

Tinea Nigra na cidade de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro

Natasha Queiroz Nogueira¹, Edilbert Pellegrini Nahn Júnior²

¹Aluna da Faculdade de Medicina de Campos/RJ

²Médico dermatologista, professor-auxiliar da Faculdade de Medicina de Campos/RJ

RESUMO

A Tinea nigra é uma dermatomicose rara, superficial, assintomática e de aparecimento esporádico que compromete o estrato córneo da epiderme causada pelo fungo *Phaeoanellomyces werneckii*. O objetivo é relatar um caso de uma paciente infantil com a doença em região palmar esquerda na cidade de Campos dos Goytacazes, RJ; através da revisão de prontuário e da literatura. Conclui-se que o diagnóstico clínico feito adequadamente por todos profissionais da área médica, sem a necessidade exacerbada de coletar amostras da lesão e submeter o paciente a exames invasivos, permite que a patologia seja, portanto tratada, e não confundida com outras lesões melanocíticas.

Palavras-chave: Tinea, dermatomicose, epidemiologia.

ABSTRACT

Tinea nigra is a rare dermatomycosis, superficial, asymptomatic and sporadic appearance that compromises the stratum corneum of the epidermis caused by the fungus *Phaeoanellomyces werneckii*. The aim is to report a case of a child with the disease in the left palm in the city of Campos dos Goytacazes, RJ; through chart review and literature. We conclude that the clinical diagnosis adequately for all medical professionals, without the need to collect samples exacerbated the injury and the patient undergo invasive tests, allows the pathology is thus treated, and not confused with other melanocytic lesions.

Keywords: Tinea, dermatomycosis, epidemiology.

Autor para correspondência: Natasha Queiroz Nogueira

Rua Voluntários da Pátria, 283, apt.02, Centro, Campos dos Goytacazes - RJ, CEP:28.035-260;
email: natashaqnogueira@gmail.com



INTRODUÇÃO

Tinha negra ou Tinea nigra (TN) trata-se de uma dermatomicose superficial, crônica, assintomática e de aparecimento esporádico que compromete o estrato córneo da epiderme.^{1,2,3,4} Também chamada de Ceratofitose negra, Keratomycosis nigricans palmaris, Pitíriase negra, Microsporosis nigra, Keratophytia nigra, Cladosporiose epidérmica e Keratomycosis nigricans.^{1,5,6}

Esta patologia foi primeiramente descrita em Salvador, Bahia, no ano de 1891 por Alexandre Evangelista Cerqueira sendo chamada de Keratomycosis nigricans palmaris.^{1,2,5,6,7} Após vários estudos o fungo foi classificado como do gênero *Phaeoannellomyces* por se tratar de um agente demáceo (*Phaeo* = escuro), cuja conidiogênese se faz por anelação (*annellomyces* = anel), sendo esta a nomenclatura usada.⁶

O fungo *Phaeoannellomyces werneckii*, da família *Phaeoannelomyceae*¹ é um fungo sapróbio que habita o meio ambiente, principalmente locais com grande concentração salina⁴ como areias de praia, solo, água suja, vegetais em deterioração, ambientes úmidos e pele normal (couro cabeludo e espaços interdigitais).^{1,2,5,7,8}

A TN é uma dermatose rara, de distribuição universal, mais comum em regiões tropicais e subtropicais^{1,2,7}, principalmente nas Américas do Sul e Central, sul da África, Austrália, Ásia e extremo Oriente.^{1,2} Raramente tem sido descrita em regiões de clima temperado.^{5,8,9,10} Contudo, focos endêmicos de TN existem na costa sudeste dos Estados Unidos e Texas.⁸ Na América Latina os países com maior incidência são Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México, Panamá e Venezuela.⁵ Já no Brasil, os casos são originários da Bahia, Espírito Santo, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo; todos estados litorâneos.^{1,2} Há casos esporádicos mencionados nos estados do Amazonas, Ceará, Minas Gerais, Pará e Rio Grande do Sul.²

