

Primer reporte de caso autóctono de tinea nigra en Chile

First autochthonous case report of tinea nigra in Chile

Javier Arellano^{a,b}, Pablo Vargas^b, Mauricio Urrutia^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

^b Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^c Laboratorio de Dermatología, Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

*Autor corresponsal pablovargas.med@gmail.com

Citación Arellano J, Vargas P, Urrutia M. First autochthonous case report of tinea nigra in Chile. *Medwave* 2019;19(6):e7666

Doi 10.5867/medwave.2019.06.7666

Fecha de envío 6/3/2019

Fecha de aceptación 24/6/2019

Fecha de publicación 17/7/2019

Origen no solicitado

Tipo de revisión con revisión por pares externa, por cinco pares revisores a doble ciego

Palabras clave dermatomycoses, hortaea werneckii, tinea, autochthonous transmission

Resumen

La tinea nigra es una infrecuente micosis superficial causada por el hongo dematiáceo *Hortaea werneckii*. Se presenta habitualmente en zonas costeras tropicales, siendo muy escasos los reportes en países sudamericanos con climas más templados. Habitualmente corresponde a infecciones importadas por viajeros. Se presenta el caso de una paciente adulta chilena, sin historia previa de viajes recientes, cursando con cuadro clínico y microbiológico compatible con tinea nigra palmar, tratado con itraconazol oral y sertaconazol tópico con respuesta favorable. Esta paciente corresponde al primer caso reportado en Chile de origen autóctono.

Abstract

Tinea nigra is an infrequent superficial mycosis caused by the dematiaceous fungus *Hortaea werneckii*. It usually occurs in tropical coastal areas, with very few reports in South American countries with temperate climates, generally corresponding to infections imported by travelers. We present the case of a Chilean adult patient, with no previous history of recent trips, with clinical and microbiological background consistent with palmar tinea nigra, treated with oral itraconazole and topical sertaconazole with a favorable response. This article is the first case reported in Chile, of autochthonous origin.

Ideas clave

- La *tinea nigra* es una micosis superficial infrecuente, causada por el hongo *Hortaea werneckii*, habitual en países tropicales.
- En Chile sólo se había publicado previamente un caso alóctono, importado desde Centroamérica. Este reporte es el primer caso de *tinea nigra* autóctono.
- Es necesario generar estudios que precisen la posibilidad de crecimiento y contagio de este hongo en lugares cálidos y húmedos del país.

Introducción

La *tinea nigra* es una micosis cutánea superficial causada por el hongo levaduriforme y dematiáceo pigmentado *Hortaea werneckii*, antes conocido como *Phaeoanellomyces* o *Exophiala werneckii*. Es un hongo polimorfo que crece en un medio acuático y se adapta fácilmente a

la salinidad, presentándose habitualmente en zonas costeras de regiones subtropicales y tropicales^{1,2}.

Corresponde al reino Fungi; filo (*Phylum*) *Ascomycota*; clase *Euascomycetes*; orden *Dothideales*; familia *Dothioraceae*; género: *Hortaea*. Es un hongo mitospórico, dado que se reproduciría exclusivamente de forma asexual³.

Su mayor incidencia se observa en cuatro zonas del mundo: Centroamérica (México, Panamá y Costa Rica) y Sudamérica (Venezuela, Colombia y Brasil), Asia (Japón, India, Sri Lanka y Birmania), Polinesia y las costas de África³. Se han reportado casos aislados en Uruguay⁴, Argentina⁵, Perú⁶ y Paraguay⁷, habitualmente importados. Este es el caso del único paciente notificado en Chile, que corresponde a una mujer de 42 años con frecuentes viajes a distintos países de Centroamérica⁸.

