

TINEA INCOGNITO – OBTÍŽNÁ KLINICKÁ KOŽNÍ DIAGNÓZA

MUDr. Magdalena Skořepová, CSc.

Centrum pro dermatomykózy, Kožní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Tento termín označuje dermatofytickou infekci, jejíž klinický vzhled byl modifikován lokální nebo systémovou aplikací kortikoidů. K tomu může dojít v důsledku chybné dermatologické diagnózy, nebo v důsledku jiných existujících onemocnění. Klinický vzhled může imitovat celou řadu dermatóz.

Klíčová slova: tinea incognito, diagnóza, terapie.

TINEA INCOGNITO – A DIFFICULT DERMATOLOGICAL DIAGNOSIS

The term describes a tinea infection whose clinical morphology has been modified by the application of topical or systemic steroids, administered as a result of dermatological misdiagnosis or preexisting pathologies. The clinical manifestation can masquerade a number of other dermatoses.

Key words: tinea incognito, diagnosis, therapy.

Dermatol. praxi 2008; 2(5–6): 234–235

Úvod

Definice pojmu: Tinea incognito je neoficiální název pro tineu, jejíž klinický obraz byl zkreslen imunosupresí. Na podobě tohoto názvu se odborníci neshodují: jedni prosazují tvar „tinea incognita“, tedy ve správné latině „nepoznaná tinea“, kdežto jiní se drží tvaru „tinea incognito“, tedy tinea, která se maskuje, podobně jako osoby, které v dřívějších staletích např. cestovaly „incognito“, pod cizí identitou. Tento tvar je z hlediska latinské mluvnické správnosti, je to tzv. makarónská latina (terminus technicus pro zkomolenou středověkou a renesanční studentskou latinu). Nicméně v zahraniční literatuře se s tímto tvarem setkáváme častěji, o čemž ostatně svědčí názvy prací uvedených v seznamu literatury.

Etiologie

Tinea incognito je vyvolávána stejnými druhy dermatofytů jako klasické klinické formy. Podle Romana et al (10) se uplatňují (v sestupném pořadí frekvence) *Trichophyton (T.) rubrum*, *T. mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum (M.) canis*, *M. gypseum*, *T. violaceum* a *T. erinacei*. Polští autoři (5) zahrnují pod tento pojem i kvasinkové infekce a uvádějí jako nejčastější vyvolavatele *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* a *Candida albicans*. Imunosuprese bývá nejčastěji iatrogenní, vyvolaná aplikací lokálních kortikoidů. V novější době jsou popisovány případy tinea incognito po aplikaci lokálních imunosupresiv pimekrolimu a takrolimu (1, 8, 13). Netypický klinický obraz tinea se může objevit i u lidí s imunodeficiencí nebo s hematologickou malignitou.

Klinický obraz

Onemocnění postihuje nejčastěji dospělí, poměr mužů a žen je téměř vyrovnaný. Romano

et al. uvádějí 98 mužů a 102 žen v průměrném věku 42 let. Našli jsme však 3 kazuistiky, které popisují nález tinea incognito celkem u 5 dětí (1, 9, 11). Krajewska-Kulak et al. zjistili, že z 814 pacientů hospitalizovaných s tineou jich 318 (39,1 %) mělo diagnózu tinea incognito. Upozorňují, že toto vysoké číslo dokládá obtížnost zdánlivě snadné diagnostiky kožních mykóz.

Tinea incognito vzniká zejména při méně obvyklé lokalizaci infekce. Postižen může být obličej, kštice, trup, horní končetiny až po zápěstí, dolní končetiny až po hlezna. Na distálních částech končetin nebývá tento diagnostický omyl popisován.

Klinicky jde o neostře ohraničené nepravidelné erytematózní plochy, s přítomností šupin nebo bez deskvamace. Setkáváme se s pustulami i granulomatózními uzlíky. Klinický obraz zpravidla nelze zařadit. Z častěji popisovaných záměn jmenujme ekzém z hodinek na volární ploše zápěstí (obrázky 1 a 2) a diskoidní erytematodes v obličeji.

