



Corticoestropeo: Dermatitis modificada por esteroides tópicos (tinea incognita). Un caso clínico de importante relevancia en la población pediátrica

Cortico-damage: topic steroid-modified dermatosis (tinea incognita): A clinically striking case in the pediatric population

Artículo Original | Original Article

RESUMEN

Paciente femenina de 2 años derivada a consulta por presentar dermatosis en la cara posterior del antebrazo izquierdo, que se agravó tras la aplicación prolongada de una crema tópica de combinación (clotrimazol + betametasona + gentamicina). La evolución clínica mostró pérdida epidérmica, formación de costras hemáticas, áreas de cicatrización parcial y prurito exacerbado, acompañado de episodios febriles que motivaron la búsqueda de atención médica. Ante la sospecha de sobreinfección bacteriana secundaria, se indicó tratamiento antibiótico oral con amoxicilina + ácido clavulánico durante 7 días, observándose mejoría clínica progresiva y resolución del proceso infeccioso. Posteriormente, se evidenció una lesión con descamación activa e hipopigmentación residual, hallazgos compatibles con tinea corporis modificada por esteroides tópicos, también denominada tinea incognita. Este caso ilustra las consecuencias del uso inadecuado de corticoides tópicos en lesiones dermatológicas sin diagnóstico etiológico confirmado, especialmente en población pediátrica, y enfatiza la necesidad de una evaluación clínica y micológica previa al tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Tinea corporis, esteroides tópicos, corticoestropeo, dermatofitosis, hiperpigmentación, tratamiento antifúngico.

ABSTRACT

A 2-year-old female patient was referred for consultation due to dermatosis on the posterior aspect of her left forearm, which worsened after prolonged application of a

Autores

Hernández Lovo, Alexis Esaú^{1,2}

¹ Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador
² ORCID <https://orcid.org/0009-0007-8008-8872>

Correspondencia

hl12006@ues.edu.sv

Presentado

13 octubre 2025

Aceptado

28 diciembre 2025

Handle: <https://hdl.handle.net/20.500.14492/32990>
<https://doi.org/10.66778/SI.vo4no1.07>

Cómo citar este artículo:

Hernández Lovo AE. Corticoestropeo: Dermatitis modificada por esteroides tópicos (tinea incognita). Un caso clínico de importante relevancia en la población pediátrica. Rev. Sal. Int. 2026; 4 (1): pp 71-77.
<https://doi.org/10.66778/SI.vo4no1.07>

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

combination topical cream (clotrimazole + betamethasone + gentamicin). Clinical progression was characterized by epidermal loss, hemorrhagic crusts, partial scarring, and severe pruritus, accompanied by febrile episodes that prompted medical consultation. Suspecting a secondary bacterial superinfection, oral antibiotic therapy with amoxicillin + clavulanic acid was initiated for seven days, leading to progressive improvement and resolution of the infectious component. Subsequent examination revealed an active desquamative lesion with residual hypopigmentation, consistent with steroid-modified tinea corporis, also referred to as tinea incognita. This case highlights the potential risks and complications derived from the inappropriate use of topical corticosteroids on undiagnosed dermatological conditions, with particular concern in pediatric patients. It also underscores the importance of conducting a thorough clinical and mycological assessment before treatment initiation to prevent mismanagement and disease progression.

KEYWORDS: tinea corporis, topical corticosteroids, steroid-induced damage, dermatophytosis, hyperpigmentation, antifungal treatment.

