

# Tinha incógnita

Mariana Hikari Abe<sup>1</sup>, Thais Stach Mendes<sup>1</sup>, Hamilton Ometto Stolf<sup>1</sup>

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu,  
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp)

## RESUMO:

**Contexto:** A tinha incógnita é infecção fúngica cutânea causada por dermatófito e agravada por tratamento incorreto. Os principais medicamentos envolvidos são os corticosteroides tópicos, sistêmicos e aplicação tópica de imunomodulador. Nessa enfermidade, as lesões perdem o formato anular ou circinado típico com atividade clínica periférica, manifestando-se clinicamente como máculas eritemato-descamativas com pústulas ou placas e nódulos eritematosos infiltrados, mimetizando diversas doenças cutâneas. **Descrição do caso:** Relatamos o caso de paciente feminina, de sete anos de idade, caucasiana, com lesões eritemato-descamativas pustulosas e história clínica de dois meses. Foi tratada previamente com antibióticos (cefalexina via oral), corticosteroides tópico e injetável, com piora progressiva do quadro. Estabeleceu-se o diagnóstico de tinha incógnita pelo exame clínico e micológico direto. Houve cura das lesões após tratamento com terbinafina via oral, 125 mg/dia, e antimicótico tópico por oito semanas. **Conclusões:** A tinha incógnita, pela apresentação clínica atípica, requer atenção. Assim, o médico deve conhecê-la e pesquisar os fungos dermatófitos em lesões cutâneas faciais com distribuição atípica, recalcitrantes e localizadas muitas vezes no couro cabeludo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tinha do couro cabeludo, tinha, micoses, fungos, corticosteroides

## INTRODUÇÃO

Tinha incógnita é infecção por dermatófitos devida ao uso impróprio de corticosteroides tópicos ou sistêmicos, ou pela aplicação tópica de imunomoduladores (pimecrolimus e tacrolimus).<sup>1</sup> Nessa enfermidade, as lesões perdem o seu formato anular ou oval típico de bordas circinadas. Assim podem ocorrer variações clínicas da lesão, tais como: padrão eczematoso com pápulas, pústulas e placas do granuloma de Majocchi.<sup>1</sup>

Turk e cols.<sup>2</sup> relatam que os tipos clínicos mais frequentes são: tinha do corpo, seguida da tinha da mão, face, couro cabeludo e crural. Em adultos e crianças, os locais mais acometidos

são o tronco e os membros, sendo menos frequente o acometimento do couro cabeludo e da face.

A associação de outras infecções fúngicas, tais como, micoses nos pés e unhas, sugere a autoinoculação como fator de risco para o desenvolvimento de tinha incógnita.<sup>2</sup>

O diagnóstico é clínico (anamnese e exame dermatológico), e usualmente, confirmado pelo exame micológico (cultura e microscopia). Turk e cols.<sup>2</sup> analisaram 6.326 pacientes com dermatofitose, dos quais 21 apresentaram tinha incógnita, cujas características clínicas e microbiológicas foram estudadas. Os autores verificaram o *Trichophyton rubrum* como agente mais isolado em adultos e crianças (66,7%, com positividade de 90,5% na cultura), provavelmente por esse agente ser o maior responsável pelas dermatofitoses na Turquia.

<sup>1</sup>Aluna de graduação do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp).

<sup>2</sup>Professor assistente doutor da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp).

Editor responsável por esta seção:

Hamilton Ometto Stolf. Professor doutor, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

Endereço para correspondência:

Hamilton Ometto Stolf, Mariana Hikari Abe e Thais Stach Mendes

Departamento de Dermatologia e Radioterapia – Campus Universitário de Rubião Jr., s/nº – Botucatu (SP) – CEP 18618-000

Tel. (14) 3882-4922

E-mails: hstolf@fmb.unesp.br – donova472@yahoo.com.br – thamendes@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada – Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 7 de novembro de 2013 – Última modificação: 30 de janeiro de 2014 – Aceite: 31 de janeiro de 2014

No exame histopatológico, é possível a visualização de micélios pela coloração de PAS (*periodic-acid-Schiff*) ou por impregnação de prata pelo método de Grocott. Este exame não é realizado na rotina, pois o exame micológico é mais adequado.

O tratamento da tinha incógnita envolve o uso de antifúngicos sistêmicos. A doença tem prognóstico favorável, com recuperação completa após o tratamento adequado.

Essa enfermidade é confundida com eczema, impetigo, lúpus eritematoso, vasculite, eritema migrans, líquen plano, dermatite seborreica, psoríase pustular e rosácea (dependendo da localização das lesões),<sup>2,3</sup> promovendo atraso (que pode ser de anos) na implementação da terapêutica mais adequada.<sup>2</sup> Além disso, os efeitos imunossupressores e anti-inflamatórios dos corticosteroides e imunomoduladores contribuem para que o paciente negligencie as lesões.

