

Laporan Kasus

TINEA INCOGNITO

Fitri Kadarsih Bandjar¹,

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Pattimura

Corresponding author e-mail : achybandjar@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan. *Tinea incognita* merupakan infeksi dermatofit yang gambaran kliniknya telah mengalami perubahan dan menyerupai penyakit kulit lainnya. Disebabkan karena penggunaan steroid atau calcineurin inhibitor akibat adanya misdiagnosis atau gambaran awal yang tidak jelas. Penatalaksanaan tinea incognita adalah dengan menghentikan pemberian steroid dan memberikan pengobatan antifungal. **Metode.** Dilaporkan satu kasus *tinea incognita* yang disebabkan pemberian kortikosteroid topikal pada seorang wanita 32 tahun. **Hasil.** seorang wanita 32 tahun dengan tinea incognita diterapi dengan ketokonazol oral dan mikonazol topical. Hasil pemberian ini menunjukkan perbaikan klinik. **Kesimpulan.** Pemberian terapi ketokonazol 200 mg per hari dan krim mikonazol dua kali sehari selama 4 minggu dan memberikan perbaikan klinis pada pasien dengan *Tinea incognita*.

Kata kunci: *Tinea incognita*, ketokonazol, kortikosteroid topikal

Abstract

Introduction. *Tinea incognita* is a dermatophytic infection have modified the clinical appearance of the fungal infection and mimicking other skin diseases. Caused by use of steroid or calcineurin inhibitor, administered as a result of misdiagnosis or preexisting pathologies. The management are stopping corticosteroid and treated with antifungal agents. **Methods.** Reported a case of tinea incognita caused by topical corticosteroid in a woman 32 years old. The patient treated with oral ketoconazole and topical miconazole. **Result.** *Tinea incognita* patient caused by topical corticosteroid in a woman 32 years old treated with oral ketoconazole and topical miconazole showed clinical repairmen. **Conclusion.** The administration of ketoconazole 200 mg per day and miconazole cream twice daily for 4 weeks and provide clinical improvement in patients with *Tinea incognita*.

Keywords: *Tinea incognita*, ketoconazole, topical corticosteroid

Introduction

Tinea incognita (TI) atau *steroid modified tinea* pertama kali diperkenalkan pada tahun 1968. Istilah ini digunakan untuk menggambarkan infeksi tinea yang salah didiagnosis dan diobati dengan kortikosteroid topikal atau sistemik.¹⁻⁴ Laporan terbaru, tidak hanya kortikosteroid tetapi juga golongan non-steroid topikal termasuk pimecrolimus dan tacrolimus dapat menginduksi terjadinya *tinea incognita*.⁵

Gambaran klinis dari *tinea incognita* sangat bervariasi dengan manifestasi polimorfik, berbentuk bulat atau oval dengan batas tegas, adanya vesikel dan skuama.⁶ *Tinea incognita* dapat menyerupai berbagai penyakit dermatologi lainnya termasuk lupus eritematosus, dermatitis kontak, psoriasis dan eczema.^{1,2,4,7} Hal ini menjadikan kesulitan mendiagnosis sehingga pemeriksaan penunjang seperti kerokan kulit dan kultur diperlukan.^{8,9}

Dari beberapa data epidemiologi menunjukkan adanya peningkatan insidens *tinea incognito*. Studi retrospektif di Korea dari tahun 2002-2010 didapatkan 283 pasien dengan TI, 158 laki-laki dan 125 wanita, usia rata-rata 44 tahun.¹⁰ Di Iran, hasil survey selama 16 tahun (1993-2008) didapatkan 56 pasien dengan TI, 29 laki-laki, 27 perempuan dengan usia rata-rata 32,6 tahun.¹

Tinea incognito biasanya disebabkan *Trychophyton rubrum*, *Trychophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis* dan *Microsporum gypseum*.^{1,11} Diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan KOH didapatkan adanya elemen jamur serta pemeriksaan kultur.¹²

Penatalaksanaan *tinea incognito* adalah dengan menghentikan pemberian steroid dan memberikan pengobatan antifungal.¹² Beberapa penulis melaporkan perbaikan yang bermakna dengan modalitas tersebut.

