

REPORTE DE CASO

Tiña Negra. Reporte del primer caso en Paraguay

Tinea Negra. Report of the first case in Paraguay

Aldama Caballero A¹, Martínez Rodríguez L¹, Insaurralde Molas S²

¹ Servicio de Dermatología . ² Servicio de Micología, Laboratorio.
Hospital Nacional. Itagua. Paraguay

RESUMEN

La tiña negra es una micosis superficial causada por la *Hortaea werneckii* que afecta la capa córnea de palma de manos, rara vez de planta de pies y otros sitios. La distribución es universal, pero es rara; y en el Paraguay no existen comunicaciones previas. En este trabajo se presenta el caso de un varón de 16 años con mácula pigmentada en palma de mano derecha cuyo estudio micológico confirmó el diagnóstico clínico.

Palabras clave: Tiña negra, palma de mano, tiña negra en el Paraguay.

ABSTRACT

Tinea nigra is a superficial mycosis caused by *Hortaea werneckii*; affecting the stratum corneum of the palms, rarely soles of feet and elsewhere. Its distribution is universal, but is rare, and in Paraguay there are no previous communications. The case of a male patient, aged 16, with a pigmented macula on the palm of the right hand whose diagnosis was confirmed mycologically is presented.

Key words: Tinea nigra, palm of hand, black ringworm in Paraguay.

Autor correspondiente: Prof. Dr. Arnaldo Aldama Caballero, Mayor Fleitas 447 (Asunción). Tel.: 225-770.
Correo electrónico: arnaldo_aldama@hotmail.com

Fecha de recepción el 09 de diciembre del 2013; aceptado el 18 de mayo del 2014

INTRODUCCION

La tiña negra es una micosis superficial causada por *Hortaea werneckii*, caracterizada por máculas hiperpigmentadas de color marrón oscuro o negro, a veces cubierta por escasas escamas muy finas, bien delimitadas, no inflamatorias y asintomáticas. Se localiza en la capa córnea de palma de manos, rara vez de planta de pies u otros sitios (1).

Aunque rara, es de distribución universal (1) Inicialmente descrita en el Brasil por Alexandre Cerqueira en 1891 con el nombre de “queratomicosis nigricans palmaris”, mismo ahí no existen más de 39 casos publicados hasta el año 1996 (2). Se informaron de casos esporádicos en otros países de Latinoamérica como Argentina (3), Uruguay (4), también en Asia, África, e incluso en Estados Unidos y Europa (1). En el Paraguay no existen publicaciones de esta patología, aunque por su carácter de país tropical y subtropical, cabría de esperar observarla (5).

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 16 años, estudiante, procedente de Ypacaraí, Paraguay, que consulta por lesión en palma de mano derecha, de tres meses de evolución. La lesión era asintomática y niega haber realizado viajes fuera del país.

Al examen físico se observa mácula pigmentada de 1,2 x1 cm de bordes irregulares, límites netos, de superficie finamente escamosa. La hiperpigmentación no es homogénea y predomina en los bordes (**Figura 1 y 2**).



Fig1. Mácula pigmentada de bordes irregulares, límites netos, de superficie finamente descamativa en palma de mano.



Fig 2. Aproximación. La pigmentación no es homogénea.

Se realiza examen micológico directo observándose hifas pardas ramificadas y septadas. Al cultivo en agar glucosado de Sabouraud inicialmente presenta crecimiento de colonias verde aceituna y luego negruzcas, plegadas (**Figura 3**). Al examen microscópico presenta hifas oscuras, ramificadas y septadas que dan origen a conidios uni o bi celulares (**Figura 4**), con lo que se concluye tratarse de *Hortaea werneckii*.



Fig 3. Cultivo en agar glucosado de Sabouraud. Colonias negruzcas y plegadas, verde aceituna inicialmente.



Fig. 4. Examen microscópico: hifas oscuras, ramificadas y septadas que dan origen a conidios uni o bi celulares de *Hortaea werneckii*.

El paciente es tratado con miconazol tóxico con lo que desaparece la lesión a las dos semanas.

DISCUSION

La tiña negra también llamada pitiriasis negra, feohifomicosis superficial, queratomicosis negra palmar, cladosporiosis epidérmica (1), está causada por un hongo negro, pleomórfico, inicialmente levadura luego se transforma en moho, por lo que sufrió diversas modificaciones en su localización taxonómica, pasando de *Cladosporium*, *Exophiala*, *Hortaea Phaeoanellomyces* a nuevamente *Hortaea* (1,6). Otro agente excepcionalmente referido como causante es la *Stenella araguata*, descripta inicialmente con el nombre de *Cladosporium castellanii* (7).

