

Tiña negra palmar. Visión dermatoscópica

Uraga E* , Briones MC ** , Parra H *** , Morán A.***

*Uraga E. Director del Departamento de Dermatología, Hospital Luis Vernaza.

**Briones MC. Médico del Departamento de Dermatología, Hospital Luis Vernaza.

***Moran A. Médico residente 2 posgrado de Dermatología UCSG.

**** Parra H. Laboratorio de Diagnóstico, Hospital Luis Vernaza.

Resumen

Se presentan las características dermatoscópicas de la tiña negra palmar, cuadro de infrecuente observación y que en ocasiones ha dado origen a confusiones diagnósticas. Se propone que esta técnica podría convertirse en un sencillo sistema que simplifique esas dudas diagnósticas.

Palabras clave: Tiña negra palmar. Dermatoscopia

Summary

In this edition we describe the dermatoscopic features of tinea nigra palmaris, a dermatologic condition of infrequent presentation that can lead sometimes to a confusing diagnosis. We suggest the use dermatoscopy, a simple aid, whenever a diagnostic doubt exists.

Key words: Tinea nigra palmaris. Dermatoscopy.

Introducción

Esta micosis superficial descrita por Horta en 1921, se la conoce con diferentes nombres; tinea nigra palmaris, cladosporion epidérmica, queratomicosis negra palmar, pityriasis nigra, exofialosis epidérmica, microsporiosis negra. Sin embargo, hay quienes no aceptan el término de tiña negra y optan por el de feohifomicosis superficial (1), que es el término usado para designar enfermedades cutáneas y sistémicas causadas por hongos dermatiáceos, los cuales están presentes en tejidos en forma de levaduras , pseudohifas o hifas (2)

Muchos autores consideran que las formas clínicas de las feohifomicosis son dos: la subcutánea con su presentación nodular y la sistémica (2-3), sin nombrar la forma superficial que nos atañe.

En general el término tiña negra es mal usado porque no es provocada por un dermatofito sin embargo su uso a lo largo del tiempo lo ha convertido en equivalente a esta micosis superficial que siendo de distribución universal es infrecuente. Ha sido reportada en Asia, Africa, Centro y Sud América y el Caribe, es decir en regiones tropicales y subtropicales. Sin embargo esta afección superficial es causada por un hongo perteneciente a los Deuteromicota de la familia Dermatiaceae, *Phaeoannellomyces werneckii* (*Hortea werneckii* o *Exophiala werneckii*). Este hongo productor de pigmento pseudomelánico, ha sido aislado de plantas y vegetales en descomposición, agua, moluscos de mar, tierras y alimentos con alto contenido en sal (4).

Se puede presentar desde la niñez hasta la senectud. Tiene gran predilección por el sexo femenino.

El período de incubación no es claro , se lo ubica entre 15 y 20 días con extremos que van de 7 semanas a varios años(5).

Cuadro clínico

Como su nombre lo indica se presenta con mayor incidencia en las palmas (Foto 1), casi siempre la izquierda, sin embargo , se puede ubicar en plantas. Puede ser múltiple (Foto 2) o bilateral.

Es una de las micosis más superficiales, manteniéndose siempre en la capa córnea (*keratomycosis nigricans*), sin diseminarse ni profundizar nunca, siendo muy raros los casos en que se encuentra en la dermis con un ligero infiltrado perivascular (5)



Foto 1. Lesión pigmentada única palmar. De bordes regulares.



Foto 2.- Lesiones pigmentadas multiples.

Se presenta clínicamente como máculas pigmentadas café o negruzcas, asintomáticas, de límites bien definidos y más pigmentados y contornos policíclicos, ubicadas en las palmas y/o en las plantas. Asienta con frecuencia en las prominencias tenares sin acompañarse de signos inflamatorios y cuando existe descamación, es fina y poco notoria. Raramente prurito leve. A veces se observa desaparición espontánea de la lesión.

