



Laporan Kasus Tinea Incognito : Penyalahgunaan Steroid

Yeremias Marturia Rocky Panggabean¹, Maria Manuella Sibarani², Glenessa Kuara³,
Raymond Davin Manik⁴, Muhammad Andi Triputra⁵

¹²³⁴⁵Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen

Email: Yeremias.panggabean@student.uhn.ac.id

Abstract: *Tinea incognito* is a dermatophyte fungal infection when the clinical picture becomes unclear due to inappropriate treatment, which is usually caused by the use of topical steroids in cases of skin infections. A 46-year-old woman came with complaints of itchy reddish patches all over her body, experienced for 2 years. The itching worsened when consuming anchovies. The patient said she often took medication bought from a pharmacy without a doctor's prescription, the patient took methylprednisolone tablets and ointment. The itching complaint improved, but after stopping taking the medication, the itching complaint increased, and the patches widened. The patches first appeared on the right leg, initially resembling prickly heat spots then widened and spread to other parts of the body. Currently, the patches appear red in the shape of a ring with a clearer center. The patches were found on the face, neck, chest, abdomen, back, buttocks, left hand, and left foot. The patient noticed within a few months after taking the medication that her body was swollen, her weight increased, and her face looked rounder. A 20% KOH examination found hyphae and spores. Thus, the patient was diagnosed with *Tinea incognito* caused by long-term topical steroid use. The patient was prescribed antifungal therapy with Ketoconazole 200 mg tablets once daily and Ketoconazole cream twice daily.

Keywords: *Tinea incognito*, dermatophytes, topical corticosteroids, ketoconazole, skin infection

Abstrak: *Tinea incognito* merupakan infeksi jamur dermatofita saat gambaran klinis yang ada menjadi tidak jelas dikarenakan pengobatan yang tidak tepat, yang biasanya disebabkan oleh pemakaian steroid topikal pada kasus infeksi pada kulit. seorang wanita berusia 46 tahun, datang dengan keluhan bercak kemerahan yang terasa gatal di seluruh tubuh, dialami selama 2 tahun. Rasa gatal memberat saat mengonsumsi ikan teri. Pasien mengatakan sering meminum obat yang dibeli sendiri dari apotik tanpa resep dokter, pasien mengonsumsi obat metilprednisolone tablet dan salep. Keluhan gatal membaik, Namun setelah tidak meminum obat tersebut keluhan gatal semakin bertambah, dan bercak semakin melebar. Bercak pertama kali muncul di kaki kanan, awalnya mirip seperti bintil-bintil biang keringat kemudian melebar dan menyebar ke bagian tubuh lain. Saat ini bercak tampak berwarna merah berbentuk cincin dengan bagian tengah terlihat lebih bersih. Bercak dijumpai pada bagian wajah, leher, dada, perut, punggung, bokong, tangan kiri, dan kaki kiri. Pasien menyadari dalam beberapa bulan setelah mengonsumsi obat tersebut badan membengkak, berat badan semakin meningkat, dan wajah tampak semakin bulat. Pemeriksaan KOH 20% ditemukan hifa dan spora. Dengan demikian pasien didiagnosis mengalami *Tinea incognito* yang di sebabkan oleh pemakaian steroid topikal jangka panjang. Pasien diberikan terapi anti-jamur Ketokonazole 200 mg tablet 1x1 dan Ketoconazole cream 2x1.

Kata Kunci: *Tinea incognito*, dermatofita, kortikosteroid topikal, ketokonazol, infeksi kulit

1. PENDAHULUAN

Tinea incognito merupakan infeksi dermatofita yang mengalami perubahan gambaran klinis akibat penggunaan terapi yang tidak tepat, terutama kortikosteroid topikal maupun sistemik (Nowowiejska et al., 2022). Penggunaan steroid menyebabkan supresi respon imun lokal sehingga tanda khas infeksi jamur menjadi tersamarkan, mengakibatkan lesi tampak tidak khas dan menyerupai penyakit kulit lain (Zacharopoulou et al., 2024). Kondisi ini sering kali menimbulkan kesalahan diagnosis dan keterlambatan penanganan yang adekuat (Atzori et al., 2012).

