



Tiña negra. Micosis poco frecuente

Tinea nigra. Rare mycosis

María del Carmen Padilla-Desgarenes,* Miguel Ángel Cardona-Hernández,[‡]
Vianey Venecia Landini-Enríquez[§]

RESUMEN

La tiña negra es una micosis superficial poco frecuente ocasionada por el hongo dematiáceo *Hortaea werneckii*. En México, se han comunicado 38 casos en los últimos 34 años. En este artículo se reporta el de una paciente de 18 años de edad, residente de la Ciudad de México, con diagnóstico clínico y micológico de tiña negra palmar. El presente caso resalta la importancia que tiene el dermatólogo para el diagnóstico de entidades poco frecuentes, y su adecuado tratamiento.

Palabras clave: Tiña negra, hongo dematiáceo, *Hortaea werneckii*.

ABSTRACT

Tinea nigra is an infrequent superficial mycosis, caused by the dematiaceous fungus, *Hortaea werneckii*. In Mexico, 38 cases have been reported in the last 34 years. In this article we report the case of an 18 year old, female patient, Mexico City resident, with clinical and mycological diagnosis of tinea nigra. The present case recalls the importance of the dermatologist for the diagnosis of less frequent entities and their adequate treatment.

Keywords: *Tinea nigra*, dematiaceous fungus, *Hortaea werneckii*.

INTRODUCCIÓN

La tiña negra es una micosis superficial poco frecuente ocasionada por el hongo *Hortaea werneckii*, el cual es un hongo dematiáceo que en un inicio crece como levadura negra y después se transforma en moho.¹ Fue descrita por primera vez en 1891 por Cerqueira como *queratomicosis nigricans palmaris*, y hasta 1984 Nishimura y Myaji clasificaron al agente etiológico dentro del género de *Hortaea*, anteriormente *Exophiala*.² Es un hongo halotolerante y halófilo, es decir, crece en un medio acuoso y se adapta con facilidad a la hipersalinidad.³

Lo anterior explica por qué la mayoría de los casos se desarrollan en regiones tropicales y subtropicales, sobre todo en las costas.⁴ No muestra preferencia por ninguna edad o sexo, pero se ha publicado un mayor número de casos en mujeres jóvenes menores de 20 años.⁵

Afecta principalmente palmas, aunque puede comprometer otras topografías como plantas, brazos, espacios interdigitales, piernas, tronco y cuello.⁵

Es una infección poco frecuente y asintomática.¹ En los últimos 34 años sólo se cuenta con 38 casos reportados en México. La infección se adquiere a través del contacto directo, bien, por pequeños traumatismos, lo cual explica la topografía más frecuente de esta dermatosis.² El factor predisponente más importante es la hiperhidrosis de manos y pies.³

De manera clínica, se presenta con manchas hiperpigmentadas de color marrón claro hasta café oscuro o negro, cubiertas con escama fina, que forman placas circunscritas y/o irregulares. El curso es crónico y asintomático; pocos pacientes refieren prurito.^{1,2} Se localiza con mayor frecuencia a nivel de la eminencia tenar y en la concavidad de la mano. Por lo general, es unilateral, aunque puede ser bilateral.⁶ El diagnóstico es clínico, y se debe confirmar mediante la realización de un examen micológico directo de la lesión, con hidróxido de potasio (KOH) al 20% y cultivo en medio de agar dextrosa Sabouraud, a temperatura ambiente.^{6,7} En el primero se observan hifas dematiáceas, septadas irregulares, mientras que

* Jefe del Servicio de Micología.

[‡] Dermatólogo.

[§] Residente del 3º año de Dermatología.





