

REVISIÓN



Gac Med Bilbao. 2026;123(1):14-18

Tiña incógnita: claves para su detección y manejo en la práctica diaria

Lada-Colunga Bárbara^a, Arévalo-Ortega Irene^a, Rodríguez-Blandón Jurvist-Stee^a, Izu Belloso Rosa-María^a

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Dermatología. Bilbao, España.

Recibido el: 30 de enero de 2026; aceptado el 2 de marzo de 2026.

DOI: <https://doi.org/10.64246/0610gmb>

Resumen:

La tiña incógnita es una dermatofitosis con morfología atípica causada por la aplicación de corticoides u otros inmunomoduladores. El uso de tratamientos tópicos modifica las características clínicas clásicas de la infección y dificulta su diagnóstico, favoreciendo su diseminación y cronificación. Una anamnesis dirigida al uso previo de corticoides y la aplicación de pruebas diagnósticas sencillas, como el raspado con hidróxido de potasio (KOH) o el cultivo micológico, son esenciales para evitar la iatrogenia. Este artículo revisa la fisiopatología y las manifestaciones clínicas de la tiña incógnita, y propone recomendaciones prácticas para su diagnóstico y manejo.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Tinea incognita: eguneroko praktikan detektatzeko eta kudeatzeko gakoak

Laburpena:

Tinea incognita dermatofitosi mota atipikoa da, kortikoideen edo beste immunomodulatzaile topikoen erabilerak eragindakoa. Tratamendu topikoen infekzioaren ezaugarri kliniko klasikoak aldatzen dituzte eta diagnostikoa zailtzen dute, hedapena eta kronifikazioa erraztuz. Aurretiazko kortikoideen erabilerari buruzko anamnesi zuzendua egitea eta proba diagnostiko sinpleak aplikatzea —hala nola potasio hidróxidoarekin (KOH) egindako arraspaketa edo kultura mikologikoa— funtsezkoak dira iatrogenia saihesteko. Artikulu honek tinea incognitaren fisiopatologia eta adieraz-

PALABRAS CLAVE

Tiña incógnita.
Corticoides tópicos.
Diagnóstico.
Examen micológico.
Atención primaria.

GILTZA-HITZAK

Tinea incognita.
Kortikoide topikokoak.
Diagnostikoa.
Azterketa mikologikoa.
Lehen mailako arreta.

KEYWORDS

Tinea incognita.
Topical corticosteroids.
Diagnosis.
Primary care.
Mycological examination.

pen klinikoak berrikusten ditu, eta diagnostikorako zein kudeaketarako gomendio praktikoak proposatzen ditu.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Tinea Incognita: Keys to Its Detection and Management in Daily Clinical Practice

Abstract:

Tinea incognita is a dermatophytosis with atypical morphology caused by the application of corticosteroids or other topical immunomodulators. This practice treatment alters the classical clinical features of tinea and complicates its diagnosis, favoring dissemination and chronicity. A medical history directed toward prior corticosteroid use and simple diagnostic tests such as potassium hydroxide scraping or fungal culture are essential to prevent iatrogenesis. This article reviews the pathophysiology, clinical and histological features of tinea incognita, and provides practical recommendations for its management in primary care. © 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

La tiña incógnita es una forma atípica de dermatofitosis o infección por hongos dermatofitos, en la que el uso de corticoides tópicos u otros inmunomoduladores modifica su presentación clínica habitual. Es fundamental conocer esta entidad para instaurar el tratamiento etiológico de forma precoz y evitar su diseminación o cronificación.

Discusión

El término tinea incognita fue acuñado por Ive y Marks en 1968 para describir una dermatofitosis enmascarada por el uso de corticoides tópicos o sistémicos, lo que dificulta su reconocimiento clínico¹. El empleo de corticoides potentes sin diagnóstico etiológico sigue siendo frecuente en la práctica habitual, sobre todo en lesiones eritematodescamativas que pueden confundirse con dermatitis o psoriasis²⁻⁴. Este tratamiento inadecuado suprime los signos cardinales de la tiña —borde activo, eritema periférico y descamación centrífuga—, originando cuadros persistentes, atípicos e incluso diseminados⁵.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los corticoides tópicos suprimen la respuesta inflamatoria cutánea y alteran la función barrera epidérmica^{3,4,6}. Este efecto inmunosupresor local facilita la proliferación del hongo en ausencia de inflamación visible, lo que explica la aparente mejoría inicial seguida de un empeoramiento progresivo. En fases avanzadas, la invasión folicular profunda puede originar un granuloma de Majocchi o tricofítico⁷. Además, la combinación de corticoides con antibióticos o antifúngicos tópicos puede modificar el microbioma cutáneo y generar patrones clínicos aún más confusos⁸. Las manifestaciones clínicas son muy variables. Urbina et al.⁹ describieron lesiones predominantemente loca-