Diferenciální diagnóza

Tinea incognito na obličeji může být zaměněna za seboroickou dermatitidu, ekzém, chronický diskoidní erytematodes, rosaceu (3, 10), demodikózu, psoriázu, polymorfní světlou erupci (7). Ve kšticích bývá diagnostikována jako seboroická dermatitis či psoriáza kštice, jsou popisovány i záměny za bakteriální infekci (6, 14). Na trupu a proximálních částech končetin se tinea mylně diagnostikuje jako ekzém, impetigo (10), intertriginózní psoriáza (8), pustulózní psoriáza (12), pemphigus foliaceus (4), méně často psoriasis vulgaris, dermatitis seborrhoica, purpura a lichen planus (10). Je možná i záměna za erythema chronicum migrans, pokud se vytvoří anulární léze bez šupin (2).

Obrázek 1. Typický vzhled tinea na volární ploše zápěstí (*Trichophyton verrucosum*)



Obrázek 2. Tinea na volární ploše zápěstí léčená kortikoidy pod diagnózou „ekzém z hodinek“ (*Microsporum gypseum*)



Diagnostika

Správnou diagnózu lze zpravidla stanovit až na základě mykologického vyšetření mikroskopického a kultivačního. Kultivaci je někdy potřeba několikrát opakovat, zejména pokud byly kortikoidy aplikovány po dlouhou dobu např. několika měsících. Dlouhodobá aplikace kortikoidů totiž může ovlivnit i růstové schopnosti a morfolonii dermatofyta. Určení etiologie je potom značně obtížné. Proto je nezbytné před vyšetřením vysadit na několik týdnů veškerou lokální léčbu.

Terapie

Po správném stanovení diagnózy onemocnění vede antimykotická léčba k vyléčení. Léčba se neliší

od běžných postupů při typicky probíhajících dermatofytózách. V případě, že se vytvořily hlubší infiltráty nebo rozsáhlé plochy, je nutné nasazení perorálních antimykotik terbinafinu nebo itraconazolu. Hojení může být zpomalené v důsledku dlouhodobé imunosuprese postižené tkáně.

MUDr. Magdalena Skořepová, CSc.

Centrum pro dermatomykózy, Kožní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
e-mail: mykologie.vfn@seznam.cz

Literatura

1. Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J. Pimecrolimus-induced tinea incognito. *Skinmed* 2004; 3(6): 352–353.
2. Feder HM Jr. Tinea incognito misdiagnosed as erythema migrans. *N Engl J Med* 2000; 343(1): 69.
3. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea-like tinea incognito. *Mycoses* 2002; 45(3–4): 135–137.
4. Guenova E, Hoetzenecker W, Schaller M, Röcken M, Fierlbeck G. Tinea incognito hidden under apparently treatment-resistant pemphigus foliaceus. *Acta Derm Venereol* 2008; 88(3): 276–277.
5. Krajewska-Kulak E, Niczyporuk W, Lukaszuk C, Bartoszewicz M, Roszkowska I, Edyta M. Difficulties in diagnosing and treating tinea in adults at the Department of Dermatology in Białystok (Poland). *Dermatol Nurs* 2003; 15(6): 527–530.
6. Martin ES, Elewski BE. Tinea capitis in adult women masquerading as bacterial pyoderma. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49(Suppl 2 Case Reports): 177–179.
7. Nenoff P, Mügge C, Herrmann J, Keller U. Tinea faciei incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis. *Mycoses* 2007; 50(Suppl 2): 20–25.
8. Rallis E, Koumantaki-Mathioudaki E. Pimecrolimus induced tinea incognito masquerading as intertriginous psoriasis. *Mycoses* 2008; 51(1): 71–73.
9. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. *Pediatr Dermatol* 2000; 17(1): 41–44.
10. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. *Mycoses* 2006; 49(5): 383–387.
11. Sánchez-Castellanos ME, Mayorga-Rodríguez JA, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Tinea incognito due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Mycoses* 2007; 50(1): 85–87.
12. Serarslan G. Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses* 2007; 50(6): 523–524.
13. Siddaiah N, Erickson Q, Miller G, Elston DM. Tacrolimus-induced tinea incognito. *Cutis* 2004; 73(4): 237–238.
14. Twersky JM, Sheth AP. Tinea capitis mimicking dissecting cellulitis: a distinct variant. *Int J Dermatol* 2005; 44(5): 412–414.