O presente relato ressalta a importância dos aspectos relativos ao diagnóstico da tinha incógnita e seu manejo adequado. Foi realizada uma busca sistematizada nas principais bases de dados disponíveis (**Tabela 1**)<sup>1,2,4-12</sup> com o objetivo de encontrar relatos semelhantes e confirmar a raridade do caso. Foram utilizados apenas os artigos completos, disponíveis na internet, de língua inglesa. Sendo a pesquisa complementada com outras fontes além daquelas sugeridas (PubMed, BVS e Cochrane). Das 13 referências obtidas, três relatos<sup>1,3,13</sup> se assemelhavam ao caso descrito no presente artigo. Todos os relatos abordam tinha incógnita em crianças como lesões eczematosas, descamativas, acometendo face e couro cabeludo, de curso crônico, muitas vezes, tratadas erroneamente antes do diagnóstico correto.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, de sete anos, caucasiana, natural e procedente da zona urbana de Piracicaba, São Paulo, foi levada ao Serviço devido ao aparecimento de placas eritemato-descamativas na face e aumento progressivo com pústulas há dois meses.

No início do quadro, com a hipótese diagnóstica de eczema atópico, foi realizado tratamento com pimecrolimo creme 1%, ao qual apresentou melhora discreta e momentânea. Entretanto, houve progressão das lesões eczematoideas, com pústulas na face e couro cabeludo. Na anamnese havia relato de tratamento prévio (corticoide e antibiótico tópico, cafalexina via oral e corticoesteroide injetável); antecedentes pessoais e familiares de rinite alérgica (ambos os pais) e eventos estressantes coincidentes ao início do quadro.

Revistos a história clínica e o exame dermatológico, as hipóteses foram: tinha do couro cabeludo e tinha da face (**Figuras 1 e 2**). Foram coletadas duas amostras de material purulento das lesões para exame micológico direto e cultura. O segundo exame micológico direto apresentou esporos sugestivos de dermatófito, entretanto, as culturas apresentaram resultado negativo.

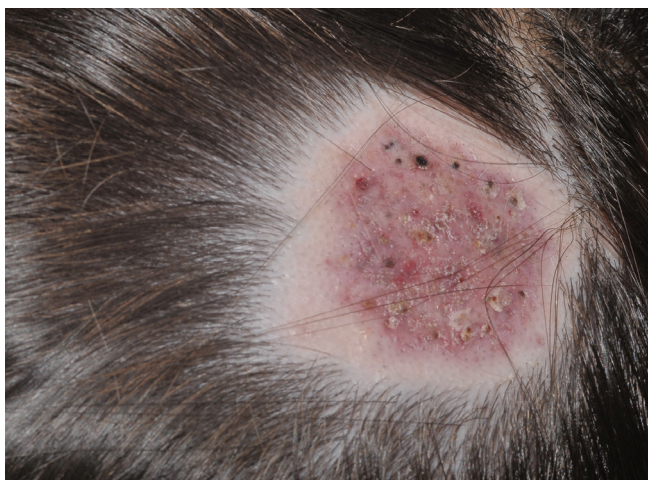
Instituiu-se o tratamento com terbinafina, 125 mg/dia, por oito semanas, com cura das lesões faciais e couro cabeludo (**Figura 3**).

**Tabela 1.** Resultado da busca sistematizada em bases de dados com os descritores em saúde (Decs) e Medical Subheadings (MeSH), realizada em 6 de novembro de 2013

Estratégia de busca	Base de dados	Artigos obtidos	Artigos relacionados
	PubMed via NCBI (National Center for Biotechnology Information)	Celić e cols. <sup>1</sup> Turk e cols. <sup>2</sup> Körner e cols. <sup>4</sup> Lencastre e cols. <sup>5</sup> Morales-Cardona e cols. <sup>6</sup>	Celić e cols. <sup>1</sup> Turk e cols. <sup>2</sup> Demais artigos encontrados não foram utilizados, pois não apresentavam texto em inglês completo disponível
(Tinea OR Tineas OR Dermatophytosis OR Ringworm OR Dermatophytoses OR Trichophytosis OR Trichophytoses OR Epidermophytosis OR Epidermophytoses) AND (Incognita)	BVS via Bireme	Turk e cols. <sup>2</sup> Körner e cols. <sup>4</sup> Morales-Cardona e cols. <sup>6</sup> Act e cols. <sup>7</sup> Aranibar e cols. <sup>8</sup> Holubar e cols. <sup>9</sup> Lencastre e cols. <sup>10</sup> Martínez Roig e cols. <sup>11</sup> Vargas <sup>12</sup>	— Nenhum dos artigos encontrados apresentava texto em inglês completo disponível
	Cochrane via Bireme	—	—