A transmissibilidade da doença ainda é desconhecida, mas a maioria dos casos teve início após episódio de traumatismo mesmo que não houvesse lesões de continuidade da pele.² Nota-se que quando vários membros de uma mesma família apresentam a infecção indica-se que houve exposição a uma fonte comum de contaminação e não se associa a transmissão interpessoal.⁸ Salienta-se que não há fatores predisponentes à aquisição desta patologia, assim como não há comprometimento imune relevante que leve a um desequilíbrio na relação hospedeiro/fungo, e a associação genética, por sua vez é inexistente.² O que se sabe é que a hiperhidrose é um achado frequente entre os pacientes com TN.^{5,11}

A TN pode comprometer indivíduos de qualquer idade e de todos os grupos sociais, no entanto, predomina em jovens com menos de vinte anos, da raça branca, mulheres (3:1) e de nível sócio econômico mais elevado.^{1,2,5,7,12}

O período de incubação do fungo varia de duas a sete semanas e desenvolve uma doença totalmente assintomática.^{2,8} Caracteriza-se pelo surgimento de

pequenas manchas castanhas escuras ou pretas, únicas ou múltiplas, de bordos nítidos, com ausência de qualquer processo inflamatório podendo apresentar uma leve descamação fina e assimétrica.^{2,9} Geralmente acomete a região palmar e a borda dos dedos, sendo mais difícil a afecção plantar, do dorso das mãos, punhos, região cervical, tórax e genitália.² O comprometimento bilateral é raríssimo.^{2,10}

O diagnóstico da TN é clínico, mas pode ser confirmado com diferentes testes laboratoriais.¹ Destaca-se o exame micológico direto, com hidróxido de potássio entre 10% a 20% em solução aquosa de dimetil-sulfóxido; e o isolamento fúngico em meio de ágar-Sabouraud simples ou com cicloheximida e cloranfenicol a 0,5% {usado para confirmar a patologia}.^{1,2,5,12} A histopatologia é desnecessária como teste de rotina, sendo excepcionalmente realizada quando a hipótese principal para o diagnóstico do quadro não é a TN.^{1,4}

A TN é uma patologia que regrida consideravelmente com uso de antifúngicos tópicos, sendo os imidazólicos a substância mais usada para a remissão desta doença.^{10,11,12} Agentes ceratolíticos (solução de ácido salicílico a 2 - 3%, enxofre a 3%, ácido retinóico e tintura de iodo) também podem ser utilizados.⁵ Casos de cura espontânea são extremamente raros.⁷

Apesar de ser diagnosticada facilmente, torna-se fundamental diferenciar a TN de outras lesões pigmentadas da pele. Dentre elas destacam-se o nevo melanocítico, melanoma, sífilis secundária, pigmentação exógena (tintas, nitrato de prata, corantes, nanquim), dermatite de contato, eritema pigmentado fixo, pitíriase versicolor, hiperchromia pós-inflamatória, púrpura do atleta e hematomas.^{1,2,7,10} Dado o exposto, este trabalho visa apresentar um caso clínico a respeito da TN e discutir seus dados epidemiológicos e diagnósticos diferenciais com o objetivo de não se realizar o manejo clínico errôneo.

OBJETIVO

Relatar um caso sobre Tinea nigra, além de ressaltar sua verdadeira importância para o manejo clínico e diferenciar de maneira adequada com as demais patologias melanocíticas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, sendo seu delineamento feito a partir da análise do prontuário de uma paciente que desenvolveu uma lesão em região palmar esquerda.

RESULTADO

Paciente do sexo feminino, 5 anos de idade, cor branca, natural e procedente de Campos dos Goytacazes/Rio de Janeiro. Foi encaminhada ao consultório de Dermatologia por seu responsável que observou a presença de uma "mancha na mão" esquerda iniciada há quatro semanas e de aumento progressivo. Negava qualquer tipo de sinal inflamatório, prurido, descamação e escurecimento da lesão; além de contato com areia de



praia, solo úmido e mofo.

