

Reporte de un caso de tiña negra en Medellín

Report a case of tinea nigra in Medellín

Santiago Atehortúa Muñoz,¹ Juan Guillermo Hoyos Gaviria,² María Teresa Ceballos.³

1. Médico, estudiante de maestría de Microbiología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
2. Médico dermatólogo, Congregación Mariana, Grupo de Investigaciones Dermatológicas, GRID; profesor de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Bacterióloga, Sección de Micología, Laboratorio de la Congregación Mariana, Medellín, Colombia

Resumen

Presentamos el caso de un paciente que consultó por una “mancha oscura” en la palma derecha. El examen microbiológico determinó que la infección había sido producida por el hongo pigmentado, *Hortaea werneckii*, agente etiológico de la tiña negra.

Esta es una infección benigna que tiene tratamiento eficaz cuando se hace el diagnóstico adecuado. Mediante una técnica no invasiva es posible establecer un diagnóstico etiológico y descartar otras enfermedades más graves que se pueden confundir en el examen clínico.

PALABRAS CLAVE: Tiña negra palmar, *tinea nigra*, *Hortaea werneckii*.

Summary

We review a case of a patient who presented with a dark stain on the right palm. The microbiological examination found that the infection was caused by a pigmented fungus, *Hortaea werneckii*, etiological agent of tinea nigra.

This is a benign infection with an effective treatment when appropriate diagnosis is made. Through a non-invasive technique it is possible to establish its diagnosis and to rule out easily other more severe diseases in the clinical examination.

KEY WORDS: Tinea nigra, *Hortaea werneckii*.

Introducción

La tiña negra (*tinea nigra*) es una dermatomycosis que usualmente afecta el estrato córneo palmar y es causada por *Hortaea werneckii* (anteriormente llamada *Phaeoanellomyces werneckii* y *Exophiala werneckii*).¹

Es una micosis poco frecuente que afecta preferentemente las palmas, aunque pueden verse otras localizaciones, como plantas (donde se llega a confundir con nevus, lentigo o melanoma),⁴⁻⁶ brazos, espacios interdigitales, piernas, tronco y cuello.

Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino de 20 años

de edad, residente en el área urbana de Medellín, estudiante, quien consultó por una mancha en la palma derecha, asintomática, de dos meses de evolución, sin tratamiento previo.

En el examen físico se observó una mácula hiperpigmentada, gris oscura, sin descamación, de 2 cm x 1 cm, única. A la dermatoscopia, no había red de pigmento (FIGURA 1).

Con la sospecha clínica de tiña negra palmar, se envió al Servicio de Microbiología del Laboratorio Clínico de la Congregación Mariana, donde se realizó raspado de las escamas para examen directo con hidróxido de potasio (KOH) al 10%, el cual mostró hifas gruesas, tabicadas, ramificadas, oliváceas, algunas con terminaciones hialinas, indicativas de hongos dematiáceos.

Correspondencia:

Santiago Atehortúa Muñoz

Email: satehortuamd@hotmail.com

Recibido: Febrero 6 de 2009.

Aceptado: Abril 2 de 2009.

No se reportan conflictos de intereses.



FIGURA 1. Mácula hiperpigmentada en la palma.



FIGURA 2. Cultivo inicial, se observan colonias negras de aspecto céreo.

Los cultivos se realizaron en agar Sabouraud con glucosa y cloranfenicol y agar selectivo para el desarrollo de dermatofitos, agar Mycosel, con suplemento de rojo de fenol en solución al 5%. Los cultivos se incubaron a 28°C durante 30 días. En la segunda semana, el cultivo en agar Sabouraud mostró crecimiento de colonias negras de aspecto céreo sin micelio aéreo, mientras que en el agar Mycosel, no se obtuvo crecimiento (FIGURA 2). Se hizo un nuevo cultivo para aislar mejor las colonias, por contaminación con moho en la parte inferior del cultivo inicial (FIGURA 3). Del cultivo inicial se realizó un examen directo con azul de lactofenol en el cual se observaron las hifas antes descritas (FIGURA 4).

Discusión

En el caso que se describe, el paciente acudió a la consulta especializada por presentar una mancha oscura en la palma derecha, sin mostrar ningún otro síntoma, como tampoco factores de aparente predisposición. En el estudio micológico se identificó *H. werneckii* como agente causal de la infección.

H. werneckii es un hongo dematiáceo con gran pleomorfismo, tanto en su presentación parasitaria como en los aspectos macroscópico y microscópico de las colonias, razón por la cual se ha ubicado en diferentes géneros. En un principio fue denominado, por Werneck Parreiras



FIGURA 3. Nuevo cultivo a partir del cultivo inicial, se observan colonias negras.