Diagnóstico diferencial

En muchas ocasiones este cuadro es confundido con nevos pigmentados, melanoma, lentigo maligno, eritema pigmentado fijo en su fase final, pigmentación por nitrato de plata etc. Habiéndose llegado en ocasiones a extirpaciones quirúrgicas, al confundirlas con lesiones melánicas sospechosas (6)

Diagnóstico

- Examen directo, observándose las hifas de trayectos tortuosos en el KOH (Foto 3)
- Cultivo, siendo un hongo de crecimiento lento (15 a 21 días)
- Pruebas bioquímicas mediante hidrólisis de la caseína que permite diferenciarlo de otros hongos muy parecidos (7)
- Mediante técnica de PCR (8)
- La biopsia permite demostrar la presencia de hifas de color café en la parte superior de la capa córnea (foto 4). Puede observarse hiperqueratosis pero sin inflamación.

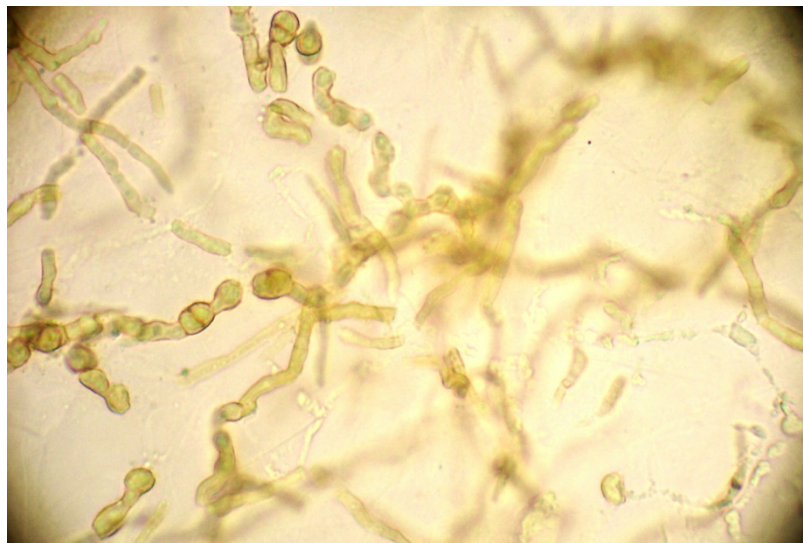


Foto 3.- Presencia de hifas septadas en el examen directo.

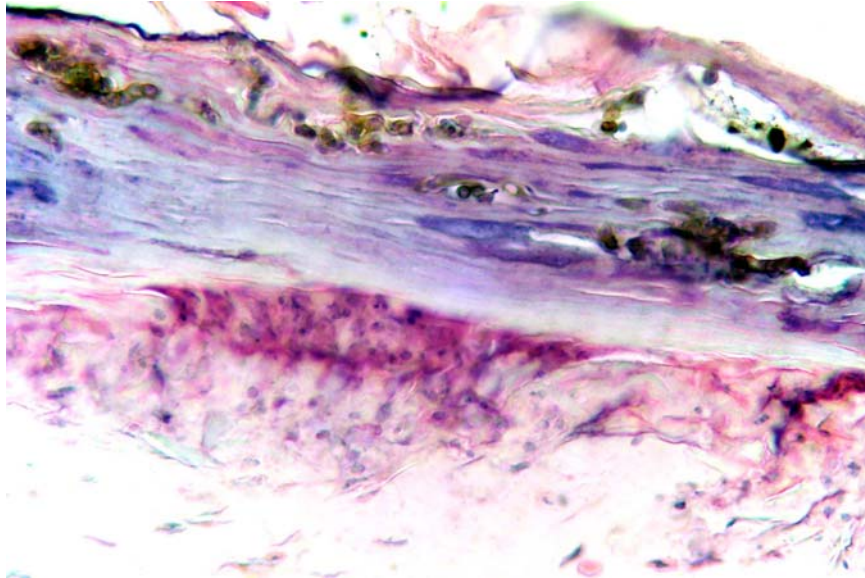


Foto 4. Presencia de hifas de color café en la zona superior de la capa cornea.

