



Tinea Inkognito – Diagnosis dan Tata Laksana

Alvina Ulfah Rusmayuni,¹ Limyanti Dwi Vicaria²

¹Alumna Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat, Banjarmasin, Indonesia

²Alumna Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

ABSTRAK

Penyalahgunaan obat *steroid* tanpa resep dokter dan tanpa didahului pemeriksaan mikologi jamur, dapat menyebabkan tinea inkognito. Tinea inkognito adalah infeksi dermatofita yang telah kehilangan manifestasi khasnya, sehingga dapat menyebabkan kesalahan diagnosis. Gambaran klinis tinea inkognito dapat meniru diagnosis dermatologis lainnya, seperti lesi polimorfik bulat atau oval dengan batas tegas, serta adanya vesikel dan gambaran skuama. Tata laksana utama tinea inkognito adalah menghentikan penggunaan *steroid* disertai pemberian terapi anti-fungal topikal ataupun sistemik yang sesuai.

Kata Kunci: Dermatofitosis, penyalahgunaan *steroid*, tinea inkognito.

ABSTRACT

Misuses of high potency steroids which are easily accessible without doctor's prescription and without any fungal examination, may cause tinea incognito. The term tinea incognito refers to dermatophytoses that have lost their classic clinical appearance; it may lead to misdiagnosis. Tinea incognito may imitate other dermatological diagnoses with polymorphic manifestations, including well-circumscribed round or oval lesion, vesicles and scales. Treatment requires cessation of all steroid use and effective antifungal treatment. **Alvina Ulfah Rusmayuni, Limyanti Dwi Vicaria. Tinea Incognito.**

Keywords: Dermatophytosis, steroid misuses, tinea incognito.



Mermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Dermatofita adalah jamur yang dapat menginvasi ke dalam keratin dan menyerang kulit, rambut, dan kuku. Dermatofita dapat membuat molekul yang berikatan dengan keratin dan akan menggunakannya sebagai sumber makanan untuk kolonisasi.¹ Tinea inkognito adalah infeksi dermatofita yang telah kehilangan manifestasi khas gambarannya, sehingga dapat menyerupai gambaran penyakit kulit lainnya.² Meningkatnya penyalahgunaan obat *steroid* seperti *steroid* potensi tinggi yang dijual bebas tanpa resep dokter dan tanpa pemeriksaan mikologi jamur, telah menyebabkan munculnya tinea inkognito. Hal tersebut dapat menutupi tampilan klinis khas infeksi jamur, mengakibatkan pertumbuhan dermatofita menetap tanpa tanda-tanda klinis yang jelas.³ Hal ini mengakibatkan sulit didiagnosis dan dapat disalahartikan dengan penyakit kulit lainnya. Keterlambatan pengobatan tinea inkognito menyebabkan morbiditas tidak hanya untuk pasien, tetapi juga orang lain

yang kontak dengan pasien tersebut.⁴

Epidemiologi

Tinea inkognito pertama kali diperkenalkan oleh Ives dan Mark pada tahun 1968. Kondisi ini dilaporkan makin meningkat, terutama akibat penggunaan *steroid* yang tidak tepat. Beberapa laporan kasus menyampaikan bahwa tinea inkognito juga dapat disebabkan oleh penggunaan *calcineurin inhibitor* yang tidak tepat.⁴ Prevalensi tinea inkognito dilaporkan hampir merata pada setiap usia. Beberapa studi retrospektif melaporkan kasus tinea inkognito jarang pada usia bayi ataupun lanjut usia (lansia). Tinea inkognito paling sering mengenai regio trunkus dan ekstremitas. Studi literatur melaporkan bahwa penyebab tinea inkognito tersering secara berurutan, yaitu *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, dan *Epidermophyton floccosum*, yang juga merupakan penyebab tersering tinea korporis.⁵

Faktor Risiko

Faktor risiko tinea antara lain faktor genetik, diabetes melitus, limfoma, imunodefisiensi, *Cushing's syndrome*, keringat berlebih, serta usia lanjut.⁵ Diagnosis tinea inkognito perlu dipertimbangkan jika ditemukan kondisi lesi kulit dengan gambaran eritematosa berskuama yang berkepanjangan, riwayat penggunaan krim *steroid* atau *calcineurin inhibitor* yang tidak memberikan respons baik, serta adanya tinea unguium bersamaan dengan tinea pedis yang mungkin memberikan gambaran reaksi id (reaksi autoeksematisasi di tempat lain yang jauh dari tempat lesi utama karena pelepasan antigen jamur).³