lizadas en cara, zona inguinal, extremidades y tronco, con morfología eritematodescamativa, psoriasiforme o papulonodular. Habitualmente se observan placas mal delimitadas, con escama fina y mínima inflamación periférica (Figura 1). El prurito persistente y el rebote inflamatorio tras suspender el corticoide son signos de alarma⁸.

El diagnóstico se basa en la correlación entre los hallazgos clínicos y microbiológicos. La anamnesis debe incluir la búsqueda explícita de tratamientos previos con corticoides tópicos o combinaciones farmacológicas. El examen directo con hidróxido de potasio (KOH) constituye la prueba inicial de elección cuando se dispone de medios, ya que permite confirmar rápidamente la presencia de elementos fúngicos¹⁰.

Para realizarla, se debe limpiar con alcohol al 70^o la zona afectada y obtener una muestra representativa de la lesión sospechosa —escamas del borde activo, fragmentos de uña o cabellos afectados—. La muestra se coloca sobre un portaobjetos limpio, se añade una gota de KOH al 20–40% con tinta Parker®, se cubre con un cubreobjetos y se eliminan las burbujas de aire. Posteriormente, se aplica calor suave para acelerar la disolución de la queratina y el aclaramiento del material, lo que facilita la observación de los elementos fúngicos. Tras unos minutos de reposo, se examina al microscopio, primero con bajo aumento y luego con mayor aumento para identificar hifas o levaduras características (Figura 2).

En la interpretación se observan filamentos septados y ramificados de bordes nítidos, correspondientes a dermatofitos (Figura 3). Cuando el examen directo es positivo, debe iniciarse el tratamiento antifúngico adecuado según extensión y localización. Si el resultado es negativo pero la sospecha clínica se mantiene, puede

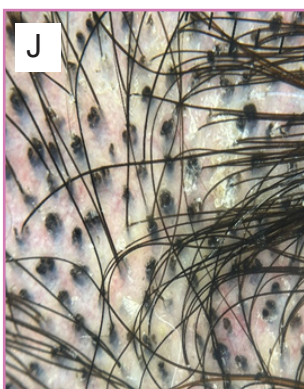
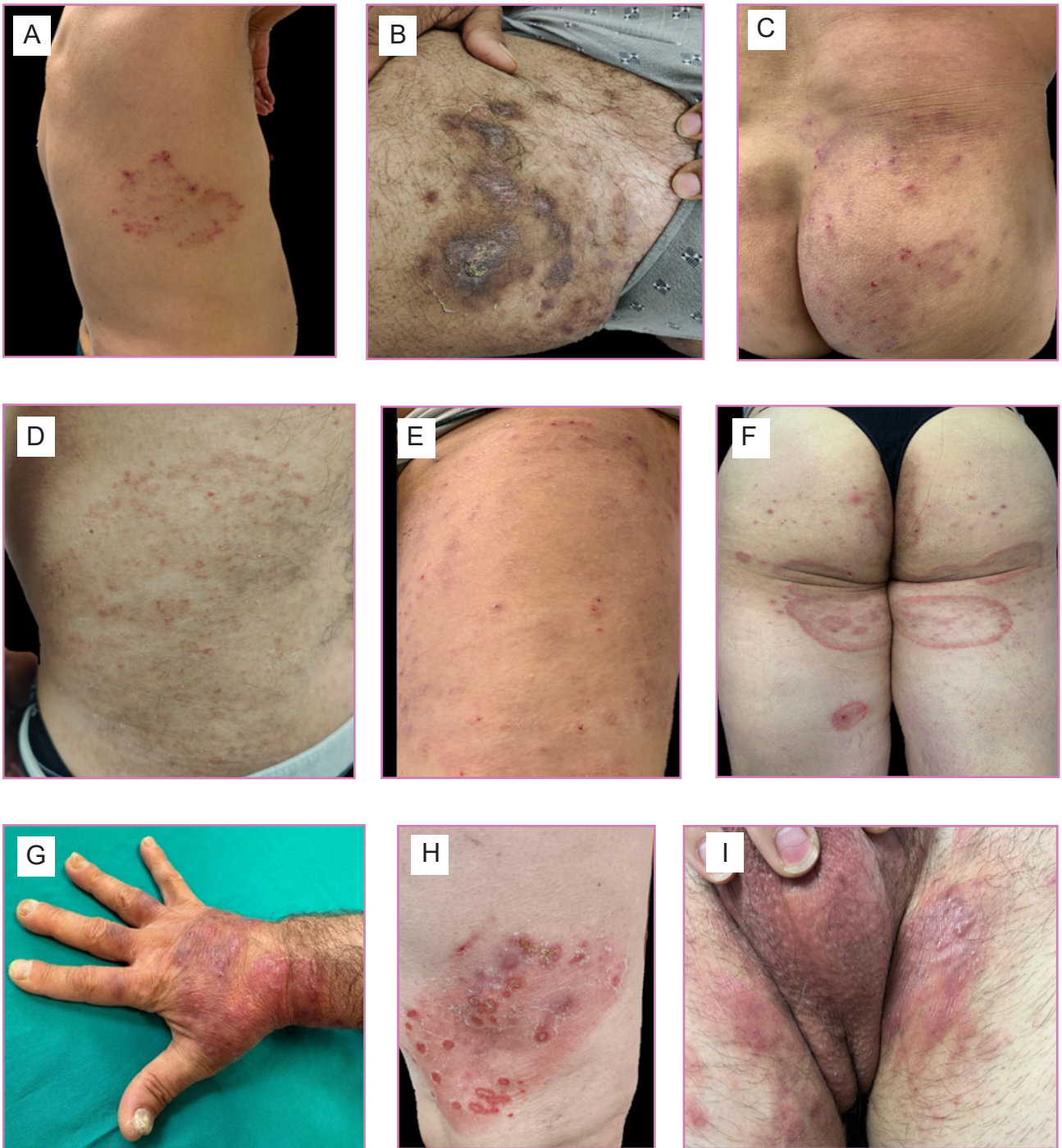