Dilaporkan satu kasus *tinea incognito* yang disebabkan oleh pemberian kortikosteroid topikal pada seorang wanita usia 32 tahun.

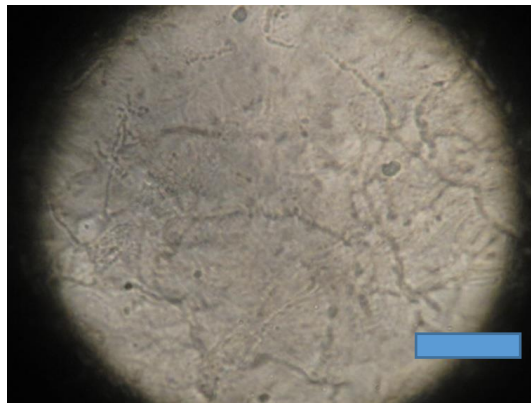
Laporan Kasus

Seorang wanita umur 32 tahun (RM : 360502) datang ke poliklinik kulit dan kelamin RS Wahidin Sudirohusodo dengan keluhan bercak merah yang gatal pada badan, lipatan paha dan ketiak sejak ± 1 bulan yang lalu. Awalnya muncul pada perut kemudian menyebar dan makin lama makin melebar. Riwayat meminta obat ke dokter melalui keluarganya diberikan desoksimehtason krim,

dan dirasakan ada perbaikan. Tetapi setelah obat habis keluhan muncul kembali, makin melebar dan merah namun pasien tetap menggunakannya selama ± 1 bulan (Gambar 1). Riwayat berobat ke puskesmas, diberikan salap dan obat minum tetapi tidak ada perubahan. Riwayat keluhan yang sama dalam keluarga disangkal, riwayat alergi disangkal. Keadaan umum pasien baik, tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisis, pada regio axilla, infra mammae, abdomen dan Inguinal didapatkan effloresensi plak eritem disertai skuama dengan tepi yang meninggi. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan mikroskopik langsung dengan KOH 10% didapatkan adanya hifa panjang, bercabang, dan bersekat (Gambar 2). Pemeriksaan penunjang lainnya yaitu dengan pemeriksaan kultur untuk menemukan spesies penyebab. Bahan diambil dari kerokan kulit yang dibiak langsung pada medium Sabaroud's Dextrose Agar (SDA). Gambaran makroskopik koloni pada hari ke-16 menunjukkan koloni berwarna putih, granular dengan permukaan halus (Gambar 3). Gambaran mikroskopik pada hari ke-16 didapatkan adanya makroaleurospora yang besar berbentuk jarum yang melengkung dengan dinding tebal, *multinucleated* (Gambar 4). Dari anamnesis, pemeriksaan fisis dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan KOH 10 %, pasien didiagnosis dengan *tinea incognito*. Dari pemeriksaan kultur, didapatkan agen penyebab adalah *Microsporum racemosum*.



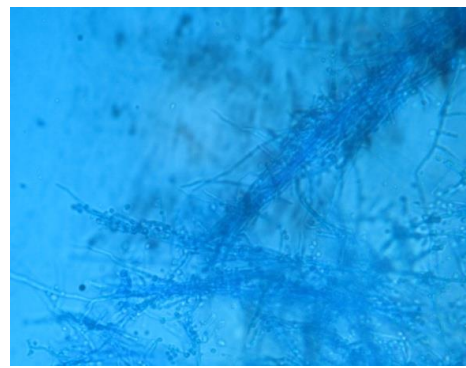
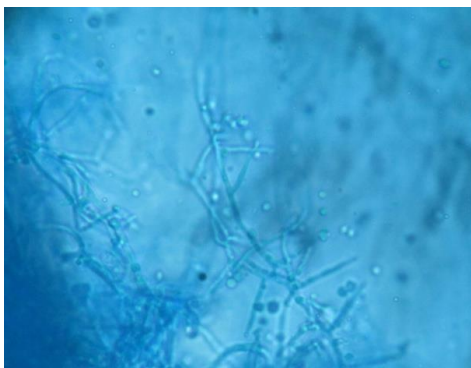
Gambar 1. Foto pasien sebelum terapi. A,B : Regio Infra mammae, tampak plak eritema dengan tepi meninggi, skuama, papul eritema. C,D : Regio axilla, tampak plak eritema dengan tepi meninggi, skuama, papul eritema. E,F : Regio abdomen, tampak plak eritema dengan tepi meninggi, skuama. G,H : Regio inguinal, tampak plak eritema dengan tepi meninggi, skuama, papul eritema.



