

# NUEVOS CASOS DE TINEA NIGRA EN COSTA RICA

Eddy Astorga S.\*

Carmen I. Valiente A.\*\*

Julio A. García F.\*\*

## INTRODUCCION:

La TINEA NIGRA es una cantidad clínica descrita desde el siglo pasado; atribuyéndose la primera descripción en América a Cerqueira en 1891 en Bahía (Brasil)<sup>11</sup>. A través de todos estos años el agente etiológico de la TINEA NIGRA ha sido clasificado en diversos géneros. Así que Horta en 1921<sup>6</sup> lo describe como *Cladosporium werneckii*; posteriormente y por muchos años la taxonomía de este hongo se convierte en objeto de controversia; en 1962 Borelli<sup>2</sup> lo ubica como *Aureobasidium werneckii*; no fue sino hasta 1970 cuando Von Arx<sup>1</sup> transfiere el hongo al género *Exophiala*, la cual es la clasificación más adecuada que se ha hecho de este hongo, conociéndose hasta la actualidad como *Exophiala werneckii*<sup>9-10</sup>. Tres años más tarde se describe por Borelli y Marcano una nueva especie agente de TINEA NIGRA clasificada como *Cladosporium castellani*.<sup>3-4-7</sup> La TINEA NIGRA es una infección micótica crónica del estrato córneo de la piel que se caracteriza por la presencia de máculas, no descamativas asintomáticas que pueden ser de color café, gris ó negro; con una localización palmo plantar. En Costa Rica el único agente etiológico aislado hasta el momento es *Exophiala werneckii*<sup>8</sup>. Los casos de los cuales tenemos conocimiento son diez; tres informados por Marín<sup>8</sup>, cuatro estudiados por Marín, G; Montero, F y Rodríguez, J. (comunicación personal) y los presentados en este trabajo; pero consideramos que el número podría ser mayor debido que al ser una lesión asintomática puede pasar inadvertida. El diagnóstico diferencial habrá que hacerlo con la neurodermatitis, la dermatitis de contacto, erupciones por drogas, el eritema pigmentado fijo, el melano-  
ma.<sup>13</sup>

## MATERIAL Y METODOS

**Descripción de los casos.** El primer caso corresponde a L.L., sexo femenino, 20 años, raza blanca, origen italiano, residente en San José, estudiante universitaria; quien después de visitar el puerto de Puntarenas en la costa del pacífico; presenta una lesión macular redonda de un diámetro de un centímetro y medio, poco pigmentada,

no descamativa en la eminencia tenar izquierda, asociada a una hiperhidrosis moderada; con una evolución de cuatro meses. El diagnóstico fue realizado en el mes de abril de 1980 y el tratamiento se hizo a base de unguento de Whifield desapareciendo la lesión en el transcurso de un mes. (Fig. 1).

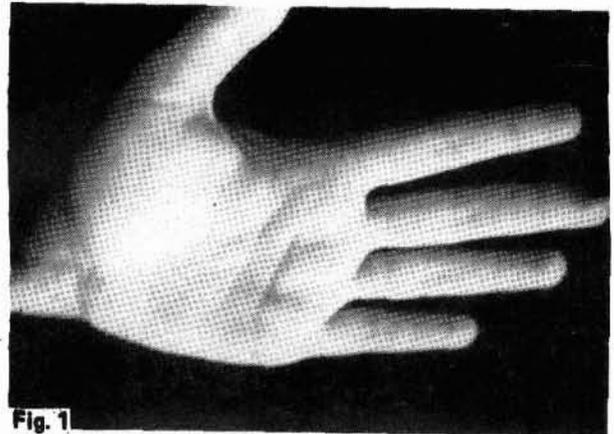


Fig. 1

El segundo caso: G.B., sexo femenino, escolar, raza blanca y residente en San José. Relata haber pasado sus vacaciones en Jacob, población localizada en la costa del Pacífico. Presenta una lesión maculosa en la zona palmar izquierda de color café claro, asintomática, poco descamativa, plana de casi dos centímetros de diámetro. Además tenía hiperhidrosis. El diagnóstico se hizo mediante observación directa, cultivo y biopsia; encontrándose el hongo en la capa córnea. (Fig. 2). Este caso fue presentado en el Primer Congreso Nacional de Dermatología, que se celebró del 19 al 23 de febrero de 1985 en San José, Costa Rica. (Fig. 2).

