

TIÑA NEGRA PALMARIS; UNA DERMATOMICOSIS INFRECUENTE

Dr. Eduardo Rivero Reyes ¹, Lic. Zoila Barrios Martínez ², Lic. Nancy Moriyón Cecilia ³, Lic. Miriam Ramos Lugo ³.

1. Especialista de I grado en Dermatología. Profesor Instructor
2. Licenciada en Microbiología. Profesora Instructora. Especialista en Enfermedades de Transmisión Sexual.
3. Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermedades de Transmisión Sexual.

RESUMEN

Se presenta un caso de una de las micosis superficiales menos frecuentes en nuestro medio, la Tiña Negra Palmaris, el diagnóstico de esta enfermedad se presta a confusión con otras entidades nosológicas. Esta patología afecta fundamentalmente las palmas de las manos, es producida por dos especies de hongos, siendo el más común en nuestro medio *Exophiala werneckii* o *Cladosporium werneckii*. Resultando interesante la presentación médica de este caso, por lo poco frecuente de esta patología y el hecho de que en pocas ocasiones se puede precisar la fuente de infección.

Palabras Clave: Tiña Negra Palmaris / etiología, Tiña Negra Palmaris / examen microbiológico, Tiña Negra Palmaris / diagnóstico.

Descriptores DeCS: **DERMATOMICOSIS/etiología; DERMATOMICOSIS/diagnóstico; DERMATOMICOSIS/microbiología.**

INTRODUCCIÓN

La Tiña Negra Palmaris es una micosis superficial asintomática, siendo una de las menos frecuentes en nuestro medio, prestándose su diagnóstico a confusión en múltiples ocasiones, pues puede ser confundida con otras dermatosis pigmentadas o con procesos sistémicos.

Esta patología afecta con preferencia las palmas de las manos aunque puede también ser localizada en plantas de los pies, cuello y tórax; se caracteriza por placas maculosas, no escamosas pigmentadas de color pardo – negro, con bordes bien definidos e irregulares, de propagación centrífuga; existiendo dos especies de hongos responsables *Exophiala weneckii* en América y Australia fundamentalmente y la *Stenella araguata* (*Cladosporium mansoni*) del Asia.

Su período de incubación es de 10 a 15 días. La regresión espontánea es infrecuente ¹⁻⁵.

PRESENTACIÓN DE CASO

M.C.: Mancha en palma de mano derecha

Paciente femenina de 33 años de edad, concurre a nuestra consulta donde se observa una lesión macular hiperpigmentada, parda oscura, de aproximadamente 2 – 2.5 cm de diámetro sin síntomas asociados y localizada exclusivamente en región palmar de mano izquierda (figura 1).



Indicándose exámenes microbiológicos que nos mostraron la presencia del agente etiológico en la piel de la paciente; no presentándose otra sintomatología ni signos asociados en la paciente.

Como antecedente interesante sobre la enfermedad es de señalar la relación con una planta cuyas hojas enfermas la paciente tuvo contacto en la práctica de la jardinería, días previos a la aparición de la enfermedad, según nos refiere, que nos hace suponer que el agente etiológico se encontraría en las hojas enfermas de la planta.

Examen micológico directo positivo, observándose hifas de trayecto tortuoso, tabicadas, ramificadas con pigmento carmelita, presencia de esporas y clamidosporas, siendo el extremo distal de la hifa hialino (figura 2).



Examen micológico directo positivo. Observándose las *hifas septadas* ramificadas oscuras, pudiendo verse también esporas, demostrativas de la presencia del agente etiológico.

