

Ide cutaneous reaction in patient with *Tinea cruris* incognito due to *Trichophyton rubrum*

Dino De Conno¹, Francesco Tripodi Cutrì²

¹ Laboratorio di Analisi Cliniche e Microbiologiche, Distretto Sanitario di S. Bartolomeo in Galdo, ASL Benevento |
² Ambulatorio di Dermatologia, Distretto Sanitario di S. Bartolomeo in Galdo, ASL Benevento |

Key words: Id reaction, Dermatophytes, *Tinea cruris*, *Tinea incognito*, *Trichophyton rubrum*, Terbinafine therapy

Reazione cutanea da idi micotiche in paziente con *Tinea cruris* incognito da *Trichophyton rubrum*

SUMMARY

A 70-year-old-Caucasian male was admitted to our Department of Dermatology because since about two years, erythematous macules-papules and pustoles itching appeared to neck, referable to id or dermatophytid reaction. A year before the patient performed a skin biopsy on a lesion of the neck to hospital Department of Surgery with resulted inexact and despire diagnosis. *Tinea cruris* incognito was present in tratment with corticosteroid topic for two years. Fungal culture showed colonies of *Trichophyton rubrum*. A topic tratment with terbinafine and sertaconazole was given only on the inguinal region. At control, three weeks later, all lesions had cleared up.

INTRODUZIONE

I dermatofiti sono miceti cheratinofili capaci di invadere i tessuti cheratinizzati, come lo strato corneo dell'epidermide, gli annessi cutanei quali peli, capelli ed unghie nell'uomo, mentre penne, piume, peli, zoccoli ecc..., negli animali. L'infezione da essi provocata viene chiamata dermatofitosi o dermatofizia e può interessare sia l'uomo che gli animali, essenzialmente mammiferi ed uccelli. Le dermatofitosi vengono denominate internazionalmente con il termine latino *Tinea* (ovvero verme o larva di insetto), seguito dalla specificazione, sempre in lingua latina, del sito anatomico parassitato: la dermatofizia dell'unghia prende il nome di *Tinea unguium*, quella della piega dell'inguine viene definita *Tinea cruris*, mentre l'infezione del cuoio capelluto e dei suoi annessi si denomina *Tinea capitis*.

Tassonomicamente questi funghi comprendono tre generi, secondo la classificazione fatta nel 1934 da Chester Emmons: *Microsporum*, *Trichophyton* ed *Epidermophyton*, che in base alla loro nicchia ecologica vengono classificati come geofili, zoofili ed antropofili. Nell'uomo, le specie geofile e zoofile tendono a produrre reazioni più infiammatorie ma con tendenza alla risoluzione anche spontanea, mentre le specie antropofile producono reazioni meno infiammatorie ma tendenti alla cronicizzazione.

Trichophyton rubrum è un micete antropofilo, ubiquitario, cosmopolita e rappresenta uno dei dermatofiti più frequentemente isolato dalle lesioni umane. Non è mai stato isolato dal suolo e solo raramente dagli animali, quali i cani.

La trasmissione avviene generalmente tra persona e persona e spesso si osservano casi intrafamiliari. Le infezioni sono più frequenti negli adulti maschi rispetto alle femmine ed ai bambini.

Il dermatofita può rimanere vitale nell'ambiente per oltre sei mesi così da rendere possibili infezioni ad ampio raggio. Gli agenti infettanti sono le artrospore o artroconidi ed i frammenti miceliali prodotti dal tallo fungino.

Un ruolo importante per la crescita e la moltiplicazione del micete è rappresentato dall'escrezione di proteinasi esocellulari, necessarie per digerire i composti proteici di cute, peli ed unghie, da utilizzare come nutrienti.

Le varie forme di tinea associate con *T. rubrum* comprendono più comunemente *Tinea pedis*, *Tinea corporis*, *Tinea barbae*, *Tinea manum*, *Tinea cruris*, raramente *Tinea capitis*.

La *Tinea cruris* è un'infezione dermatofitica della cute delle pieghe inguinali, del perineo, delle pieghe glutee, causata da dermatofiti antropofili, come *Epidermophyton floccosum*, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*.

Tale dermatomicosi è più frequente nel sesso maschile, risultando favorita dal microambiente caldo-umido, dalla sudorazione, dall'irritazione meccanica degli indumenti. L'infezione si acquisisce o per autoinoculazione diretta da un altro focolaio di *Tinea*, generalmente *pedis*, o per via indiretta attraverso la condivisione di asciugamani o con indumenti contaminati. La *Tinea cruris* è a diffusione mondiale, soprattutto nelle zone tropicali, con maggiore frequenza negli adulti.