Dermatoscopia

La primera descripción dermatoscópica de esta entidad corresponde a Jeannette Bernuy y Francisco Bravo (9), quienes la realizan en una paciente de 7 años de edad con lesión pigmentada en pie derecho y en la que mediante esta técnica observan espículas pigmentadas de distribución regular.

Nosotros observamos dos patrones dermatoscópicos en las lesiones: el primero, se correlaciona con una forma clínica más compacta y regular, de pigmentación más homogénea (Foto 5). La dermatoscopia permite visualizar una lesión redondeada, semejando un tapete o encaje pigmentado conformando una malla fina y regular, y donde se pueden observar sobre todo en la periferia las espículas citadas por Bernuy y Bravo (Foto 6), pero que no corresponden al patrón pigmentado tan característico de los nevos melanocíticos, y con ausencia de otras manifestaciones dermatoscópicas propias de los mismos, como son presencia de globulos, estrias, pigmentación azulada etc.



Foto 5 Lesión pigmentada plantar de pigmentación homogénea y bordes regulares

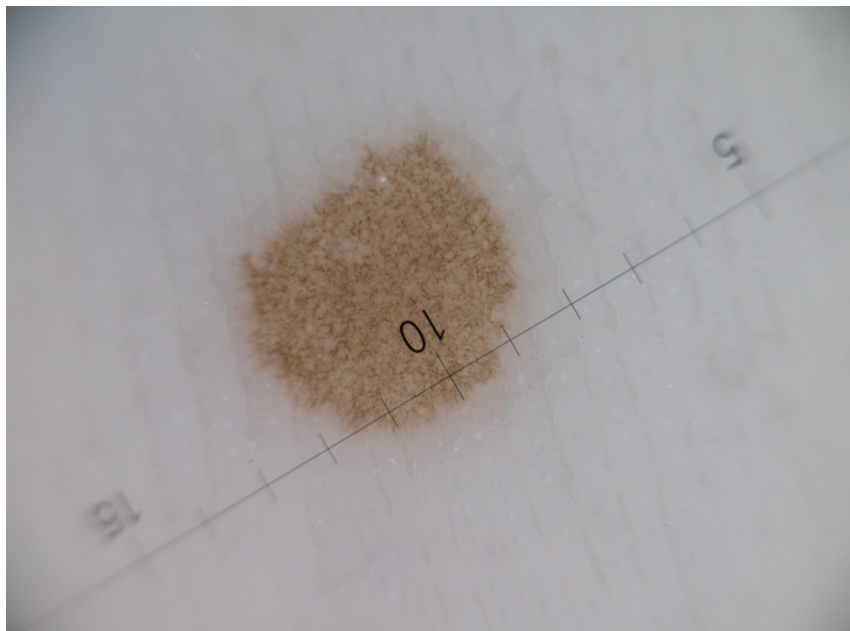


Foto 6 .- Patrón dermatoscópico semejando encaje de pigmentación más homogénea.

El segundo patrón difiere tanto clínica como dermatoscópicamente del anterior. La lesión se observa irregular, tanto en sus bordes como en su conformación total. La misma irregularidad hace que la pigmentación sea menos compacta y pronunciada. (foto 7)

La imagen dermatoscópica refleja la lesión fragmentada , con islotes de pigmento que se muestra bien en forma individual o bien confluyente, pero siempre dejando espacios claros muy marcados. La imagen de encaje se pierde y se observa mas una pigmentación en archipiélago (Foto 8)



Foto 7 .- Imagen pigmentada no homogénea de conformación irregular .

