sospecha diagnóstica de una probable tiña incógnita, se solicitó examen directo con hidróxido de potasio y cultivo en medio agar Sabouraud para su confirmación. Se reportó a los pocos días el desarrollo de filamentos y de colonias fúngicas compatibles con *Trichophyton mentagrophytes* (figura 4).

Dado el aspecto morfológico ya alterado por el empleo prolongado de corticoide de alta potencia, sin el típico borde activo eritematoso microvesicular de avance centrífugo, y el área de aclaramiento centrolesional propio de las tiñas corporales, se plantea la posibilidad de una tiña incógnita y se inicia terapia con terbinafina oral a razón de 250 mg al día durante un mes, además de crema de ketoconazol al 2 % por las noches.

Se produce la resolución definitiva del cuadro verificada en visitas posteriores de control.

COMENTARIO

Ive y Marks acuñaron el término "tiña incógnita" a finales de la década de los sesenta para referirse a una dermatosis inusual, difícil de identificar, modificada por el empleo terapéutico prolongado de corticoides halogenados u otros fármacos inmunodepresores.

Figuras 1 y 2. Placas eritemato-descamativas ovaladas que simulan una psoriasis en el abdomen inferior y aspecto ántero-lateral de la nalga izquierda



Figura 3. Anillo eritemato-pigmentado mal definido en ambas nalgas



Comúnmente, se sitúa en la cara, región inguino-crural, manos u otros sitios corporales. La disminución de la respuesta local de defensa, con supresión del proceso inflamatorio y actividad exudativa, facilita la sobrepoblación de artrosporas patógenas que penetran el estrato córneo y el ostium folicular e invaden el tejido circunvecino.

Siddajah y Ericsson publicaron en años recientes que los inhibidores de la calcineurina, probablemente por mecanismos moduladores similares,

alteran la actividad inmunitaria y condicionan también esta presentación clínica poco característica y confusa.

Predomina el eritema difuso, la descamación blanquecina furfurácea poco notoria, sin borde neto activo, de avance periférico, las pápulas y pústulas sobre una base eccematosa o exudativa

Figura 4. [Trichophyton mentagrophytes] al examen directo



o cambios discrómicos de intensidad y extensión variables. Estos son datos poco comunes en una tiña corporal típica.

Es importante identificar inicialmente el cuadro clínico y, en caso de duda, efectuar un examen directo con hidróxido de potasio y un cultivo para la confirmación diagnóstica y la determinación del tratamiento antimicótico a seguir.

BIBLIOGRAFIA

- Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. Piel 2002;17:12-7.
- Burkhart CG. Tinea incognita. Arch Dermatol 1981;117:606-7.
- Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vera L, Welsh O. Tinea incognita. Clinics in Dermatology 2010;18:137-9.