

ENFOQUE DERMATOSCOPICO DE LA TIÑA NEGRA PALMAR

MSc. Dr. Carlos Alberto Blanco Córdova. Especialista de I grado en Dermatología. Profesor Asistente. PPU "26 de julio", Playa, La Habana. Email: carlosal@infomed.sld.cu

Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón"
Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón".

RESUMEN

Introducción: La tiña negra es una dermatomycosis superficial, de zonas tropicales y subtropicales, poco frecuente, producida por el hongo *Hortaea werneckii*. Se caracteriza por la presencia de máculas hiperpigmentadas, frecuentemente palmar o dorsal. Se utiliza el dermatoscopio, como instrumento de ayuda diagnóstica, para presentar las características de esta enfermedad, que dado su infrecuente observación, en muchas ocasiones da origen a confusiones diagnósticas, principalmente con lesiones pigmentadas malignas.

Desarrollo: Se observa en nuestra práctica diaria, dos patrones dermatoscópicos presentes en la tiña negra palmar que difieren clínica y dermatoscópicamente: el primero, con una forma clínica más compacta y regular, de pigmentación más homogénea, la dermatoscopia permite visualizar una lesión redondeada, semejando encaje pigmentado, conformando una malla fina y regular, con espículas. El segundo patrón: se observa irregular, con pigmentación menos compacta. La imagen dermatoscópica es fragmentada, una red pigmentaria entrecortada de color marrón claro, con islotes de pigmento, y espacios claros. La imagen de encaje se pierde.

Conclusiones: La aplicación de la dermatoscopia, podría convertirse en una herramienta útil, que simplifique dudas diagnósticas, detallando y mostrando los resultados encontrados en nuestra experiencia médica, y así evitamos realizar extirpaciones quirúrgicas impropiedades.

Palabras clave: Tiña negra palmar; Dermatoscopia

INTRODUCCIÓN:

Esta micosis superficial descrita por Horta en 1921¹, 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, 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, sin nombrar la forma superficial que nos atañe. ²

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*)¹. Este hongo productor de pigmento pseudomelánico, ha sido aislado en plantas y vegetales en descomposición, agua, moluscos de mar, tierras y alimentos con alto contenido en sal. ²

Se puede presentar desde la niñez hasta la senectud. Tiene gran predilección por el sexo femenino^{1, 3}. 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. ²

Apuntes sobre la dermatoscopia:

La Dermatoscopia es un proceder diagnóstico por imágenes in vivo, no invasivo con utilidad para la toma de decisión acerca de la necesidad de un estudio histopatológico en una lesión pigmentada, la realización de una biopsia o exéresis completa de la misma, y si es biopsia, el sitio más apropiado para la realización de la misma. Constituye una eficaz y práctica herramienta para el seguimiento clínico de las lesiones pigmentadas sin criterio quirúrgico, y eleva la sensibilidad diagnóstica en las mismas en comparación con el criterio clínico aislado.⁴

A través de esta técnica se hacen visibles estructuras epidérmicas, de la unión dermoepidérmicas, y de la dermis papilar, que no lo son por la exploración visual ni con lupas. Además aumenta la sensibilidad diagnóstica de lesiones pigmentadas melanocíticas y no melanocíticas del 10 al 27%, en comparación con los resultados obtenidos solo con la exploración clínica. ⁴

La dermatoscopía permite la observación de una serie de estructuras en cada lesión y traduce un parámetro histopatológico, formando así un enlace entre la dermatología clínica macroscópica y la dermatopatología microscópica. Con esto se previene la exéresis de lesiones benignas que clínicamente puedan parecer malignas y mejora la precisión diagnóstica de las neoplasias melanocíticas.⁴

Es importante promover su uso, sobre todo en este tipo de lesiones, donde el diagnóstico diferencial varía en trascendencia y pronóstico. Sin embargo, son pocos los reportes que describen los principales hallazgos dermatoscópicos en los casos descritos de Tiña negra.

DESARROLLO:

Aspectos generales de la Tiña negra palmar.

Como su nombre lo indica, la Tiña negra se presenta con mayor incidencia en las palmas (**Figura 1**), casi siempre la izquierda, sin embargo, se puede ubicar en plantas. Puede ser múltiple (**Fig.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.²

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.¹ A veces se observa desaparición espontánea de la lesión.²

En cuanto al diagnóstico, consideramos que siempre debe ser basado en la clínica en primer lugar, con la observación correspondiente, y otros exámenes, como:

- Examen directo, observándose las hifas de trayectos tortuosos en el KOH.
- 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.
- Mediante técnica de PCR.
- La biopsia permite demostrar con hematoxilina y eosina, la presencia de hifas de color café en la parte superior de la capa córnea.² Puede observarse

hiperqueratosis pero sin inflamación. Pero en esta enfermedad, no se requiere biopsia.