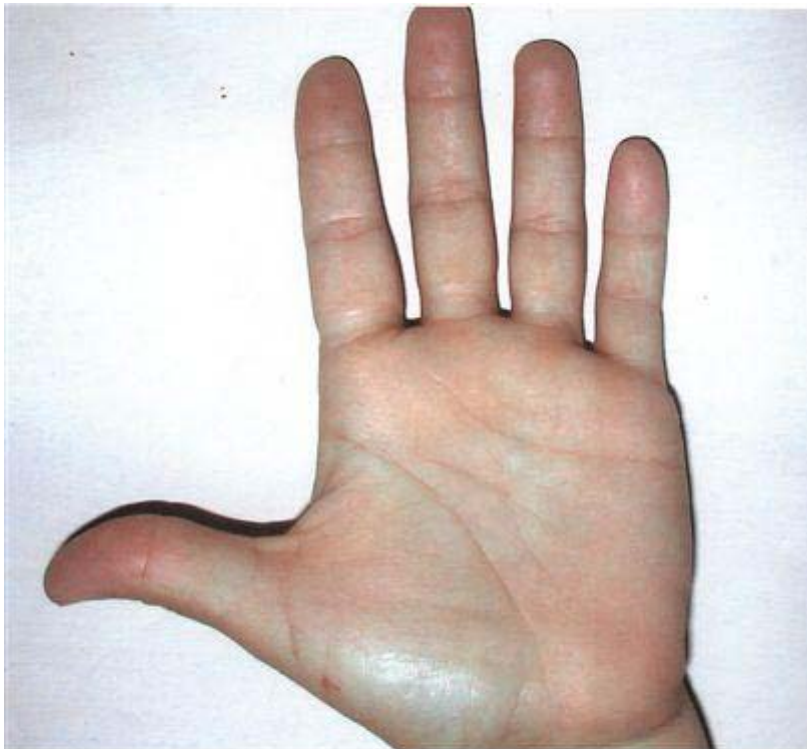
Cultivo en medio Sabouraud Clranfenicol Cicloheximida positivo, observándose colonias gris brillante de crecimiento lento, que finalmente toman un color negro y al observar al microscopio un fragmento de micelio aéreo, se encuentran levaduras con tabique central y extremos terminados en punta,

confirmatorio de ***E. werneckii***, el agente causal de la enfermedad en nuestra paciente.

Procediéndose a tomar una conducta terapéutica a base de antimicóticos tópicos de amplio espectro y antimicóticos queratolíticos como ketoconazol al 2% en crema a razón de 2 veces al día en la zona afectada, conjuntamente con la pomada de ácido undecilénico compuesto, 1 vez al día, por la noche. Ambos en cura oclusiva por espacio de 21 días. Observándose una disminución de la coloración en la mácula de la mano izquierda a los doce días de aplicado el tratamiento (figura 3).



A los 19 días de iniciado el mismo se observó una desaparición completa de la lesión macular pigmentada de la mano de la paciente; dándosele el acta definitivamente a los 21 días de comenzado el tratamiento médico (figura 4).



Desaparición completa de la lesión macular hiperpigmentada de la mano de la paciente a los 19 días del tratamiento.

COMENTARIO

El presente caso nos resultó interesante para su presentación médica porque en el se conjugaron tres elementos fundamentales para una correcta práctica médica, que son el médico – epidemiológico, el investigativo y el terapéutico.

Todo lo precedente fue a su vez importante para un oportuno enfoque, integral de este caso, y más teniendo en cuenta que no se trataba de una dermatomycosis frecuente en nuestro medio, además de precisar la fuente de infección que en pocas ocasiones puede determinarse ^{6,7}

La oportuna preocupación de la paciente, amén de una adecuada información por parte de la misma hizo posible un diagnóstico clínico oportuno y precoz, tan útil en estos casos.

Se estableció el diagnóstico diferencial con diversas dermatosis que pueden cursar con hiperpigmentación, como el Nevo Pigmentado de Límite, el Melanoma, Enfermedad de Addison, Sífilis Secundaria maculosa y Pigmentaciones medicamentosas, todas estas entidades descartadas fácilmente mediante el examen micológico directo de las lesiones ^{5,6,8}.