Clinicamente l'infezione si presenta con chiazze

Corresponding author: Dino De Conno

Laboratorio di Analisi Cliniche e Microbiologiche, Distretto Sanitario di S. Bartolomeo
 Via Costa - 82028 San Bartolomeo in Galdo (BN) - Tel./Fax: 0824 984229
 E-mail: decodino@tin.it

eritematose, arcuate o serpiginose, con bordo rilevato netto, desquamante o papulo-vescicoloso, inizialmente localizzate all'interno della coscia, tendenti ad allargarsi fino al pube, allo scroto nel maschio, alle pieghe interglutee e sottoglutee, al ginocchio. La zona si presenta arrossata, soprattutto nella fase acuta, e con prurito più o meno intenso. Spesso le lesioni presentano un andamento infiammatorio con formazione di vescicole, pustole e di follicoliti profonde; negli stadi cronici della malattia si possono avere esacerbazioni soprattutto nelle stagioni calde.

La diagnosi di sospetta *Tinea cruris* si avvale *in primis* dell'esame obiettivo della lesione, che si presenta con bordo rilevato, eritematoso, ad andamento centrifugo, per essere poi confermata dall'esame microscopico diretto e colturale delle squame cutanee prelevate dal bordo della lesione. La *Tinea incognita* indica una particolare forma di dermatofitosi della cute glabra, modificata nell'aspetto dall'uso incongruo di corticosteroidi somministrati per uso topico a causa di diagnosi errata, o per via sistemica per la terapia di altre patologie. Questo tipo di *Tinea* tende a cronicizzare e ad estendersi, mimando le dermopatie più varie come la psoriasi, la rosacea, il granuloma faciale, il lupus eritematoso sistemico, varie forme di eczema. Sono stati descritti casi della durata di molti anni ed addirittura di decenni.

Gli steroidi attenuano la risposta infiammatoria responsabile dei segni clinici delle tigne e riducono la reazione immunitaria dell'ospite. Infatti, clinicamente i segni flogistici si riducono quasi ad eliminarsi, la desquamazione tende quasi a scomparire, il bordo della lesione risulta appena sfumato. Pertanto la diagnosi può risultare difficoltosa e solo con la sospensione per diversi giorni dello steroide si può indurre la ricomparsa dei segni infiammatori e della desquamazione, avvalorando l'ipotesi clinica che sarà confermata dall'esame microscopico diretto e colturale delle squame cutanee delle lesioni.

Le *idi micotiche* o dermatofitidi sono eruzioni cutanee che insorgono a distanza da un focolaio primario micotico da dermatofiti. La patogenesi è su base allergica per sensibilizzazione agli antigeni dermatofitici. Possono venire interessate aree simmetriche del tronco, del dorso, del collo degli arti in sede distale. Le reazioni cutanee si presentano con vari aspetti clinici, di cui quello più frequente è il tipo lichenoidale, caratterizzato da papule eritematose raggruppate o isolate, talora associate a vescicole e pustole, che col tempo tendono a residuare con una lieve pigmentazione.

La diagnosi di idi micotiche viene posta quando sono soddisfatte alcune condizioni, quali la presenza di una lesione micotica preesistente, l'as-

senza di miceti dalle lesioni idiche, la remissione spontanea senza trattamento in seguito a guarigione del focolaio micotico primario.

CASO CLINICO

Presentiamo un caso di un uomo di 70 anni che si è presentato a visita presso il nostro ambulatorio dermatologico Distrettuale perché da circa due anni presentava in modo simmetrico attorno al collo un eritema maculo-papuloso e pustole.

Da circa un anno aveva anche effettuato un'esame biotico cutaneo da una di queste lesioni del collo ma con risultato negativo per assenza di ife fungine e di artrospore. Dall'esame obiettivo del paziente veniva diagnosticata una sospetta *Tinea cruris* incognito in quanto il paziente era da due anni in trattamento topico con corticosteroidi, che gli determinavano una parziale e transitoria remissione della sintomatologia, mentre presentava desquamazione e prurito nei periodi di interruzione del farmaco. Il paziente, quindi, veniva inviato al Laboratorio di analisi Distrettuale per le indagini microscopico-culturali di miceti cutanei sia a livello delle lesioni inguinale che del collo. L'esame microscopico diretto con idrossido di potassio al 30% da squame cutanee inguinali evidenziava la presenza di ife (miceliali) settate e di artrospore, mentre lo stesso esame sulle squame cutanee del collo dava esito negativo.