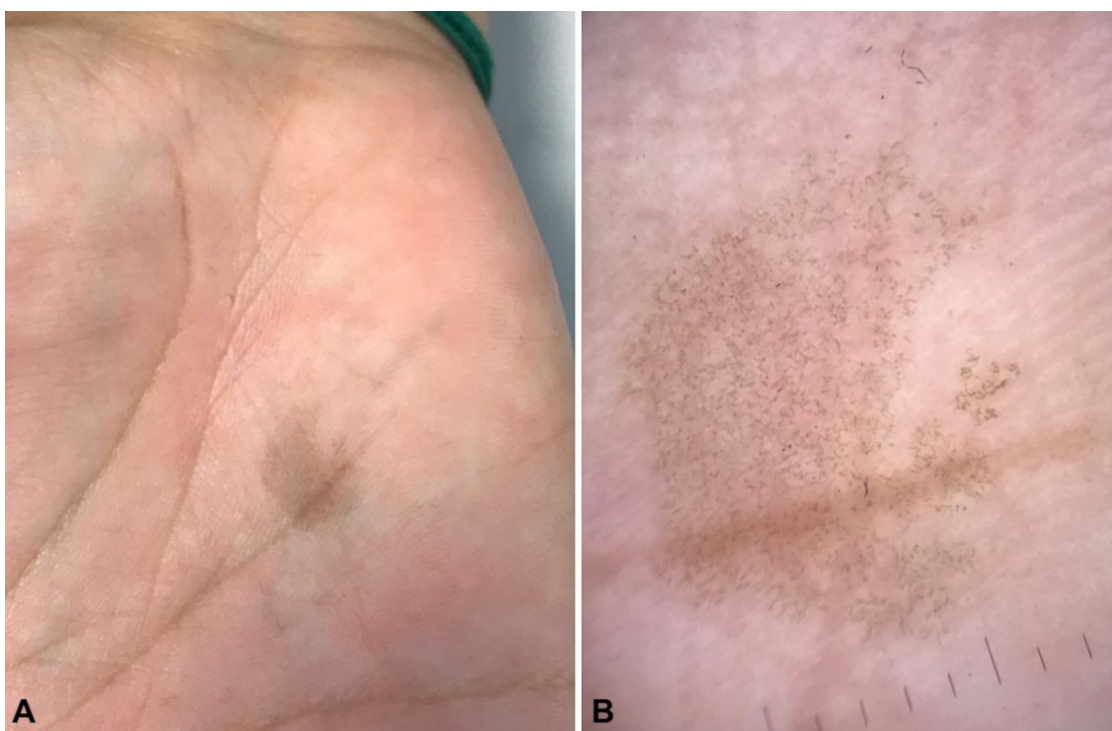
Se presenta el caso de una adolescente con *tinea nigra* palmar, de origen autóctono en Chile.

Reporte de caso

Mujer chilena de 17 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por mancha café en palma derecha, de ocho meses de evolución, con crecimiento lentamente progresivo, asintomática y sin otras molestias asociadas. No refiere viajes fuera de Chile. Sin diagnósticos o tratamientos durante este período de evolución.

Al examen físico destacó en eminencia hipotenar de palma derecha, una mancha ovalada aislada, de bordes irregulares netos, de 1,3 centímetros por 1 centímetros, color café claro homogénea, de consistencia normal (Figura 1A). A la dermatoscopia, se apreció una lesión no melanocítica, tipo mancha café claro con finas espículas punteadas y gránulos café oscuros, distribuidos difusamente sobre la lesión, sin respetar crestas ni dermatoglifos (Figura 1B).

Figura 1. Imágenes clínica y dermatoscópica.



A) Mancha café claro homogénea en palma de mano derecho.

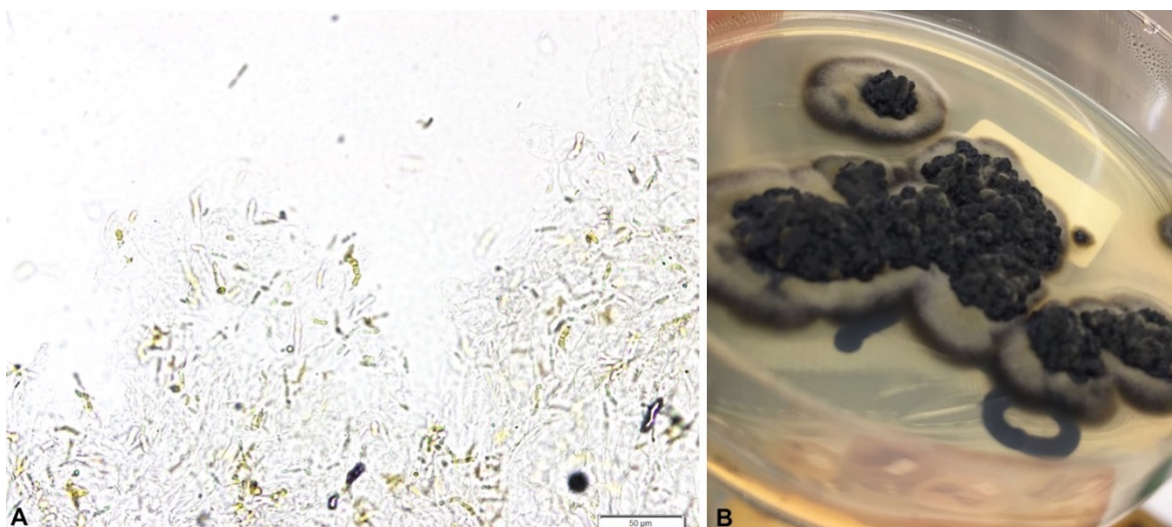
B) Dermatoscopia: espículas punteadas y gránulos café oscuros difusos sobre mancha café.

Fuente: imágenes del paciente obtenidas en consulta ambulatoria.

