

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i1.10330>

Tiña negra palmar. Micosis superficial poco frecuente

Tinea nigra palmaris. Rare superficial mycosis.

María de los Ángeles Pérez Rodríguez,¹ Ángela Rodríguez Trujillo,³ Lizbeth Jacaranda González Ramírez²

ANTECEDENTES

La tiña negra es una de las micosis superficiales, causada por *Hortaea (Exophiala o Phaeoannellomyces) werneckii*. Afecta la capa córnea de las palmas y rara vez de las plantas, así como otros sitios. Se caracteriza por manchas hiperpigmentadas de color marrón oscuro o negras, bien delimitadas, no inflamatorias, cubiertas por escamas muy finas; la mayor parte de las veces es asintomática.^{1,2,3}

Afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes, con predilección por el sexo femenino en una relación de 3:1 respecto al masculino.⁴ Las zonas del cuerpo que contienen altas concentraciones de glándulas sudoríparas ecrinas son las más afectadas, por lo que se ha propuesto a la hiperhidrosis como factor de riesgo de su aparición y, por ello, afecta con más frecuencia las plantas y las palmas. Sin embargo, puede extenderse a los dedos, las uñas, el cuello, el tronco y los genitales.^{2,4,5} Al verse en otras localizaciones como las plantas, llega a confundirse con nevus, lentigo o melanoma.^{6,7}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 16 años, referida como “nevo melanocítico”, acudió con una dermatosis localizada a la extremidad superior derecha de la que afectaba la mano, en la cara palmar, unilateral, constituida

¹ Residente de cuarto año de Medicina Interna.

² Residente de tercer año de Pediatría. Hospital Regional Presidente Juárez, ISSSTE, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México.

³ Médico adscrito al Servicio de Dermatología, Hospital Regional Poza Rica de Hidalgo, SSA, Poza Rica, Veracruz, México.

Recibido: abril 2024

Aceptado: mayo 2024

Correspondencia

María de los Ángeles Pérez Rodríguez
aprdz10@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Pérez-Rodríguez MA, Rodríguez-Trujillo A, González-Ramírez LJ. Tiña negra palmar. Micosis superficial poco frecuente. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (1): 138-142.

por una mancha hiperocrómica, circular, color marrón, de 3.5 cm de diámetro en su eje mayor x 2.5 cm, bordes bien delimitados, de evolución crónica y asintomática. **Figura 1**

Estudios de laboratorio y gabinete

A la dermatoscopia se observó una mancha hiperocrómica con distribución regular de la pigmentación y espículas en la periferia. El examen directo con KOH 20% mostró filamentos tortuosos, pigmentados (color verde olivo), septados, ramificados. Sin embargo, el cultivo se reportó sin crecimiento, por lo que decidió tomarse



Figura 1. Dermatitis localizada a la extremidad superior derecha de la que afecta la mano, en la cara palmar, unilateral, constituida por una mancha hiperocrómica, circular, color marrón, de 3.5 cm de diámetro en su eje mayor x 2.5 cm, bordes bien delimitados, de evolución crónica y asintomática.

biopsia de piel, cuya descripción microscópica reportó en la capa córnea incontables filamentos, con tinción de PAS positiva. Se concluyó el diagnóstico de dermatomycosis de tipo tiña negra de la palma. **Figura 2**

La paciente recibió tratamiento con 100 mg de itraconazol al día, con lo que mostró evolución satisfactoria. **Figura 3**

DISCUSIÓN

Hortaea werneckii es reconocido por su propiedad halofílica y halotolerante; es decir, requiere