Secara epidemiologi, tinea incognito dapat terjadi pada hampir semua kelompok usia, meskipun beberapa studi menunjukkan kejadian yang relatif lebih rendah pada bayi dan lansia (Kim et al., 2013). Insiden yang meningkat dalam beberapa dekade terakhir dikaitkan dengan penggunaan luas kortikosteroid tanpa pengawasan medis, termasuk penggunaan obat bebas di masyarakat (Nenoff et al., 2014; Verma & Madhu, 2017). Selain itu, faktor risiko lain yang berperan dalam terjadinya infeksi dermatofita meliputi kondisi imunokompromais seperti diabetes melitus, limfoma, sindrom Cushing, serta faktor lingkungan seperti kelembapan tinggi dan hiperhidrosis (Brooks et al., 2007; Gupta et al., 2018).

Dermatofita merupakan kelompok jamur yang memiliki kemampuan mendegradasi keratin sebagai sumber nutrisi, sehingga menginfeksi jaringan yang mengandung keratin seperti kulit, rambut, dan kuku (Nenoff et al., 2014). Invasi dermatofita akan memicu respon imun tubuh berupa produksi mediator inflamasi, peningkatan proliferasi epidermis, serta pelepasan asam lemak fungistatik sebagai mekanisme pertahanan (Gallegos Espadas et al., 2024). Secara klinis, infeksi dermatofita biasanya ditandai dengan lesi berbentuk anular dengan tepi aktif eritematosa, berskuama, serta bagian tengah yang relatif sembuh (central healing) (Griffiths et al., 2016).

Namun, pada tinea incognito, gambaran klinis tersebut menjadi tidak khas akibat efek immunosupresif dari steroid. Lesi dapat berubah menjadi polimorfik, dengan batas yang tidak jelas, minim skuama, serta dapat disertai papul, pustul, atau vesikel (Nowowiejska et al., 2022; Verma & Madhu, 2017). Penggunaan steroid sering memberikan perbaikan sementara sehingga pasien cenderung melanjutkan penggunaan tanpa pengawasan, yang pada akhirnya memperburuk infeksi (Dovalovsky et al., 2023). Ketika terapi dihentikan, lesi biasanya kambuh dengan derajat yang lebih luas dan berat (Zacharopoulou et al., 2024).

Tantangan utama dalam tinea incognito adalah kesulitan diagnosis karena kemiripan klinis dengan penyakit lain seperti dermatitis atopik, psoriasis, lupus eritematosus, dan infeksi bakteri sekunder (Atzori et al., 2012; Nadelman, 2022). Oleh karena itu, pemeriksaan penunjang seperti uji kalium hidroksida (KOH), kultur jamur, atau dermoskopi sangat penting untuk memastikan diagnosis (Gupta et al., 2018).

Penatalaksanaan tinea incognito melibatkan penghentian penggunaan kortikosteroid serta pemberian terapi antifungal yang sesuai, baik topikal maupun sistemik tergantung luas dan lokasi lesi (Zacharopoulou et al., 2024). Obat antifungal seperti azol (ketokonazol, itrakonazol) dan alilamin (terbinafin) terbukti efektif dalam mengatasi infeksi dermatofita (Gupta & Cooper, 2008). Pada pasien dengan sistem imun yang baik, prognosis umumnya sangat baik apabila terapi diberikan secara tepat dan adekuat (Nowowiejska et al., 2022).

Dengan meningkatnya penggunaan steroid tanpa resep, pemahaman mengenai tinea incognito menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan untuk menghindari kesalahan diagnosis dan terapi, serta meningkatkan keberhasilan pengobatan pasien.

1. METODE

Penelitian ini menggunakan desain laporan kasus (case report) yang bertujuan untuk mendeskripsikan secara rinci kejadian tinea incognito akibat penyalahgunaan steroid pada seorang pasien. Pendekatan ini dipilih untuk memberikan gambaran klinis, faktor risiko, serta penatalaksanaan kasus secara komprehensif.