INTRODUCCIÓN

La tiña corporal (tinea corporis) es una infección superficial de la piel causada por dermatofitos, caracterizada por placas eritematosas anulares con descamación periférica⁵. El uso inadecuado de corticosteroides tópicos, en ocasiones combinados con antifúngicos y antibióticos, puede modificar de forma significativa su presentación clínica, enmascarando la inflamación y favoreciendo la diseminación y sobreinfección⁶. Este fenómeno, denominado tinea incognita o cortico-modificación de la dermatofitosis, suele presentar lesiones de bordes mal definidos, escasa descamación y cambios atróficos, lo que dificulta el diagnóstico¹. En población pediátrica, la automedicación y el acceso libre a esteroides tópicos representan un riesgo considerable, dada la mayor permeabilidad cutánea y la mayor susceptibilidad a efectos adversos sistémicos y locales^{4,7}. El presente artículo tiene como objetivo dar a conocer la importancia de evitar la automedicación con esteroides en lesiones dermatológicas sin diagnóstico confirmado por un profesional de la salud, ilustrando con un caso pediátrico en el que la aplicación de una crema combinada modificó la apariencia clínica y complicó el manejo. La elevada prevalencia de tiña incógnita en poblaciones pediátricas urbanas (hasta un 35% de dermatofitosis confirmadas)⁸ está fuertemente vinculada a la disponibilidad de preparados farmacéuticos combinados de venta libre, según estudios recientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 2 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, consulta por dermatosis en la región posterior del antebrazo derecho, iniciada una semana antes como placa rosada de aproximadamente 2 cm, con centro hipopigmentado y descamación periférica, acompañada de leve prurito. La lesión aumentó progresivamente de tamaño. Durante esos 7 días, se aplicó crema combinada (clotrimazol + betametasona + gentamicina), observándose posteriormente pérdida de epidermis superficial, costras hemáticas, zonas de cicatrización y bordes edematosos bien delimitados como signos de sobreinfección bacteriana¹⁰. El prurito empeoró y se presentaron dos episodios febriles. Se inició tratamiento antibiótico oral con amoxicilina + ácido clavulánico durante 7 días por sospecha de sobreinfección bacteriana, con mejoría clínica¹¹. Una vez resuelta la infección, la lesión reveló características más compatibles con tinea corporis modificada por esteroides (Fig. 1). Posterior a la resolución de la sobreinfección bacteriana, se instauró terapia antifúngica tópica con ungüento de terbinafina al 1% durante 15 días. Tras el seguimiento clínico se apreció remisión casi completa de la lesión, con persistencia únicamente de una mácula hipocrómica residual en el sitio afectado¹² (Fig. 2). Dadas las limitaciones para realizar pruebas confirmatorias al momento de la consulta, las decisiones diagnósticas y terapéuticas se basaron en una evaluación clínica exhaustiva y los criterios clásicos descritos para esta entidad^{4, 13}.



Figura 1. Lesión en antebrazo posterior. (A) Dermatitis modificada por esteroides. Se aprecian signos de inflamación, descamación, marcado eritema y bordes irregulares, compatibles con estropeo por corticosteroides. (B) Imagen con mejoras en la iluminación de la lesión dermatológica, que evidencia regiones de leve secreción serosa, producto de infección bacteriana agregada, además, con evidencia de costras melicéricas en la superficie de la lesión.