Figura 1: Afección palmar, se observa placa marrón con escama en su superficie.

en el segundo se aprecian colonias negras húmedas y brillantes de crecimiento lento.⁸ El color marrón de los hongos dematiáceos se debe a la presencia de melanina en la pared celular.⁹

Una de las herramientas que se puede emplear como auxiliar en el diagnóstico es el dermatoscopio. Éste muestra estructuras marrones de aspecto granular, superpuestas a una mancha amorfa de color marrón claro. Estas hebras o espículas corresponden a las hifas pigmentadas en el estrato córneo.¹⁰ El modelo reticular de tiña negra no sigue el trayecto de los dermatoglifos, a diferencia de las lesiones melanocíticas habituales, en las que se observan crestas y surcos paralelos con pigmentación de los mismos.¹¹ Un estudio realizado en Australia evaluó el uso de dermatoscopia como método diagnóstico. Siete de 13 casos mostraron datos compatibles con tiña negra (53.8%) en comparación con sólo uno (2.7%) de 37, en los cuales no se utilizó este método auxiliar ($p = 0.001$).¹² Los autores concluyen que la dermatoscopia es útil para plantearse diagnósticos diferenciales, lo cual incluye: nevos de unión, pigmentación por metales, manchas por tintes, eritema pigmentado fijo, dermatosis neglecta y melanoma maligno.¹³

El tratamiento de esta micosis se realiza con la aplicación de antifúngicos tópicos (terbinafina, butenafina)^{14,15} y agentes queratolíticos, con resolución completa en dos a cuatro semanas. En la literatura también existen publicaciones de casos con curación espontánea.^{2,16}

CASO CLÍNICO

Mujer de 18 años de edad, residente de la Ciudad de México, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, quien acudió al Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» por presentar una «mancha en palma de mano izquierda» de un año de evolución, la cual se manifestó dos semanas después de realizar un viaje a las costas de Veracruz, México.

A la exploración física se observó una dermatosis localizada a la extremidad superior izquierda, de la que

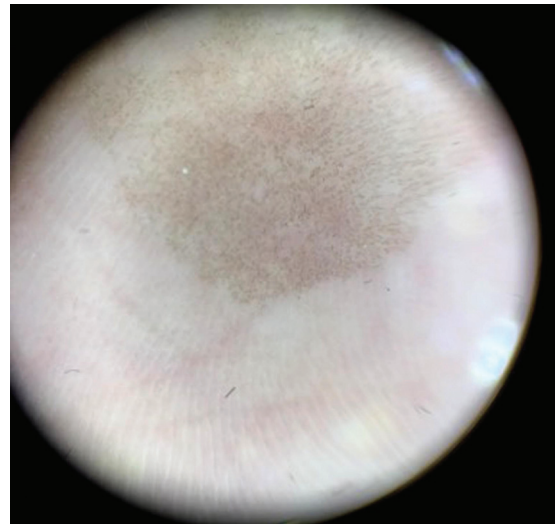


Figura 2: Exploración dermatoscópica: pigmento no melanocítico dispuesto en malla con espículas en la periferia.



Figura 3: Examen micológico directo KOH 20%, se observan filamentos color verde olivo septados.



Figura 4:

Cultivo micológico en medio Sabouraud: colonias negras de aspecto cremoso.

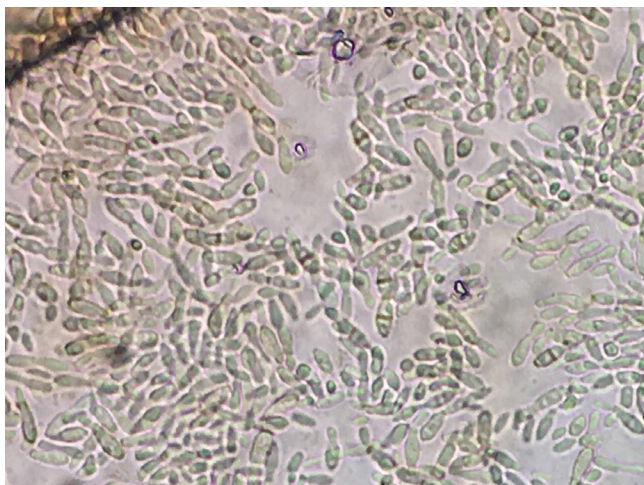


Figura 5: Examen microscópico del cultivo: microconidios septados color verde olivo.

afectaba la mano, y de ésta la palma, a nivel de los huesos metacarpianos cerca de las falanges proximales de los dedos anular y medio. Unilateral, constituida por una mancha apenas perceptible, circular, de color café claro, de 1.5 cm de diámetro en su eje mayor, de bordes bien delimitados, con leve escama fina en su superficie, de evolución crónica y asintomática (**Figura 1**). A la dermatoscopia con luz polarizada se observó una lesión circular con pigmento no melanocítico, formando una

malla regular, y espículas, principalmente en la periferia, sin patrón de surcos y crestas (**Figura 2**).

