
Tinea nigra: RELATO DE 11 CASOS
DIAGNOSTICADOS EM JOÃO PESSOA –
PARAÍBA – BRASIL

Edeltrudes O. Lima,¹ Zélia B. V. S. Pontes,¹ Neuza Maria C. Oliveira,² Maria Fátima P. Carvalho² e Maria Fátima L. Guerra³

RESUMO

Tinea nigra é uma infecção micótica superficial causada pela *Hortaea werneckii*. A enfermidade se localiza nas palmas das mãos e na planta dos pés e se caracteriza pela presença de máculas pigmentadas, marrons ou pretas. A micose é muito freqüente nas regiões tropical e subtropical do continente americano. No Brasil têm-se registrado casos nos seguintes Estados: Bahia, Espírito Santo, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. Neste trabalho foi relatada a ocorrência de 11 casos de *Tinea nigra* em João Pessoa – Paraíba.

UNITERMOS: *Hortaea werneckii*. *Tinea nigra*. Micose superficial.

INTRODUÇÃO

A Paraíba está localizada na parte oriental do Nordeste do Brasil e possui 56.372 km². Apresenta diferentes paisagens, em detrimento da proximidade do mar, e a vegetação litorânea é constituída por matas, manguezais e cerrados. O clima é quente e úmido, no geral caracterizado como equatorial, pois a média anual é superior a 25°C (25), com muita influência no desenvolvimento de determinadas doenças tropicais, em especial aquelas causadas por fungos, como o *Tinea nigra*.

Tinea nigra é uma infecção micótica superficial, que se localiza especialmente na palma da mão ou na planta do pé, e raramente em outras

1 Professoras Adjuntas de Micologia do Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCF) do Centro de Ciências da Saúde (CCS)/Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

2 Farmacêuticas do Laboratório de Micologia/DCF/CCS/UFPB.

3 Médica dermatologista da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa – Paraíba.

Endereço para correspondência: Laboratório de Micologia/DCF/CCS/UFPB - Cidade Universitária - Campus I, Conjunto Castelo Branco III - Cep: 58.059-900 - Fax: 83-216.7094.

E-mail: coordfar@ccs.ufpb.br.

Recebido para publicação em 23/8/2001. Revisto em 26/9/2001. Aceito em 22/10/2001.

partes do corpo (4, 18, 24, 28). Seu agente etiológico é a *Hortaea werneckii* (12, 21), anteriormente classificada como *Pheaeoannelomyces werneckii*, *Exophiala werneckii* e *Cladosporium werneckii* (15). A micose é assintomática e caracterizada por manchas marrons ou negras, pequenas ou grandes, com pequenas escamações, porém não apresenta prurido (3, 22, 15). *H. werneckii* é encontrada na camada córnea, como pequenas hifas ou células leveduriformes (12).

Tinea nigra tem sido diagnosticada em várias partes do mundo, como nos Estados Unidos, na Índia e Europa (3, 26). Mas a maior frequência é nas regiões tropicais e subtropicais do continente americano, especialmente em países como o Brasil, Panamá, Porto Rico e Cuba (12, 22, 26, 29). No Brasil, têm sido registrados casos na Bahia, no Espírito Santo, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e em São Paulo (14, 22, 27).

A grande importância da *Tinea nigra* é que, algumas vezes, ela pode ser confundida com melanoma maligno, nevus juncional, erupções medicamentosas, doença de Addison, hematomas, manchas causadas por produtos químicos (6, 9, 19, 24).

O resultado terapêutico é variado, mas têm-se obtido bons resultados através do uso de derivados ceratinofílicos e imidazólicos. Também há casos de regressão espontânea ou através da raspagem da lesão (3, 6, 16, 19, 22).

Os registros acerca da ocorrência da *Tinea nigra* nas diversas regiões do Brasil têm sido escassos. Como contribuição, o presente trabalho relata a ocorrência de 11 casos da micose no Hospital Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba.

RELATO DOS CASOS

Durante o período de 1989 a 2000, 11 pacientes atendidos na Clínica de Dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, com suspeita clínica de *Tinea nigra*, foram encaminhados ao Laboratório de Micologia do Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde – UFPB, para o diagnóstico micológico. Todos os pacientes procediam da cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba. Na Tabela 1, estão registrados os dados dos 11 pacientes, incluindo idade, sexo, raça, localização e o tamanho das lesões.

Tabela 1. Dados dos 11 pacientes com *Tinea nigra*

Pacientes						Lesões	
Nº	Data	Idade (anos)	Sexo	Raça	Profissão	Localização	Tamanho (cm)
1	1989	45	F	B	Do lar	Palma direita	2,5
2	1990	19	M	B	Estudante	Palma direita	2,0
3	1991	4	M	B	Estudante	Palma direita	1,0
4	1992	11	F	B	Estudante	Palma esquerda	1,5
5	1997	4	M	B	Estudante	Palma esquerda	2,0
6	1998	13	F	B	Estudante	Palma direita	1,4
7	1999	14	M	B	Estudante	Palma direita	1,6
8	1999	11	F	B	Estudante	Palma direita	1,4
9	1999	35	F	B	Do lar	Palma direita	1,6
10	1999	8	F	B	Estudante	Palma direita	1,4
11	2000	3	M	B	Estudante	Palma direita	1,0

