



## Trabalhos Científicos

**Título:** Tinea Incógnita, Um Desafio Diagnóstico.

**Autores:** ANA PAULA DE SANTANA (GRADUANDA EM MEDICINA PELA UNIRG); MARCELO HENRIQUE MENEZES (GRADUANDO EM MEDICINA PELA UFT); RODRIGO CESAR MENEZES (GRADUANDO EM MEDICINA PELA FAMERV); YASMIN PUGLIESI (MÉDICA RESIDENTE EM DERMATOLOGIA DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS); LUCIANE PRADO SILVA TAVARES (MÉDICA DERMATOLOGISTA ASSISTENTE DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS)

**Resumo:** INTRODUÇÃO: Tinea incógnita (TI) é uma dermatofitose decorrente do uso inadequado de corticóides tópicos ou sistêmicos e imunoduladores. É particular desta a alteração das características iniciais da tinea, mascarando-a. A doença tem evolução lenta, devido ao uso de imunossupressores e, por conseguinte, o diagnóstico costuma ser tardio. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente 10 anos, feminina, estudante. Relata o aparecimento há 2 meses de lesão macular em face, inicialmente eritematosa em vespertilho, evoluindo para placas com bordas micropapulosa, descamativas, circinadas, localizadas em dorso nasal, malar e ombro direito. Discreto prurido associado, com piora dos sintomas ao contato com piscina. Tratada com Amoxicilina oral, Ácido Fusídico com Valerato de Betametasona tópico e Tacrolimus 0,03, devido suspeita de impetigo, com melhora parcial. Fez uso das medicações de forma intermitente, com recidiva dos sintomas nas pausas. Ao exame dermatológico, apresentava hipocromia pós-inflamatória de permeio às lesões. Suspeita diagnóstica de Tinea incógnita pelo uso de imunomodulares tópicos. Suspenso todas as medicações e realizado exame micológico direto com evidência de hifas septadas. Microcultura com macroconídios fusiformes, multiseptados, extremidades afiladas, com mais de 6 células internas. Iniciado tratamento com Griseofulvina 15mg/kg e Isoconazol tópico, com resolução completa das lesões. DISCUSSÃO DO CASO: Tinea é uma infecção fúngica causada por dermatófitos cuja clinica caracteriza-se por máculas de bordas eritematodescamativas, de crescimento centrífugo e hipocromia central. Todavia, o tratamento inadequado modifica as lesões, disfarçando principalmente o eritema e a infiltração. O desafio diagnóstico se deve à similaridade com outras doenças como eczema seborreico, psoríase ou mesmo, impetigo. Contudo, para diferenciá-las, é necessário realizar exame micológico direto e cultura. CONCLUSÃO: Ao deparar-se com uma história clinica atípica, de evolução arrastada, com períodos cíclicos de remissão e recidiva durante os períodos de tratamento, é preciso atentar-se para o diagnóstico de TI. Pois, essa, tem apresentação atípica e representa uma afecção de difícil diagnóstico.