Patogenesis

Patogenesis dermatofitosis dipengaruhi oleh beberapa faktor lingkungan, seperti lingkungan dengan suhu yang panas, kebersihan individu, sumber penularan, penggunaan obat *steroid*, antibiotik, dan sitostatik, imunogenisitas, kemampuan

Alamat Korespondensi email: alvinarusmayuni@gmail.com



Gambar 1. Tinea inkognito dengan area eritematosa dan tepi yang meninggi di regio trunkus posterior.¹³



Gambar 2. Tinea inkognito dengan lesi di kruris posterior sinistra dan sisi lateral.⁵

invasi organisme, lokasi infeksi, serta status imunologis pasien.⁶ Patogenesis tinea dimulai saat dermatofita menempel pada kulit. Sebelum hifa tumbuh di jaringan keratin kulit, dermatofita harus terlebih dahulu melewati berbagai sistem pertahanan kulit, seperti sebum dan kolonisasi bakteri. Infeksi dermatofita terjadi melalui 3 fase: adhesi, invasi, dan munculnya *host response*.¹

Spora aseksual jatuh ke kulit dan menghasilkan enzim seperti protease dan lipase, terjadi pada fase adhesi. Enzim tersebut memperkuat proses penempelan dan invasi ke dalam kulit. Setelah berhasil menempel, spora mulai berkembang untuk berinvasi; trauma dan

erosi kulit dapat mempermudah dermatofita untuk masuk ke dalam kulit. Invasi dilakukan melalui sekresi enzim protease dan lipase oleh jamur.⁷

Dermatofita memanfaatkan keratin sebagai sumber nutrisi selain menghancurkannya. Tubuh manusia sebagai inang akan merespons invasi dengan memproduksi asam lemak fungistatik, mediator inflamasi, dan peningkatan proliferasi epidermis. Keratinosit menghasilkan sitokin dan mikrobial peptida serta meningkatkan kemampuan proliferasi untuk mempercepat proses erosi kulit yang berfungsi sebagai pertahanan pertama tubuh dalam melawan infeksi dermatofita.⁷ Hal tersebut menimbulkan reaksi inflamasi pada kulit, menyebabkan tampilan lesi kulit yang gatal, merah, dan edema. Penggunaan *steroid* dapat menekan respons imun dan mempercepat pertumbuhan jamur, membuat gambaran klinis infeksi dermatofita menjadi tidak khas dan tidak jelas.⁸

KLINIS

Infeksi dermatofita tipikal biasanya muncul

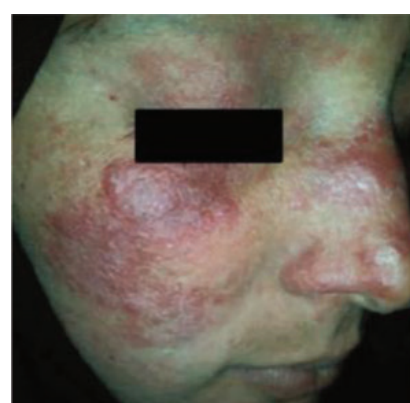


Gambar 3. Tinea inkognito menyerupai gambaran dermatitis numularis¹⁵ dan psoriasis.¹

sebagai lesi anular dengan tepi eritematosa berskuama dan ada *central healing*.³ Berbeda dengan gambaran tersebut, gambaran klinis tinea inkognito dapat bervariasi, seperti lesi polimorfik, berbentuk bulat atau oval dengan batas tegas, serta adanya vesikel dan gambaran skuama (**Gambar 1 dan 2**).⁹ Oleh karena itu, tinea inkognito mungkin salah didiagnosis sebagai dermatitis, psoriasis, *granuloma annulare*, *erythema annulare centrifugum*, eritema migrans, impetigo, *discoïd lupus erythematosus*, *pityriasis rosea*, liken planus, atau penyakit kulit lainnya.^{10,11}

Karakteristik utama tinea inkognito adalah berdasarkan riwayat penyakit. Pasien biasanya memiliki riwayat penyakit kulit yang awalnya diobati dengan *steroid* untuk mengurangi rasa gatal dan tanda inflamasi. Aplikasi *steroid* pada awalnya memberikan gambaran kesembuhan, namun bila terapi dihentikan lesi akan muncul kembali dan siklusnya terus berulang, sehingga penderita datang berobat ke dokter karena lesi kulit muncul hilang

timbul dan tidak pernah sembuh sempurna.¹²



Gambar 4. Tinea inkognito pada wajah menyerupai lupus eritematosus dan *granuloma annulare* pada dorsum manus dekstra.¹¹