Gambar 2. Tampak adanya hifa yang panjang, bercabang dan bersekat



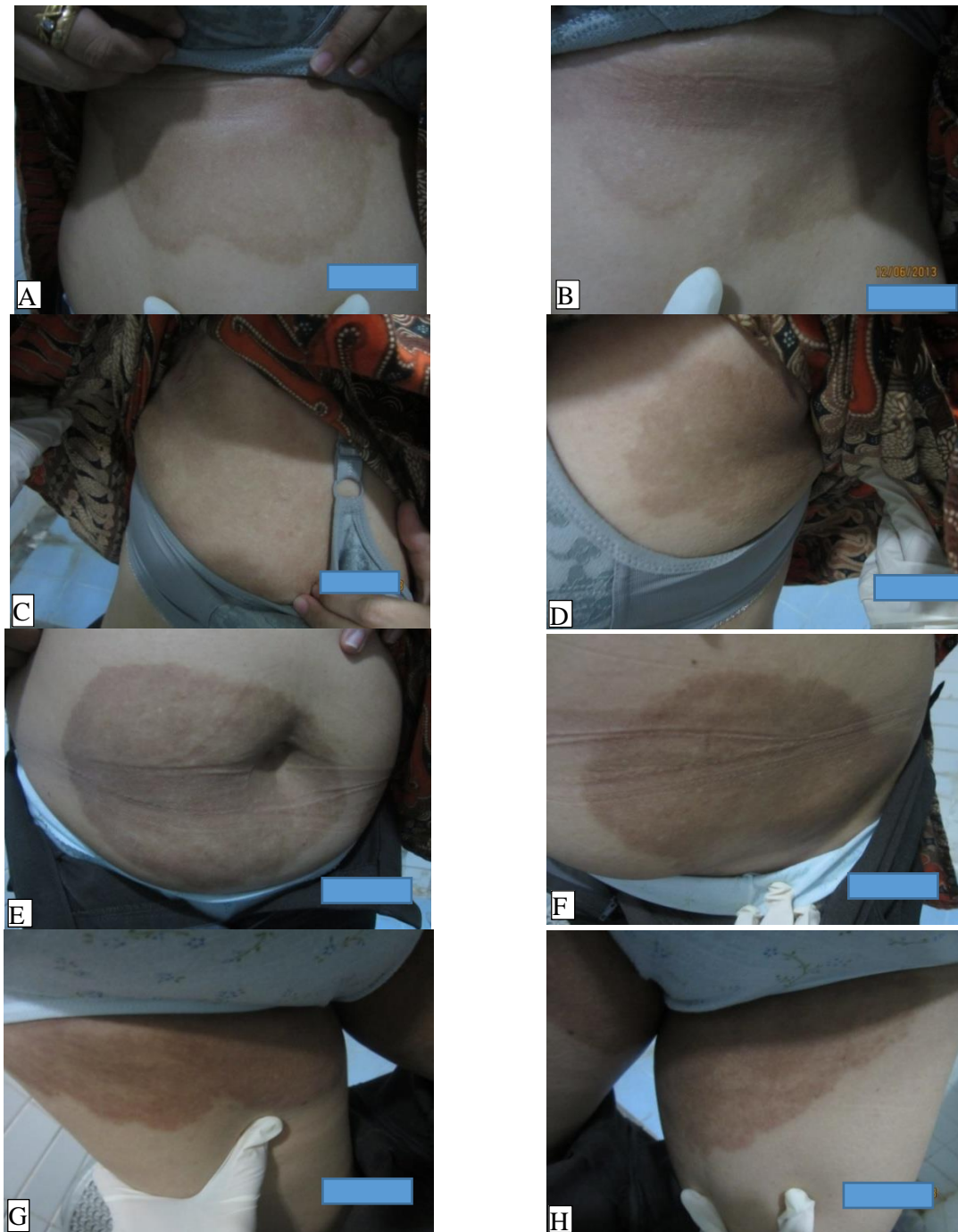
Gambar 3. Gambaran makroskopik pemeriksaan kultur. A. pada hari ke -7. B. hari ke -16



