

Medicentro 2012;16(2)

POLICLÍNICO NORTE
PLACETAS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TIÑA NEGRA PALMAR. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

MSc. Dra. Laura Rosa Sánchez Macías¹, Dra. María de la Caridad Zacarías Chaljub² y Dr. Pedro Pablo García Retana³

1. Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Policlínico Norte. Placetas, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: dermo66@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Área Sur. Placetas, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: bibplasu@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Pediatría. Policlínico Norte. Placetas, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: bibplasu@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

TIÑA
DERMATOMICOSIS
ENFERMEDADES CUTÁNEAS
INFECCIOSAS/microbiología

Subject headings:

TINEA
DERMATOMYCOSES
SKIN DISEASES, INFECTIOUS/microbiology

La tiña negra es una dermatomicosis superficial, descrita en zonas tropicales y subtropicales, poco frecuente; la provoca el hongo dematiáceo polimórfico denominado *Hortae werneckii*, que se caracteriza por la presencia de máculas hiperpigmentadas, de localización frecuentemente palmar o dorsal¹. Horta lo describió en 1921 por primera vez, con el nombre de *Cladosporium werneckii*. Luego de ello, se propusieron otros nombres¹⁻³. En 1970, Von Arx transfirió la *C. werneckii* al género *Exophiala* y la denominó *Exophiala werneckii*¹⁻⁴. En 1984, se propuso que *E. Werneckii* fuera transferida al género *Hortaea*, debido a ciertas características en la formación de conidios. Sin embargo, en diversos informes se menciona la *Phaeoannelomyces werneckii* como el agente causal de la tiña negra. Sean dos especies del mismo género o el mismo agente con distinta denominación, lo cierto es que producen el mismo cuadro clínico¹⁻⁵.

La tiña negra es una de las micosis más superficiales, se mantiene estrictamente en la capa córnea y nunca se disemina ni profundiza^{3,4}.

Clínicamente se manifiesta como máculas negruzcas, hiperpigmentadas, circunscritas, de diferentes tonalidades que van del marrón al negro y sin signos inflamatorios²⁻⁵. Preferentemente afecta las palmas de las manos (*Tinea nigra palmaris*), y con una menor frecuencia, los pies (*Tinea nigra plantaris*), aunque se ha descrito raramente la afección en otras superficies, donde suele confundirse con nevus, léntigo o melanoma, como son los brazos, espacios interdigitales, piernas, tronco y cuello¹⁻⁶. Las lesiones son generalmente indoloras y no pruriginosas, puede haber descamación leve o ausente, y el aspecto estético es el motivo principal de la consulta²⁻⁷.

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 esta. Generalmente es unilateral⁵⁻⁸.

Esta enfermedad tiene muy buena reacción al tratamiento tópico, y los de elección son los queratolíticos e imidazoles¹⁻¹⁰. La mayor parte de los casos se resuelven rápido; el padecimiento en

sí tiene poca recurrencia, y en algunos enfermos puede haber remisión espontánea. Algunos autores consideran que controlar la hiperhidrosis es suficiente para lograr la remisión de la enfermedad²⁻⁶.

El diagnóstico se realiza de manera sencilla, mediante examen directo con hidróxido de potasio (KOH) al 10 % de un raspado de la lesión, y con posterioridad se efectúa el cultivo micológico^{6,9}.

Presentación del paciente

Paciente de 18 meses, sexo femenino, raza blanca, con antecedentes de manifestaciones catarrales frecuentes. Acudió a la consulta de dermatología por padecer una dermatosis en ambas manos que afectaba el centro de la palma.

Se observaron máculas de color café oscuro, de forma irregular, con límites bien definidos, pigmentadas en ambas palmas de las manos y en espacios interdigitales, las cuales aumentaron progresivamente de tamaño (Figs. 1-3).



Fig. 1 Máculas de color café oscuro.



Fig. 2 Máculas de forma irregular, con límites bien definidos.



Fig. 3 Máculas en la palma y en los espacios interdigitales.

Al realizar el interrogatorio, la mamá de la niña refirió manifestaciones que evidenciaban una hiperhidrosis; el resto de la piel y anexos no tenían alteraciones. Se indicó estudio micológico con cultivo. En el examen directo se observaron hifas gruesas oscuras y clamidosporas. Al realizar el cultivo micológico de las lesiones de las palmas, se aisló *E. werneckii*. Se indicó tratamiento con alcohol salicílico al 3 % y miconazol en crema por dos semanas, con resultados satisfactorios, y seguimiento evolutivo por un mes.

Comentario

La tiña negra es una micosis superficial que se caracteriza por la presencia de máculas hiperpigmentadas, de localización frecuentemente palmar¹⁻¹⁰.

En la literatura es posible encontrar esta afección con la siguiente sinonimias: *Tinea nigra*, feohifomicosis superficial, cladosporiosis epidérmica, queratomicosis negra palmar, *pityriasis nigra*, y microsporiosis negra²⁻⁶.