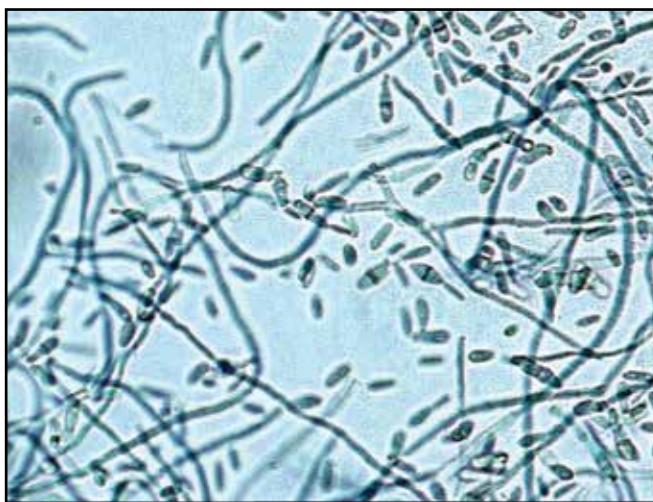


FIGURA 4. Examen directo del cultivo; se observan hifas gruesas, tabicadas, ramificadas y oliváceas, 40X.

Horta, como *Cladosporium werneckii* (1921); en 1970, von Arx, basado en el hecho de que presenta aneloconidias, lo transfirió al género *Exophiala*, como *Exophiala werneckii*. Posteriormente, en 1984 Nishimura y Miyaji propusieron un nuevo género, *Hortaea*, y en 1985, McGinnis *et al.* propusieron el género *Phaeoannellomyces*. Actualmente, los estudios taxonómicos, morfológicos y de secuenciación molecular realizados por De Hoog *et al.*, definen al género y especie como *Hortaea werneckii*.⁷

El diagnóstico se realiza de manera sencilla, mediante examen directo de un raspado de la lesión, con KOH al 10%. En el examen microscópico, se observan hifas de color pardo a oliváceo. Las hifas están tabicadas, tienen ramificaciones libres y alcanzan de 1,5 a 5 µm de diámetro; también se pueden observar clamidoconidios, células hinchadas, células levaduriformes e hifas fragmentadas. El cultivo puede hacerse en medio simple de Sabouraud con glucosa, o adicionado con un antibiótico (cloranfenicol), en el cual el crecimiento es como el de una levadura y de color pardo o negro brillante.⁸

Responden fácilmente al tratamiento con aplicación tópica de queratolíticos (loción de Whithfield, ácido salicílico al 2%), tintura de yodo o antimicóticos azólicos. El más usado es el ketoconazol en crema, por 2 a 4 semanas.¹ También responden a la simple remoción por medio de cinta adhesiva transparente aplicada en múltiples ocasiones, técnica que se utilizó con éxito en nuestro paciente.

Esta micosis se presenta más comúnmente en países de clima tropical y subtropical, y es una entidad poco frecuente. En 1966, H. Gómez *et al.* describieron el primer caso en Colombia.²

Dado que ésta es una infección benigna, es importante poder establecer el diagnóstico diferencial con enfermedades malignas o con mayor morbilidad y de presentación similar, como melanoma maligno, nevus melanocítico, sífilis, pigmentación por enfermedad de Addison o eritema de origen tóxico.³

Agradecimientos

A Santiago Estrada, jefe del Laboratorio Clínico de la Congregación Mariana de Medellín.

Referencias

1. Vernna S, Hefferman M. Superficial Fungal Infection En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K *et al* (eds) Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine 7 ed. Mc Graw Hill 2008. p. 1807-21.
2. Gómez H, Cárdenas V, Rendón I. Tinea nigra. Micopatología. 1968;34:11-6.
3. Bernuy J, Bravo F. Hallazgos dermatoscópicos de tiña nigra: reporte de un caso. Folia Dermatol. 2004;15:23-5.
4. Durán C, Carbajosa J. Tiña negra plantar. Estudio de tres casos en México. Dermatología Rev Mex. 1992;36:170-1.
5. Van VH, Singletery H. Tinea nigra palmaris. Arch Dermatol. 1964;90:59-61.
6. Tilles CJ. Tinea nigra palmaris. J Am Med Assoc. 1962;182:1038-40.
7. Maldonado I, Fernández L, Leitner R, Vitale R. Tinea nigra palmaris: presentación de un caso en la República Argentina. Revista Argentina de Microbiología. 2007;39:218-20.
8. Padilla M, Medina D, Argelia E, Alonzo L. Tiña negra palmar: presentación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua. 2002;11:139-41.