Gambar 4. Makroaleurospora berbentuk jarum yang melengkung dengan dinding tebal

Pasien diberikan terapi ketokonazol oral 1 x 1, cetirizine 1 x 1, dan krim mikonazol yang dioleskan pagi dan sore. Pada saat pasien kontrol 4 minggu kemudian, keluhan gatal berkurang, pada pemeriksaan fisis didapatkan

adanya makula hiperpigmentasi dengan eritema minimal, pemeriksaan KOH 10 % negatif. Terapi tetap dilanjutkan dan dianjurkan pasien kontrol 2 minggu kemudian (Gambar 6).



Gambar 6. Foto pasien sebelum terapi. A,B : Regio Infra mamma, tampak makula hiperpigmentasi. C,D : Regio Axilla, tampak makula hiperpigmentasi. E, F : Regio Abdomen, tampak makula hiperpigmentasi. G,H : Regio Inguinal, tampak makula hiperpigmentasi dengan eritema minimal.

Pembahasan

Tinea incognito merupakan infeksi dermatofit yang gambaran kliniknya telah mengalami perubahan dan menyerupai penyakit kulit lainnya. Disebabkan karena penggunaan steroid atau *calcineurin inhibitor* akibat adanya misdiagnosis atau gambaran awal yang tidak jelas.^{4,13}

Dermatofit merupakan jamur yang memiliki kemampuan menginvasi keratin dan menginfeksi kulit, rambut dan kuku.^{5,14} Infeksi dermatofit terjadi melalui tiga tahap yaitu adhesi, penetrasi dan perkembangan respon host. Mekanisme ini menyebabkan adanya respon inflamasi pada kulit dan menyebabkan kelainan kulit.¹⁵ Penggunaan steroid dapat menekan respon imun dan menyebabkan pertumbuhan jamur dengan cepat sehingga menyebabkan gambaran klinik infeksi jamur yang tidak jelas.¹²

Riwayat penyakit merupakan karakteristik dari *tinea incognito*. Pasien awalnya diobati dengan steroid, gatal dan tanda inflamasi berkurang. Saat aplikasi dihentikan, terjadi erupsi ulang dan dengan cepat berkembang. Aplikasi berulang memberikan kesembuhan kembali namun bila dihentikan kambuh lagi dan siklusnya terus berulang, hingga penderita datang berobat ke dokter karena lesi kulit yang hilang timbul dan tidak pernah sembuh sempurna. Distribusi lesi terjadi di lipat paha, wajah, tangan, tungkai bawah dan badan.¹⁶ Pada kasus, pasien memiliki riwayat adanya bercak kemerahan pada axilla, abdomen dan Inguinal yang diobati dengan steroid

topikal (desoksimehason krim) selama 1 bulan, awalnya memberikan perbaikan gejala, namun saat aplikasi dihentikan gejala muncul kembali, lebih eritema dan makin meluas.

