

RELATO DE CASO

TINEA NEGRA SIMULANDO MELANOMA, UM DIAGNÓSTICO AUXILIADO PELA DERMATOSCOPIA**TINEA NIGRA SIMULATING MELANOMA, AN AUXILIATED DIAGNOSIS BY DERMATOSCOPY**

Luís Augusto Franzão Vasconcelos¹, Larissa Moreira Galvão Bello¹, Yasmin Pugliesi², Luciane Prado Silva Tavares³.

RESUMO

A tinea negra caracteriza-se como uma infecção fúngica rara à camada córnea, causada pelo fungo *Phaeoannellomyces werneckii*. É notória a semelhança entre casos dessa dermatofitose e do melanoma, e sua diferenciação é preconizada para evitar procedimentos invasivos. Tratando-se de uma doença rara e ainda menos incidente no estado, descreve-se uma paciente de 33 anos do sexo feminino, apresentando mácula plantar entre o terceiro e quarto pododáctilos direito, com hifas marrons claras entrecruzadas à dermatoscopia. Diagnóstico confirmado com exame micológico direto. O diagnóstico pode ser potencializado pelo uso do dermatoscópio, cujo acesso tem evoluído.

Palavras-chave: tinea negra; melanoma; dermatoscopia; dermatofitose.

ABSTRACT

Tinea nigra is characterized as a rare fungal infection on corneous layer, caused by the fungus *Phaeoannellomyces werneckii*. It's noticeable the similarity between cases of black tinea and melanoma, and its differentiation is recommended to avoid invasive procedures. As a rare and even less incident disease in the state, a 33-year-old female patient is described, presenting a plantar macula between the third and fourth right pododactyls, with light brown hyphae interspersed at dermoscopy. Diagnosis confirmed with mycological exam. The diagnosis can be enhanced by using dermatoscope.

Keywords: tinea negra; melanoma; dermatoscopy; dermatomycoses.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Vasconcelos LAF, Bello LMG, Pugliesi Y, Tavares LPS (2018) Tinea negra simulando melanoma, um diagnóstico auxiliado pela dermatoscopia. Revista de Patologia do Tocantins, 5(1): 38-40.

Instituição: ¹Acadêmico(a) de Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Tocantins, Brasil; ²Médica residente em dermatologia, Universidade Federal do Tocantins, Tocantins, Brasil; ³Médica dermatologista, Hospital Geral Público de Palmas, Tocantins, Brasil.

Autor correspondente: Luís Augusto Franzão Vasconcelos;
luisaugustofv@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 01 de dezembro de 2017.

Direitos Autorais: © 2017 Vasconcelos et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

INTRODUÇÃO

A tinea negra representa uma infecção fúngica crônica, superficial, rara e assintomática da camada córnea causada pelo fungo *Phaeoannellomyces werneckii*, também denominado *Hortaea werneckii*. Trata-se de um fungo saprófito encontrado em solo, plantas, ambientes úmidos e regiões de alta concentração salina, como a areia da praia^{1,2}.

Esta dermatose é mais prevalente em regiões tropicais e subtropicais^{1,3}. No Brasil, essa infecção fúngica tem sido documentada com mais frequência nos estados da região sudeste e sul, principalmente em áreas litorâneas^{1,4}. Acomete ambos os sexos e qualquer faixa etária, com maior predileção para o sexo feminino e menores de 20 anos^{1,3,4,5}.

O meio de transmissão permanece desconhecido, contudo a literatura aponta que os casos relatados são provenientes de áreas costeiras, devido ao fato do *Phaeoannellomyces werneckii* conseguir sobreviver a altas concentrações de sal (NaCl 3-30%)⁶. O que evidencia a possibilidade de ser uma infecção micótica adquirida em areias de praia que acomete indivíduos suscetíveis^{1,3}.

A tinea negra possui um período de incubação de duas a sete semanas³. Clinicamente é descrita por máculas de coloração castanha ou negra localizadas em maior frequência na região palmar ou nas bordas dos quirodáctilos e menos frequentemente na região plantar. São ainda mais raros os casos de acometimento bilateral^{1,6}. Essa coloração negra característica ocorre devido à presença do pigmento melânico na parede celular do fungo⁵.

Recomenda-se a diferenciação com lesões pigmentares como: melanoma e nevo melanocítico^{1,5,6}. É importante a confirmação diagnóstica precoce para que se possam evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários^{1,4,5}. Ressaltam-se outros diagnósticos diferenciais como: sífilis secundária, eritema pigmentar fixo, pigmentação exógena, dermatite de contato e hematomas^{1,3}.

O presente estudo preconiza a diferenciação da tinea negra com o melanoma, visto que se trata de uma doença de tratamento simples e com prognóstico satisfatório¹. Portanto, se for reconhecida de forma precoce, evita condutas cirúrgicas invasivas e errôneas^{1,4}.

