

CASOS CLÍNICOS

Hallazgos dermatoscópicos de tiña nigra: Reporte de un caso

Jeanette Bernuy¹, Francisco Bravo²

RESUMEN

Tiña nigra es una micosis superficial cuya apariencia clínica es una lesión macular hiperpigmentada de localización frecuentemente plantar y/o palmar. Uno de los diagnósticos diferenciales está constituido por lesiones pigmentadas malignas, lo cual ocasiona preocupación en el paciente. Instrumentos de ayuda diagnóstica tan útiles como el dermatoscopio permiten diferenciar estas dos entidades de manera efectiva y rápida; de allí el interés de presentar este caso, en el que se detalla los principales hallazgos dermatoscópicos encontrados.

Palabras clave: Tiña nigra; *Phaeoannelomyces werneckii*; dermatoscopio.

SUMMARY

Tinea nigra is an uncommon cutaneous mycosis which main clinical feature is an hyperpigmented macule. Characteristically, the lesion is located on palms or soles. The most important differential diagnostics is a malignant melanocytic lesion. Auxiliary diagnostic methods, like dermatoscopy, allows physicians to differentiate both entities in an effective way. We present the case of a patient who developed a tinea nigra infection. We highlight the most relevant dermatoscopic findings.

Key word: Tinea nigra, *Phaeoannelomyces werneckii*, dermatoscopy.

INTRODUCCIÓN

Tiña nigra es una micosis superficial que se caracteriza por la presencia de máculas hiperpigmentadas de localización frecuentemente palmar o dorsal. Esta entidad puede confundirse con lesiones melanocíticas, principalmente melanoma, de ahí la importancia de saber distinguirla. El apoyo auxiliar del dermatoscopio se destaca en este caso, pues facilita el diagnóstico evitando procedimientos invasivos en el paciente.

A continuación se presenta el caso de una paciente con tiña nigra plantar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 7 años que acude a la consulta por presentar una lesión pigmentada en el pie derecho de tres semanas de evolución. La madre expresa preocupación por la posibilidad de que se trate de una lesión maligna.

Al examen se constata la presencia de una lesión pigmentada plana de bordes irregulares, color café claro en la cara interna del pie derecho.

(Fotografías 1 y 2).



Fotografía 1. Lesión pigmentada irregular en la cara interna del pie derecho.

1 Médico Serumista Estación Naval La Perla.

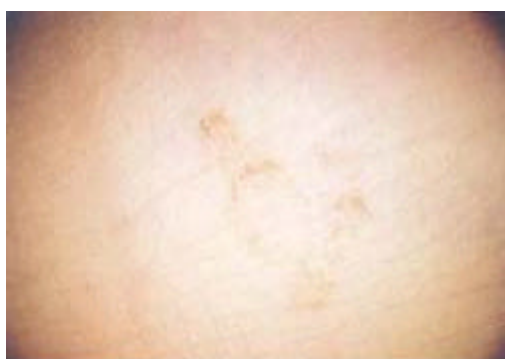
2 Médico Dermatólogo. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Instituto de Medicina Tropical A. Von Humboldt

Correo electrónico: jeanettebernuy2001@yahoo.com



Fotografía 2. A mayor aumento se observa el aspecto anular y fragmentado de la lesión.

Al examen dermatoscópico se observa una red pigmentaria entrecortada de color marrón claro, de patrón inusual para lesiones pigmentadas. La red es muy delgada, con la apariencia de un encaje hecho jirones, quedando sólo espículas de pigmento. (Fotografías 3 y 4).



Fotografía 3. imagen dermatoscópica sin contraste. Se evidencia ausencia de una red real.



Fotografía 4. La imagen dermatoscópica se contrasta usando el programa de imágenes Nikon Editor. Se hace patente una red pigmentaria anómala, incompleta con espículas.

Un raspado superficial para preparado de hidróxido de potasio basta para hacer desaparecer la lesión.

El examen microscópico muestra hifas tabicadas y ramificadas de color verde parduzco. Algunas de las hifas terminan gemando formas levaduriformes ovaladas. (Fotografía 5).



