

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesión pigmentada plantar asintomática en una mujer joven

A. Clemente-Ruiz de Almirón^a, R. Corbalán-Vélez^b, J. Martínez-Escribano^b y J.F. Frías-Iniesta^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Historia clínica

Presentamos el caso de una mujer de 32 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que nos consultó por una lesión marrón oscura en el arco plantar del pie derecho, que había ido creciendo progresivamente a lo largo de 8 meses. La lesión era asintomática y no había realizado ningún tratamiento.

Exploración física

A la exploración se apreciaba una mácula pigmentada de unos 2 cm, de bordes bien delimitados y algo festoneados, de coloración marrón, con superficie ligeramente aterciopelada y con aspecto moteado (figs. 1 y 2). La lesión se eliminaba fácilmente al realizar un raspado con bisturí.



Figura 1.

Pruebas complementarias

Se realizó una visualización de las escamas con KOH al 10% y se tomaron muestras para cultivo.



Figura 2.

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia:
Antonio Clemente Ruiz de Almirón.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario San Cecilio.
Avda. Dr. Olóriz, 16.
18012 Granada. España.
acra@meditex.es

Aceptado el 10 de noviembre de 2008.

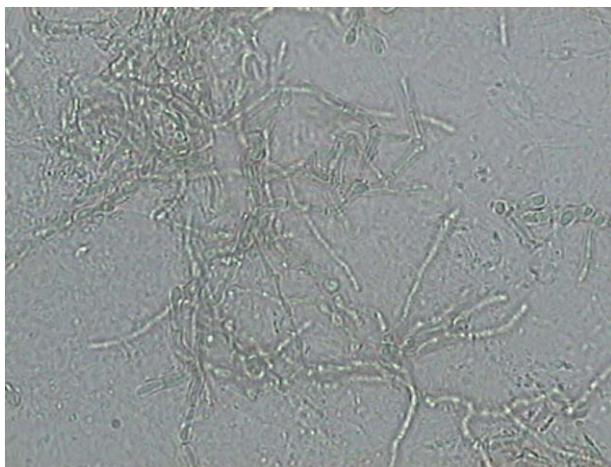


Figura 3.

Diagnóstico

Tiña negra plantar.

Evolución

En la visualización de las escamas con KOH al 10% se observaron numerosas hifas tabicadas y ramificadas (fig. 3). El cultivo fue positivo para *Exophiala werneckii*.

Se instauró tratamiento con oxiconazol tópico y un queratolítico (ácido salicílico al 10%), con resolución completa del proceso en un mes y medio.

Discusión

La *Tinea nigra* es una infección fúngica superficial, poco frecuente en nuestro medio, que afecta a la capa córnea de las superficies palmo-plantares. Está causada por *Phaeoanellomyces werneckii*, también conocido como *Exophiala werneckii*, *Cladosporium werneckii* o *Hortaea werneckii*. Se trata de un hongo dimórfico de aspecto levaduriforme, descrito por primera vez por Horta¹ en 1921, y que ha sido reclasificado taxonómicamente varias veces, de ahí sus distintas denominaciones².

Clínicamente produce una mácula normalmente solitaria, de límites bien definidos y de coloración marrón oscura o negra, casi siempre situada en las palmas de las manos y con menor frecuencia en las plantas de los pies. La lesión es asintomática y puede crecer excéntricamente de manera

lenta a lo largo de los años. No se han descrito factores predisponentes, pero se piensa que se adquiere por contacto directo a partir del suelo u otras superficies³. Suele afectar sobre todo a niños y adolescentes³, aunque también se da en adultos, y es más frecuente en zonas tropicales de América Central, África o Asia^{2,3}; en los países desarrollados la mayoría de casos son importados. En nuestro caso la paciente no refería haber realizado viajes a zonas tropicales.

El diagnóstico se confirma fácilmente cuando, tras realizar un raspado de la lesión, observamos hifas pardo-verdosas y esporas^{2,4} en la visión directa con KOH. También es posible el cultivo del hongo en medios convencionales. El diagnóstico diferencial se debe realizar principalmente con otras lesiones pigmentadas acrales como nevus o melanomas, o con otras causas de pigmentación acral como la enfermedad de Addison^{4,5}.

El tratamiento se realiza con antifúngicos tópicos como los derivados imidazólicos o ciclopirox olamina⁶, consiguiéndose la curación completa en unas cuatro semanas. También se han usado con éxito queratolíticos tópicos. Algunos antifúngicos orales, como terbinafina o griseofulvina, parece que no son efectivos³.

Aunque este tipo de tiña es muy raro en nuestro medio, es probable que cada vez se vean más casos debido al aumento de la inmigración. Como conclusión, pensamos que es importante conocer esta tiña para realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones, sobre todo nevus y melanomas, y evitar biopsias o extirpaciones quirúrgicas innecesarias.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Horta P. Sobre um caso de tinha preta e um novo cogumelo (*Cladosporium werneckii*). Rev Med Cir Brazil. 1921;29:267-74.
2. Uezato H, Gushi M, Hagiwara K, Kayo S, Hosokawa A, Nonaka S. A case of tinea nigra palmaris in Okinawa, Japan. J Dermatol. 2006;1:23-9.
3. Pérez C, Colella MT, Olaizola C, Hartung de Capriles C, Magaldi S, Mata-Essayag S. Tinea nigra: report of twelve cases in Venezuela. Mycopathologia. 2005;160:235-8.
4. Bernuy J, Bravo F. Hallazgos dermatoscópicos de tiña nigra: reporte de un caso. Folia Dermatol. 2004;15:23-5.
5. Hall J, Perry VE. Tinea nigra palmaris: differentiation from malignant melanoma or junctional nevi. Cutis. 1998;62:45-6.
6. Schwartz RA. Superficial fungal infections. Lancet. 2004;364:1173-82.