

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen

Volume

11

Número

Number

3

Septiembre-Diciembre

September-December

2002

Artículo:

Tiña negra palmar. Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Centro Dermatológico Pascua

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Tiña negra palmar. Presentación de un caso

Dra. Ma. del Carmen Padilla,* Dra. Diana Medina,** Dra. Argelia Eng,*** Dra. Lourdes Alonzo****

RESUMEN

La tiña negra palmar es un padecimiento poco frecuente o quizás subdiagnosticado, es una micosis superficial cuyo agente etiológico es *Phaeoannellomyces werneckii*. Se describe el caso de un escolar de 8 años de edad con una mancha oscura en región central de la palma derecha cuyo diagnóstico clínico y micológico es de tiña negra.

Palabras clave: Tiña negra palmar, *Phaeoannellomyces*, *Exophiala werneckii*.

ABSTRACT

Tinea nigra is an unusual illness or maybe under-diagnosed; it is a superficial mycosis whose etiologic agent is Phaeoannellomyces werneckii. We expose the case of an 8 year old school boy presenting a dark patch in the middle region of the palm of the right hand with a clinical and mycologic diagnose is tinea nigra.

Key words: *Tinea nigra palmaris*, *Phaeoannellomyces*, *Exophiala werneckii*.

INTRODUCCIÓN

La tiña negra es una micosis superficial,¹ cuya etiología está dada por un hifomiceto dematiáceo altamente pleomórfico, el cual debido a su presentación parasitaria y a sus aspectos macro y microscópicos en su estado saprófito ha sido ubicado en varios géneros, tales como *Cladosporium werneckii*, *Aureobasidium werneckii*, *Exophiala werneckii* y últimamente *Phaeoannellomyces werneckii*.¹⁻³

Es una micosis poco frecuente, que afecta preferentemente palmas, aunque pueden verse otras localizaciones como plantas (donde se llega a confundir con nevus, líntigo o melanoma),⁴⁻⁶ brazos, espacios interdigitales, piernas, tronco y cuello. Presentamos un caso típico en palma de la mano derecha.

CASO CLÍNICO

Se trata de escolar masculino de 8 años de edad, originario y residente de México, D.F. que presenta una dermatosis localizada a miembro torácico derecho de la cual afecta mano y de ésta el centro de la palma, es

unilateral, asimétrica; constituida por una placa hipercrómica circular, con escama fina y untuosa sobre su superficie, de límites irregulares de 3 cm dm, color gris oscuro, de evolución crónica y asintomática. Al interrogatorio refiere haber iniciado su padecimiento hace 6 meses, posterior a un viaje al puerto de Acapulco, Guerrero, con una mancha oscura que le ha ido creciendo (*Figura 1*). Resto de piel y anexos sin datos patológicos. Niega otros antecedentes de importancia. Con el diagnóstico clínico de tiña negra palmar, se envió al Servicio de Micología donde se realizó examen directo de las escamas con KOH 10% (hidróxido de potasio) el cual mostró hifas gruesas, septadas, ramificadas, oliváceas, algunas con terminaciones hialinas; y el cultivo en Sabouraud demostró colonias negras de aspecto céreo (*Figuras 2 y 3*).

El diagnóstico final fue de tiña negra palmar, iniciándose tratamiento con urea al 20% e isoconazol crema 1 vez al día. Remitiendo la dermatosis en dos semanas (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

El diagnóstico clínico de tiña negra palmar de nuestro paciente fue sospechado por la típica disposición de una mancha negra en la palma y el viaje reciente a las Costas del Pacífico en nuestro país, ya que este hongo dematiáceo es común que se desarrolle en estas zonas.

* Jefe del Departamento de Micología del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Médico adscrito al CDP.

*** Médico residente de 2º año del CDP.

**** Jefe del Departamento de Dermatosis Reaccionales del CDP.

Se han comunicado casos típicos por autores latinoamericanos, y en varios casos se interpreta como manchas de suciedad o dermatitis neglecta.⁷

Estos hongos se desarrollan con mayor facilidad en terrenos cálidos cercanos al mar, zonas tropicales y subtropicales, en latitudes que fluctúan entre menos de 23 y 35 grados para los diferentes continentes.⁸ Su mayor prevalencia se encuentra en América Central y del Sur,⁹ con mayor frecuencia en Brasil, primer lugar donde fue reconocido por Cerqueira en 1891, que la denominó "*Keratomycosis nigricans palmaris*" y posteriormente por Horta en 1921 aisló el agente causal y lo denominó *Cladosporium werneckii*.^{10,11} El periodo de incubación de esta afección es de 10 a 20 días. La vía de entrada es inoculación traumática y se ha relacionado con el contacto de plantas, aunque no se ha logrado establecer su hábitat.¹²

Clínicamente se caracteriza por placas de color café oscuro o negruzcas, con escama untuosa y asintomáti-

cas. Se localiza con más frecuencia en la eminencia tenar y en la concavidad de la mano, aunque a veces puede afectar las caras laterales de la misma. Generalmente es unilateral. No muestra preferencia por ninguna edad, sexo, raza o profesión;¹² aunque se ha reportado mayor frecuencia en mujeres jóvenes por debajo de los 20 años de edad.