Diagnosis *tinea incognito* ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan mikroskopik langsung dengan KOH yang menunjukkan adanya elemen jamur dermatofit berupa hifa berseptata dan biasanya bercabang. Sedangkan untuk identifikasi spesies jamur diperlukan pemeriksaan kultur. Pada kasus, dari pemeriksaan KOH 10% didapatkan adanya hifa panjang bercabang dan bersekat.^{12,13}

Pada kasus, dari hasil pemeriksaan kultur, didapatkan agen penyebab *tinea incognito* adalah *Microsporium racemosum*. Gambaran mikroskopik didapatkan makrokonidia yang besar berbentuk jarum yang melengkung dengan dinding tebal.¹⁷ Pada kepustakaan, agen penyebab yang pernah dilaporkan dari beberapa kultur penderita *tinea incognito* adalah *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton rubrum*, *Microsporium canis*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton violaceum*, *Microsporium gypseum* dan *Trichophyton schoenleinii*. Dari suatu penelitian epidemiologi *tinea incognito* di Iran, didapatkan isolate spesise yang paling sering menjadi penyebab adalah *T.verrucosom* (33,9%), kemudian *Trichophyton mentagrophytes* (28,6%), *T.rubrum* (12,5 %), *Epidermophyton floccosum* (10,7%), *Microsporium canis* (8,9%), *T. violaceum*

(3,6%) dan *T. schoenleinii* (1,8%).^{1,11} Sedangkan untuk *Microsporum racemosum* belum ada laporan yang menunjukkan bahwa spesies ini menyebabkan tinea incognito. Walaupun berpotensi patogen, laporan tentang infeksi *Microsporum racemosum* pada manusia sangat jarang. Sampai saat ini dilaporkan hanya 3 data infeksi pada manusia. Yang pertama dan kedua menyebabkan tinea korporis di Amerika Serikat, dan kasus yang ke 3 menyebabkan onychomycosis di Eropa.¹⁸

Penatalaksanaan *tinea incognito* adalah dengan menghentikan penggunaan steroid atau calcineurin inhibitor dan pemberian terapi antifungal.¹² Meskipun tinea korporis dapat berespon baik dengan terapi topikal, pada tinea incognito harus diobati dengan agen antijamur oral. Tidak ada data yang menunjukkan bahwa satu regimen oral memiliki efikasi yang lebih baik dari yang lainnya dan lamanya terapi juga belum pernah diteliti untuk indikasi ini.⁷

Dari beberapa laporan kasus *tinea incognito*, dengan penghentian kortikosteroid topikal dan pemberian itraconazole 100 mg/hr dan clotrimazole topikal 1 kali per hari selama 30 hari memberikan kesembuhan total.¹¹ Adapula dengan pemberian anti jamur oral (terbinafin 250 mg/hari) dan anti jamur topikal (krim isokonazol) setelah 4 minggu memberikan hasil resolusi sempurna.⁵ Pada penelitian di Iran dengan pemberian griseofulvin sistemik dengan dosis 12,5mg/kgBB per hari untuk anak dan 250-500 mg dua kali sehari untuk dewasa selama 4 sampai 6 minggu memberikan hasil yang baik.¹

Pada kasus, pasien diberikan terapi ketokonazol 200 mg per hari dan krim mikonazol dua kali sehari selama 4 minggu dan memberikan perbaikan klinis. Ketokonazol merupakan anti jamur sistemik yang berspektrum luas, golongan imidazol dan bersifat fungistatik. Mekanisme kerja ketokonazol yaitu menghambat biosintesis ergosterol, sterol utama yang berfungsi mempertahankan integritas membran sel jamur, dengan menghambat enzim sitokrom P-450 14 α demetilase lanosterol yaitu enzim esensial dalam sintesis ergosterol membran sel jamur.^{19,20} Mikonazol krim merupakan derivat imidazol fenetil sintetis, yang bekerja dengan cara menghambat pada pembentukan ergosterol membran sel jamur. Golongan imidazol merupakan terapi topikal yang paling efektif untuk infeksi dermatofit.²¹

Infeksi jamur superfisial memiliki gambaran yang bervariasi sehingga untuk menegakkan diagnosis mikosis superfisial diperlukan pemeriksaan penunjang, sehingga diagnosis menjadi lebih tepat. Pada kasus-kasus dengan lesi eritema berskuama yang lama yang tidak berespon dengan steroid atau *calcineuron inhibitor* serta lesi yang disertai dengan tinea pedis atau tinea unguium, harus dilakukan pemeriksaan penunjang mikologi sehingga dapat dengan tepat mendiagnosis *tinea incognito*.¹⁰

Kesimpulan

Pemberian terapi ketokonazol 200 mg per hari dan krim mikonazol dua kali sehari

selama 4 minggu dan memberikan perbaikan klinis pada pasien dengan *Tinea incognito*.