RELATO DO CASO

Paciente R.F.S., 33 anos, sexo feminino, relata aparecimento de mancha entre os dedos dos pés, não sabe precisar sobre tempo de evolução pois percebeu recentemente. Lesão indolor, sem sintomas locais. Ao exame dermatológico apresentava mácula pigmentada plantar, bem delimitada, coloração negra-acinzentada, localizada entre terceiro e quarto pododáctilos direito. Na dermatoscopia presença de múltiplos filamentos de coloração marrom clara que se entrecruzavam formando emaranhado característico. No exame micológico direto observou-se a presença de hifas demáceas, compatível com *Phaeoannellomyces werneckii*. Feito diagnóstico de *Tinea nigra*.

DISCUSSÃO

O diagnóstico da tinea negra pode ser facilmente confundido com melanoma cutâneo^{7,8,9}. Alguns casos podem ser erroneamente diagnosticados e submetidos desnecessariamente a cirurgias invasivas. O diagnóstico é clínico, sendo confirmado laboratorialmente pelo exame micológico direto^{1,3}. Esse exame revela hifas enegrecidas, septadas, disformes e ramificadas, em que o pigmento é a melanina¹. Atualmente a dermatoscopia tem sido aplicada para diagnosticar casos de tinea negra^{5,6}.

O padrão dermatoscópico da TN é comumente caracterizado por pigmentação amorfa marrom claro, com espículas finas, de distribuição irregular, pontos negros dispersos, distribuição superficial, bordas bem delimitadas, com pequenas ou nenhuma gradação de cores, podendo apresentar sulcos e poros^{7,9,10,11}. Já em melanomas tem-se um marrom mais escuro distribuído em gradações de tonalidades paralelas entre os sulcos naturais da pele.¹⁰ Percebe-se ao exame dermatoscópico uma semelhança em relação a dimensão e a coloração dessas duas afecções. A ausência de glóbulos, estrias e redes pigmentares favorece a exclusão de melanoma¹¹.

O uso de dermatoscópio potencializa significativamente o diagnóstico de tinea negra, enquanto nenhum caso foi diagnosticado sem seu uso, 53,8% dos casos em que foi usado, o diagnóstico foi correto⁸. Além disso, é notório o avanço na facilidade de uso e acesso à técnica dermatoscópica, favorecida pelo avanço da qualidade das câmeras de celulares e tem demonstrado bons resultados^{10,11}.

CONCLUSÃO

Desse modo, é de suma importância a realização da análise dermatoscópica para o diagnóstico de lesões de pele, uma vez que manchas como de tinea negra ou de outras dermatoses raras podem ser erroneamente diagnosticadas por análise macroscópica simples, o que prejudica a qualidade do tratamento e a integridade do paciente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Dinato SLM; Almeida JRP; Romiti N; Camargo FAA. Tinea Nigra na cidade de Santos: relato de cinco casos. An Bras Dermatol. 2002; 77(6): 721-726.
2. Rossetto AL; Cruz RCB. Tinea nigra nas formas geográficas em "coração" e "bico do papagaio". An Bras Dermatol. 2011; 86(2): 389-390.
3. Diniz, LM. Estudo de nove casos de tinea negra observados na Grande Vitória (Espírito Santo, Brasil) durante período de cinco anos. An Bras Dermatol. 2004; 79(3): 305-310.
4. Mendes TD; Antonia MD; Gatti RF; Segre NF; Meotti CD; Santos TAL. Dermatoscopia de tinea negra palmar com reação inflamatória localizada. Rev Bras Med. 2015; 72(N Esp G3).
5. Guarenti IM; Junior HLA; Leitão AH; Rocha NM; Silva RM. Scanning electron microscopy of *tinea nigra*. An. Bras. Dermatol. 2014; vol.89 no.2.
6. Cabrera, R; Sabatini, N; Urrutia, M; Sepúlveda, R. Tiña negra (tinea nigra): comunicación de un caso alóctono en Chile. Rev. chil. infectol. 2013; 30(1): 90-3.

7. Criado PR; Delgado L; Pereira GA. Dermatoscopia no diagnóstico da *Tinea nigra*. *An Bras Dermatol.* 2013; 88(1):131-2.
8. Abinader MVM; Maron SMC; Araújo LO; Silva AA. *Tinea nigra* dermoscopy: A useful assessment. *J Am Acad Dermatol.* 2016; 74:e121-2.
9. Solak B; Unus Z. *Tinea nigra* on the fingers. Solak B, Unus Z. *BMJ Case Rep.* 2015; doi:10.1136/bcr-2015-211124.
10. Noguchi H; Hiruma M; Inoue Y; Miyata K; Takana M; Ihn H. *Tinea nigra* showing a parallel ridge pattern on dermoscopy. *Journal of Dermatology;* 2015; 42: 518–520.
11. Rosetto AL; Corrêa PR; Cruz RCB; Pereira EF; Junior VH. Um caso de *Tinea nigra* associada a um acidente por mordedura de coelho europeu (*Oryctolagus cuniculus*, Leporidae): papel da dermatoscopia no diagnóstico. *An Bras Dermatol.* 2014; 89(1):169-70.
12. Rosseto AL. Cruz RCB. *Tinea nigra*: successful treatment with topical butenafine. *An Bras Dermatol.* 2012; 87(6):936-41.