O Responsável relatou que a menor era saudável, livre de comorbidades e negava uso de medicação. Na história familiar não havia neoplasia dermatológica mencionada. Mãe hipertensa.

Ao exame dermatológico evidenciou-se uma mancha acinzentada-acastanhada de contornos geográficos precisos na região palmar esquerda, algo semelhante a um coração (figuras 1 e 2). Não foi coletado material para a realização de qualquer tipo de exame laboratorial.

Foi então instituída terapia medicamentosa com Ciclopirox olamina (Micolamina®) creme e com um sabão composto por ácido salicílico, enxofre precipitado e excipientes tais como povidona k-30,

Figura 1



Figura 2



trietanolamina e edetato tetrassódico (Salder®).

Após vinte e dois dias de início da terapia não havia mais nenhuma lesão na região palmar esquerda da paciente confirmando, portanto, o diagnóstico e sucesso do tratamento estabelecido.

DISCUSSÃO

A Tinea nigra, micose superficial, cosmopolita, causada pelo fungo demáceo *Phaeoannellomyces werneckii*, é considerada uma doença das regiões tropicais e subtropicais principalmente nas cidades de áreas costeiras.

Inicialmente descrita na Bahia no ano de 1891 por Alexandre Evangelista Cerqueira. Sendo posteriormente relatada no ano de 1916, por seu filho Cerqueira Pinto que defendeu sua tese de doutorado mencionando oito casos desta dermatomicose. Em 1922 foi realizada a primeira descrição desta patologia no Rio de Janeiro por Parreira Horta, sendo este também responsável pelo isolamento e

classificação do fungo denominando-o de *Cladosporium werneckii*.⁶ Em 1960 observou-se o primeiro caso em São Paulo sendo descrito o agente *Pullularia werneckii*.⁶ Na década seguinte novos estudos classificaram o fungo no gênero *Exophiala* (*Exophiala werneckii*). Após 15 anos, pesquisadores propuseram o gênero *Hortaea werneckii* com o intuito de homenagear Parreira Horta. Em 1985, Mc Guinnis considerou essa expressão sem embasamento científico e sugeriu o gênero *Phaeoannellomyces* por se tratar de um fungo demáceo (*Phaeo* = escuro), cuja conidiogênese se faz por anelação (*annellomyces* = anel), sendo esta a nomenclatura atualmente usada.^{6,11}

Dos inúmeros casos relatados na literatura nacional a respeito da TN, na maioria deles fica claro que a grande parte dos indivíduos comprometidos com a doença apresentava idade inferior aos vinte anos, sendo os pré-escolares os mais afetados.¹³ Este dado condiz com a idade da paciente do caso em questão.

Com relação às variáveis sexo e raça, a literatura informa que os pacientes afetados são geralmente mulheres brancas, seguido das pardas e negras.¹³ Tais informações são percebidas no caso apresentado.

No levantamento de dados houve predomínio de surgimento da lesão na palma das mãos, sendo menos comum o comprometimento palmar bilateral, plantar e nos espaços interdigitais.¹³ De acordo com a literatura o local

Figura 3



Figura 4



mais afetado é a região palmar esquerda coincidindo desta maneira com o presente relato.

