

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TIÑA NEGRA PALMAR. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

MSc. Dra. Maida López Pérez¹, MSc. Dra. Enma G. Truffin Truffin² y MSc. Dr. Robin Rodríguez Pérez³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Microbiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Microbiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Microbiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Descriptores DeCS:

TIÑA
MICOSIS

Subject headings:

TINEA
MYCOSES

La mayor prevalencia de la tiña negra se encuentra en América Central y del Sur, con mayor frecuencia en Brasil, primer lugar donde fue reconocida por Cerqueira en 1891, quien la denominó *Keratomycosis nigricans palmaris* y, posteriormente, en 1921, Horta aisló el agente causal y lo nombró *Cladosporium werneckii*¹⁻⁴.

El agente causal es el hongo negro *Phaeoannellomyces werneckii* (*P. werneckii*), designado así por Mc Ginnisen en 1985, altamente pleomórfico, no solo por su presentación parasitaria, sino también por su aspecto macro- y microscópico en su estado saprofito²⁻⁵.

Esta micosis se presenta más comúnmente en países de clima tropical y subtropical, sobre todo en el sexo femenino^{4,6}. Se trata de una micosis no descamativa, que se caracteriza por la presencia de manchas de color marrón oscuro que afectan preferentemente las palmas, aunque pueden observarse en otras localizaciones, como plantas, brazos, espacios interdigitales, piernas, tronco y cuello, sin existir signos de inflamación, debido a que el agente causal se ubica en la capa córnea, sin llegar a profundizar. Las lesiones son generalmente indoloras y asintomáticas^{2,4,6}.

El período de incubación de esta afección es de 10 a 20 días. La vía de entrada es la inoculación traumática, y se ha relacionado con el contacto de plantas, aunque no se ha logrado establecer su hábitat^{1-3,6}.

Presentación del paciente

Paciente del sexo femenino, de nueve años de edad, natural de Santa Clara, que asiste a consulta por presentar lesión de aspecto sucio, no pruriginosa, que no desaparece con la higiene, de curso progresivo y que se inició dos meses atrás. Al examen visual, se observa lesión hiperocrómica en la

región interdigital del tercer dedo de la mano derecha, levemente escamosa, la cual se inició como una mácula puntiforme que se acrecentó y adquirió el aspecto de mácula pardusca circinada, de aproximadamente 3 cm de diámetro (Fig.1). El examen microscópico directo se realizó de forma rápida, y se obtuvo de escamas de piel tratadas con KOH al 10 %; este mostró filamentos cortos ramificados de color verde oliva y abundantes esporas. La confirmación se hizo mediante el aislamiento del agente causal en cultivo micológico realizado en medio Sabouraud glucosado con cloranfenicol 0,5 % y con cicloheximide en un período de una a tres semanas, donde se desarrollaron colonias que inicialmente fueron levaduriformes de color negro, y luego se tornaron verdosas con micelio aéreo^{3,7}. En el frotis del cultivo se observaron hifas septadas oscuras ramificadas, con conidias bicelulares, que tienen un extremo redondeado y el otro ahusado; se confirmó como positivo a *Phaeoannellomyces werneckii*. (Figs. 2, 3). El tratamiento aplicado fue miconazol en crema al 2 %, y se observó resolución de la lesión a las dos semanas del control (Fig. 4).



Fig. 1 Aspecto clínico de la lesión.



Fig. 2 Cultivo en agar dextrosa Sabouraud con cloranfenicol, donde se observan colonias negras de aspecto céreo.

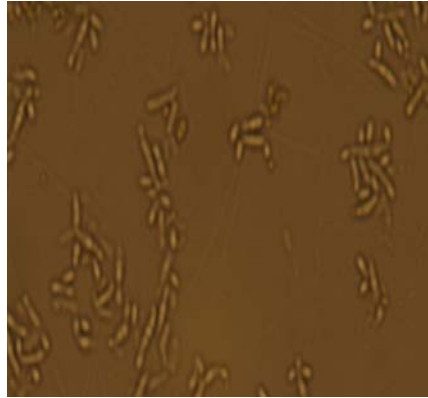


Fig. 3 Examen directo del cultivo.

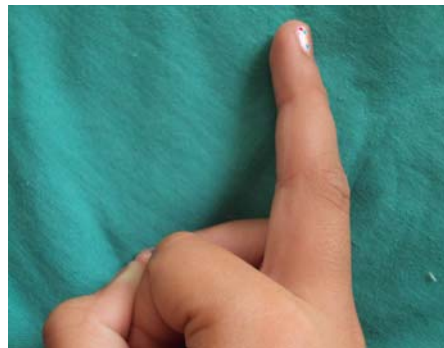


Fig. 4 Aspecto del dedo donde se encontraba la lesión, con posterioridad a las dos semanas del tratamiento.