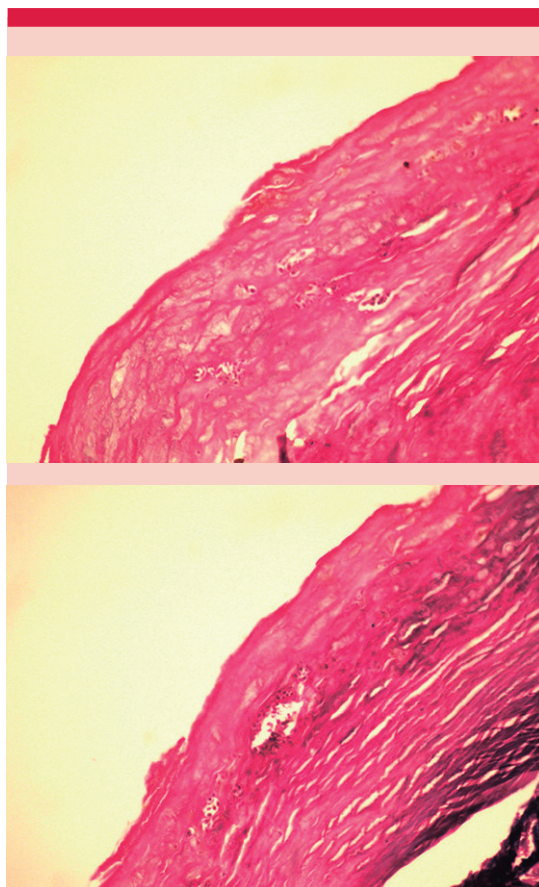


Figura 2. Biopsia de piel: capa córnea con incontables filamentos, con tinción PAS positiva.



Figura 3. Evolución de la dermatosis en tratamiento con itraconazol.

condiciones estrictas de alta salinidad, esto explica por qué la mayor parte de los reportes son precisamente en regiones cercanas al mar y la tolerancia en extremo en que puede subsistir.¹

Su distribución es mundial; sin embargo, no es muy frecuente y su aparición se limita a zonas con clima tropical y subtropical, con temperaturas promedio de 20 °C y mayor incidencia en Centro y Sudamérica (Venezuela, Colombia,

Costa Rica, Panamá, Brasil, Uruguay, Perú y Chile) y costas de África y Asia (India, Birmania, Ceilán y Japón).⁸ En México, se reporta principalmente en zonas costeras de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Baja California Sur; los casos reportados en la Ciudad de México tienen el antecedente de haber viajado a la playa.⁴ Por tanto, los individuos que habiten en lugares con estas características son más propensos a padecer la enfermedad, así como las personas con hiperhidrosis,⁹ situación que se veía favorece en la ciudad de origen de la paciente del caso comunicado.

La ciudad de Poza Rica se encuentra geográficamente en la región norte del estado de Veracruz. Es una zona urbana que tiene clima cálido subhúmedo con lluvias en verano, con temperatura promedio entre 22 y 24 °C, con tendencia al aumento, producto del calentamiento global; continúa creciendo sobre terrenos previamente ocupados por pastizal, agricultura y selva, con una hidrografía proveniente de las zonas costeras de Tuxpan y Nautla, principalmente.⁸

Romero Navarrete y colaboradores compilaron datos de 1983 a 2012 y obtuvieron un total de 115 casos de la bibliografía internacional, de los que 22 fueron mexicanos. El primer reporte fue de Chang y Arenas en la ciudad de Poza Rica² y 40 años después se está documentando el segundo caso en esta ciudad.

Aunque no está definido el periodo de incubación, se calcula que se desarrolla en 15 a 30 días. En términos clínicos se manifiesta en forma de máculas o manchas pigmentadas de color marrón oscuro, irregulares, de bordes bien definidos, cubiertas con una escama fina y asintomáticas; su principal topografía es en las palmas, la mayoría de los casos son unilaterales y excepcionalmente bilaterales.¹⁰

A la dermatoscopia se observan puntos marrones y espículas pigmentadas con disposición

filamentosa, sobre una pigmentación pardusca homogénea.^{5,10,11} La mayor importancia de esta herramienta es para descartar los diagnósticos diferenciales.

El diagnóstico se establece con el examen clínico y los hallazgos en los estudios micológicos; el examen directo y el cultivo permiten la identificación morfológica del agente causal. El examen directo se practica con cinta adhesiva transparente o hidróxido de potasio, en el que se observan hifas de color marrón o verde oscuro, ramificadas, tabicadas, con extremos delgados y hialinos; con medidas de 1.5 a 3 μm de diámetro, que producen blastosporas con tabiques o sin ellos.²

Los cultivos de *Hortaea werneckii* se desarrollan muy rápido en medios habituales, entre cinco y ocho días, con colonias negras, al inicio cremosas, que con el tiempo se tornan vellosas; las primeras formadas por blastoconidios pigmentados, con tabique central, y las segundas con filamentos gruesos, pigmentados y conidios esferoidales blásticos (como bolillos o baguetes).¹⁰

Respecto al tratamiento, la piedra angular es el control de la hiperhidrosis, debido a que el hongo es halófilo. Se han prescrito diferentes tratamientos tópicos con buenos resultados. Entre ellos están los queratolíticos, como urea, ácido salicílico al 3% solo o en combinación con ácido benzoico, o antifúngicos tópicos como butenafina, miconazol, ketoconazol, bifonazol, ciclopirox olamina, terbinafina o isoconazol, por lo general aplicados cada 12 horas durante 15 días con tendencia a la recuperación sin recidivas.⁴

Hace poco Alcocer Salas y colaboradores publicaron en esta revista un estudio epidemiológico en la península de Yucatán, en el que incluyeron 17 pacientes, 10 del sexo femenino y, contrario a lo reportado por otros autores, la mayoría eran pacientes en edad pediátrica; además, hubo

un ligero predominio de lesiones en la palma derecha (53% de su muestra), lo que contradice lo típicamente publicado con respecto al predominio en la mano contralateral,⁸ tal y como ocurrió en la paciente del caso.