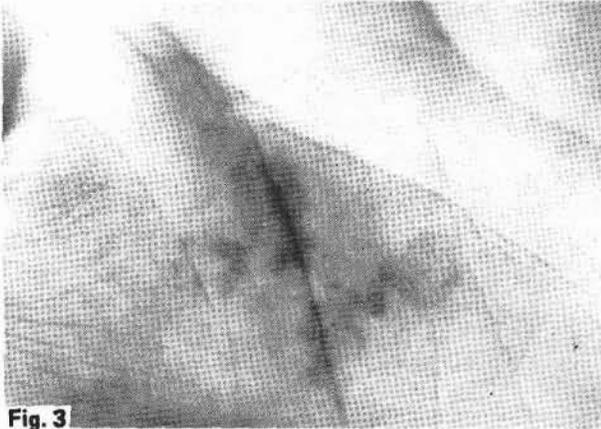


Fig. 2

\* Jefe Clínica Servicio Dermatología Hospital Dr. Calderón Guardia. — Catedrático Asociado Dermatología Escuela Ciencias Médicas de Centro América. Universidad Autónoma de Centro América.

\*\* Sección de Micología, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica.

El último caso corresponde a V.M., estudiante universitaria, 20 años, raza blanca, residente en San José. Refiere que a finales de febrero visitó una playa en la provincia de Guanacaste (costa del Pacífico) observando a los quince días la aparición en palma de mano izquierda de pequeñas máculas moderadamente pigmentadas, no descamativas; las cuales fueron aumentando de tamaño, irregulares, asintomáticas y acompañadas de hiperidrosis. Las lesiones fueron tratadas con ungüento de Witfield desapareciendo. (Fig. 3).



**Fig. 3**

#### DIAGNOSTICO MICOLOGICO:

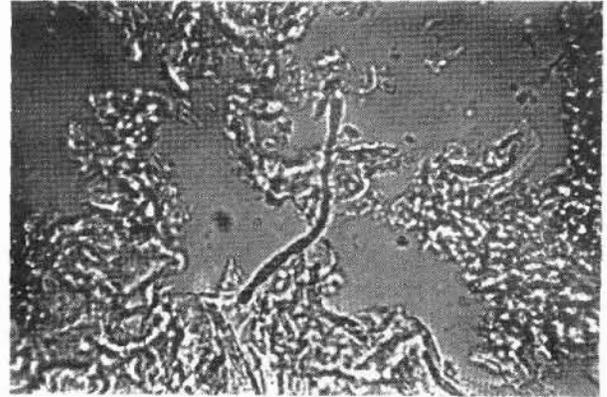
El segundo caso fue diagnosticado en el Servicio de Dermatología del Hospital Dr. Calderón Guardia y confirmado con los respectivos estudios en el laboratorio clínico de dicho hospital. Los otros dos casos fueron diagnosticados en el Laboratorio de Micología de la Facultad de Microbiología de la Universidad de Costa Rica. Las muestras se obtuvieron por raspado con bisturí de las lesiones y las escamas fueron sometidas a aclaramiento con KOH al 20% para su estudio microscópico. El aislamiento primario se efectuó utilizando placas de Baboraud Glucosado al 20% y Mycosel e incubadas a temperatura ambiente. Las cepas están conservadas en aceite mineral estéril en la Micoteca del Laboratorio de la Cátedra de Micología de la Facultad de Microbiología de la Universidad de Costa Rica.

#### RESULTADOS:

Al examen directo se observó en los tres casos gran cantidad de hifas pigmentadas de longitud y diámetro variable, sinuosas, con septos muy seguidos y ramificados. Además se encontraron blastosporas alargadas y uniseptadas. (Fig. 4). En los medios de Saboraud y Mycosel; las colonias jóvenes fueron levaduriformes, redondas, convexas, brillantes; con una orla de filamentos y fuertemente pigmentadas; excepto en el primer caso en que inicialmente fueron color café amarillento; transformándose luego al color negro característico. (Fig. 5). Las cepas se han mantenido predominantemente levaduriformes; excepto la cepa del primer caso, que se transforma en micelial dándole un aspecto mate aterciop-

lado.

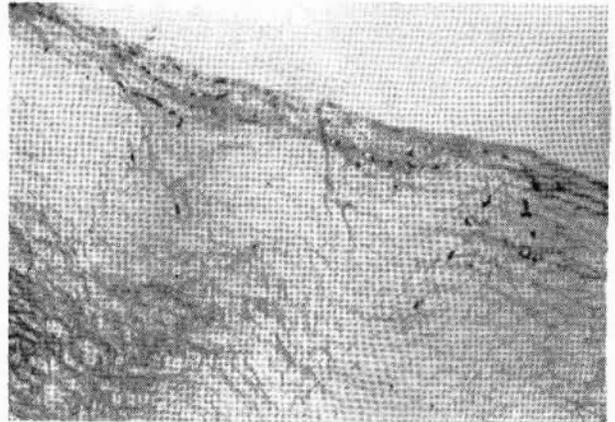
En la biopsia; con coloración de metamina de plata; se observa el hongo en la capa cornea. (Fig. 6).