Se obtuvo muestra de escamas córneas para examen directo y cultivo de hongos, a través de raspado con bisturí estéril de la lesión. Se realizó micológico directo con hidróxido de potasio 20%, observando hifas gruesas, ramificadas y tortuosas, color oliva, compatible con hongo dematiáceo (Figura 2A). A su vez, se cultivó en tres medios: agar Sabouraud dextrosa modificado, agar Sabouraud con cicloheximida y agar Lactrimel, incubándolos a 30 grados Celsius en ambiente húmedo durante 30 días. Luego de los primeros 10 días de cultivo, se observaron pequeñas colonias de aspecto cremoso pardo-

negruzco brillante. A los 30 días de incubación, las colonias evolucionaron con color negro grisáceo en ambos lados de la placa de agar Sabouraud, sin pigmento difusible y con vellosidades aterciopeladas en la superficie (Figura 2B). Al realizar microcultivo en láminas de estas colonias, se observaron hifas ramificadas y septadas. A partir de estos hallazgos, se concluyó crecimiento del hongo *Hortaea werneckii*, realizándose el diagnóstico de *tinea nigra*.

Figura 2. Micológico directo y cultivo de hongos.



A) Examen micológico directo: se observan abundantes hifas gruesas, ramificadas y tortuosas, color oliva, compatible con hongo dematiáceo.
B) Cultivo agar Sabouraud a los 30 días de incubación: se observan colonias negro-grisáceas, sin pigmento difusible y con vellosidades aterciopeladas en la superficie.
Fuente: imágenes de exámenes del paciente, realizadas en el Laboratorio de Dermatología, Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Se indicó tratamiento con itraconazol 100 miligramos cada 12 horas vía oral, más sertaconazol 2% crema cada 12 horas, ambos por tres semanas, evolucionando favorablemente, con remisión total de la lesión.

Discusión

La *tinea nigra* es una micosis superficial infrecuente, predominante en países tropicales, en pacientes jóvenes con tendencia a la hiperhidrosis palmar y/o plantar. Este constituye el principal factor de riesgo, siendo para algunos autores, fundamental para el desarrollo de la infección¹. Se ha estimado una prevalencia de entre 0,085% y 1% de todas las micosis, en laboratorios micológicos de México y Venezuela, respectivamente^{9,10}, no existiendo diferencias considerables por sexo. En Chile, dado su clima mediterráneo, es poco probable la aparición de este tipo de patologías, las que se ven habitualmente como casos importados de países tropicales o subtropicales. Sin embargo, dado este primer reporte, hay que estar expectantes al eventual surgimiento de nuevos casos.

Tal como en nuestro reporte, clínicamente se presenta como una mácula o mancha café claro a negro, única u ocasionalmente múltiple, de crecimiento centrífugo, con descamación fina poco notoria, asintomática. Tiene predilección por las palmas y menos frecuentemente plantas, pudiendo afectar otras zonas, a menudo por autoinoculación, como dedos, zona lumbar, tórax y sitios excepcionales como genitales^{1,2}.

Dermatoscópicamente se han descrito hallazgos específicos de *tinea nigra*, consistentes en espículas y gránulos color café oscuro a negruzcos, distribuidos regular y homogéneamente sobre una mácula o parche hipercromo, no respetando dermatoglifos ni crestas, aunque se

han reportado casos con patrón paralelo a las crestas^{11,12}. Esto, permite optimizar el diagnóstico clínico y realizar de forma sencilla el diagnóstico diferencial principalmente con lesiones melanocíticas, incluyendo melanoma¹³. Otros diagnósticos diferenciales clínicos importantes son reacción adversa a medicamentos fija, hiperpigmentación post inflamatoria, dermatosis neglecta y manchas por exposición tópica al nitrato de plata^{3,14}.

Microbiológicamente la principal característica de este hongo es la transición morfológica en el cultivo, de un aspecto inicial negro cremoso a uno filamentosos, lo que permite el diagnóstico. Sin embargo, en la etapa filamentosos podría confundirse con *Cladosporium spp*, que no cursa con infecciones cutáneas, o con hongos de la orden *Chaetothyriales*, dentro de los cuales el *Fonsecaea pedrosoi* afecta la piel, pero como una micosis profunda.

El tratamiento es relativamente sencillo, con buena respuesta a antimicóticos tópicos por dos a cuatro semanas (bifonazol, ketoconazol, clotrimazol, terbinafina y ciclopiroxolamina), constituyendo la primera línea de tratamiento. Se han reportado casos con respuesta favorable a itraconazol oral⁸, tal como en nuestra paciente. Sin embargo, se sugiere considerarlos como segunda línea de tratamiento en casos refractarios a tópicos. Por otro lado, se pueden asociar queratolíticos tópicos como ácido salicílico 3%, siendo fundamental, además, el tratamiento de la hiperhidrosis^{1,3}. También se ha reportado excepcionalmente remisión espontánea¹⁵.