CONCLUSIONES

Hasta 2019 sólo se contaba con 38 casos reportados en México³ y desde 1983 sólo uno de estos casos se documentó en la ciudad de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz. Pasaron aproximadamente 40 años para que se documentara el segundo caso en esta ciudad, por lo que podemos concluir que es una micosis superficial poco frecuente.^{1,3,5} La dermatoscopia es una herramienta clínica complementaria útil para diferenciar la tiña negra de una lesión melanocítica. Es una técnica sencilla y no invasiva. Buscamos promover la dermatoscopia incluso por médicos generales (como en otros países), que, en este caso, fue útil para plantear diagnósticos diferenciales, como nevos de unión, pigmentación por metales, manchas por tintes, hipercromía posinflamatoria, eritema pigmentado fijo, dermatosis neglecta (terra firma-forme), pigmentación por nitrato de plata y melanoma maligno^{3,5,8,10} y así disminuir la probabilidad de retraso terapéutico, como ocurrió con la paciente del caso comunicado, que había sido valorada y diagnosticada como nevo melanocítico y se había mantenido en vigilancia únicamente. Se tomó biopsia para documentar y complementar el caso; sin embargo, la dermatoscopia, la manifestación clínica y el examen directo con hidróxido de potasio (KOH) confirman el diagnóstico.¹²

REFERENCIAS

1. Bonifaz A, Gómez-Daza F, Paredes V, Ponce RM. Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra. Clin Dermatol 2010; 28: 140-145. doi: 10.1016/j.clindermatol.2009.12.00
2. Romero-Navarrete M, Castillo A, Sánchez AF, Arenas R. Tiña negra. Revisión de la literatura internacional y énfasis de casos publicados en México. Dermatol CMQ 2012; 10 (3): 205-211.

3. Padilla-Desgarenes MC, Cardona-Hernández MÁ, Landini-Enríquez VV. Tiña negra. Micosis poco frecuente. Rev Cent Dermatol Pascua 2019; 28 (3): 132-135.
4. Fierro-Arias, L, Echevarría-Keel J, Huesca A, Bonifaz A. Tiña negra palmar tratada con sertaconazol crema (2%). Dermatol Rev Mex 2016; 60 (4): 361-363.
5. Solak B, Unus Z. Tinea nigra on the fingers. BMJ Case Rep 2015; 2015: bcr2015211124. doi:10.1136/bcr-2015-211124
6. Padilla-Desgarenes MC, Medina D, Eng A, Alonzo L. Tiña negra plantar. Presentación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua 2002; 11 (3): 139-141.
7. Ramos-e-Silva M, Lima CM, Schechtman RC, Trope BM, Carneiro S. Superficial mycoses in immunodepressed patients (AIDS), Clin Dermatol 2010; 28 (2): 217-225. doi.org/10.1016/j.clindermatol.2009.12.008
8. INEGI. Compendio de información geográfica municipal 2010 Poza Rica de Hidalgo, Veracruz de Ignacio de la Llave; 2010. https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexico-cifras/datos_geograficos/30/30131.pdf
9. Alcocer-Salas M, Gutiérrez-Palomares J, Quintero-Salazar BA, Torres-Guerrero E, et al. Tiña negra. Estudio epidemiológico en la península de Yucatán. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (6): 787-794. <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i6.9310>
10. Chávez-López MG, Estrada-Chávez G, Estrada R, Bonifaz A. Tiña negra. Comunicación de cinco casos en Acapulco. Dermatol Rev Mex 2013; 57 (6): 473-478.
11. Lacarrubba F, Ardigò M, Di Stefani A, Verzi AE, Micali G. Dermatoscopy and reflectance confocal microscopy correlations in nonmelanocytic disorders. Dermatol Clin 2018; 36 (4): 487-501. doi.org/10.1016/j.det.2018.05.015
12. Palmeiro AG, Sampaio R, Miroux-Catarino A. Slow-growing pigmented acral lesion. BMJ Case Rep 2022; 15 (11): e253453. doi.org/10.1136/bcr-2022-253453