El tratamiento con antifúngicos locales permite una curación completa de la enfermedad, la que no suele mostrar recurrencia, excepto si se produce una nueva exposición^{2,6}.

Comentario

Si bien el hallazgo de *Phaeoannellomyces werneckii* como causa de tiña negra en niños es común en otros países, como Colombia, Brasil, México y Venezuela, resulta extremadamente infrecuente en el nuestro o está subdiagnosticado. Se han descrito casos autóctonos en el sudeste de Asia, en África y en las zonas tropicales y subtropicales de América. Asimismo, se han informado casos en el Reino Unido, España y Francia, los que se encontraban relacionados con viajes recientes a zonas endémicas por los pacientes afectados^{2,4}.

La localización habitual es en las superficies palmares o plantares, con más frecuencia en la eminencia tenar y en la concavidad de la mano, aunque a veces puede afectar las caras laterales de esta. Las lesiones presentan tamaño variable, desde pocos milímetros a centímetros, con bordes definidos, y son más oscuras en la periferia; en varios casos se interpreta como manchas de suciedad; generalmente es unilateral y asintomática, lo que ocurrió en la paciente que presentamos.

La evolución crónica se relaciona con el hecho de que no se produce prurito ni malestar, por lo que, en general, la consulta se realiza después de una evolución prolongada. Esta circunstancia fue una de las razones por la que no se conoció a tiempo la incidencia de la enfermedad. Las personas de piel blanca son más frecuentemente afectadas, pero en Venezuela se han documentado casos en personas morenas^{1,3,7,8}.

Afecta a todos los grupos sociales, sobre todo en el sexo femenino, con mayor incidencia en niños y jóvenes menores de 20 años. Se ha señalado que en los niños la afección se presenta

principalmente en la mano derecha, debido, tal vez, a que es la más usada para aprehender y sostener restos vegetales^{3,4,7,9}.

El agente causal, *P. werneckii*, es un hongo pleomórfico, que en su inicio es una levadura y se transforma luego en mohó. El hongo es saprofita del suelo, vegetales en descomposición y maderas húmedas^{1,3,4,6-8,10}.

Las características de la paciente objeto de estudio coinciden con lo publicado en la literatura internacional en cuanto a la edad, sexo y topografía de la lesión^{3,7,8}.

La presentación de esta paciente alerta sobre la existencia de esta micosis en nuestro medio.

Referencias bibliográficas

1. Padilla MC, Medina D, Eng A, Alonso L. Tiña negra palmar. Rev Cent Dermatol Pascua. 2002;11(3):146-51.
2. Bautista S, Castillo W, Tellz ML. Tiña negra palmar, reporte de dos casos. Dermatol Perú. 2002;12(3):227-30.
3. Arenas GR. Tiña negra. En: Micología Médica Ilustrada. 3ra ed. México: Mc Graw Hill; 2008. p. 113-7.
4. Murray P, Rosentel K, Pfauer M. Diagnóstico de laboratorio de las micosis. En: Microbiología Médica. 4ta ed. Madrid: Mosby; 2007. p. 747-50.
5. Pérez C, Colella MT, Olaizola C, Hartung de Capriles C, Magaldi S, Mata-Essayag S. Tinea nigra: report of twelve cases in Venezuela. Mycopathologia. 2005;160:235-8.
6. Jawetz E, Melnick JL, Adelberg EA. Micología médica. En: Microbiología Médica. 15 ed. México: El Manual Moderno; 2006. p. 333-58.
7. Maldonado Fernández L, Latner R, Vitale RG. Tinea negra palmaris: presentación de un caso en la República de Argentina. Rev Argent Microbiol. 2007;39(4).
8. Bonifaz A, Badalis H, Hugo GS, Cruz M, Araiza J, Fierro L, *et al.* Tinea nigra by *Hortaea werneckii*, a report of 22 cases from México. Study Mycol. 2008;61:77-82.
9. Prats G. Micología: En: Microbiología Clínica. Buenos Aires: Médica Panamericana SA; 2005. p. 86.
10. Mensa J, Gatell JM, Aranza JR, Domínguez-Gil A, García JE, Jiménez de Anta MT, *et al.* Guía terapéutica antimicrobiana. 16ta ed Barcelona: Masson; 2006. p. 229.

Recibido: 4 de marzo de 2011

Aprobado: 6 de julio de 2011