A lesão da TN é assintomática, crônica, geralmente única e enegrecida. Pode assumir a forma geográfica em "coração" sendo semelhança a uma imagem da natureza chamada "Coeur de Voh" (Figura 3). Quando a lesão evidencia duas máculas marrom-escuras apresenta a forma geográfica em "bico de papagaio" e assemelha-se à formação rochosa que também recebe este nome (Figura 4).¹⁴

A lesão descrita no caso, localizada na região palmar esquerda, após análise comparativa de imagens assemelha-se a forma geográfica em "coração". (Figuras 1 e 2)

A confirmação diagnóstica é feita através de exame micológico direto, usando hidróxido de potássio entre 10% a 20% em solução aquosa de dimetil-sulfóxido, coletando escamas por meio de raspado da lesão que evidencia múltiplas hifas demáceas (presença do pigmento dihidroxi-naftaleno melanina), septadas, ramificadas, curtas, de extremidades espessas ou finas, hialinas, de diâmetro variável, conídeos marrom-claros, elípticos, unicelulares e bicelulares característicos do *Phaeoanellomyces werneckii*.^{1,2,5,7,8,10} Outro método usado é o isolamento fúngico em meio de ágar-Sabouraud simples ou com cicloheximida e cloranfenicol a 0,5%; capaz de promover o desenvolvimento do agente em um período de sete a vinte e cinco dias; evidenciando colônias brilhantes, úmidas, lisas e esféricas, de coloração branca-acinzentada com posterior hiperpigmentação semelhante a uma "gota de petróleo", quando então se visualiza um franjeado filamentoso na periferia da amostra com colônias de células globosas, leveduriformes, de micélio alongado e tortuoso com inúmeros septos.^{1,10} Já no exame histopatológico da lesão biopsiada se observa o espessamento da camada córnea, hifas septadas escuras com discreta acantose e reação inflamatória linfocitária perivascular mínima ou ausente¹.

O diagnóstico da TN é clínico e não há necessidade de se solicitar testes laboratoriais quando se tem certeza do tipo de lesão apresentada. Neste relato nenhum teste foi solicitado e nem realizado com a paciente.

Todavia, se o examinador tiver dúvida do aspecto da lesão, pode realizar a dermatoscopia cuja finalidade é visualizar estruturas localizadas abaixo do estrato córneo e estabelecer o diagnóstico diferencial com outras lesões de pele.¹⁵

Os principais diagnósticos diferenciais da TN, dentre os inúmeros padrões dermatoscópicos, são: o nevo junctional e o melanoma. A dermatoscopia do nevo junctional melanocítico apresenta uma rede pigmentar regular "em favo de mel", de tonalidade acastanhada e uniforme ou mais proeminente no centro e esmaecimento gradual para as bordas.¹⁵ No melanoma cutâneo as lesões apresentam aspecto assimétrico, com polimorfismo de estruturas e cores, e formato irregular.¹⁵ Já a dermatoscopia da TN revela espículas pigmentadas, caracterizada por cadeias finas de cor marrom claro que formam uma mancha

reticulada de cor marrom escuro.^{16,17}

Destaca-se que a TN é uma patologia que regride consideravelmente com uso de antifúngicos tópicos, sendo os imidazólicos os mais usados para a remissão da doença.^{1,2,5,11}

Rosetto, Cruz e Haddad Jr (2013) trataram casos de Tinea nigra plantaris bilateral através de estudo duplo cego com os antifúngicos tópicos isoconazol e terbinafina e concluíram que essas medicações apresentam a mesma eficácia na cura clínica dos casos por eles relatados.

Outras classes medicamentosas como os agentes ceratolíticos (solução de ácido salicílico a 2 - 3%, enxofre a 3%, ácido retinóico e tintura de iodo) também podem ser utilizados na cura da TN¹⁹.

O tratamento deve ser continuado por duas a quatro semanas após resolução do quadro para prevenir recidivas e evitar recorrência da TN. Houve descrição de melhora e desaparecimento da lesão apenas com a realização da raspagem micológica⁵. Casos de cura espontânea {da TN} são extremamente raros⁷.

CONCLUSÃO

Este caso demonstra a importância de critérios epidemiológicos e do aspecto clínico da lesão para se evitar o diagnóstico errôneo da TN e a solicitação de exames laboratoriais de maneira exacerbada. Torna-se claro que esta patologia, apesar de simples, pode levar ao erro diagnóstico freqüente, sendo fundamental seu conhecimento não só por médicos especialistas, mas também pelos demais profissionais da área médica.