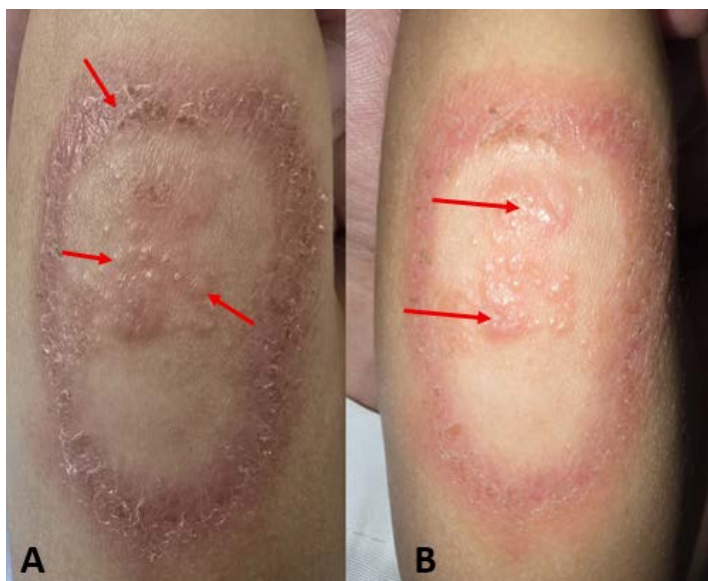


Figura 2. *Tinea incognita* en la región posterior del brazo. En (A), posterior al tratamiento antimicrobiano se observa lesión compatible con dermatofitosis modificada por esteroides, con eritema, descamación importante, formación de pápulas en su centro, bordes eritematosos, activos, descamativos y muy irregulares. En (B) se proporciona una toma con mejoras en la iluminación, la cual permite distinguir una marcada hipopigmentación en patrón típico de *Tinea Incognita*, secundaria a la modificación por esteroides tópicos.

DISCUSIÓN DEL CASO

La tinea incognita es la forma en que se conoce la dermatofitosis, cuya presentación clínica ha sido modificada por la aplicación de corticosteroides tópicos o sistémicos. Los glucocorticoides inhiben la inflamación local y suprimen la respuesta inmunitaria cutánea mediada por células T, lo que facilita la proliferación fúngica y altera la apariencia clásica de la lesión^{6, 14}. Esta supresión de la respuesta inflamatoria explica por qué las lesiones pueden perder el borde activo y la descamación característica, asemejándose a eccemas, psoriasis o dermatitis seborreica, y conduciendo con frecuencia a diagnósticos erróneos y demoras terapéuticas^{11, 5}.

La tinea incognita representa un problema de salud creciente, particularmente en pediatría. Estudios recientes indican que puede constituir entre el 6% y el 35% de las dermatofitosis en niños, variando según la región y el acceso a medicamentos de venta libre^{8, 32}. Este aumento se correlaciona directamente con la automedicación y el uso indiscriminado de preparados combinados que contienen corticosteroides, una práctica común en muchos países en desarrollo^{3, 9}. La

delgadez de la piel y la mayor relación superficie corporal/ peso en los niños los hacen particularmente vulnerables a esta modificación clínica y a los efectos adversos sistémicos de los esteroides tópicos^{4, 7}. Algunos trabajos recientes estiman que la tinea incógnita podría representar hasta un ~40% de las dermatofitosis en ciertos contextos, aunque esta cifra debe interpretarse con cautela por los sesgos de notificación. Geográficamente, esta condición es más frecuente en regiones tropicales y subtropicales, donde las temperaturas cálidas y la alta humedad favorecen el crecimiento fúngico y facilitan la cronicidad o mal control de infecciones superficiales. En estos entornos, la combinación de clima y el uso amplio de cremas esteroideas — muchas veces como “corticosteroides de venta libre” o de fácil acceso — incrementa el riesgo de que una dermatofitosis común evolucione hacia una tinea incógnita.

En cuanto a la distribución por edades y formas clínicas: la tinea incógnita puede afectar a personas de cualquier edad (niños, adultos, ancianos). Algunos estudios retrospectivos muestran mayor incidencia en niños y adultos jóvenes, aunque otros reportan un predominio en adultos de mediana edad.

Respecto a las localizaciones más frecuentes, la forma clínica más habitual es tinea corporis, seguida de tinea faciei. Entre los agentes causales, los más comúnmente aislados son especies del género *Trichophyton rubrum*, seguidas por *Trichophyton mentagrophytes* y, en menor medida, especies de *Microsporum canis*, aunque la distribución puede variar según la región.

La tinea incognita es una dermatofitosis cuya morfología clásica ha sido alterada por el uso previo de corticoides tópicos (a veces combinados con antibióticos o inmunomoduladores). Semiológicamente, pierde los bordes activos típicos de la tiña y adopta un aspecto atípico, menos delimitado y más inflamatorio, lo que conduce a diagnósticos erróneos como dermatitis, eccema o psoriasis. En la exploración física, la lesión suele presentarse como placas eritematosas mal definidas, con descamación fina o gruesa, a veces húmedas o exudativas, y con prurito variable. El uso de esteroides suprime parcialmente la respuesta inflamatoria, volviendo la lesión más “suave” clínicamente, pero al mismo tiempo permite la progresión del hongo en profundidad y extensión.