Fotografía 5. A mayor aumento se ven hifas gemando formas levaduriformes ovaladas

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Tiña negra es una micosis superficial causada por el hongo *Hortaea wemeckii*. La taxonomía de este organismo ha sido motivo de controversias. En 1921 Horta lo describió por primera vez, acuñándole el nombre de *Cladosporium wemeckii*. Luego de ello, se propusieron otros nombres. En 1970, Von Arx transfirió a *C. Wemeckii* al género *Exophiala* y lo denominó *Exophiala wemeckii*. En 1984 se propuso que *E. Wemeckii* fuera transferida al género *Hortaea* debido a ciertas características en la formación de conidios. Según Abliz esta clasificación es aceptada por muchos micólogos.⁽¹⁾ Sin embargo, en diversos reportes se menciona a *Phaeoannellomyces wemeckii* como el agente causal de la tiña negra.⁽²⁻⁵⁾ Sean dos especies del mismo género o el mismo agente con distinta denominación, lo cierto es que el cuadro clínico que producen es básicamente el mismo.^(1,2,3,6)

Esta micosis se reporta sobretodo en áreas con clima tropical como América Central, Sudamérica y África. Sin embargo, se han descrito casos en Estados Unidos, principalmente en Florida, Texas y Carolina del Norte⁽³⁾. En Inglaterra, se han reportado casos aislados en personas con antecedente de haber visitado algunas playas del Caribe⁽⁶⁾.

Se asume que esta micosis se adquiere del suelo. Se facilita la adhesión del organismo a la superficie cutánea gracias a la presencia de traumatismos y humedad. También se ha podido asilar este hongo en el polvo de casa, en el compost, en el pescado deshidratado, en el agua de mar, e incluso en piel con apariencia clínica normal. Este hongo no sólo se ha podido asilar en el ser humano, pues Shammin y col. identificaron a *H. wemeckii* como el agente causal de una infección micótica superficial en un coby en Japón⁽⁷⁾.

El tiempo de incubación puede variar ampliamente, de algunas semanas hasta 20 años según los reportes. Se hace referencia a que son los niños y adolescentes los más frecuentemente afectados, pero existen reportes de adultos que padecen de dicha afección^(2,3,6,8).

Las lesiones que caracterizan a esta patología fueron mencionadas por primera vez por Cerqueira en su tesis *Keratomyces nigricans palmare* en 1891, describiendo las lesiones como máculas abigarradas pardo negruzcas, que además presentaban una descamación muy fina y se localizaban principalmente en palmas y en algunos casos en plantas. Las lesiones eran asintomáticas y con el tiempo podían incrementar su tamaño y ser más oscuras en apariencia⁽⁸⁾.

Las lesiones de tiña negra son casi características y con ayuda del estudio con hidróxido de potasio del raspado de la lesión, el diagnóstico se puede confirmar. Se puede observar hifas pardo verdosas y levaduras en gemación. De manera característica las hifas presentan ramificaciones y divisiones, mientras que las levaduras son únicas o están dispuestas en pares y tienen forma oval o de huso^(2-4,6,8,9).

La importancia de esta micosis radica en que muchas veces esta entidad es confundida con lesiones melanocíticas como nevus de la unión y sobretodo de melanoma maligno.^(4,10) Algunos reportes describen a las lesiones como carentes de descamación que aumentan de tamaño con el tiempo, realizándose biopsias y excisiones quirúrgicas de manera innecesaria, ocasionando además angustia en el paciente^(2,6). La epiluminiscencia con el dermatoscopio es de utilidad para diferenciar tinea nigra de lesiones melanocíticas. En la primera entidad se observan espículas pigmentadas distribuidas de manera regular, no observándose redes de pigmento. Debido a la simpleza y rapidez del procedimiento, la dermatoscopia es una herramienta útil para diferenciar a estas dos entidades^(6,9). De manera adicional se pueden realizar cultivos micológicos: estas especies se caracterizan por asimilar lactosa, nitratos, nitritos, tienen poco o ningún crecimiento en presencia de L-lisina, creatina, creatinina y toleran medios de NaCl de 10%⁽¹¹⁾. Las colonias levaduriformes presentan una coloración pardo negruzca brillante. Conforme el cultivo envejece se desarrollan colonias filamentosas con micelios en la periferia, dándole una apariencia verde grisácea⁽⁸⁾.