Figura 1. Espectro clínico de la tiña incógnita. Placas eritemato-descamativas de bordes mal definidos, crecimiento centrífugo y mínima inflamación periférica (A, C, D y E). Hiper e hipopigmentación residual de lesiones papulo-nodulares tipo granuloma tricofítico tras tratamiento con terbinafina oral (B). Placas anulares y diseminadas, bien definidas, conservando la morfología clásica (F). Placa eritemato-violácea de aspecto infiltrado y con descamación fina superficial (G). Placa eritematosa con descamación fina, pápulas y pústulas perifoliculares (H). Lesiones nodulares confluentes en ambas ingles (I). Dermatoscopia de cuero cabelludo donde se observan *pelos en coma* (J).

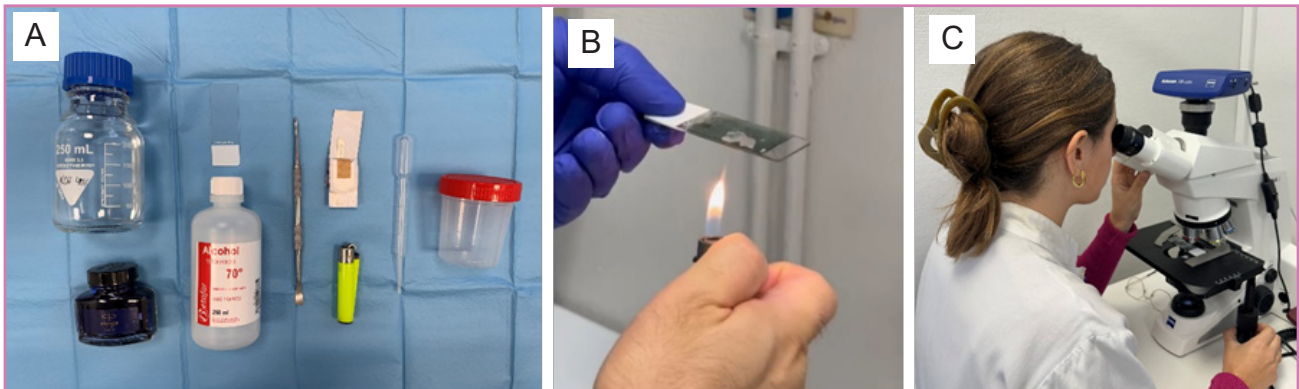


Figura 2. Material y pasos del examen directo con KOH. A) Material necesario para el procedimiento (de izquierda a derecha; KOH diluido al 40%, tinta Parker®, portaobjetos, alcohol 70°, cureta, hoja de bisturí, mechero, pipeta y envase). B) Aplicación de calor en la muestra con mechero. C) Visualización de la muestra al microscopio óptico.