Subjek penelitian adalah seorang pasien perempuan berusia 46 tahun yang datang dengan keluhan utama berupa bercak kemerahan disertai rasa gatal yang telah berlangsung selama kurang lebih dua tahun. Data dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Anamnesis dilakukan secara autoanamnesis untuk menggali riwayat perjalanan penyakit, penggunaan obat-obatan (terutama kortikosteroid), faktor pencetus, serta riwayat penyakit sebelumnya. Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh dengan fokus pada lesi dermatologis untuk menilai morfologi, distribusi, dan karakteristik lesi kulit.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan mikroskopis menggunakan larutan kalium hidroksida (KOH) 20%, untuk mendeteksi adanya elemen jamur berupa hifa dan spora sebagai konfirmasi diagnosis dermatofitosis.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan kombinasi temuan klinis dan hasil pemeriksaan penunjang. Penatalaksanaan pasien meliputi penghentian penggunaan kortikosteroid serta pemberian terapi antifungal sistemik dan topikal sesuai indikasi.

Seluruh data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan temuan kasus dengan literatur yang relevan. Penulisan laporan ini juga memperhatikan aspek etik, dengan menjaga kerahasiaan identitas pasien serta memperoleh persetujuan pasien (informed consent) sebelum publikasi.

2. HASIL DAN PEMBAHASAN

Laporan Kasus

seorang wanita usia 46 tahun, datang ke poliklinik kulit dan kelamin dengan keluhan bercak kemerahan yang terasa gatal di seluruh badan yang sudah dialami selama 2 tahun ini. Rasa gatal semakin memberat saat mengonsumsi ikan teri. Selama ini pasien mengatakan ia

sering minum obat yang dibeli sendiri dari apotik tanpa resep dokter, dan keluhan gatal membaik. Namun, setelah tidak meminum obat tersebut keluhan gatal semakin bertambah, dan bercak semakin melebar. Bercak pertama kali muncul di kaki kanan, awalnya mirip seperti bintil-bintil biang keringat kemudian melebar dan menyebar ke bagian tubuh lain. Saat ini bercak tampak berwarna merah berbentuk cincin dengan bagian tengah terlihat lebih bersih. Bercak dijumpai pada bagian wajah, leher, dada, perut, punggung, bokong, tangan kiri, dan kaki kiri. Pasien menyadari dalam beberapa bulan setelah mengonsumsi obat tersebut badan membengkak, berat badan semakin meningkat, dan wajah tampak semakin bulat.



Gambar 1. Gambaran klinis pasien Tinea Incognito dengan status dermatologi plak, eritematosa, deskuamasi, multiple, polisiklik, batas tidak teratur dan skuama bentuk irregular.

Status Pasien

Pada pemeriksaan fisik status dermatologi ditemukan kelainan kulit pada regio fascialis, regio cervical, regio thoracal, regio abdomen, regio lumbal, regio cubital, regio cruris,

regio gluteal, regio inguinal, saat inspeksi ditemukan plak, eritematosa, deskuamasi, multiple, polisiklik, batas tidak teratur dan skuama bentuk irregular.

Diagnosis kerja ditegakkan berdasarkan pemeriksaan fisik dan anamnesis yaitu *Tinea Incognito*. Terapi yang diberikan pada pasien ini adalah Ketokonazole tab 200 mg 1x1, Cetrizine tab 10 mg 1x1, Ketoconazole cream 2x1, kompres NaCL 0,9% pada lesi sekunder dan menghentikan penggunaan steroid serta menjaga kebersihan tubuh. Pasien juga tidak boleh bertukar barang pribadi dengan orang lain serta menggunakan pakaian yang longgar. Pada pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan KOH 20% dan di jumpai adanya hifa dan spora.

Pembahasan

Tinea incognito merupakan infeksi jamur dermatofita saat gambaran klinis yang ada menjadi tidak jelas dikarenakan pengobatan yang tidak tepat, yang biasanya disebabkan oleh karena pemakaian steroid topikal pada kasus infeksi. Kortikosteroid topikal menyamarkan infeksi jamur karena peradangan dan gejala lain berkurang. Setelah kortikosteroid topikal dihentikan, infeksi jamur yang sebelumnya tidak aktif menjadi aktif kembali dan berkembang pesat. Keterlambatan pengobatan *tinea incognito* menyebabkan morbiditas tidak hanya untuk pasien, tetapi juga orang lain yang kontak dengan pasien tersebut.¹

