

Mácula hiperpigmentada en segundo dedo de pie derecho

Hyperpigmented macule on the second toe of right foot

Lucía Capelli,¹ Félix Vigovich,² José G. Casas² y Miguel A. Allevato³

Caso clínico

Concurrió a la consulta una paciente de sexo femenino, de 23 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. Al examen físico presentaba una mácula de color castaño claro con sectores más oscuros en la periferia, de límites netos, de 6 x 4 mm de diámetro, asintomática, localizada en la cara plantar del segundo dedo del pie derecho, de aproximadamente tres meses de evolución (foto 1). Con la dermatoscopia se evidenció pigmentación de las crestas.

Estudio histopatológico: se realizó biopsia incisional por punch de 3 mm que mostró hifas pigmentadas y esporos en la capa córnea, sin reacción inflamatoria significativa ni alteraciones neoplásicas (fotos 2 y 3).

La paciente no refería haber realizado un viaje en los últimos 3 años.

(*Dermatol Argent.* 2014; 20 (3): 215-218).

Fecha de recepción: 17/01/2014 | **Fecha de aprobación:** 28/09/2014

¹ Médica dermatóloga

² Médico dermatopatólogo

³ Médico dermatólogo



FOTO 1. Mácula de color castaño claro con sectores más oscuros en la periferia, de límites netos, localizada en la cara plantar del segundo dedo del pie derecho. La erosión central corresponde al sitio de la biopsia.

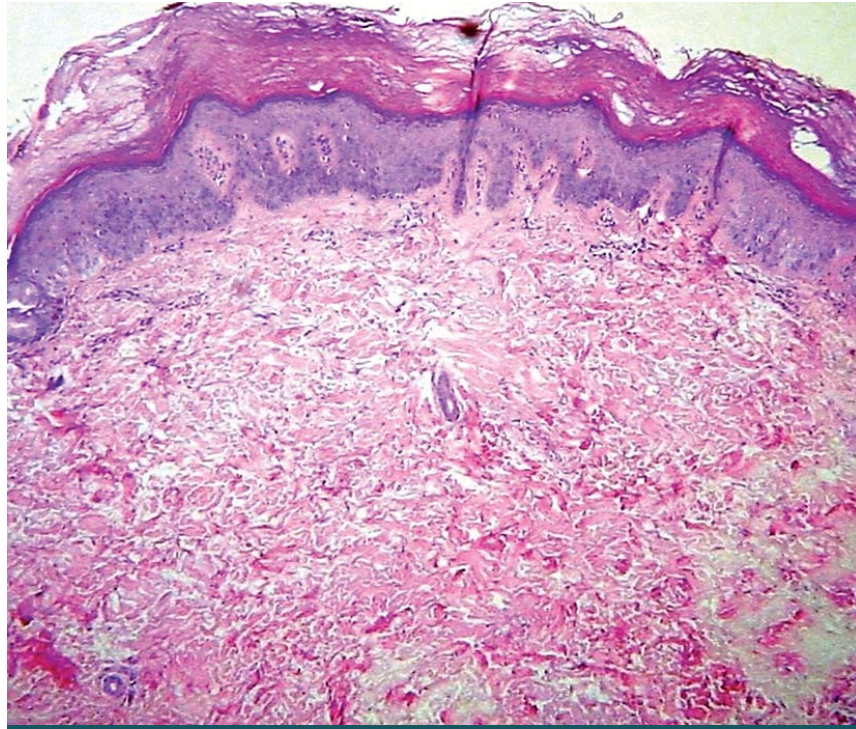


FOTO 2. Hiperqueratosis acral, ausencia de lesión melanocítica y de alteraciones neoplásicas (40x).

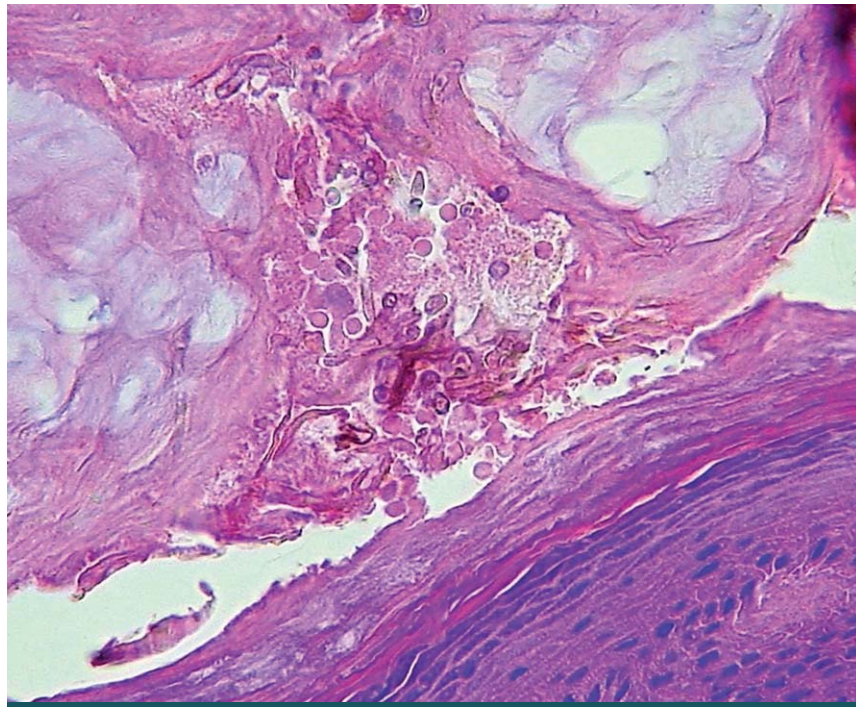


FOTO 3. Hifas y esporos pigmentados en la capa córnea (400x).