El diagnóstico se realiza de manera sencilla, mediante examen directo con hidróxido de potasio de KOH al 10% de un raspado de la lesión. Microscópicamente se observan hifas de color pardo a oliváceo. Las hifas están tabicadas, tienen ramificaciones libres y alcanzan de 1.5 a 5 micrómetros de diámetro; también se



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figura 3. Cultivo en Sabouraud en la cual se observan colonias negras de aspecto céreo.

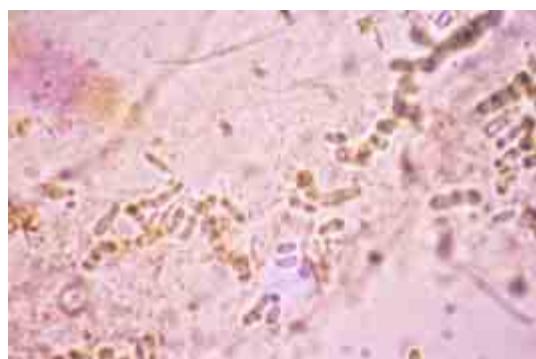


Figura 2. Examen micológico directo que muestra hifas septadas, ramificadas, oliváceas, algunas con terminaciones hialinas.



Figura 4. Aspecto de la lesión posterior a 2 semanas de tratamiento.

pueden observar clamidoconidios, células hinchadas, células levaduriformes e hifas fragmentadas. El cultivo puede hacerse en medios de Sabouraud glucosado simple, y adicionado con un antibiótico (cloramfenicol o cicloheximida), en el cual el crecimiento es como el de una levadura y de color pardo o negro brillante. Al envejecer los cultivos, se tornan de aspecto veloso.³ El tratamiento tópico es efectivo; se usan preparados queratolíticos y antimicóticos, como la pomada de Whitfield, tintura de yodo, nitrato de miconazol, y varios otros fungicidas.¹⁴ Se ha utilizado también terapia sistémica con itraconazol por dos semanas con buenos resultados.¹⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez VJ. Tiña negra en Costa Rica. *Dermatología Rev Mex* 1993; 37(1): 15-17.
2. McGinnis MR. Taxonomy of *Exophiala werneckii* and its relationship to *Microsporum mansonii*. *Sabouraudia* 1979; 17: 145-154.
3. Boni EE, Hazen PG. The superficial mycoses and the dermatophytes. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 655-73.
4. Durán C, Carabajosa J. Tiña negra plantar. Estudio de tres casos en México. *Dermatología Rev Mex* 1992; 36(3): 170-171.
5. Van VH, Singletary H. Tinea nigra palmaris. *Arch Dermatol* 1964; 90: 59-61.
6. Tilles CJ. Tinea nigra palmaris. *J Am Med Assoc* 1962; 182(10): 1038-1040.
7. Castaño HS, Carranza HG. Tiña negra. Presentación atípica. *Dermatología Rev Mex* 1993; 37(2): 101-102.
8. Muvdi CF. Tiña negra, comunicación de 16 casos. *Med Cut ILA* 1974; 4: 285-290.
9. Earl BR, Pinkerton ME. A case of tinea nigra palmaris in Texas. *Arch Dermatol* 1955; 72: 467-468.
10. Fitzpatrick. *Dermatología en medicina general*. 5ta. Ed. Panamericana. Tiña negra, Buenos Aires, Argentina PP 2494-95.
11. Rufin VJ, Pereda HJ. Tiña negra plantar bilateral. Una entidad infrecuente en España. *Actas Dermo-Sif* 1990; 81(11): 779-781.
12. Velozo PG, Ferrá TT. Tiña negra. Su incidencia en el Hospital "Manuel Ascunce Doménech". Camagüey, Cuba. *Dermatología Rev Mex* 1994; 38(1): 27-30.
13. Horta P. Sobre um caso de tinha preta e um novo cogumelo (*Cladosporium werneckii*). *Rev Med Cirug Brazil* 1921; 29: 269-274.
14. Assaf R, Weil M. *Micosis superficiales en: clínicas Dermatológicas* McGraw-Hill Interamericana México D.F. 1996; 1: 59-69.
15. Chang WP, Arenas R. Tiña negra palmar tratada con ketoconazol. *Dermatología Rev Mex* 1983; 17(2-3): 218-219.
16. Spiller WF, Mullins F. Tiña negra. *J Invest Derm* 1956; 27: 187-192.
17. Ramos GA, Venadero AF. Tiña negra palmar. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1996; 5(1): 47-49.