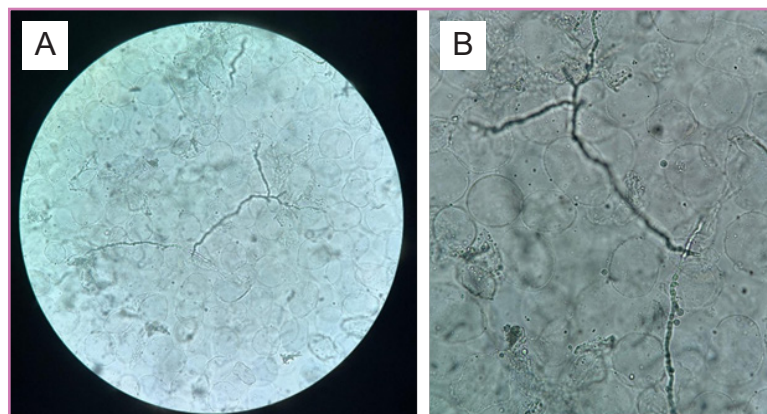


Figura 3. Se visualizan hifas hialinas, septadas y ramificadas entre células epidérmicas x20 (A) y x40 (B).

repetirse la prueba tras un periodo de “lavado” terapéutico o iniciarse un tratamiento antifúngico empírico (Figura 4).

El cultivo micológico sigue siendo la prueba de referencia para identificar el agente causal y orientar la terapia⁹. No obstante, el uso previo de corticoides puede reducir su sensibilidad y generar falsos negativos. En tales casos, la demostración histológica de hifas dentro de los folículos pilosos mediante tinciones PAS o GMS adquiere especial relevancia⁹. La dermatoscopia también constituye una herramienta diagnóstica complementaria útil, ya que puede mostrar hallazgos sugestivos como descamación periférica o *pelos en coma*, característicos de las infecciones dermatofíticas en regiones pilosas⁷.

Incluso sin confirmación microbiológica, una alta sospecha clínica justifica el inicio del tratamiento, dado que las lesiones parcialmente tratadas pueden alterar los resultados de las pruebas complementarias y ofre-

cer hallazgos no concluyentes^{2-4,9}. El tratamiento se fundamenta en la suspensión inmediata del corticoide y el inicio de un antifúngico específico. En las formas localizadas, los tratamientos tópicos con terbinafina o clotrimazol suelen ser suficientes; las infecciones extensas o foliculares requieren tratamiento sistémico con terbinafina o itraconazol durante varias semanas^{3,4,9}.

El diagnóstico diferencial abarca diversas dermatosis inflamatorias, como eccema, psoriasis, dermatitis seborreica, rosácea o lupus cutáneo subagudo^{2-4,10}. Debe sospecharse tiña incógnita ante lesiones crónicas, mal delimitadas, que empeoran con corticoides o presentan rebote inflamatorio tras su retirada.

Resulta esencial mantener una actitud prudente ante las lesiones descamativas de etiología incierta. El raspado con KOH debería considerarse una prueba básica antes de prescribir corticoides tópicos. En los casos persistentes o extensos, se recomienda solicitar un cultivo micológico o derivar al dermatólogo.