Referensi

1. Ansar A, Farschchian M, Nazeri H, Ghiasian SA. Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognito in Iran : a 16-year study. *Med Mycol J*. 2011;52:25-32.
2. Romano C, Mariati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15 year survey. *Mycoses* 2006;49:383-6.
3. Kawakami Y, Oyama N, Sakai E, Nishiyama K, Suzutani T, Yamamoto T. Childhood tinea incognito caused by *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* mimicking pustular psoriasis *Pediatric Dermatology*. 2011 28: 738-9.
4. Boz Jd, Crespo V, Rivas-Ruiz F, Troya Md. Tinea incognito in children: 54 cases *Mycoses*. 2009; 54:254-8.
5. Serarslan G. Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses*. 2007;50:523-4.
6. Polilli E, Fazii P, Ursini T, Fantini F, Masib FD, Tontodonati M, et al. Tinea incognito caused by *Microsporum gypseum* in a patient with advanced HIV infection : a case report. . *Case Rep Dermatol* 2011;3:55-9.
7. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AHM, Margo H. M. G. Smeets, Neuman HAM. Tinea Incognito Due to *Trichophyton rubrum* after Local Steroid Therapy *CID* 2001;33 e142-e4.
8. Lange M, Jasiel-Walikowska Ez, Nowicki R, Bykowska B. Tinea incognito due to *Trichophyton mentagrophytes* *Mycoses* 2009;53:455-7.
9. James WD, Berger TF, Elston DM. Diseases resulting from fungi and yeasts. *Andrew's Diseases of The Skin Clinical Dermatology*. 10 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p. 302-3.
10. Kim W-J, Kim T-W, Mun J-H, Song M, Kim H-S, Ko H-C, et al. Tinea Incognito in Korea and Its Risk Factors: Nine-Year Multicenter Survey. *Korean Med Sci* 2013;28:145-51.
11. Satana D, Yeğenoğlu Y, Uzun M, Erturan Z, Gürler N, Özarmağan G. A case of Tinea incognito diagnosed coincidentally. *JMID* 2011;1(2):84-6.
12. Yu C, Zhou J, Liu J. Tinea incognito due to *microsporum gypseum*. *Journal of Biomedical Research*. 2010;24(1):81-3.
13. Ghislanzoni M. Tinea incognito due to *Trichophyton rubrum* responsive to topical therapy with isoconazole plus corticosteroid cream *Mycoses* 2008;51(9):39-41.
14. Nenoff P, Mugge C, Herrmann Jr, Keller U. Tinea faciei incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis. *Mycoses*. 2007; 50 20-5.
15. Verma S, Hefferman MP. Superficial fungal infections: Dermatophytosis, onychomycosis, tinea nigra, piedra. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz IS, Gilchrist BA, AS ASP, Leffel DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7 ed. New York: Mc. Graw Hill; 2008. p. 1807-21.
16. Hay RJ, Ashbee. Mycology. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8 ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010. p. 36.1. 93.
17. Frey D, Oldfield RJ, Bridge RC. *A Color Atlas of Pathogenic Fungi*. London: Wolf Medical Publication Ltd; 1985.
18. Garcia-Martos P, Gene J, Sole MA, Mira J, Ruiz-Henestrosa R, Guarro J. Case of Onychomycosis Caused by *Microsporum racemosum*. *Journal of clinical microbiology*. 1999;27:258-60.
19. Goedadi M, Suwito PS. Tinea korporis dan Tinea kruris. In: Budimulja U, Kuswaji, Bramono K, menaldi SL, Dwihastuti P, Widaty S, editors. *Dermatomikosis superfisialis*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2004. p. 108-9.
20. Gupta AK, Linh TH. Dermatophytes: Diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2008;50:748-52.
21. Weinstain A, Berman. Topical treatment of common superficial tinea infection. *American Family Physician*. 2002;65(10):2095-102.