Diagnóstico

Tiña negra plantar.

Comentarios

La tiña negra es un raro desorden crónico y asintomático causado por el hongo dematiáceo *Hortaea werneckii*.¹ El primer caso fue registrado en San Salvador de Bahía (Brasil), en 1891, por Alexandre Cerqueira.² Es una enfermedad cosmopolita que se observa con mayor frecuencia en regiones tropicales y subtropicales.³ Ha sido reportada en Centroamérica, Sudamérica, Asia y África.^{4,5} El agente causal reside preferentemente en suelos salinos y en la arena de las costas de Itajaí, ciudad localizada en la costa norte de Santa Catarina, Brasil.⁶ Afecta solamente al estrato córneo de la epidermis sin diseminarse a los estratos inferiores de la piel.⁴ En 1985, Cordero *et ál.* describieron el primer caso autóctono en la Argentina y sugirieron que, en lo sucesivo, esta micosis debería tenerse en cuenta en nuestro país. Sin embargo, los reportes de esta patología en nuestro medio, desde entonces, han sido excepcionales.⁷⁻⁸

Puede observarse a cualquier edad pero es más frecuente en pacientes de sexo femenino menores de veinte años.⁴ La raza más afectada es la blanca.⁷

Clínicamente se presenta como una mácula de color café a negro, asintomática, localizada en las palmas y menos frecuentemente en las plantas, la cara lateral de los dedos, el cuello y el tórax.^{4,5} La afectación bilateral es excepcional.⁵

Es una enfermedad benigna que puede confundirse fácilmente con lesiones melanocíticas como lentigos, nevos de la unión, nevos displásicos y melanomas.^{4,9} Otros diagnósticos diferenciales son las pigmentaciones exógenas.³

El diagnóstico es clínico y se confirma mediante un examen micológico. En el directo con hidróxido de potasio se evidencian pequeñas hifas delgadas, tortuosas, color café claro. Las colonias crecen en un medio estándar (sabouraud dextrosa) en cinco a ocho días, e inicialmente son negras con una apariencia cremosa y luego se tornan filamentosas. Esta transición morfológica es bastante característica.⁵

La dermatoscopia muestra espículas pigmentadas caracterizadas por cadenas finas color café claro que forman una mancha reticulada.⁵⁻¹⁰

El tratamiento es simple y efectivo. Los antifúngicos tópicos son la terapia de elección. Se han comunicado casos que respondieron satisfactoriamente a cremas con terbinafina, bifonazol, miconazol, ciclopirox y ketoconazol. Se recomiendan de 2 a 4 semanas de tratamiento tópico para obtener una remisión completa. Otra alternativa es el uso de queratolíticos tópicos como urea, ácido salicílico, pomada de Whitfield y tretinoína.^{4-5,9} También se han reportado casos de curación espontánea.¹

Bibliografía

1. Rossetto A.L, Bella Cruz R.C. Spontaneous cure of tinea nigra, *An. Bras. Dermatol.*, 2012, 87: 160-162.
2. Rossetto A.L, Bella Cruz R.C. Tinea nigra in geographical forms of "heart" and "parrot beak", *An. Bras. Dermatol.*, 2011, 86: 389-390.
3. Rossetto A.L, Bella Cruz R.C, Haddad Junior V. Double-blind study with topical isoconazole and terbinafine for the treatment of one patient with bilateral tinea nigra and suggestions for new differential diagnosis, *Rev. Inst. Med. Trop., São Paulo*, 2013, 55: 125-128.
4. Julián González R., Vargas de Julián V. Tinea nigra en localización anatómica no habitual, *An. Pediatr. (Barcelona)*, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpendi.2013.02.015>.
5. Cabrera R., Sabatini N., Urrutia M., Sepúlveda R. Tiña negra: comunicación de un caso autóctono en Chile, *Rev. Chilena de Infectol.*, 2013, 30: 90-93.
6. Rossetto A.L, Bella Cruz R.C. Tinea Nigra: successful treatment with topical butenafine, *An. Bras. Dermatol.*, 2012, 87: 936-941.
7. Maldonado I., Fernández Canigia L., Leitner R., Vitale R.G. Tinea nigra palmaris: presentación de un caso clínico en la República Argentina, *Rev. Arg. Microb.*, 2007, 39: 218-220.
8. Cordero A.A., Negroni R., Casas J.G., Elías Costa M.R. Estudio del primer caso autóctono de tinea nigra diagnosticado en la República Argentina, *Rev. Arg. Micol.*, 1985, 8: 17-19.
9. Bonifaz A., Badali H., Hoog G.S, Cruz M. *et ál.* Tinea nigra by *hortaea werneckii*, a report of 22 cases from Mexico, *Stud. Micol.*, 2008, 61: 77-82.
10. Criado P.R, Delgado L, Alonso Pereira G. Dermoscopy revealing a case of tinea nigra, *An. Bras. Dermatol.*, 2013, 88: 128-129.