Dermatológicamente, puede observarse borde menos evidente o inexistente, ausencia de la típica descamación periférica y centración más eritematosa que puede confundirse con dermatitis de contacto, rosácea o dermatitis seborreica según la localización. En algunos casos se

desarrolla atrofia cutánea, telangiectasias o estrías inducidas por esteroides, lo que agrega complejidad diagnóstica (Figura 3). La lesión puede expandirse de forma irregular, mostrar pápulas, pústulas o placas infiltradas, especialmente cuando se trata de tinea corporal o faciei. La clave semiológica es identificar una lesión que “no cuadra” con patrones clásicos y que se agrava o recidiva pese al uso de esteroides, lo que debe levantar sospecha y confirmarse mediante KOH, cultivo o dermatoscopia.



Figura 3. Lesión hipopigmentada residual post-tratamiento. Posterior al tratamiento antifúngico con crema tópica de terbinafina al 1% durante 14 días, se observa una lesión residual hipopigmentada en la zona que previamente ocupó la lesión inicial. Una vez remitida la dermatofitosis, la mácula hipopigmentada suele ser transitoria y suele experimentar repigmentación en 4-12 semanas en fototipo II y III, mientras que en pieles más oscuras (IV y V) hasta 3-6 meses¹⁷

Entre los agentes causales mayormente encontrados en casos de *tinea corporis* y, por extensión, de *tinea incognita*, están los dermatofitos antropofílicos como *Trichophyton rubrum* y *Trichophyton mentagrophytes* complejo^{25, 33}. En los últimos años, se ha observado un cambio epidemiológico en algunas regiones, con un incremento significativo de infecciones por *T. mentagrophytes* complejo de tipo resistente, lo que podría complicar aún más el manejo terapéutico cuando la presentación clínica ya está enmascarada por esteroides¹⁷,

34. La confirmación diagnóstica mediante examen directo con KOH y cultivo micológico sigue siendo el pilar para identificar el agente causal y guiar el tratamiento, especialmente en casos atípicos^{11, 13}.

En muchos países se ha documentado un uso extensivo e inadecuado de preparados combinados (corticosteroide + antimicótico + antibiótico) sin prescripción, algo que contribuye de forma importante a la aparición de *tinea incognita* y a la prolongación de los episodios clínicos^{9,10}. Además, estudios de series de casos y trabajos clínico-micológicos han descrito un aumento en la casuística y en la variabilidad de la presentación clínica en regiones con uso indiscriminado de esteroides tópicos^{16, 17}.

Clínicamente, las pistas para sospechar *tinea incognita* incluyen: antecedente de aplicación de corticoides en la lesión, mejora temporal seguida de empeoramiento, placas con bordes poco definidos o atípicos, y prurito persistente¹⁸. La historia detallada y el examen físico minucioso son esenciales; la sospecha clínica debe confirmarse con pruebas directas cuando exista duda¹¹. El examen directo con KOH y el cultivo en agar Sabouraud siguen siendo las herramientas diagnósticas básicas para confirmar dermatofitosis; la dermatoscopia puede ser una ayuda adicional en casos que simulan otras dermatosis^{13, 19}.

La complicación por sobreinfección bacteriana, como la observada en este caso, no es infrecuente. La supresión de la barrera cutánea y la manipulación o la maceración favorecen la colonización bacteriana secundaria y, en algunos casos, la necesidad de tratamiento antibiótico sistémico^{11, 20}. En nuestro paciente, la instauración de amoxicilina-ácido clavulánico fue apropiada por la sospecha clínica de sobreinfección y se asoció a mejoría, lo que permitió luego evidenciar la verdadera etiología fúngica.

