

## Um início duvidoso, um fim incógnito - um caso de tinha incógnita

A doubtful beginning, an incognito ending - A case of tinea incognito

*Un comienzo dudoso, un final incógnito - un caso de tiña incognita*

Francisco Pinto da Costa. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. franciscopintodacost@gmail.com

Margarida Moreira. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. mmargmoreira@gmail.com

(*Autora correspondente*)

Margarida Ferreira da Silva. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. amargferreiradasilva@gmail.com

Rita Ferreira. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. ritarmferreira@gmail.com

### Resumo

A tinha incógnita é causada pela modificação de uma dermatofitose após tratamento com imunossuppressores, geralmente corticoides tópicos, mascarando as suas características típicas, resultando na progressão da infecção fúngica original. Relata-se um caso clínico de um homem de 71 anos que desenvolveu um quadro de “picadelas” (*sic*), dor e desconforto no antebraço direito associado a lesões pápulo-vesiculares de cor rósea, não pruriginosas. O doente foi avaliado e medicado, com antiviral, antibiótico, anti-inflamatório não esteroide e corticoide sem sucesso, tendo desenvolvido lesões pápulo-pustulosas violáceas com descamação em cerca de 1 mês. Após prova terapêutica com um agente antifúngico e depois de descoberto que o paciente usava cronicamente corticoides tópicos, foi diagnosticada uma tinha incógnita. O diagnóstico da tinha incógnita representa um desafio para o Médico de Família, uma vez que esta mimetiza várias condições dermatológicas.

### Abstract

Tinea incognito is caused by the modification of ringworm after treatment with immunosuppressants, normally topical steroids, which mask its typical characteristics, and result in the progression of the original fungal infection. This is a case of a 71-year-old man who developed a clinical picture involving “bites” [*sic*], pain, and discomfort in the right forearm, associated with papular vesicular lesions that were pinkish in color and non-pruritic. The patient was evaluated and medicated with antivirals, antibiotics, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs with no success. He developed violaceous papular-pustular lesions with scaling in about 1 month. After a therapeutic trial with an antifungal agent and the discovery of the patient’s chronic use of topical corticosteroids, a diagnosis of tinea incognito was established. This diagnosis presents a challenge to the general practitioner due to its similarity to various dermatological conditions.

### Resumen

La Tiña incógnita es causada por la modificación de una dermatofitosis después del tratamiento con inmunosupresores, generalmente esteroides tópicos, enmascarando sus características típicas, conllevando a la progresión de la infección fúngica inicial. Se presenta un caso de un hombre de 71 años que desarrolló un cuadro de “picaduras”, dolor y malestar en el antebrazo derecho, asociado a lesiones vesiculares papulosas de color rosado, no pruriginosas. El paciente fue evaluado y medicado con antibióticos, antivirales, corticoides y antiinflamatorio no esteroideo, sin éxito. Se desarrollaron lesiones escamosas violáceas, pápula-pustulosas con evolución de un mes. Después que se descubrió que el paciente estaba usando corticoides tópicos crónicamente, y luego de la prueba terapéutica con un anti-fúngico, le fue diagnosticada una tiña incógnita. El diagnóstico de tiña incógnita representa un desafío para el médico de familia, ya que ésta imita varias condiciones dermatológicas.

**Como citar:** Costa FP, Moreira M, Silva MF, Ferreira R. Um início duvidoso, um fim incógnito - um caso de tinha incógnita. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-5.  
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1015](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1015)

### Palavras-chave:

Tinha  
Corticosteroides  
Administração Cutânea

### Keywords:

Tinea  
Adrenal Cortex Hormones  
Administration, Cutaneous

### Palabras clave:

Tiña  
Corticosteroides  
Administración Cutánea

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.  
Recebido em: 01/10/2014.  
Aprovado em: 13/10/2015.