Prevalensi *tinea incognito* dilaporkan hampir merata pada setiap usia. Beberapa studi retrospektif melaporkan kasus *tinea incognito* jarang pada usia bayi ataupun lanjut usia (lansia). Studi literatur melaporkan bahwa penyebab *tinea incognito* tersering secara berurutan, yaitu *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, dan *Epidermophyton floccosum*, yang juga merupakan penyebab tersering *tinea corporis*.² Pada banyak kasus yang ditemukan, kejadian *tinea incognito* berhubungan dengan penggunaan steroid topikal maupun sistemik. Setelah diteliti ditemukan bahwa *Trichophyton rubrum* dan *Trichophyton mentagrophytes* sering ditemukan pada pemeriksaan mikroskopik sebagai koloni yang ada pada *tinea incognito*, karenanya infeksi jamur yang disebabkan oleh dua spesies tersebut sering berkembang menjadi *tinea incognito* contohnya *tinea corporis*, *tinea pedis et manus*, *tinea unguium* dan *tinea cruris*.¹

Faktor yang mempengaruhi *tinea* antara lain faktor genetik, diabetes melitus, limfoma, imunodefisiensi, *Cushing's syndrome*, keringat berlebih, serta usia lanjut. Riwayat penggunaan krim steroid atau calcineurin inhibitor yang tidak memberikan respons baik.³ *Tinea incognito* 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. 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.

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 peptide serta meningkatkan kemampuan proliferasi untuk mempercepat proses erosi kulit yang berfungsi sebagai pertahanan pertama tubuh dalam melawan infeksi dermatofita. Hal tersebut menimbulkan reaksi inflamasi pada kulit, menyebabkan tampilan lesi kulit yang gatal, merah, dan edema.

Penggunaan steroid jangka panjang dapat melemahkan imunitas antijamur pada tinea incognito dan mempercepat pertumbuhan jamur. Steroid menekan respons imun Th17 dan Th1, yang krusial dalam membersihkan infeksi dermatofit. Penekanan sitokin kunci seperti IL-17 dan IFN- γ menyebabkan melemahnya pertahanan antijamur dan memperpanjang infeksi, serta membuat gambaran klinis infeksi dermatofita menjadi tidak khas dan tidak jelas. Gambaran klinis dapat bervariasi, seperti lesi polimorfik, berbentuk bulat atau oval dengan batas tegas, serta adanya vesikel dan gambaran skuama.^{4,5,6}

Lesi dermatofita muncul sebagai lesi anular dengan tepi eritematosa berskuama dan lesi khas berupa central healing. Gambaran klinis tinea incognito bervariasi, dapat berupa lesi polimorfik, berbentuk bulat atau oval dengan batas tegas serta adanya vesikel dan gambaran bersisik. Tinea incognito menunjukkan klinis merah, ruam bersisik yang terasa gatal, dan kadang disertai rasa nyeri dan perih. Ruam menyebar di seluruh bagian tubuh. Namun, biasanya terlihat di daerah lipatan kulit seperti inguinal, lipatan perut, dan area inflamasi.⁷

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.⁸ Teknik non-invasi dermoskopik yang paling sering diamati pada kasus tinea corporis meliputi dotted vascular, superfisial skuama dengan distribusi perifer, skuama berbentuk 'moth-eaten' dengan arah pengelupasan keluar. Namun, diagnosis tinea incognito dapat ditemukan setelah steroid dihentikan. Untuk menghindari pertumbuhan bakteri, kerokan kulit diambil dari lesi perifer dan harus tetap kering.

Pemeriksaan mikroskopik langsung merupakan metode yang cepat, sederhana, dan terjangkau untuk skrining mikosis superfisial. KOH 10-40% positif ditandai dengan adanya filamen hifa dengan atau tanpa arthroconidiospora. Hifa dapat dilihat diantara sel-sel epitel.

Terapi antifungal adalah terapi yang disarankan untuk tinea incognito. Terapi antifungal yang dipakai sejalan dengan jenis tinea pada pasien.^{3,9} Terapi medikamentosa terdiri dari obat topikal dan sistemik, pengobatan topikal banyak dikelola pada kasus tinea Incognito. Tetapi tidak direkomendasikan untuk steroid topikal. Obat topikal mempunyai efek menenangkan, yang akan meringankan gejala lokal. Terapi topikal seperti golongan azol : ketokonazol 2%, klotrimazol 1%, keduanya adalah golongan azol broad-spectrum bekerja memperlambat pembentukan ergosterol yang penting untuk sintesis pada dinding sel jamur. Pada individu imunokompeten, prognosis tinea incognito sangat baik dengan pengobatan antijamur yang tepat setelah menghentikan penggunaan steroid. Dengan tantangan diagnosis tinea incognito sering kali keliru didiagnosis dan ditunda pengobatannya karena gambaran klinisnya yang atipikal, menyerupai penyakit kulit lain seperti eksim atau psoriasis.^{9,10}