Para lesiones localizadas y no extensas en pediatría, los antifúngicos tópicos con buena penetración en el estrato córneo, como la terbinafina al 1% y el clotrimazol al 1%, son de primera línea y bien tolerados^{12, 35}. La terbinafina al 1% es un antimicótico de la familia de las alilaminas ampliamente utilizado para tratar dermatofitosis, incluyendo tinea incognita, una infección fúngica cuya presentación clínica es modificada por el uso previo de corticoides tópicos. Su acción es fungicida y dirigida específicamente contra dermatofitos, lo cual la convierte en un fármaco de elección cuando se suspende el esteroide y se restaura la respuesta inmune local. El tratamiento tópico suele indicarse dos veces al día por 2-4 semanas en lesiones localizadas, y puede acompañarse de

terapia sistémica si la afectación es extensa.

La terbinafina actúa inhibiendo la enzima escualeno epoxidasa, cuya actividad es clave en la vía de síntesis del ergosterol, componente esencial de la membrana celular fúngica. Al inhibir la enzima, se acumula escualeno, disminuyendo la producción de ergosterol, lo que altera la integridad de la membrana y causa muerte celular. Su selectividad se debe a que la escualeno epoxidasa fúngica tiene mayor afinidad por el fármaco que la enzima humana. Además, su carácter lipofílico facilita la penetración en el estrato córneo, aumentando la concentración local y su eficacia contra dermatofitos presentes en piel previamente inflamada o modificada por corticoides, como ocurre en la tinea incognita.

Para casos extensos, recurrentes, con falla al tratamiento tópico o con sospecha de infección por cepas menos sensibles, está indicada la terapia sistémica. La terbinafina oral es el fármaco de elección en niños debido a su perfil de seguridad, eficacia y posología sencilla, mientras que el itraconazol es una alternativa efectiva 22, 37. Es fundamental retirar el corticosteroide tópico y evitar combinaciones que contengan esteroide hasta confirmar el diagnóstico micótico; además, el manejo de la sobreinfección debe preceder o acompañar el inicio del antifúngico, según la gravedad¹¹. En la población pediátrica existe particular preocupación por la absorción sistémica de corticosteroides tópicos debido a la mayor relación superficie corporal/peso y a la mayor delgadez cutánea, lo que incrementa el riesgo de supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y otros efectos sistémicos en exposiciones prolongadas 4, 7. Por tanto, la indicación y duración de esteroides tópicos en niños deben ser prudentes y siempre supervisadas. Paralelamente, la «fobia» o el rechazo hacia los corticoides en algunos contextos puede llevar al uso no guiado de agentes alternativos o a tratamientos inadecuados, por lo que la educación del paciente y cuidador es clave²³.

Desde una perspectiva de salud pública, la restricción de la venta libre de preparados con corticosteroides, campañas educativas dirigidas a profesionales y público general, y protocolos claros para el manejo de lesiones eritemato-descamativas en atención primaria son medidas recomendadas para reducir la incidencia de *tinea incognita* y sus complicaciones^{9,24}. La vigilancia microbiológica y los estudios de patrón etiológico (p. ej., predominio de *Trichophyton mentagrophytes* complejo en algunos brotes)

también aportan información útil para el manejo terapéutico y la prevención 25, 33

CONCLUSIONES

El uso inadecuado de corticosteroides tópicos puede enmascarar y modificar la presentación de dermatofitosis, provocando tinea incognita, retrasos diagnósticos y mayor probabilidad de complicaciones como la sobreinfección bacteriana.

En pediatría, la mayor permeabilidad cutánea y la relación superficie corporal/peso aumentan el riesgo de efectos adversos locales y sistémicos; por ello, los esteroides tópicos deben usarse con cautela y siempre bajo indicación médica. La sospecha clínica basada en la historia (uso de esteroides, cambios en la lesión) y el examen físico es esencial; el diagnóstico debe confirmarse mediante examen directo con KOH y/o cultivo cuando existan dudas. La dermatoscopia puede ser una herramienta de apoyo en casos atípicos.