## Introdução

A tinha incógnita representa cerca de 40% de todas as dermatofitoses superficiais<sup>1</sup> e a sua incidência tem aumentado nos últimos anos.<sup>2</sup> Esta condição resulta da modificação de uma dermatofitose após tratamento incorreto com imunossuppressores, geralmente corticoides tópicos, que embora reduzam o eritema e aliviem a irritação, mascaram as suas particularidades<sup>3</sup> de placas eritematosas com bordo inflamatório e descamativo, por vezes vésico-bolhosas, com crescimento centrífugo e clareamento central (“impingem”).<sup>4,5</sup> O diagnóstico tardio faz com que a infecção original progrida.<sup>1,3</sup>

Qualquer agente causador de uma dermatofitose pode originar a tinha incógnita. No entanto, o mais frequente é o *Tricophyton rubrum*,<sup>4,5</sup> que se transmite através do contato direto com lesões infetadas de pessoas, animais ou superfícies contaminadas.<sup>3</sup>

## Detalhamento do caso

O caso refere-se a um paciente do sexo masculino, 71 anos, caucasiano, aposentado, natural e residente na Póvoa de Varzim, Portugal, com o 4<sup>o</sup> ano de escolaridade. Pertencente a uma família nuclear, na fase VII do ciclo de Duvall e classe média-alta de Graffar. Dos antecedentes pessoais, salienta-se obesidade, dislipidemia, psoríase e herpes zoster. Sem medicação habitual.

A história da doença atual iniciou-se em junho de 2013, quando o doente recorreu a uma consulta médica privada por quadro de “picadelas” (*sic*), dor e desconforto no antebraço direito associado a lesões papulares não pruriginosas, tendo sido medicado com amoxicilina + ácido clavulânico 875/125mg e loção iodada.

Quinze dias depois, por ausência de melhoria da lesão, recorre ao seu Médico de Família por persistência do quadro de “picadelas” (*sic*), dor e desconforto no antebraço direito. Negava febre, traumatismo do local e contato direto com animais. Ao exame objetivo, apresentava lesões pápulo-vesiculares de cor rósea, não pruriginosas, com três semanas de evolução (Figura 1).



**Figura 1.** Lesões pápulo-vesiculares róseas no antebraço.

Tendo em conta os antecedentes do doente e a distribuição preferencial pelo dermatomo correspondente a T1 associado à dor, o doente foi medicado com aciclovir 800mg 5 vezes/dia durante 7 dias por suspeita de herpes zoster.

Em julho, retoma a consulta por agravamento da lesão e intensificação da dor. Ao exame objetivo, a lesão tinha aumento da sua extensão até ao dorso da mão e apresentava-se pápulo-pustulosa, violácea, com ligeira descamação em colarete (Figura 2). Foi interpretado como se tratando de impetigo, tendo sido prescrita flucloxacilina 500mg 3 vezes/dia durante 8 dias e diclofenac 75mg em SOS. Ficou com consulta agendada para reavaliação do quadro clínico passados 15 dias.



**Figura 2.** Lesões pápulo-pustulosas violáceas com descamação em colarete no antebraço e mão.

Na data prevista para a consulta, o doente descreve a manutenção do quadro clínico. A lesão apresentava as características anteriores, acrescidas de maior inflamação local e atrofia cutânea (Figura 3). Foi medicado com clobetasol 0,5mg/g creme uma vez por dia. Tendo em conta a ausência de melhoria, a medicação foi suspensa e o doente foi enviado através de Alert P1<sup>®</sup>, com imagem anexa (Teledermatologia) e caráter urgente para o hospital de referência.



**Figura 3.** Lesões pápulo-pustulosas violáceas agravadas com descamação em colarete no antebraço e mão.

Na primeira consulta hospitalar, encontrava-se, segundo o mesmo, “na pior fase da doença” (*sic*). Ao exame objetivo, apresentava lesões pápulo-pustulosas violáceas com ligeira descamação em colarete, associada a telangiectasias e atrofia cutânea. Foi colocada, como hipótese mais provável de diagnóstico, uma tinha incógnita. Iniciou tratamento com itraconazol 100mg 2 vezes/dia *per os* (via oral) durante 6 semanas e terbinafina creme 2 vezes/dia durante 4 semanas, equacionando-se a possibilidade de realização de biópsia lesional em caso de insucesso terapêutico.