La biopsia revela cambios consistentes con hiperqueratosis leve, con un escaso infiltrado linfocítico en la dermis. La presencia de exocitosis de neutrófilos, que es usual en la dermatofitosis, no es una característica resaltante en esta entidad. Las esporas e hifas pueden observarse en el estrato córneo de manera más detallada con las coloraciones de PAS y metenamina de plata de Gomori⁽⁸⁾.

Sin embargo, si se requiere hacer una diferenciación más precisa de este hongo, se ha reportado el uso de patrones de restricción mitocondrial de DNA y técnica de PCR para identificar a este organismo^(1,12).

El diagnóstico diferencial de tiña negra no sólo está conformado por lesiones melanocíticas como: nevus de la unión, lentigo o melanoma, sino también por hiperpigmentaciones ocasionadas por coloraciones químicas exógenas (tinta china, nitrato de plata). También se consideran enfermedades sistémicas como Addison, sífilis terciaria, pinta, pian, entre otros^(2,8).

El tratamiento tópico constituye el manejo primario de esta patología. Antifúngicos pertenecientes a la familia de los imidazólicos como ketoconazol, miconazol y clotrimazol han sido efectivos^(13,14). En general se recomienda que el tratamiento debe durar 2-3 semanas. No se han encontrado respuestas favorables con el uso de griseofulvina ni terbinafina oral, sin embargo, la terapia con terbinafina tópica ha dado buenos resultados en algunos reportes⁽¹⁵⁾.

También se han utilizado terapias alternativas que incluyen el afeitado de la epidermis superficial sola o combinada con queratolíticos tópicos⁽⁸⁾.

Es importante promover el uso del dermatoscopio sobre todo en este tipo de lesiones, donde el diagnóstico diferencial varía en trascendencia y pronóstico. Sin embargo, son pocos los reportes que describen los principales hallazgos dermatoscópicos en los casos descritos de tiña negra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABLIZ P, FUKUSHIMA K, TAZIKAWA K. Specific oligonucleotide primers for identification of *Hortaea wameckii*, a causative agent of tinea nigra. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* 2003; 46:89-93.
2. PEGAS J, CRIADO P, LUJENA S. Tinea Nigra: Report of Two Cases in Infants. *Pediatr Dermatol* 2003; 20:315-317.
3. MCKINLAY J, BARRET T, ROSS V. Picture of the Month. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153:305-306.
4. TSING S, WHITTIER S, MILLER S, ZALAR G. Bilateral tinea nigra plantaris and tinea nigra plantaris mimicking melanoma. *Cutis*. 1999; 64(4):265-8.
5. HUGHES J, MOORE M, PEMROKE A. Tinea nigra palmaris. 1993; 18(5):481-2.
6. GUPTA G, BURDEN A. *Br J Dermatol*. 1997; 137:483-4.
7. SHARMIN S, HARTANI K, TANAKA R, ABLIZ P. The first isolation of *Hortaea wameckii* from a household guinea pig. *Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi*. 2002; 43(3):175-80.
8. MUELLENHOFF M, CUKROWSKI T, MORGAN M, MILLER R. Enlarging pigmented patches on the hand. *Int J Dermatol*. 2003; 42:810-11.
9. SMITH S, BEALS S, ELSTON D. Dermoscopy in the diagnosis of tinea nigra plantaris. *Cutis*. 2001; 68(6):377-80.
10. HALL J, HERRY V. Tinea nigra palmaris: differentiation from malignant melanoma or junctional nevus. *Cutis*. 1998; 62(1):45-6.
11. DE HOOG G, GERRITS VAN DEN ENDE A. Nutritional pattern and ecophysiology of *Hortaea wameckii*, agent of human tinea nigra. *Antonie Van Leeuwenhoek*. 1992; 62(4):321-9.
12. DE COCK A. Population biology of *Hortaea wameckii* based on restriction patterns mitochondrial DNA. *Antonie Van Leeuwenhoek*. 1994; 65(1):21-8.
13. MARKS J, KING R, DAVIS B. Treatment of tinea nigra palmaris with miconazole. *Arch Dermatol*. 1980; 116(3):321-2.
14. BURKE W. Tinea nigra: treatment with ketoconazole. *Cutis*. 1993; 52(4):209-11.
15. SHANNON P, RAMOS-CARO F, COSGROVE B. Treatment of tinea nigra with terbinafine. *Cutis*. 1999; 64(3):199-201.