El manejo incluye: retirar el corticosteroide, tratar la sobreinfección bacteriana si está presente, e iniciar el antifúngico apropiado (tópico para lesiones localizadas; sistémico si la extensión o la respuesta lo requieren). A nivel de salud pública, es necesario impulsar medidas para limitar la venta indiscriminada de preparados con corticosteroides, educar a la población y a los profesionales de primer nivel, y fomentar la confirmación micológica cuando sea pertinente para evitar tratamientos inadecuado

Este caso pediátrico ilustra la transformación clínica que puede ocasionar la automedicación con preparados que contienen esteroides y subraya la importancia de la evaluación temprana y la confirmación microbiológica para guiar un tratamiento seguro y eficaz.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado y respectivamente firmado por parte de los padres para el uso de la información clínica e imágenes con fines académicos, garantizando el anonimato de la paciente.

CONFLICTO DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés por parte del autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kokandi AA. Tinea Incognita. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2024 May 6;17:993-998. doi: [10.2147/CCID.S465942](https://doi.org/10.2147/CCID.S465942).
2. Coondoo A. Topical corticosteroid misuse: the Indian scenario. Indian J Dermatol. 2014 Sep;59(5):451-5. doi: [10.4103/0019-5154.139870](https://doi.org/10.4103/0019-5154.139870).
3. 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. <https://doi.org/10.3390/jcm13113267>
4. Totri CR, Eichenfield LF, Logan K, Proudfoot L, Schmitt J, Lara-Corrales I, Sugarman J, Tom W, Siegfried E, Cordoro K, Paller AS, Flohr C. Prescribing practices for systemic agents in the treatment of severe pediatric atopic dermatitis in the US and Canada: The PeDRA TREAT survey. J Am Acad Dermatol. 2017;76(2):281-5. doi: [10.1016/j.jaad.2016.09.021](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.09.021).
5. Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis and management of tinea infections. Am Fam Physician. 2014;90(10):702-11. PMID: [25403034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25403034/).
6. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. J Am Acad Dermatol. 2006;54(1):1-15. doi: [10.1016/j.jaad.2005.01.010](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.01.010).
7. Dhar S, Seth J, Parikh D. Systemic side-effects of topical corticosteroids. Indian J Dermatol. 2014;59(5):460-4. doi: [10.4103/0019-5154.139874](https://doi.org/10.4103/0019-5154.139874).
8. Lahiri K, Coondoo A. Topical Steroid Damaged/Dependent Face (TSDf): An Entity of Cutaneous Pharmacodependence. Indian J Dermatol. 2016 May-Jun;61(3):265-72. doi: [10.4103/0019-5154.182417](https://doi.org/10.4103/0019-5154.182417).