Cerca de um mês depois, recorre novamente à consulta com a Médica de Família, desta vez já assintomático desde há aproximadamente uma semana. A lesão apresentava-se em remissão com placas maculares purpúricas e algumas telangiectasias residuais (Figura 4).



**Figura 4.** Lesões maculares purpúricas em placa em fase de remissão.

Após o paciente ter descrito a consulta de Dermatologia, eis que surge a pergunta chave que viria a esclarecer o diagnóstico - “Doutor, posso aplicar este creme novo [terbinafina] nas próximas lesões que surgirem?” (*sic*). Após ser interrogado pelo motivo da questão, o paciente explica que “este creme é melhor do que o que eu usava desde o início” (*sic*). Tendo em conta os antecedentes de psoríase, o doente revelou que, desde o início, aplicou corticoterapia tópica (calcipotriol/betametasona) na lesão por iniciativa própria.

Atualmente, o doente apresenta uma melhoria significativa das lesões, mantendo seguimento nas consultas de Dermatologia e Medicina Geral e Familiar.

## Discussão

O diagnóstico das dermatofitoses e, em particular, da tinha incógnita, representa frequentemente um desafio para os médicos, uma vez que esta mimetiza várias condições dermatológicas, nomeadamente eczema, impétigo, lúpus eritematoso, rosácea e psoríase.<sup>1,2</sup>

Assim, é importante que o Médico de Família conheça as várias formas de apresentação das dermatofitoses superficiais e mantenha vigilância perante a presença de uma erupção cutânea atípica após tratamento com corticoides tópicos ou outros imunossuppressores. Neste contexto, e na eventual suspeita de estar perante uma tinha incógnita, deve suspender esse tratamento e instituir tratamento antifúngico tópico. Nos casos mais complexos, como lesões extensas, com duração superior a três meses ou nas formas inflamatórias e supurativas, é necessário recorrer à terapêutica antifúngica oral, à semelhança do sucedido no presente caso.<sup>3,5</sup>

Para além da terapia imunossupressora, alguns estudos revelaram outros fatores de risco para o desenvolvimento desta tinha, nomeadamente más condições higiénicas e sanitárias, infeções virais ou bacterianas concomitantes e fatores psicológicos,<sup>1</sup> pelo que a investigação das fontes de contágio e daqueles com quem convive se torna parte integrante do tratamento.<sup>5</sup>

O aumento da incidência da tinha incógnita, e este caso em particular, deverão ser motivo de reflexão e alerta para o uso excessivo e fácil acesso à corticoterapia, que não é de todo inócua.<sup>2</sup> Na verdade, se a sua utilização for prolongada poderão surgir alterações secundárias, nomeadamente atrofia, estrias, telangiectasias e púrpura.

Assim, este caso, além de sublinhar o desafio diagnóstico de uma entidade mascarada pela utilização de corticoides tópicos, reitera a importância de uma boa comunicação médico-doente e de obter uma anamnese completa em todas as visitas do paciente.

## Referências

1. Segal D, Wells MM, Rahalkar A, Joseph M, Mrkobrada M. A case of tinea incognito. *Dermatol Online J.* 2013;19(5):18175.
2. Kim WJ, Kim TW, Mun JH, Song M, Kim HS, Ko HC, et al. Tinea incognito in Korea and its risk factors: nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci.* 2013;28(1):145-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2013.28.1.145>
3. Pinto-Almeida T, Selores M. Caso dermatológico. *Nascer Crescer.* 2011;20(4):288-9.
4. Verma S, Heffernan MP. Superficial Fungal Infection: Dermatophytosis, Onychomycosis, Tinea Nigra, Piedra. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2008. p.369-72.
5. Gupta AK, Cooper EA, Ryder JE, Nicol KA, Chow M, Chaudhry MM. Optimal management of fungal infections of the skin, hair, and nails. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5(4):225-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200405040-00003>