Gambar 5. (a) Pemeriksaan mikroskopik mikologi kerokan kulit (pembesaran 20 kali) menunjukkan hifa panjang berseptata, (b) Pertumbuhan jamur pada kultur kerokan kulit.⁵

Tinea inkognito paling sering terjadi pada area wajah atau area yang sering berkeriat dan abrasi kulit.⁹ Variasi gambaran klinis pada tinea tergantung beberapa keadaan, seperti kemampuan invasi jamur, sawar kulit inang, usia pasien, obesitas, dan kondisi immunosupresi.¹⁴ (**Gambar 3 dan 4**).

Pemeriksaan Penunjang

Konfirmasi mikologi secara laboratorik direkomendasikan sebelum memulai terapi anti-fungal karena diagnosis klinis untuk penyakit jamur tidak akurat.³

Diagnosis infeksi jamur penting dipertimbangkan sebagai diagnosis banding jika ditemukan lesi kulit eritematosa dengan skuama bertahan lama dan tidak responsif terhadap *steroid* atau *calcineurin inhibitor*; pertimbangkan tes laboratorium untuk evaluasi mikologi.^{3,5} Hasil kerokan kulit mungkin sulit dinilai pada pasien yang sedang dalam pengobatan krim *steroid*, namun jika pasien menghentikan krim *steroid* beberapa hari, mungkin akan terjadi peningkatan gambaran peradangan, sehingga memudahkan diagnosis klinis dermatofitosis dan melakukan *scraping*; pemeriksaan KOH,¹² akan menunjukkan gambaran hifa jamur (**Gambar 5**).

Meskipun evaluasi mikroskopik dengan kalium hidroksida (KOH) tidak dapat menentukan karakteristik ataupun spesifikasi tinea inkognito, hal ini dapat dilakukan secara cepat, mudah, dan murah dalam membantu penegakan diagnosis dermatofitosis. Konfirmasi dengan kultur jamur perlu

dipertimbangkan pada setiap pengobatan sistemik.¹

Diagnosis Banding

Diagnosis banding tinea inkognito tergantung area yang terkena. Di area wajah, lesi mungkin menyerupai neurodermatitis, dermatitis atopik, rosacea, dermatitis seboroik, lupus eritematosus, atau dermatitis kontak. Tinea inkognito fasialis sering berhubungan dengan kejadian tinea pedis atau onikomikosis pada kuku kaki, atau keduanya. Pada area tidak berambut, diagnosis banding utamanya adalah impetigo, purpura, liken planus, psoriasis, eritema migrans, erupsi obat, dermatitis kontak, lupus diskoid, dan kusta tuberkuloid.¹⁷

DIAGNOSIS

Diagnosis tinea inkognito dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis, dan pemeriksaan penunjang, seperti pemeriksaan mikroskopik dengan KOH yang menunjukkan gambaran jamur dermatofit berupa hifa berseptata dan sebagian besar bercabang. Identifikasi spesies jamur dapat dilakukan dengan pemeriksaan kultur.⁸

TATA LAKSANA

Terapi tinea inkognito yang paling utama adalah menghentikan penggunaan *steroid* atau *calcineurin inhibitor*, dan pemberian terapi antifungal.

Tinea korporis dapat memberikan respons baik dengan terapi antifungal topikal, namun kasus tinea inkognito harus diobati dengan agen antifungal oral, terutama pada tinea

inkognito yang luas. Belum ada data bahwa satu regimen terapi oral memiliki efikasi yang lebih baik dari yang lainnya, durasi pemberian terapi juga belum pernah diteliti untuk indikasi ini.⁸

Biasanya direkomendasikan pemberian *terbinafine* dan *itraconazole*. Pemberian *itraconazole* 200 mg-400 mg per hari selama 4-6 minggu.¹⁸ Penghentian *corticosteroid* topikal disertai pemberian *itraconazole* 100 mg setiap hari dan *clotrimazole* topikal sekali per hari selama 30 hari akan menunjukkan gambaran kesembuhan total.¹⁹ Laporan kasus lain menyatakan bahwa pemberian anti-fungal oral *terbinafine* 250 mg/hari dan anti-fungal topikal krim *isoconazole* selama 4 minggu dapat memberikan hasil resolusi sempurna.²⁰ *Griseofulvin* dan *fluconazole* oral juga efektif, tetapi membutuhkan durasi pengobatan yang lebih lama.