9. Gupta AK, Chaudhry M, Elewski B. Tinea corporis, tinea cruris, tinea nigra, and piedra. Dermatol Clin. 2003 Jul;21(3):395-400, v. doi: [10.1016/s0733-8635\(03\)00031-7](https://doi.org/10.1016/s0733-8635(03)00031-7). PMID: [12956194](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956194/).
10. Gupta AK, Venkataraman M, Renaud HJ, Summerbell R. A Paradigm Shift in the Treatment and Management of Onychomycosis and Tinea Pedis. Skin Appendage Disord. 2021;7(5):351-358. doi: [10.1159/000516112](https://doi.org/10.1159/000516112).
11. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in General Dermatology: A Practical Overview. Dermatol Ther (Heidelb). 2016;6(4):471-507. doi: [10.1007/s13555-016-0141-6](https://doi.org/10.1007/s13555-016-0141-6).
12. Schäcke H, Döcke WD, Asadullah K. Mechanisms involved in the side effects of glucocorticoids. Pharmacol Ther. 2002;96(1):23-43. doi: [10.1016/s0163-7258\(02\)00297-8](https://doi.org/10.1016/s0163-7258(02)00297-8).
13. Dhaher S. Tinea incognita: Clinical perspectives of a new imitator. Dermatol Reports. 2020 Jun 25;12(1):8323. doi: [10.4081/dr.2020.8323](https://doi.org/10.4081/dr.2020.8323). PMID: 32655844; PMCID: PMC7341072.
14. Dogra S, Uprety S. The menace of chronic and recurrent dermatophytosis in India: Is the problem deeper than we perceive? Indian Dermatol Online J. 2016 Mar-Apr;7(2):73-6. doi: [10.4103/2229-5178.178100](https://doi.org/10.4103/2229-5178.178100). PMID: 27057485
15. Nenoff P, Verma SB, Vasani R, Burmester A, Hipler UC, Wittig F, Krüger C, Nenoff K, Wiegand C, Saraswat A, Madhu R, Panda S, Das A, Kura M, Jain A, Koch D, Gräser Y, Uhrlaß S. The current Indian epidemic of superficial dermatophytosis due to Trichophyton mentagrophytes: A molecular study. Mycoses. 2019 Apr;62(4):336-356. doi: [10.1111/myc.12878](https://doi.org/10.1111/myc.12878). Epub 2019 Feb 20.
16. Atzori L, Pau M, Aste N, Aste N. Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: a 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy). Int J Dermatol. 2012;51(8):999-1003. doi: [10.1111/j.1365-4632.2011.05049.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05049.x).
17. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakyriou E, Karatolias A, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus, and pityriasis rosea. Br J Dermatol. 2012;166(6):1198-205. doi: [10.1111/j.1365-2133.2012.10868.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.10868.x).
18. Thomas J, Peterson GM, Christenson JK, Kosari S, Baby KE. Topical corticosteroid-induced skin atrophy: a comprehensive review. Drug Saf. 2015;38(5):493-509. doi: [10.1007/s40264-015-0287-7](https://doi.org/10.1007/s40264-015-0287-7).
19. Halder RM, Nootheti PK. Postinflammatory hyperpigmentation and hypopigmentation. In: Kelly AP, Taylor SC, editors. Dermatology for Skin of Color. New York, NY: McGraw-Hill; 2009.