REFERÊNCIAS

1. Dinato, S L M; Almeida, J RP; Romiti, N; Camargo, F A. Tinea nigra na cidade de Santos: relato de cinco casos. An bras Dermatol 2002; 77(6):713-18.
2. Diniz, L M. Estudo de nove casos de tinha negra observados na Grande Vitória (Espírito Santo, Brasil) durante período de 5 anos. An bras Dermatol 2004; 79(3):305-10.
3. Puccio, F B; Chian, C. Acral junctional nevus versus Acral lentiginous melanoma in situ. Arch Pathol Lab Med 2011; 135:847-52.
4. Revankar, S G; Sutton, D A. Melanized fungi in human disease. Clin Microb Rev 2010; 23 (4):884-928.
5. Zoppas, B C A; Casal, F; Fracasso, J; Triaca, C U. Relato de dois casos de Tinea nigra na cidade de Caxias do Sul, RS, Brasil. RBAC 2011; 43(1):26-8.
6. Lacaz, C da S; Porto, E; Martín, J E C M; Heins-Vaccari, E M; Melo, N T. Tratado de Micologia Médica. Páginas: 12-4, 90, 166-67, 242-44, 256, 303-04; São Paulo: Editora Sarvier; 2002.
7. Rosetto, A L; Cruz, R C B. Spontaneous cure in a case of



Tinea nigra. An bras Dermatol 2012; 87(1):60-2.

8. Wolff, K; Goldsmith, L A; Katz, S I; Gilchrest, B A; Paller, A S; Leffell, D J. Fitzpatrick - Tratado de Dermatologia. 5ªed. São Paulo: Editora Revinter; 2011.

9. Perez, C; Colella, M T; Olaizola, C; Capriles, C H; Magaldi, S; Mata-Essayag, S. Tinea nigra: report os twelve cases in Venezuela. Mycopath 2005; 160: 235-38.

10. Almeida Jr, H L; Dallazem, N R; Santos, L S dos; Hallal, S A S. Bilateral tinea nigra in a temperate climate. Dermat Onl Journ 2007; 13(3):25.

11. Sampaio, S A P; Rivitti, E A. Dermatologia. 3ªed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2007.

12. Azulay, R D; Azulay, D R; Azulay-Abulafia, L. Dermatologia. 5ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2008.

13. Giralardi, S; Abbage, K T; Marinoni, L P; Oliveira, V C; Bertogna, J. Tinea nigra: relato de seis casos no Estado do Paraná. An. Bras. Dermatol. 2003; 78(5):593-600.

14. Rossetto, A L; Cruz, R C B. Tinea nigra nas formas geográficas em "coração" e "bico do papagaio". An. Bras. Dermatol. 2011; 86(2):389-90.

15. Rezze, G G; Sá, B C S de; Neves, R I. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. An. Bras. Dermatol. 2006; 81(3):261-68.

16. Cabrera, R; Sabatini, N; Urrutia, M; Sepúlveda, R. Tiña negra (tinea nigra): comunicaci3n de un caso al3ctono en Chile. Rev. chil. infectol. 2013; 30(1): 90-3.

17. Criado, P R; Delgado, L; Pereira, G A. Dermoscopy revealing a case of tinea nigra. An. Bras. Dermatol. 2013; 88(1): 128-9.

18. Rossetto, A L; Cruz, R C B; Haddad Jr, V. Double-blind study with topical isoconazole and terbinafine for the treatment of one patient with bilateral Tinea nigra plantaris and suggestions for new differential diagnosis. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo 2013; 55(2): 125-8.

19. Oliveira, J C. T3picos em Micologia M3dica. 3ª ed. Rio de Janeiro; 2012. Dispon3vel em: <http://www.controllab.com.br/pdf/topicos_micologia_3ed.pdf>.