Su diagnóstico diferencial reviste una importancia especial. En muchas ocasiones este cuadro es confundido con nevos pigmentados, melanoma, lentigo maligno, eritema pigmentado fijo en su fase final, sífilis secundaria, pigmentación por nitrato de plata etc. De hecho se ha llegado en ocasiones a extirpaciones quirúrgicas, al confundirlas con lesiones melánicas sospechosas.² Es por ello que se debe utilizar la dermatoscopia, como técnica fácil, muy útil para diferenciarla de otras entidades pigmentadas malignas.⁴ La observación al examen micológico directo y el cultivo característico confirmaran el diagnóstico definitivo.

Hallazgos Dermatoscópicos.

La primera descripción dermatoscópica de esta entidad corresponde a Jeannette Bernuy y Francisco Bravo⁵, 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.²

El desarrollo de la dermatoscopia, como técnica sencilla y no invasiva, permite hacer la diferenciación entre diferentes patologías. El patrón dermatoscópico general descrito en la literatura sobre la Tiña negra, refiere presencia de pigmento no melanocítico, que es parte del crecimiento del hongo negro, con zonas irregulares y espículas que siguen los surcos de la piel ⁶, o sea, se diferencia de las verdaderas lesiones melanocíticas en que no posee una red pigmentada dermatoscópica.^{7, 8}

Nosotros encontramos en nuestra práctica diaria, dos patrones dermatoscópicos en las lesiones: el primero, se correlaciona con una forma clínica más compacta y regular, de pigmentación más homogénea, aunque se describen que pueden ser con lesión pigmentada única (**Figura 1**), o múltiples (**fig.2**). 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 (**Fig. 3**), 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 glóbulos, estrías, pigmentación azulada etc.

El segundo patrón difiere clínica y 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. **(fig. 4)**

La imagen dermatoscópica refleja la lesión fragmentada, una red pigmentaria entrecortada de color marrón claro, de patrón inusual para lesiones pigmentadas, 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 más una pigmentación en archipiélago, quedando sólo espículas de pigmento **(Fig. 5)**

Comentario

La mayor importancia clínica de la tiña negra radica en que puede confundirse con diferentes tipos de nevos; incluso se ha reportado como melanoma.^{2, 4, 5}

Es importante promover el uso del dermatoscopio sobre todo en este tipo de lesiones, donde el diagnóstico diferencial varía grandemente en trascendencia y pronóstico. Sin embargo, son pocos los reportes en la literatura revisada que describen los principales hallazgos dermatoscópicos, en los casos descritos de tiña negra.

Los patrones dermatoscópicos encontrados en nuestro trabajo, coinciden con lo encontrados por Uraga y cols.², y dejan el camino abierto para futuras investigaciones sobre el tema.

Algunos autores postulan que un buen examen clínico complementado con un procedimiento no invasor como la dermatoscopia, es más costo-efectivo y puede entregar un diagnóstico tan preciso como el de un procedimiento invasor, para permitir así un tratamiento adecuado⁹, con los cuales coincidimos plenamente.

Consideramos que el diagnóstico de la tiña negra debe seguir siendo clínico, y junto a la dermatoscopia, es posible hacer una revisión rutinaria en todos los pacientes que tengan lesiones pigmentadas, especialmente en las palmas y las plantas, y buscar intencionadamente esta entidad. Este comportamiento, sin duda, incrementará el número de diagnósticos.

El tratamiento por vía tópica es de mucha efectividad. Se recomiendan dos a cuatro semanas de tratamiento tópico para obtener una remisión completa. Hemos tenido buenos resultados mediante la asociación pomadas o pinceladas queratolíticas, y un antifúngico^{6, 10, 12, 14, 15}, lo que coincide con lo planteado por otros autores.

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. Algunos han confirmado curación al suprimir la sudoración palmar con cimetidina.¹ El tratamiento por vía oral casi siempre es innecesario pero se puede realizar con derivados azólicos.² En nuestros casos no ha sido necesario el uso de la vía oral.

CONCLUSIONES:

- Se reportan con frecuencias, confusiones diagnósticas con la Tiña negra, sobre todo con otras lesiones pigmentadas malignas, como el melanoma o el lentigo maligno.
- Pensamos, sin embargo, que tanto las características clínicas de las lesiones como la ubicación tan específica de las mismas, hace difícil esta confusión.
- La dermatoscopia permite identificar claramente estas imágenes como tiña negra, evitando dudas diagnósticas, siempre y cuando se conozcan los patrones melanocíticos usuales.
- Con ello se evitaría realizar extirpaciones quirúrgicas improcedentes
- Se pretende incentivar futuras observaciones, para corroborar la existencia de estos dos patrones dermatoscópicos mencionados, u algún otro no descrito hasta hoy.