L'esame colturale veniva effettuato inoculando le squame cutanee, da entrambe le sedi, su due terreni incubati a 25-30°C, agar DTM (Dermatophyte Test Medium) secondo Taplin ed agar Sabouraud destrosio con cicloeximide. Dopo circa 7 giorni, venivano confermati gli stessi esiti dell'esame microscopico, con assenza di sviluppo di dermatofiti su entrambi i terreni dalle squame cutanee del collo, mentre per il prelievo dalla sede inguinale l'esame colturale presentava lo sviluppo di colonie bianche con formazione di colorazione rossa del terreno attorno alle colonie su agar DTM, caratteristica riferibile allo sviluppo di un dermatofita, e lo sviluppo di colonie bianche, fiocose, a lenta crescita, con il verso della coltura di colore rosso-porto ad anello attorno alle colonie su agar Sabouraud destrosio con cicloeximide. L'esame microscopico della superficie libera delle colonie evidenziava la presenza di ife settate, con microconidi e macroconidi le cui caratteristiche morfologiche, insieme con i caratteri colturali evidenziati, erano compatibili con quelle del dermatofita *Trichophyton rubrum*. La conferma dell'identificazione veniva effettuata mediante la valutazione di *test* supplementari: reazione ureasi negativa, *test* di perforazione negativo, viraggio al rosso della coltura su Corn Meal Agar, crescita su Agar privo di vitamine.

Pertanto, al paziente veniva immediatamente fatta sospendere la terapia cortisonica e prescritto l'inizio, per la sola zona inguinale, di una terapia topica antimicotica con terbinafina e sertaconazolo. Dopo circa 3 settimane, le lesioni cutanee inguinali erano quasi del tutto scomparse ed in via di definitiva guarigione.

Anche la reazione allergica dermatofidica al collo si attenuava molto, residuando una chiara e lieve pigmentazione rosea.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il caso presentato dimostra la necessità di un accurato esame anamnestico e clinico del paziente con sospetta *Tinea incognita*, il cui quadro semeiologico è quasi sempre mascherato da un trattamento corticosteroide topico e/o sistemico che comporta regressione dell'infiammazione ed attenuazione delle lesioni cutanee tipiche della *Tinea*.

È necessario, pertanto, individuare se nella storia clinica del paziente risulti la formazione di un focolaio infiammatorio cutaneo primario, aiutando il paziente a ricordare, anche con l'uso di foto dimostrative, la comparsa di eventuali lesioni cutanee riconducibili per esempio a chiazze eritematose arciformi e con bordo rilevato ed arrossato. Nei casi sospetti o dubbi, andrebbe sempre effettuato un esame microscopico e colturale per dermatofiti da squame cutanee prelevate nella sede di probabile dermatofitosi per confermare l'ipotesi clinica di *Tinea incognita*.

Il caso esaminato dimostra che non sempre una sospetta sede cutanea per *Tinea incognita* rappresenta un focolaio primario, ma un esito microbiologico negativo per dermatofiti da questa sede andrebbe valutato con cautela, potendosi trattare

di un focolaio secondario dermatofitico per la presenza di idi micotiche.

In definitiva, riteniamo fondamentale per la dermatomicrologia, soprattutto nei casi dubbi di *Tinea incognita*, l'effettiva collaborazione tra dermatologo o clinico con il laboratorio biomedico, dove l'attenta valutazione dell'anamnesi e dell'obiettività dei segni clinici da parte del primo ed il supporto della diagnostica microbiologica del secondo potranno determinare la conferma e la risoluzione della malattia, rispondendo appieno alla richiesta di salute del paziente ed alla correttezza di professionalità e di responsabilità etica dello specialista medico e del microbiologo di laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Emmons CW. Dermatophytes: natural groupings based on the form of the spores and accessory organs. *Arch Dermatol Syphilol.* 1934; 30: 337-62.
2. Fazio P. Dermatofiti e Dermatofitosi, in *Caleidoscopio italiano, Ed. Medical Systems S.p.A.,* Dicembre 2001 n. 153.
3. Ive FA, Marks R. *Tinea incognita.* *British Medical Journal.* 1968; 3: 149-52.
4. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AHM, Smeets MHMG, Neuman HAM. *Tinea incognita* due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. *Clin Inf Dis.* 2001; 33: e142-e4.
5. Kane J, Summerbell R, Sigler L, Krajden S, Land G. *Laboratory handbook of Dermatophytes,* Ed. Star 1997, Belmont USA.
6. Marchesi L, Imberbi G, Piperno G, Cainelli T. Micosi della cute. In: Ajello L, Farina C, Mazzoni A, Piperno G. *Fondamenti di Micologia Clinica,* Ed. *AMCLI Biomedica,* Milano 1993; 7: 125-52.
7. Wagner DK, Sohnle PG. Cutaneous Defenses against Dermatophytes and Yeast. *Clin Microbiol Rev.* 1995; 8: 317-35.
8. Weitzman I, Summerbell RC. The Dermatophytes. *Clin Microbiol Rev.* 1995; 8: 240-59.