

## HAGA SU DIAGNÓSTICO

# Tiña negra

María Lía Pieretti,\* Carolina Peláez Velez\*\*

\* Médica Dermatóloga Pediátrica del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

\*\* Residente Postgrado de Dermatología Hospital "Luis Vernaza" - Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

Correspondencia: revistaclinicaeup@hotmail.com

## CUADRO CLÍNICO

Niña de 6 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia, que consulta al departamento de Dermatología Pediátrica, por presentar una única lesión pigmentada en planta de pie derecho, asintomática, de varios meses de evolución, que fue aumentando rápidamente de tamaño (Figura 1). Al interrogatorio la madre refiere haber realizado en los últimos meses, viajes constantes a la playa. Además, manifiesta una enorme preocupación debido a los antecedentes familiares de melanoma. Al examen físico, se observa una mácula redondeada, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de color café, bien delimitada y de superficie lisa, en la planta de pie derecho. A la dermatoscopia se visualiza una lesión redondeada pigmentada, de bordes regulares, con espículas en la periferia y sin escamas (Figura 2). Se realizó un examen micológico directo y cultivo.

## ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO?

El examen micológico directo, informa la presencia de hifas cortas dematiáceas y el cultivo evidencia colonias negras (Figura 3). En base a la clínica sugestiva y al examen micológico, se arriba al diagnóstico de Tiña Negra plantar. Se realiza tratamiento con butenafina 2 veces al día, con respuesta clínica favorable y una remisión completa en 4 semanas.





## DISCUSIÓN

La Tiña Negra es una micosis cutánea superficial causada por el hongo *Hortaea werneckii*, de distribución universal, reportada con mayor frecuencia en climas tropicales y subtropicales.<sup>1</sup> Fue descrita por primera vez por McGinnis y Schell en 1985. Se presenta habitualmente en niños y adultos jóvenes, con predilección en el sexo femenino. El agente causal, posee la capacidad de sobrevivir a altas concentraciones de sal, pudiéndose aislar comúnmente en zonas costeras.<sup>1</sup> Se caracteriza clínicamente por una mácula única de color café negruzca, producto del pigmento semejante a la melanina sintetizado en el interior del hongo, de tamaño variable, bien delimitada, asintomática, de curso crónico y de crecimiento rápido. Se localizan preferentemente en zonas acrales y generalmente de forma unilateral.<sup>1,2,3</sup> El patrón dermatoscópico describe a la lesión como un parche hiperocrómico, con distribución regular de la pigmentación y presencia de espículas en la periferia.<sup>2,3</sup> El diagnóstico principalmente es clínico y der-

matoscópico, confirmándose mediante examen micológico directo y cultivo.<sup>1</sup> El examen micológico directo revela la presencia de hifas septadas pigmentadas, y en el cultivo se visualizan colonias de color negro de apariencia cremosa en un inicio, que luego se tornan filamentosas.<sup>1,3,5</sup> Es necesario un alto índice de sospecha clínica, ya que las lesiones simulan otras enfermedades cutáneas que incluyen lesiones pigmentarias tales como nevos melanocíticos, nevos displásicos, lentigo y melanoma maligno, como así también, pensar en una patología inflamatoria, como el exantema fijo medicamentoso, la hiperpigmentación postinflamatoria o en caso de tinciones debidas a productos químicos, pigmentos y tintes como henna y nitrato de plata.<sup>4,5</sup> El tratamiento se basa en queratolíticos y antifúngicos tópicos con una resolución completa en dos a cuatro semanas.<sup>1</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Giordano M, De la Fuente A, Lorca M, et al. Tiña negra: reporte de tres casos pediátricos. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(4):506-510.
2. Maia Abinader M, Carvalho Maron S, Araújo L, et al. Tinea nigra dermoscopy: A useful assessment. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):e121-2.
3. Nazzaro G, Ponziani A, Cavicchini S. Tinea nigra: A diagnostic pitfall. *J Am Acad Dermatol* 2016;75:e219-20.
4. Nogita A, Hiruma J, Maeda T, et al. Case of tinea nigra on the sole: correspondences between dermoscopic and histological findings. *Journ of Dermatol.* 2018; doi:10.1111/1346-8138.14720.
5. Veasey J, Avila R, Miguel B, et al. White piedra, black piedra, tinea versicolor and tinea nigra: contribution to the diagnosis of superficial mycosis. *An Bras Dermatol.* 2017;92(3):413-6.