BIBLIOGRAFÍA:

1. López Pérez M, Truffín Truffín EG, Rodríguez Pérez R. Tiña negra palmar. Presentación de un paciente. *Medicentro* [Internet]. 2011 [citado 12 May 2015]; 15(4). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/372>
2. Uraga E, Briones MC, Parra H, Morán A., Tiña negra palmar. Visión dermatoscópica, 2008. Citado 10 sep. 2016. Disponible en: <http://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2008/06/202/tina-negra-palmar.pdf>
3. Caballero A., Martínez Rodríguez L., Insaurralde Molas S., Reporte de caso. Tiña Negra. Reporte del primer caso en Paraguay, Asunción, Paraguay, 2013,

citado 10 sep. 2016, disponible en:
<http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/414/332>

4. Blanco Córdova, CA., 2do. Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas. Morfo virtual 2014. La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón": Técnica dermatoscópica en la atención primaria para la detección del cáncer cutáneo, 2014, Citado 9 sep. 2016, disponible en:
<http://www.morfovirtual2014.sld.cu/index.php/Morfovvirtual/2014/paper/viewFile/250/167>

5. Bernuy J, Bravo F. Casos clínicos. Hallazgos dermatoscópicos de tiña nigra: reporte de un caso. Folia Dermatol. 2004; 15(1):23-25

6. Chávez-López MG, Estrada Chávez G, Estrada R, Bonifaz A. Tiña negra. Comunicación de cinco casos en Acapulco. Dermatol Rev Mex 2013; 57:473-478. Citado 8 sep. 2016. Disponible en:
<https://www.google.com/search?q=Tinea+nigra%3A+Relato+de+2+casos+com+dermatoscop%C3%ADa&ie=utf-8&oe=utf-8#q=Ti%C3%B1a+negra.+Comunicaci%C3%B3n+de+cinco+casos+en+Acapulco>.

7. Cabrera R, Sabatini N, Urrutia M, Sepúlveda R. Tiña negra (tinea nigra): comunicación de un caso alóctono en Chile. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2013 [citado 12 May 2015]; 30(1):90-3. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000100016&script=sci_arttext

8. González Lorenzo Ariadna Margarita, Carballido Lias Caridad, Bello Camaraza Olga Lidia. Tiña negra: un reporte en Matanzas. Cuba. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Abr [citado 2016 Sep. 11] ; 38(2): 286-292. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200017&lng=es.

9. Noguchi H, Hiruma M, Inoue Y, Miyata K, Tanaka M, Ihn H. Tinea nigra showing a parallel ridge pattern on dermoscopy.J Dermatol. 2015 May; 42(5):518-20

10. Arenas Guzmán R. Arenas Guzmán R Arenas Guzmán, Roberto. (2015).
Tiña negra. In Arenas Guzmán R. Arenas Guzmán R Ed. Roberto Arenas
Guzmán. (Eds), Micología médica ilustrada, 5e. Retrieved agosto 31, 2016
from
[http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1448&Sectionid=
96274165](http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1448&Sectionid=96274165).

11. Castañón Olivares, LR., TIÑA NEGRA, Unidad de Micología Médica, Depto. de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM. 2015. Citado 11 sep. 2016. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/index.html>
12. Manzur Julián, Díaz Almeida José, Cortés Marta. Dermatología, La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002, 310 p. il, citado 11 sep. 2016. Obtenido de «http://www.ecured.cu/index.php?title=Tiña_negra&oldid=1459051»
13. Rossetto AL, Cruz RC. Tinea nigra: successful treatment with topical butenafine. An Bras Dermatol 2012; 87:939-941. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962012000600025&script=sci_arttext
14. Capelli L, Vigovich F, G. Casas J, Allevato MA, Mácula hiperpigmentada en segundo dedo de pie derecho, Dermatol Argent. 2014; 20 (3): 215-218). Citado 9 sep. 2016. Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1266/736>
- 15-Santos LG, Ishida C, Akiti T, Seabra G, Dantas SG Serviço de Dermatologia, Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio de Janeiro Tinea nigra: Relato de 2 casos com dermatoscopia, 2015, citado 11 sep. 2016. Disponible en: <http://dermato.med.br/ufrj2015/Tinea-nigra.pdf>

ANEXOS



Fig.1 Lesión pigmentada única palmar. De bordes regulares y pigmentación homogénea.



Fig.2 Lesiones pigmentadas múltiples.



Fig.3 Patrón dermatoscópico forma de encaje. Pigmentación más homogénea.



Fig.4 Imagen pigmentada no homogénea de conformación irregular.



Fig.5 La dermatoscopia refleja una imagen en archipiélago, con espículas de pigmento.