Dado que esta es una infección benigna, es importante poder establecer el diagnóstico diferencial con enfermedades malignas o con mayor morbilidad y de presentación similar, como melanomas malignos, nevus melanocítico, sífilis, pigmentación por enfermedad de Addison o eritemas de origen tóxico. De ahí la importancia de saber distinguirla¹⁻⁶.

En los pacientes afectados es importante indagar sobre el factor personal predisponente, como es la hiperhidrosis palmo-plantar⁴⁻⁶.

Por lo observado, coincidimos con lo referido por otros autores en que este cuadro es topográficamente más frecuente en la región palmar, así como en que el factor predisponente es la hiperhidrosis palmo plantar.

La aparición de la tiña negra no se debe a su excepcionalidad, sino a su inadecuado reconocimiento y a los escasos síntomas y signos de la enfermedad⁴⁻⁷.

No se conoce el período de incubación; la mayor parte de las publicaciones indican que este fluctúa entre 15 y 20 días^{1,3}, pero existen casos extremos que indican desde siete semanas hasta varios años^{6,8}.

El tratamiento es sencillo y sin recurrencias; los pacientes responden rápido a las medidas y medicamentos administrados.

Referencias bibliográficas

1. García de Acevedo B, Villa A, Hernández-Hernández F, López-Martínez R, Llorente L, Orozco-Topete R. Tiñas multifocales y localizadas en pacientes inmunosuprimidos. Rev Iberoam Micol [Internet]. 2008 jun. [citado 4 oct. 2007];25:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/2008-25/032036.pdf>
2. Uezato H, Gushi M, Hagiwara K, Kayo S, Hosokawa A, Nonaka S. A case of tinea nigra palmaris in Okinawa, Japan. J Dermatol. 2006;33:23-9. PubMed PMID: 16469080.
3. Perez C, Colela MT, Olaizola C, Carriles C, Magaldi S, Mata- Essayag S. Tinea nigra: Report of twelve cases in Venezuela. Mycopathología. 2005;160:235-8. PubMed PMID: 16205972.
4. Vacio C, Mena C, Valencia A, Pavón N, Sibaja N, Rodríguez S, *et al.* Tiña negra palmar. Dermatología Rev Mex [Internet]. 2006 sep.-oct. [citado 4 oct. 2006];25:[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.residentes.salud.gob.mx/descargas/pdf/hgm_06.pdf
5. Atehortúa Muñoz S, Hoyos Gaviria JG, Ceballos MT. Reporte de un caso de tina negra en Medellín. Rev Asoc Col Dermatol [Internet]. 2009 jun. [citado 14 abr. 2009];17(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:x7XLd1EDILQJ:www.revistasocolderma.com/numeros/junio09/pdfs/Reporte%2520de%2520caso%2520-%2520tina%2520nigra.pdf+Reporte+de+un+caso+de+tina+negra+en+Medell%C3%ADn.+Rev+Asoc+Col+Dermatol.&hl=es&gl=cu&pid=bl&srcid=ADGEEShHvZorNF_RNHM7EG_tuSRYoW_HBZ2_SVNrUmNiH2almPFSPy8sZt2aRkjOLSuSD3GNKVLqgAicTnSZzzrRSyLDwPs2Lgn-u9oVsW3qh86Ww0Bv4I94kPT-oRDDb_pWleun9TIL&sig=AHIEtbSS8gfm3l_aBq_ji8mvZzZ9OvMI_g
6. Maldonado I, Fernández Canigia L, Leitner R, Vitale RG. Tinea nigra palmaris: a clinical case in Argentina. Rev Argent Microbiol. 2007 Oct.-Dec.;39(4):218-20. PubMed PMID: 18390155.
7. Larangeira de Almeida HJr, Dallazem RN, Dossantos LS, Hallal SA. Bilateral tinea nigra in a temperate climate. Dermatol Online J. 2007 Jul. 13;13(3):25. PubMed PMID: 18328219.
8. Rosen T, Lingappan A. Rapid treatment of tinea nigra palmaris with ciclopirox olamine gel, 0.77%. Skinmed. 2006 Jul.-Aug.;5(4):201-3. PubMed PMID: 16855417.
9. de S B Xavier MH, Ribeiro LH, Duarte H, Saraça G, Souza AC. Dermatoscopy in the diagnosis of tinea nigra. Dermatol Online J [Internet]. 2008 Aug. [citado 4 ene. 2008];14(8):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://dermatology.cdlib.org/148/pearls/tinea_nigra/xavier.html
10. Lai-Cheong J, McGrath J. Tinea. N Engl J Med [Internet]. 2010 Dec. 23 [citado 14 sep. 2010];363(26):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1003685>

Recibido: 31 de marzo de 2011

Aprobado: 1 de junio de 2011