Conclusiones

Según la literatura revisada, el presente caso corresponde al primer reporte de *tinea nigra* de origen autóctono en Chile. Considerando el aumento de población viajera y migrante durante las últimas décadas en Chile, es factible el surgimiento de patologías infectocontagiosas propias de otros países, debiendo estar atentos a los eventuales

cambios epidemiológicos. A su vez, se hace necesario generar estudios que precisen la real posibilidad de crecimiento y contagio de este hongo en algunos lugares más cálidos y húmedos del país.

Notas

Roles de autoría

JA, PV: concibieron el diseño del reporte.

JA, PV y MU: recolectaron los datos y escribieron la primera versión del manuscrito.

Todos los autores realizaron aportes críticos en la redacción y aprobación de la versión final.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Declaración de financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Aspectos éticos

El consentimiento informado solicitado por *Medwave* para la publicación de este reporte de caso, incluyendo las imágenes mostradas, ha sido firmado por el adulto responsable de la paciente. Los autores declaran que se respetó la privacidad de la paciente según las normas de CIOMS, de privacidad de los datos recolectados. Una copia del consentimiento informado fue remitida a la dirección editorial de la revista.

Referencias

1. Bonifaz A, Gómez-Daza F, Paredes V, Ponce RM. Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra. *Clin Dermatol*. 2010 Mar 4;28(2):140-5. | CrossRef | PubMed |
2. Schwartz RA. Superficial fungal infections. *Lancet*. 2004 Sep 25-Oct 1;364(9440):1173-82. | PubMed |
3. Romero Navarrete M, Castillo A, Sánchez A, Arenas R. Tíña negra. Revisión de la literatura internacional y énfasis de casos publicados en México. *Dermatología CMQ* 2012;10(3):205-211. | Link |
4. Conti-Díaz IA, Burgoa F, Civil E, Bonasse J, Miller A. [Tinea nigra. 1st clinical case in Uruguay]. *Mycopathologia*. 1984 Aug 30;87(1-2):81-3. | PubMed |
5. Maldonado I, Fernández Canigia L, Leitner R, Vitale RG. [Tinea nigra palmaris: a clinical case in Argentina]. *Rev Argent Microbiol*. 2007 Oct-Dec;39(4):218-20. | PubMed |
6. Tucto S, Castillo W, Teliz ML. Tíña negra palmar reporte de dos casos. *Dermatol peru*. 2002; 12(3):227-230. | Link |
7. Aldama Caballero A, Martínez Rodríguez L, Insaurrealde Molas S. Tíña Negra. Reporte del primer caso en Paraguay. *An Fac Cienc Méd. (Asunción)* 2013; 46(2):63-66. | Link |
8. Cabrera R, Sabatin N, Urrutia M, Sepúlveda R. [Tinea nigra: a allochthonous case report in Chile]. *Rev Chilena Infectol*. 2013 Feb;30(1):90-3. | CrossRef | PubMed |
9. Bonifaz A, Badali H, de Hoog GS, Cruz M, Araiza J, Cruz MA, Fierro L, Ponce RM. Tinea nigra by *Hortaea werneckii*, a report of 22 cases from Mexico. *Stud Mycol*. 2008;61:77-82. | CrossRef | PubMed |
10. Perez C, Colella MT, Olaizola C, Hartung de Capriles C, Magaldi S, Mata-Essayag S. Report of twelve cases in Venezuela. *Mycopathologia*. 2005 Oct;160(3):235-8. | CrossRef | PubMed |
11. Maia Abinader MV, Carvalho Maron SM, Araújo LO, Silva Ado A. Tinea nigra dermoscopy: A useful assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Jun;74(6):e121-2. | CrossRef | PubMed |
12. Noguchi H, Hiruma M, Inoue Y, Miyata K, Tanaka M, I/hn H. Tinea nigra showing a parallel ridge pattern on dermoscopy. *J Dermatol*. 2015 May;42(5):518-20. | CrossRef | PubMed |
13. Piliouras P, Allison S, Rosendahl C, Buettner PG, Weedon D. Dermoscopy improves diagnosis of tinea nigra: a study of 50 cases. *Australas J Dermatol*. 2011 Aug;52(3):191-4. | CrossRef | PubMed |
14. Rezusta A, Gilaberte Y, Betran A, Gene J, Querol I, Arias M, et al. Tinea nigra: a rare imported infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 Jan;24(1):89-91. | CrossRef | PubMed |
15. Rossetto AL, Cruz RC. Spontaneous cure in a case of Tinea nigra. *An Bras Dermatol*. 2012 Jan-Feb;87(1):160-2. | PubMed |

Correspondencia a
Santos Dumont 999
Independencia
Santiago
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.