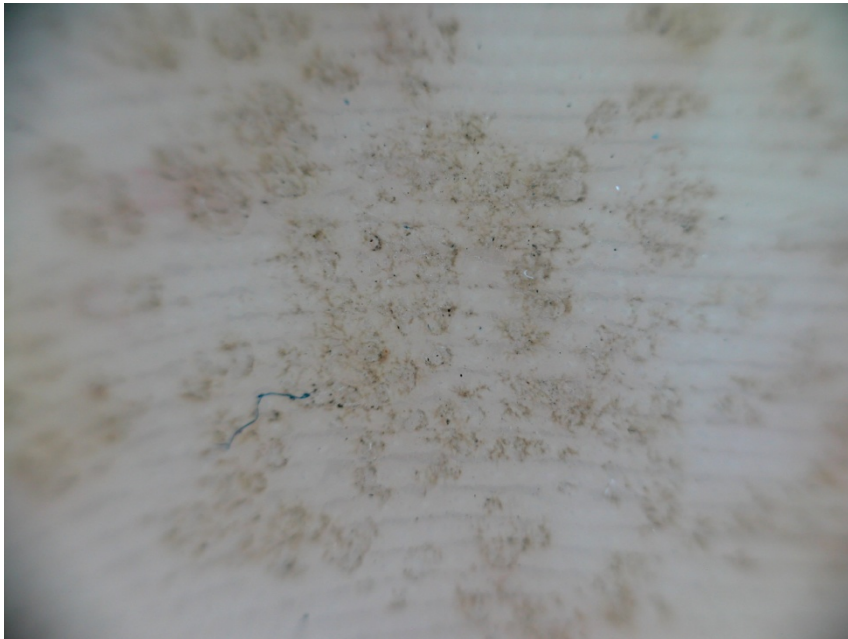


Foto 8.- La dermatoscopia refleja la observación clínica con una imagen en archipiélago.

Tratamiento

Por vía tópica con bastante seguridad mediante la asociación de un queratolítico como la pomada de Whitfield a un antifúngico. Se ha demostrado la eficacia de la terbinafina, ketoconazol, sertaconazol entre otros,

asociados con ácido salicílico al 3-5 % , urea al 30 % o ácido retinoico. El tratamiento por vía oral casi siempre es innecesario pero se puede realizar con derivados azólicos (10).

Conclusiones

Es tradicional encontrar en textos y reportes bibliográficos el hecho de que esta enfermedad se puede confundir fácilmente con nevos pigmentados o con lesiones malignas como el melanoma o el lentigo maligno. Esta confusión ha llevado incluso como hemos citado, a extirpaciones quirúrgicas impropiedades. Pensamos sin embargo que tanto las características clínicas de las lesiones como la ubicación tan específica de las mismas, hace difícil esta confusión. Futuras observaciones deben corroborar la existencia de los dos patrones dermatoscópicos mencionados. Sin embargo y en cualquier caso, la dermatoscopia permite identificar claramente estas imágenes como tiña negra, evitando estas dudas diagnósticas, siempre y cuando se conozcan los patrones melanocíticos usuales.

Bibliografía

1. Arenas R..Piedras. en Micología médica ilustrada. Segunda edición. México: Mc Graw Hill.2003 Capítulo 9: 97-99.
2. Mello L., Martins L., Negri R., de Souza J. Caso para diagnóstico. An Bras Dermatol . 2006;81(3):291-3
3. Richardson M, Warnock DW. Piedra. en Fungal Infection. Third Edition. Blackwell Publishing 2003; Chapter 26: 356-345.
4. Arango M, Castañeda E. Micosis humanas Procedimientos diagnósticos. Segunda edición. Colombia. 2003; 20-28.
5. Vacio C, Mena C, Valencia A, Pavón N, Sibaja N, Rodríguez S, Hernández M, Bonifaz A. Tiña negra palmar. Dermatología Rev Mex 2006; 50:189-91.
6. Babel D, Pelachyk J, Hurley J. Tinea nigra masquerading as acral lentiginoses melanoma. J Dermatol Surg Oncol. 1986;11: 502-4
7. López R, Méndez L.J, Hernández F, Castañón R. Tiña negra. en: Micología Médica. México: Trillas; 1995. Capítulo 3: 48-49.
8. Uezato H, GushiM, Hagiwara K, Kayo S, Hosokawa A, Nonaka S. A case of tinea nigra palmaris in Okinawa, Japan. Journal of Dermatology 2006;1:23-29.
9. Bernuy J, Bravo F. Casos clínicos. Hallazgos dermatoscópicos de tiña nigra: reporte de un caso. Folia Dermatol. 2004;15(1):23-25
10. Vilata J. Micosis cutáneas. Editorial Médica Panamericana. 2006; 46-47