4. KESIMPULAN

Pasien ini didiagnosis dengan Tinea incognito berdasarkan hasil pemeriksaan fisik pada status dermatologis yang menunjukkan gambaran lesi atipikal akibat penggunaan kortikosteroid sebelumnya, serta diperkuat dengan hasil pemeriksaan KOH 10% yang menemukan elemen hifa jamur. Berdasarkan temuan tersebut, pasien mendapatkan terapi antijamur golongan azol secara topikal maupun sistemik sesuai indikasi, disertai anjuran untuk menghentikan penggunaan steroid guna mencegah perburukan infeksi dan mengembalikan respons inflamasi kulit secara fisiologis.

DAFTAR REFERENSI

- Atzori, L., Pau, M., Aste, N., & Aste, N. (2012). Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: A 154-person case survey of tinea atypical. *International Journal of Dermatology*, 51(4), 410–415.
- Brooks, G. F., Carroll, K. C., Butel, J. S., & Morse, S. A. (2007). *Medical microbiology* (24th ed.). McGraw-Hill.
- Dovalovsky, K., Puyana, C., Waterman, C. L., & Hoyer, S. (2023). Tinea incognito, the great imitator. Retrieved from <https://practicaldermatology.com>

- Gallegos Espadas, D., Martínez-Ortega, J. I., Garcia Hernandez, D. A., Sánchez Mendieta, C. P., & Fernández-Reyna, I. (2024). Unmasking tinea incognita: Case study and insights into pathogenesis. *Cureus*, *16*(10), e72042.
- Griffiths, C. E., Barker, J., Bleiker, T., Chalmers, R., & Creamer, D. (2016). *Rook's textbook of dermatology* (9th ed.). Wiley-Blackwell.
- Gupta, A. K., & Cooper, E. A. (2008). Update in antifungal therapy of dermatophytosis. *Mycopathologia*, *166*(5–6), 353–367.
- Gupta, A. K., Mays, R. R., Versteeg, S. G., Piraccini, B. M., Shear, N. H., & Piguet, V. (2018). Tinea incognita: Clinical perspectives. *Journal of Dermatological Treatment*, *29*(1), 1–6.
- Kim, W. J., Kim, T. W., Mun, J. H., Song, M., Kim, H. S., Ko, H. C., & Kim, M. B. (2013). Tinea incognita in Korea and its risk factors. *Journal of Korean Medical Science*, *28*, 145–151.
- Nadelman, D. A. (2022). Tinea incognita with secondary bacterial infection. *Journal of Dermatology and Dermatologic Surgery*, *26*, S26–S28.
- Nenoff, P., Krüger, C., Hanselmayer, G., & Tietz, H. J. (2014). Dermatomycoses: Causative agents and epidemiology. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, *12*(3), 188–210.
- Nowowiejska, J., Baran, A., & Flisiak, I. (2022). Tinea incognita—A great physician pitfall. *Journal of Fungi*, *8*(3), 312.
- Verma, S., & Madhu, R. (2017). The great Indian epidemic of superficial dermatophytosis. *Indian Journal of Dermatology*, *62*(3), 227–236.
- Zacharopoulou, A., Tsiogka, A., Tsimpidakis, A., Lamia, A., Koumaki, D., & Gregoriou, S. (2024). Tinea incognita: Challenges in diagnosis and management. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(11), 3267.
- Hay, R. J. (2017). Superficial fungal infections. *Medicine*, *45*(11), 757–762.
- Seebacher, C., Bouchara, J. P., & Mignon, B. (2008). Updates on dermatophyte infections. *Mycopathologia*, *166*(5–6), 335–352.
- Aly, R. (1994). Ecology and epidemiology of dermatophyte infections. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *31*(3), S21–S25.
- Havlickova, B., Czaika, V. A., & Friedrich, M. (2008). Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses*, *51*, 2–15.
- Gupta, A. K., Foley, K. A., & Versteeg, S. G. (2017). New antifungal agents and dermatophytosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *76*(4), 745–756.