

Resolución del caso presentado en el número anterior

Tiña negra

Tinea nigra

Dra. Paola C. Stefano^a, Dra. Patricia Santos^b y Dra. Andrea B. Cervini^a

Resumen del caso clínico

Una niña de 13 años y 6 meses de edad, oriunda del conurbano de la provincia de Buenos Aires, sin antecedentes personales ni familiares para destacar, consultó por máculas hiperpigmentadas en las palmas de ambas manos de alrededor de un mes de evolución. Las máculas eran de color marrón, con bordes bien delimitados, no confluentes, que afectaban solo las palmas y las caras laterales de los dedos (Figura 1). La madre refirió que habían aparecido en reiteradas oportunidades y que habían desaparecido espontáneamente. No expresó antecedentes de traumatismos ni de uso de tinturas, contacto con plantas, ingesta de fármacos ni había realizado viajes fuera de su residencia. No presentaba otras lesiones en el resto del tegumento.

Se realizó un examen micológico directo en fresco y se observó la presencia de filamentos cortos y esporas aisladas, alargadas y bicelulares. Todas las estructuras se mostraron pigmentadas, de color marrón. El cultivo evidenció un crecimiento lento de colonias, inicialmente, pálidas, húmedas, brillantes y planas (levaduriformes) y que, con el correr del tiempo, se transformaron en colonias de tipo

aterciopelado, de color verde oliva a marrón oscuro por el anverso y de color negro en el reverso (Figura 2). Con el microscopio, se observaron hifas septadas, conidios bicelulares y clamidoconidios. Se llegó al diagnóstico de *Hortaea werneckii*. Al momento del informe, la paciente ya había resuelto las lesiones, por lo que solo se indicaron medidas higiénicas, sin reaparición de las lesiones luego de 3 meses de seguimiento.

Tiña negra

La tiña negra es una micosis superficial, infrecuente, causada por *Hortaea werneckii* (antes denominada *Exophiala* o *Phaeoannellomyces*), que afecta, principalmente, la capa córnea de las palmas. Es de distribución universal y se observa, con más frecuencia, en las regiones tropicales y subtropicales, sobre todo, en aquellas donde la temperatura media es de alrededor de 20 °C. Se reporta la mayor incidencia en Centroamérica y América del Sur, Asia, la Polinesia y las costas de África. Se han realizado aislamientos de *Hortaea werneckii* en regiones costeras, desalinizadoras, charcos en desecación, polvo de casas y, recientemente, en la madriguera de un cobayo, que presentó la enfermedad. Se considera un

- Servicio de Dermatología, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Servicio de Microbiología, Sección Micología, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia:

Dra. Paola C. Stefano: paoladermatologia@yahoo.com.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 19-2-2019

Aceptado: 18-6-2019

Cómo citar: Stefano PC, Santos P, Cervini AB. Tiña negra. Arch Argent Pediatr 2020;118(1):73-74.

FIGURA 1. En las regiones tenar e hipotenar, y en la cara lateral externa del dedo meñique, se observan máculas amarronadas, sin descamación ni signos de inflamación



microorganismo halófilico, es decir, del medio acuoso y que tolera altas concentraciones salinas. La vía de entrada es, quizá, a través del contacto con el hongo en el medio acuoso salino, o bien por pequeños traumatismos o mordeduras de animales.^{1,2} La hiperhidrosis sería un factor predisponente.

Se manifiesta a través de máculas hiperpigmentadas de color café (marrón) o negras, bien delimitadas, asintomáticas, cubiertas por escamas muy finas. En otros casos, se han descrito como máculas moteadas o de aspecto lentiginoso.³ Los cambios de coloración en la piel se deben a la acumulación de una sustancia similar a la melanina en el interior del hongo. La localización más frecuente es el palmo plantar, aunque también puede verse en otros lados. En este caso, la paciente presentó múltiples máculas en las palmas y los dedos, que eran recurrentes y terminaron resolviéndose de manera espontánea.

FIGURA 2. Desarrollo de colonias negras cremosas en el estudio micológico



Entre los diagnósticos diferenciales, se pueden mencionar los nevos pigmentarios y/o melanocíticos, melanoma, lentigo maligno, dermatitis por contacto, eritema fijo por drogas, pigmentación por agentes externos, dermatosis neglecta. La dermatoscopia resulta útil para diferenciar las lesiones melanocíticas de las no melanocíticas. En la tiña negra, es característica la presencia de múltiples líneas finas marrón claro que se entrecruzan formando una trama.⁴

El tratamiento incluye los queratolíticos tópicos, como el ungüento de Whitfield (ácido benzoico al 6 % y ácido salicílico al 3 %), ácido retinoico, soluciones con ácido salicílico al 2 % o fungistáticos o fungicidas, como la tintura de yodo al 1 % y al 2 %, crema o gel de ciclopiroxolamina al 1 %, disulfuro de selenio al 2 %, terbinafina o imidazoles tópicos al 1-2 %, una o dos veces al día, hasta que desaparezcan las lesiones. Se han reportado curaciones espontáneas de las lesiones.¹⁻³⁻⁵

CONCLUSIÓN

La tiña negra es una patología, muchas veces, subdiagnosticada y es por ello por lo que es importante que tanto los pediatras como los dermatólogos la tengan presente entre los diagnósticos diferenciales de máculas hiperpigmentadas en las manos. El diagnóstico se confirma con un estudio micológico directo y el cultivo de las lesiones. Se debe tener presente que las lesiones pueden autoinvolucionar. ■

REFERENCIAS

1. Romero Navarrete M, Castillo A, Sánchez A, Arena R. Tiña negra. Revisión de la literatura internacional y énfasis de casos publicados en México. *Dermat Cosmet Med Quir.* 2012; 10(3):205-11.
2. Veasey JV, Avila RB, Miguel BAF, Muramatu LH. White piedra, black piedra, tinea versicolor, and tinea nigra: contribution to the diagnosis of superficial mycosis. *An Bras Dermatol.* 2017; 92(3):413-6.
3. Rosetto A, Cruz R, Haddad V. Tinea nigra presenting speckled or "salt and pepper" pattern. *Am J Trop Med Hyg.* 2014; 90(6): 981.
4. Julián-González R, Vargas de Julián V. Tinea nigra en localización anatómica no habitual. *An Pediatr (Barc).* 2013; 79(5):340-1.
5. Giordano MC, De la Fuente A, Lorca MB, Kramer D. Tiña negra: reporte de tres casos pediátricos. *Rev Chil Pediatr.* 2018; 89(4):506-10.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Datos de la historia clínica

Niño de 6 años, sin antecedentes de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por la detección de una masa escrotal derecha indolora de una hora de evolución. No presentaba traumatismo previo ni clínica infecciosa. En la exploración física, se palpó una masa escrotal de color violáceo, indolora, dura, con transluminación negativa (*Figura 1*). Se realizó una ecografía escrotal y se diagnosticó masa quística multiloculada de 36 x 10 x 14 mm. Se programó una cirugía para tumorectomía

mediante el abordaje inguinal con escisión completa del tumor, y se realizó el diagnóstico definitivo por anatomía patológica. En los controles posteriores, no se observaron recidivas.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Malformación linfática.
- Hidrocele tabicado.
- Teratoma testicular.
- Lipoma testicular.
- Mesotelioma testicular.
- Varicocele.

FIGURA 1. Masa escrotal derecha de leve color violáceo, indolora y dura



Para poder votar ingrese a: <http://www.sap.org.ar/archivos>