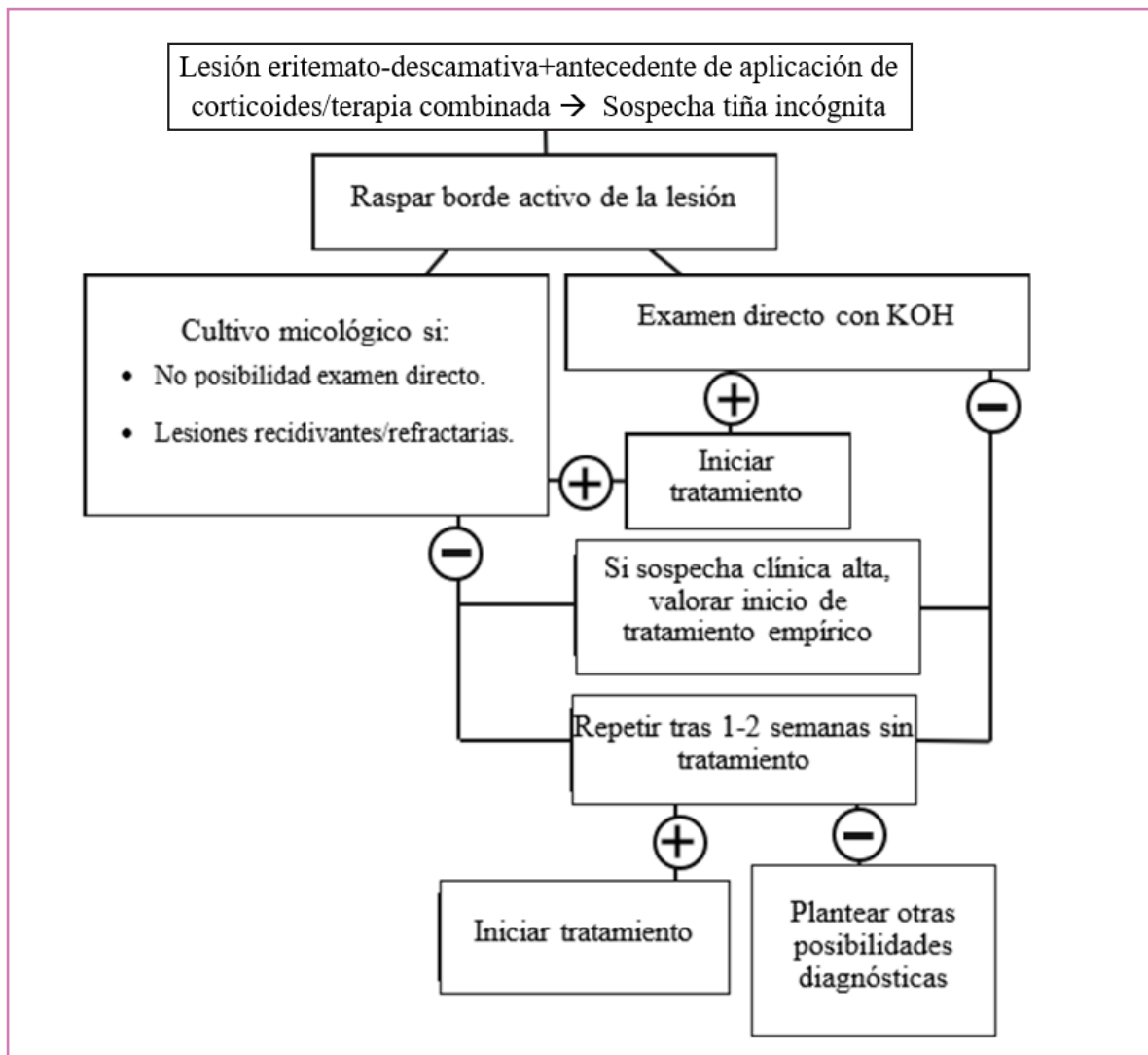


Figura 4. Esquema algoritmo diagnóstico.

Conclusiones

La tiña incógnita representa una infección iatrogénica y prevenible. Su detección depende de la sospecha clínica y del conocimiento de los efectos que los corticoides ejercen sobre la morfología de las infecciones fúngicas. Una anamnesis cuidadosa y el uso de pruebas diagnósticas simples como el examen directo con KOH pueden evitar errores terapéuticos y prevenir la cronificación.

Bibliografía

- Ive FA, Marks R. Tinea incognita. *BMJ*. 1968;3(5611):149-52.
- Hainer BL. Dermatophyte infections. *Am Fam Physician*. 2003;67(1):101-8.
- Zacharopoulou A, et al. Tinea incognita: Challenges in diagnosis and management. *J Clin Med*. 2024;13(11):3267.
- Kokandi AA. Tinea incognita. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2024;17:993-8.
- Froidefond M, et al. Tinea incognita: Primum non nocere. *Int J Infect Dis*. 2021;103:597-8.
- Nenoff P, Krüger C, Schaller J. Dermatoscopy in superficial mycoses: practical guide. *Mycoses*. 2022;65(3):187-99.
- Verma SB, Zierhut M. Topical steroid misuse: the Indian scenario revisited. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45(7):849-55.
- Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel (Barc)*. 2002;17(1):12-7.
- Seidel D, et al. Dermatophytosis: an overview of clinical forms and management. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2023;21(2):123-32.
- del Boz J, Padilla-España L, Crespo-Erchiga V. Sample taking and direct examination in dermatomycoses. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(1):65-7.