**Fig. 4. Examen directo. Hay hifas pigmentadas, septadas, ramificadas. Blastosporas.**



**Fig. 5. Mycosel. Colonias levaduriforme, redondas, convexas; con orla de filamentos.**



**Fig. 6. Se observan los hongos en la capa cornea. Biopsia. Metamina de plata.**

#### CONCLUSIONES:

Es importante mencionar el hecho que los tres casos ocurren en mujeres jóvenes, de raza blanca; cuyas lesio-

nes se localizan en la mano izquierda; como ha sido mencionado en otros trabajos<sup>3-5-8-9-12-14</sup> se ha encontrado una asociación entre las lesiones producidas por *Exophiala werneckii* y la hiperhidrosis de la zona afectada<sup>5-14</sup>; lo cual es corroborado por el trabajo de Keddy<sup>15</sup> en que experimentalmente demostró la predilección del hongo por las áreas adyacentes a las glándulas sudoríparas. En Costa Rica la zona endémica de la Tinea Nigra parece ser la costa del Pacífico; ya que nuestros pacientes relatan haber visitado esa zona previo a la aparición de las lesiones. Es importante hacer notar que hasta el momento no se han presentado casos de la zona Atlántica en donde la raza que predomina es la negra a diferencia del Pacífico en que predomina la blanca. En relación con su tratamiento todos los pacientes respondieron muy bien a la aplicación de queratolíticos; evidenciando la benignidad de esta micosis<sup>14</sup>. Como se deduce de este trabajo y de muchos de los descritos en la literatura<sup>5-8-14</sup> la Tinea Nigra producida por *Exophiala werneckii* sigue un patrón clínico y epidemiológico muy similar lo cual facilita aún más su reconocimiento.

#### RESUMEN:

Se presentan tres casos de Tinea Nigra producidos por *Exophiala werneckii* en mujeres jóvenes acompañados de hiperhidrosis y siempre en la mano izquierda. Todos los casos visitaron previamente la costa del Pacífico del país.

#### REFERENCIAS:

1. Arx, J.A. Von. (1970). *Gomera of fungi sporulating in pure culture*. J. Gramer, Lehre.
2. Borelli, D. (1961). *Esquemas de Micología Médica: Micosis y sus agentes principales en Venezuela*. Dermat. Venezolana. 3: 136-137.
3. Borelli, D. y Marcano, C. (1973). *Cladosporium castellanii, nova species agente de Tinea Nigra*. Castellania. 1(5): 151-154.
4. Di Prisco, J. y Borelli, D. (1973). *Tinea Nigra por Cladosporium species*. Castellania, 1(3): 97-100.
5. García, Mayorga, P.R. y Silva M. (1966). *Tinea Nigra palmaris. Estudio de dos casos Guatemaltecos*. Revista del Colegio Médico de Guatemala. 17(4): 212-218.
6. Horta, P.P. (1921). *Sobre un caso Tinha Preta e um novo cogumelo (Cladosporium werneckii)*. Rev. Med. Cir. Bras. 29:269-274.
7. Marcano, C. y Hutton, B. (1973). *Tinea Nigra plantaris por Cladosporium sp. segundo caso*. Castellania. 1(4): 129-131.
8. Marín Rojas, R. (1972). *Primeros casos de Tinea Nigra palmaris en Costa Rica*. Rev. Lat-Amer. Microbiol. 14: 25-27.
9. Mc Ginnis, M.R. (1979). *Taxonomy of Exophiala werneckii and its relationship to Microsporum mansoni*. Sabouraudia. 17: 145-157.
10. Mok, W.Y. (1982). *Nature and Identification of Exophiala werneckii*. J. Clin. Microbiol. 16: 976-978.
11. Neves, J.A. y Costa, O.G. (1947). *Tinea Nigra*. AMA Arch. Dermat. 55:67-84.
12. Reyes, O. y Borelli, D. (1974). *Caso de Tinea Nigra por cepa peculiar de Cladosporium castellanii*. Dermat. Venez. 13:21-28.
13. Smith, J.G.; Sams, W.M. and Roth, F.J. (1958). *Tinea Nigra palmaris. A disorder easily confused with junction nevus of the palm*. J. Amer. Ass. 167: 312-314.
14. Tapia, A. (1975) *Tinea Nigra en la República de Panamá*. Memoria de la I Reunión México-Centroamérica de Dermatología. 71-74.
15. Keddy, F. (1964). *Cladosporium werneckii, infection and in vivo culture*. Arch. Dermat. 89:432-435.