Con el diagnóstico clínico probable de tiña negra se realiza examen directo con KOH al 20%, el cual revela abundantes filamentos tortuosos, pigmentados (color verde olivo), septados, ramificados y birrefringentes (**Figura 3**), confirmando el diagnóstico antes descrito. Se realizó cultivo en medio de Sabouraud, incubado a temperatura ambiente durante tres semanas, donde se desarrolló crecimiento de colonias negras de aspecto cremoso. Al examen microscópico del cultivo se observaron conidios con un septo central característico, y extremos formando una punta (**Figuras 4 y 5**).

El tratamiento prescrito consistió en la aplicación de ungüento Whitfield durante tres semanas, con resolución completa del cuadro.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico correcto de tiña negra es importante, ya que a pesar de ser una entidad poco publicada, puede ser mal diagnosticada como melanoma o nevo melanocítico de unión, llevando a la realización de una conducta terapéutica inapropiada. La dermatoscopia se puede utilizar como una herramienta auxiliar diagnóstica para diferenciarla de otras lesiones melanocíticas. Este caso representa el número 39 en la literatura mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonifaz A. *Micología médica básica*. 4ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014. pp. 154-159.
2. Romero-Navarrete M, Castillo A, Sánchez AF, Arenas R. Tiña negra. Revisión de la literatura internacional y de casos publicados en México. *Dermatología CMQ*. 2012; 10: 205-211.
3. Bonifaz A, Badali H, de Hoog GS, Cruz M, Araiza J, Cruz MA et al. Tinea nigra by *Hortaea werneckii*, a report of 22 cases from Mexico. *Stud Mycol*. 2008; 61: 77-82.
4. Bonifaz A, Gómez-Daza F, Paredes V, Ponce RM. Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra. *Clin Dermatol*. 2010; 28: 140-145.
5. Padilla MC, Medina D, Eng A, Alonzo L. Tiña negra palmar. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2002; 11: 139-141.
6. Falcão EM, Trope BM, Martins NR, Barreiros Mda G, Ramos-E-Silva M. Bilateral tinea nigra plantaris with good response to isoconazole cream: a case report. *Case Rep Dermatol*. 2015; 7: 306-310.
7. Ramos GA, Venadero AF. Tiña negra palmar. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 1996; 5: 47-49.
8. Revankar SG. Dematiaceous fungi. *Mycoses*. 2007; 50: 91-101.
9. Maffei-Guarenti I, Larangeira de Almeida H, Hatzemberger-Leitão A, Moreira-Rocha N, Marques e Silva R. Scanning electron microscopy of tinea nigra. *An Bras Dermatol*. 2014; 89: 334-336.

10. Maia-Abinader MV, Carvalho-Maron SM, Araújo LO, Silva Ado A. Tinea nigra dermoscopy: A useful assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74: e121-e122.
11. Darrigade AS, Saint-Marie D, Dufour J, Edouard S, Graille J, Cheuret M et al. The value of dermoscopy in the diagnosis of tinea nigra. *Ann Dermatol Venereol*. 2014; 141: 167-169.
12. Piliouras P, Allison S, Rosendahl C, Buettner PG, Weedon D. Dermoscopy improves diagnosis of tinea nigra: a study of 50 cases. *Australas J Dermatol*. 2011; 52: 191-194.
13. Arenas R. *Micología Ilustrada. Micosis Superficiales*. 5ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2012. pp. 130-133.
14. Almeida HL Jr. Tratamento bem-sucedido de Tinea nigra palmaris com terbinafina tópica. *An Bras Dermatol*. 2000; 75: 639-640.
15. Rossetto AL, Cruz RC. Tinea nigra: successful treatment with topical butenafine. *An Bras Dermatol*. 2012; 87: 939-941.
16. Rossetto AL, Cruz RC. Spontaneous cure in a case of Tinea nigra. *An Bras Dermatol*. 2012; 87: 160-162.

Correspondencia:

Dra. María del Carmen Padilla Desgarenes
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.
Tel: 5519-6351
E-mail: mcpadillad@prodigy.net.mx

www.medigraphic.org.mx