20. Gupta AK, Mays RR. The impact of onychomycosis on quality of life: A systematic review of the available literature. *Skin Appendage Disord.* 2018;4(4):208-216. doi: [10.1159/000485632](https://doi.org/10.1159/000485632).
21. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, Fontenoy AM, Nguyen JM, Leux C, Misery L, Young P, Chastaing M, Danou N, Lombraill P, Boralevi F, Lacour JP, Mazereeuw-Hautier J, Stalder JF, Barbarot S. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br J Dermatol.* 2011 Oct;165(4):808-14. Epub 2011 Sep 15 doi: [10.1111/j.1365-2133.2011.10449.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10449.x).
22. Rathi SK, D'Souza P. Rational and ethical use of topical corticosteroids based on safety and efficacy. *Indian J Dermatol.* 2012;57(4):251-9. doi: [10.4103/0019-5154.97655](https://doi.org/10.4103/0019-5154.97655).
23. Rudramurthy SM, Shankarnarayan SA, Dogra S, Shaw D, Mushtaq K, Paul RA, et al. Mutation in the Squalene Epoxidase Gene of *Trichophyton interdigitale* and *Trichophyton rubrum* Associated with Allylamine Resistance. *Antimicrob Agents Chemother.* 2018;62(5):e02522-17. doi: [10.1128/AAC.02522-17](https://doi.org/10.1128/AAC.02522-17).
24. Arenas R. Dermatofitosis. In: Arenas R, editor. *Dermatología. Atlas, Diagnóstico y Tratamiento.* 7ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2021. p. 505-518.
25. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea Corporis: An Updated Review. *Drugs Context.* 2020; 9:2020-5-6. doi: [10.7573/dic.2020-5-6](https://doi.org/10.7573/dic.2020-5-6).
26. Kwak HB, Lee SK, Yoo HH, Lee IJ, Lee GJ, Nam KH, Yun SK, Park J. Facial tinea incognita: a clinical, dermoscopic and mycological study of 38 cases. *Eur J Dermatol.* 2023 Apr 1;33(2):101-108. doi: [10.1684/ejd.2023.4450](https://doi.org/10.1684/ejd.2023.4450).
27. Kaushik N, Pujalte GG, Reese ST. Superficial Fungal Infections. *Prim Care.* 2015;42(4):501-16. doi: [10.1016/j.pop.2015.08.004](https://doi.org/10.1016/j.pop.2015.08.004).
28. 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. doi: [10.1186/s12895-018-0073-1](https://doi.org/10.1186/s12895-018-0073-1).
29. Rotta I, Ziegelmann PK, Otuki MF, Riveros BS, Bernardo NL, Correr CJ. Efficacy of topical antifungals in the treatment of dermatophytosis: a mixed-treatment comparison meta-analysis involving 14 treatments. *JAMA Dermatol.* 2013 Mar;149(3):341-9. doi: [10.1001/jamadermatol.2013.1721](https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.1721).
30. Gupta, A. K., Susmita, Nguyen, H. C., Liddy, A., Economopoulos, V., & Wang, T. (2025). Terbinafine Resistance in *Trichophyton rubrum* and *Trichophyton indotineae*: A Literature Review. *Antibiotics*, 14(5), 472. <https://doi.org/10.3390/antibiotics14050472>
31. Hogade S, Chavan S, Verekar V, Pandya A, Annigeri AR, Hogade T. Clinicomycological correlation of tinea incognita. *J Mycol Infect.* 2024;29(4):181. Epub 2025 Jan 3 doi: [10.17966/JMI.2024.29.4.181](https://doi.org/10.17966/JMI.2024.29.4.181).
32. Verma SB, Panda S, Nenoff P, Singal A, Rudramurthy SM, Uhrlas S, Das A, Bisherwal K, Shaw D, Vasani R. The unprecedented epidemic-like scenario of dermatophytosis in India: III. Antifungal resistance and treatment options. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2021;87(4):468-82. doi: [10.25259/IJDVL_303_20](https://doi.org/10.25259/IJDVL_303_20).
33. del Boz J, Crespo V, Rivas-Ruiz F, de Troya M. Tinea incognita in children: 54 cases. *Mycoses.* 2011;54(3):254-8. doi: [10.1111/j.1439-0507.2009.01810.x](https://doi.org/10.1111/j.1439-0507.2009.01810.x).
34. Gupta AK, Venkataraman M, Hall DC, Cooper EA, Summerbell RC. The emergence of *Trichophyton indotineae*: implications for clinical practice. *Int J Dermatol.* 2022. doi: [10.1111/ijd.16362](https://doi.org/10.1111/ijd.16362).
35. Rotta I, Ziegelmann PK, Otuki MF, Riveros BS, Bernardo NL, Correr CJ. Efficacy of topical antifungals in the treatment of dermatophytosis: a mixed-treatment comparison meta-analysis involving 14 treatments. *JAMA Dermatol.* 2013;149(3):341-9. doi: [10.1001/jamadermatol.2013.1721](https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.1721).
36. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. "Tinea Corporis: An Updated Review." *Drugs Context.* 2020;9:2020-5-6. doi: [10.7573/dic.2020-5-6](https://doi.org/10.7573/dic.2020-5-6).
37. Dogra S, Shaw D, Rudramurthy SM. Antifungal drug susceptibility testing of dermatophytes: laboratory findings to clinical implications. *Indian Dermatol Online J.* 2019;10(3):225-33. doi: [10.4103/idoj.IDOJ_146_19](https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_146_19).