**Figura 1.** Aspecto clínico da lesão. Áreas eczematosas com pústulas, simulando impetiginização.



**Figura 2.** Área de alopecia eritematosa com a presença de crostas e micropústulas.



**Figura 3.** Aspecto da paciente após dois meses de tratamento com antifúngico.

## DISCUSSÃO

O termo tinha, ou dermatofitose, refere-se a infecções fúngicas por dermatófitos que se dividem em três gêneros: *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*. A transmissão ocorre por contato direto com lesões infectadas de pessoas, animais ou superfícies contaminadas. As dermatofitoses são classificadas de acordo com a principal localização da infecção (couro cabeludo, pele glabra, inguinocrural, pés e unhas). A apresentação clínica caracteriza-se por máculas eritematosas com discreta borda eritematosa e descamativa, por vezes vesículo-bolhosa, crescimento centrífugo e hipocromia central.<sup>13</sup>

A tinha incógnita é resultado da modificação de uma dermatofitose após tratamento incorreto com imunossuppressores, geralmente corticosteroides tópicos, que mascara suas características típicas e favorece a progressão lenta da doença. A corticoterapia tópica reduz o eritema e a infiltração, mas leva ao agravamento das lesões cutâneas, o que geralmente leva à aplicação de mais corticoide tópico, promovendo um círculo vicioso, sem tratamento efetivo da infecção.

Qualquer agente causador de dermatofitose pode causar a tinha incógnita, entretanto, o mais frequente é o *T. rubrum*.<sup>2,3</sup> A apresentação clínica da tinha incógnita, quando comparada à tinha não tratada previamente, apresenta bordas menos descamativas e elevadas, maior extensão e menor sensação de prurido. As lesões podem também apresentar alterações secundárias causadas pela utilização prolongada de corticosteroides tópicos (atrofia, estrias, telangiectasias e púrpuras).

A confirmação diagnóstica é realizada pelo exame micológico. O local mais adequado para a coleta do material clínico é a borda ativa da lesão, pois permite a visualização de mais elementos fúngicos no exame direto e diminui o risco de falsos negativos. É importante ressaltar a necessidade de suspender a corticoterapia tópica alguns dias antes da realização do exame.

O tratamento baseia-se na suspensão da corticoterapia e aplicação de antifúngicos tópicos, exceto em: casos extensos, evolução superior a três meses ou formas inflamatórias e supurativas.<sup>13</sup> Nessas situações, a terapêutica antifúngica sistêmica é outra opção.

## CONCLUSÕES

O diagnóstico da tinha incógnita é difícil devido à sua apresentação clínica atípica. Assim, é importante considerar e pesquisar infecções por dermatófitos em casos de doenças eczematosas recalcitrantes e não responsivas ao tratamento, particularmente com acometimento do couro cabeludo.

## REFERÊNCIAS

1. Celić D, Rados J, Skerlev M, Dobrić I. What do we really know about "tinea incognita"? *Acta Dermatovenerol Croat.* 2005;13(1):17-21.
2. Turk BG, Taskin B, Karaca N, Sezgin AO, Aytimur D. Clinical and mycological analysis of twenty-one cases of tinea incognita in the aegean region of Turkey: a retrospective study. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2013;21(2):93-8.
3. Kim WJ, Kim TW, Mun JW, et al. Tinea incognita in Korea and its risk factors: nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci.* 2013;28(1):145-51.
4. Körner R, Vogt T, Müller CS. Tinea incognita due to Trichophyton mentagrophytes. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9(11):917-8.
5. Lencastre A, Tosti A. Role of trichoscopy in children's scalp and hair disorders. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(6): 674-82.
6. Morales-Cardona CA, Bermúdez-Bula LF. Tiña incógnita diseminada que simula psoriasis pustulosa [Disseminated tinea incognita mimicking pustular psoriasis]. *Rev Iberoam Micol.* 2012;29(1):47-8.
7. Act DP, Zegpi TE, Gubelin Harcha W. Tiña incógnita: granuloma de Majocchi [Incognita tinea: Majocchi's granuloma]. *Rev Chil Dermatol.* 1997;13(3):205-7.
8. Aranibar DL, Villalba MV, Hasbún ZT, Misad SC. Tiña incógnita: reporte de caso [Tinea incognita: a case report]. *Rev Chil Dermatol.* 2009;25(3):283-283.
9. Holubar K, Male O. Tinea incognita vs. tinea incognita. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2002;10(1):39.
10. Lencastre A, Tosti A. Role of trichoscopy in children's scalp and hair disorders. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(6):674-82.
11. Martínez Roig A, Torres Rodríguez JM. Diez casos de tiña incógnita en una consulta de pediatría. Un estudio retrospectivo (1985-2005) [Ten cases of tinea incognita in a pediatrics office: a retrospective study (1985-2005)] *Acta Pediatr Esp.* 2007; 65(9):445-8.
12. Vargas FJ. Tiña incógnita [Incognita tiña]. *Bol Cient CENETROP.* 1997;16(1):55.
13. Pinto-Almeida T, Selores M. Caso dermatológico. *Nascer e Crescer.* 2011;20(4):288-8.