KOMPLIKASI

Masalah lain terkait tinea inkognito adalah penyebaran infeksi jamur yang lebih luas dan berat serta efek samping *steroid* jangka panjang, seperti atrofi kulit, *stretch mark*, hipopigmentasi, atau teleangiectasis.⁵

PROGNOSIS

Terapi anti-fungal sejak awal dapat memberikan hasil pengobatan yang lebih baik dan durasi pengobatan yang lebih singkat. Menghentikan *steroid* serta mengontrol kondisi pemicu terjadinya tinea inkognito juga perlu diperhatikan.¹⁸

SIMPULAN

Tinea inkognito adalah infeksi dermatofita yang telah kehilangan manifestasi khas gambaran klinisnya, sehingga dapat menyerupai gambaran penyakit kulit lainnya. Diagnosis banding infeksi jamur perlu dipikirkan jika ditemukan lesi kulit eritematosa dengan skuama bertahan lama yang tidak responsif terhadap *steroid*; pertimbangkan tes laboratorium untuk evaluasi mikologi. Tata laksana utama tinea inkognito adalah menghentikan penggunaan *steroid* dan pemberian terapi anti-fungal topikal ataupun sistemik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kang S, Amagai M. Superficial fungal infection. In: Craddock LN, Schieke SM, editors. Fitzpatrick's dermatology. 9th ed. Mc Graw Hill Education; 2019. p.2925-49.



2. Boz J Del, Crespo V, Ruiz FR, Troya M. Tinea incognito in children: 54 cases. *Mycoses* 2009;54:254-8.
3. Kim WJ, Kim TW, Mun JH, Song M, Kim HS, Ko HC, et al. Tinea incognito in Korea and its risk factors: Nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci.* 2013;28:145-51.
4. Atzori L, Pau M, Aste N, Aste N. Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: A 154-person case survey of tinea atypical in the District of Cagliari (Italy). *Internat J Dermatol.* 2012;51(4):410-5.
5. Nowowiejska J, Baran A, Flisiak I. Tinea incognito - A great physician pitfall. *J Fungi.* 2022;8(3):312.
6. Brooks GF, Carroll KC, Butel JS, Morse SA. *Mycology. Medical microbiology.* 24th ed. New York: McGraw-Hill Co.; 2007. p.764-84.
7. Nenoff P, Krüger C, Hanselmayer G, Tietz HJ. Mycology—An update. Part 1: Dermatomycoses: Causative agents, epidemiology and pathogenesis. *J Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* 2014;12(3):188-210.
8. Yu C, Zhou J, Liu J. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum*. *J Biomed Res.* 2010;24(1):81-3.
9. Polilli E, Fazii P, Ursini T, Fantini F, Di Masi F, Tontodonati M, et al. Tinea incognito caused by *Microsporum gypseum* in a patient with advanced HIV infection. *Case Rep Dermatol.* 2011;3:55-9.
10. Rallis E, Koumantaki-Mathioudaki E. Pimecrolimus induced tinea incognito masquerading as intertriginous psoriasis. *Mycoses* 2008;51:71-3.
11. Dhaher S. Tinea incognito: Clinical perspectives of a new imitator. *Italy Dermatol Rep.* 2020;12:8323.
12. Griffiths CE, Baker J, Bleiker T, Chalmers S, Creamer D. *Rook's textbook of dermatology.* 9th edition. Oxford: Blackwell Publ.; 2016. p. 32,50.
13. Hung YT, Huang YH, Sun PL. Tinea incognito with intrafamilial outbreak caused by *Microsporum canis*. *J Pediatr.* 2022;244:242-3.
14. Atzori L, Pau M, Natalia A, Nicola A. Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: A 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy). *Internat J Dermatol.* 2012;51:410-5.
15. Dutta B, Rasul ES, Boro B. Clinico-epidemiological study of tinea incognito with microbiological correlation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2017;83:326-31.
16. Dechent CN, Bajaj S, Ashfaq A, Marghoob, Marchetti MA. Rapid diagnosis of tinea incognito using handheld reflectance confocal microscopy: A paradigm shift in dermatology? *Mycoses* 2015;58:383-6.
17. Arenas R, Coutiño GM, Vera L, Welsh O. Tinea incognito. *Clin Dermatol.* 2010;28:137-9.
18. Rajagopalan M, Inamadar A, Mittal A, Miskeen AK, Srinivas CR, Sardana K, et al. Expert consensus on the management of dermatophytosis in India (ECTODERM India). *BMC Dermatol.* 2018;18(1):6
19. 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.
20. Serarslan G. Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses* 2007;50:523-4.