## WHAT IS THE DIAGNOSIS?

# Tinea negra

María Lía Pieretti,\* Carolina Peláez Velez\*\*

\* Pediatric Dermatologist from Centro Dermatológico “Dr. Úraga”

\*\* Dermatology Resident Hospital “Luis Vernaza” – Centro Dermatológico “Dr. Úraga”  
Correspondence: revistaclinicaeup@hotmail.com

## MEDICAL CASE

A six-year old girl with no personal medical history is brought to the Pediatric Dermatology Department presenting a pigmented skin lesion on the right foot's sole. It is asymptomatic, only that it has grown rapidly on the past several months (figure 1). Mother refers that they have been travelling to the beach many times in the past months. She is very concerned as they have a family medical history of melanoma. During the medical examination, on the patient's right sole, a rounded macula is observed, that measures 1 cm in diameter, brown, well defined and with a smooth surface. During the dermoscopy assessment, we observed a rounded pigmented well-demarcate lesion with peripheral spicules and without scales (figure 2). A direct mycology test was performed and culture.



## WHAT IS THE DIAGNOSIS?

The direct mycology test, reports the presence of short hyphae and the culture shows black colonies (figure 3). Basing our diagnosis on the suggestive medical history and the mycology exam, we have concluded that we have a Tinea Nigra on her right sole.

## DISCUSSION

Tinea Nigra is a superficial dermatomycosis caused by a fungus called *Hortaea werneckii*.





It has a universal distribution, generally seen on tropical and subtropical places. It was first described by McGinnis and Schell in 1985. Mainly found on children and young adults, predominantly females. This causative agent has the ability to survive high concentrations of salt, so it can be commonly found in coastal areas. Its clinical presentation is a single brown blackish macula. The color is caused by the melanine-like pigment produce by the fungus. It can be of different sizes, well defined, asymptomatic, of chronic evolution and a fast pace growth. They are mainly found on palms and soles and generally in a unilateral manner. The dermoscopic pattern describes it as a pigmented patch, with a regular distribution of the pigmentation and peripheral spicules. The diagnosis of this condition is based on the clinical and dermoscopy examination, and is later confirmed with the direct mycological study and culture.

The mycological study, direct examination, reveals the presence of pigmented hyphae and in the culture initially black colonies with a creamy appearance are observed that later on turn filamentous. It is necessary a high level of clinical presumption, since these lesions can be confused with other pigmented lesions as are melanocytic nevus, dysplastic nevus, lentigo and melanoma, as well as other inflammatory conditions like exanthema medicamentosum fixum, post inflammatory hyperpigmentation or in case of different dyes from chemical products or pigments like henna or silver nitrate. The treatment is base in keratolytic agents and topical antifungal lotions being resolved in 2 to 4 weeks.<sup>1</sup>

## REFERENCES

1. Giordano M, De la Fuente A, Lorca M, et al. Tiña negra: reporte de tres casos pediátricos. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(4):506–510.
2. Maia Abinader M, Carvalho Maron S, Araújo L, et al. Tinea nigra dermoscopy: A useful assessment. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):e121–2.
3. Nazzaro G, Ponziani A, Cavicchini S. Tinea nigra: A diagnostic pitfall. *J Am Acad Dermatol* 2016;75 e219–20.
4. Nogita A, Hiruma J, Maeda T, et al. Case of tinea nigra on the sole: correspondences between dermoscopic and histological findings. *Journ of Dermatol.* 2018; doi:10.1111/1346–8138.14720.
5. Veasey J, Avila R, Miguel B, et al. White piedra, black piedra, tinea versicolor and tinea nigra: contribution to the diagnosis of superficial mycosis. *An Bras Dermatol.* 2017;92(3):413–6.