El hongo fue aislado de plantas, suelo, arena de playa y del aire, e infectaría al hombre al penetrar por soluciones de continuidad (8). No parece haber transmisión interhumana, la recurrencia se debe a la re-exposición (1). Su periodo de incubación es de 10 o 15 días a varias semanas (1,8,9).

Se han comunicado más casos en el sexo femenino y en menores de 20 años (1). La lesión es generalmente única, se extiende en forma centrífuga, predominando la hiperpigmentación en la periferia. El compromiso bilateral es excepcional (6,10).

Su diagnóstico se confirma con el estudio micológico, donde al examen directo con cinta adhesiva transparente o raspado, clarificado con el hidróxido de potasio se observa hifas de color café a verde oscuro, ramificadas, septadas, con extremos delgados, miden de 1,5 a 3 micras de diámetro y producen blastomyces con septos o sin ellas (1). En el cultivo realizado en agar glucosado de Sabouraud preferentemente a temperatura ambiente, en una a tres semanas crecen colonias levaduriformes negras y brillantes, que después se tornan verdes o grises y aparecen hifas aéreas. En el examen microscópico muestra hifas, células levaduriformes ovales o conidios, parcialmente hialinas de 3 a 10micras con un solo septo (1,8).

La tiña negra es una afección benigna cuyo principal interés es el diagnóstico diferencial con lesiones melanocíticas como nevus, lentigos e incluso melanoma maligno. La dermatoscopia es una herramienta útil para ayudar en esta situación presentando en el caso de la tiña negra aspecto de lesión pigmentaria no melanocítica, de patrón homogéneo, sin presentar red pigmentaria (1,6,11,12). Otros diagnósticos diferenciales son enfermedad de Addison, dermatitis de contacto, eritema pigmentado fijo, pigmentación por nitrato de plata u otros agentes externos, tiña dermatofítica de la mano (1,6).

En cuanto a tratamiento generalmente es suficiente el uso tóxico de miconazol, aplicado uno a dos veces por día hasta que desaparezcan las lesiones.

La utilización de ácido salicílico, disulfuro de selenio, azufre, yodo, ácido retinoico, ciclopiroxalamina e incluso el simple raspado con piedra pomes son otras alternativas terapéuticas. Ocasionalmente ketoconazol, itraconazol e incluso terbinafina vía oral (1,6,9).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*. 2a Ed. México: Mc Graw Hill; 2003.
2. Alencar Marqués S, Pirex de Camargo R. Tinea nigra: Relato de caso e revisão da literatura brasileira. *An Bras Dermatol* 1996; 71 (5): 431-435.
3. Maldonado I, Fernández L, Leitner R, Vitale R. Tinea palmaris: presentación de un caso clínico en la República Argentina. *Rev Argent Microbiol* 2007; 39:218-220
4. Conti-Díaz I A, Burgoa F, Civila E, Bonasse J, Miller A. Tinea nigra. First clinical case in Uruguay. *Mycopathologia* 1984; 87: 81-3.
5. Canese A, Ortiz Da Silva D. Micosis en el Paraguay. *Rev Parag de Microb* 1969; 4 (1): 5-21.
6. Cabrera L, Sabatini N, Urrutia M, Spúlveda R. Tiña negra (tinea nigra). Comunicación de un caso alóctono en Chile. *Rev Chilena Infectol* 2013;30(1):90-93
7. Borrelli D, Marcano C. *Cladosporium castellanii* nova species agente de tinea nigra. *Castellania* 1973; 1: 151-154
8. Lacaz C, Porto E, Costa Martins. *Micología Médica*. Sao Paulo: Sarvier; 1984.
9. Sovera J, Elewski B. Infecciones por hongos. En: Bolognia J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatología*. Elsevier : Madrid; 2004 p. 1171-1198.
10. Gondim-Gonçalves H, Porto Mapurunga A, de Lorenzi F, Melo Monteiro C. Tinha negra palmar bilateral. *Med Cut Ila* 1993. 21 (3): 93-96.
11. Zanini M. Avaliação Dermoscópica na Tinha Negra. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007; 36 (6): 320-322.
12. Smith SB, Beals SL, Elston DM, Meffert JJ. Dermoscopy in the diagnosis of tinea nigra plantaris. *Cutis* 2001; 68: 377-380.