DADOS MICOLÓGICOS

Para os exames diretos e cultura, foram coletadas escamas das lesões escuras localizadas nas palmas das mãos. Foi feito o exame microscópico direto, entre lâmina e lamínula com o clarificador hidróxido de potássio a 10%. Foram observadas hifas ramificadas, septadas, sinuosas; conídios ovalados, alongados com e sem septos, de coloração escura. O material coletado foi inoculado em ágar Sabouraud dextrose a 2% (Difco Laboratories Ltda.) com cloranfenicol e incubado a 28 – 30°C, durante três semanas. O fungo cresceu lentamente e, inicialmente, na forma leveduriforme, produziu colônia úmida, brilhosa e negra. Posteriormente, a colônia tornou-se cotonosa, com micélio na periferia e reverso escuro. No exame microscópico da cultura, foram observadas hifas ramificadas, septadas, sinuosas e conídios redondos e ovalados, unisseptados ou não, isolados ou em conjunto e de coloração escura.

DISCUSSÃO

Tinea nigra é uma doença diagnosticada nas regiões tropical e subtropical, como América do sul, América Central e Ásia (24). Os primeiros casos da referida micose relatados na literatura são originados dessas regiões. No Brasil, os casos registrados na literatura vêm dos seguintes Estados: Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Paraná, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo (1, 10, 19, 22, 27). E novos casos têm sido diagnosticados freqüentemente nos Estados Unidos e na Europa (3, 24, 26).

Neste trabalho, foram estudados 11 casos de *Tinea nigra*, sendo os pacientes oriundos da cidade de João Pessoa. Foram analisados os padrões como idade, sexo, raça, profissão, localização e tamanho da lesão.

Segundo os estudos de Moreira (19), Rippon (24) e Severo (27), a micose tem sido diagnosticada com grande frequência em pacientes jovens. A maioria dos pacientes tem menos de 19 anos. Os casos observados e diagnosticados em nosso laboratório acerca da idade dos pacientes confirmam os dados da literatura (11, 13, 22, 26). Nos 11 casos relatados, 9 pacientes tinham de 3 a 19 anos de idade, e apenas 2 tinham 35 e 45 anos. Tais dados são similares àqueles observados em alguns países por Area-Leão et al. (1), Azambuja et al. (2), Dasgupta et al. (7), Gupta et al. (11), Ruiz et al. (26), estudiosos da *Tinea nigra*.

De acordo com o sexo, tem sido relatado por Rippon (24) que a *Tinea nigra* afeta as mulheres três vezes mais que os homens. É um pequeno modelo esclarecido na literatura em que a variedade dos dados é muito grande.

Entre os 11 pacientes diagnosticados, 6 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino, contrariando as hipóteses de Rippon (24), porém de acordo com a teoria de Moreira et al. (19), que afirmam que a micose não possui preferência por raça, sexo ou idade. Assim, confirmam-se os resultados de casos relatados por outros autores: Azambuja et al. (2), Purim et al. (22), Veloz et al. (30). Por outro lado, há registros na literatura (14, 17, 27, 29, 30) em que autores mostram que a *Tinea nigra* parece ser mais suscetível às mulheres do que aos homens.

Conforme Emmons et al. (8), não há afinidade da micose com idade, sexo ou raça. Mas tem sido observado que a raça branca é a mais suscetível à *Tinea nigra*, com casos publicados em vários países (2, 5, 17, 22, 27). No Brasil, os indivíduos de raça branca são os mais predispostos à micose (9). Os resultados deste trabalho mostram que, dos 11 pacientes diagnosticados com a *Tinea nigra*, todos eram de raça branca. Os dados estão completamente compatíveis com aqueles obtidos por outros pesquisadores (2, 22, 27, 29), em que os pacientes com o diagnóstico da *Tinea nigra* eram todos caucasianos. A doença praticamente não tem sido relatada em pacientes de raça negra (9, 27, 29).

Entre os pacientes diagnosticados, apenas dois deles eram donas de casa, e nove, estudantes. Tais resultados confirmam aqueles relatados na literatura por Azambuja et al. (2), Costa e Costa (5), e Purim et al. (22). Os autores pontuaram a categoria dos estudantes como o principal grupo portador das micoses, seguida das donas de casa e uma pequena frequência nos profissionais livres, como médicos e dentistas, e também nos trabalhadores rurais (1, 20, 30).

A *Tinea nigra* foi localizada na região da palma da mão nos 11 pacientes diagnosticados, característica da micose quando ela ocorre em países latino-americanos (2, 5, 9, 17, 22, 27, 29), embora ela possa se localizar em outras partes do corpo (23, 26). As lesões tinham, em média, 10 a 2,5 mm de diâmetro.

Entre os pacientes estudados, foi diagnosticado um caso familiar, uma mãe e um filho, sugerindo que é possível contrair a micose por via direta de pessoa para pessoa (9, 29), além dos meios mais freqüentes observados, que são através do solo e dos vegetais ou através de materiais infectados.

Vários agentes terapêuticos têm sido usados no tratamento da *Tinea nigra*. A doença pode responder com sucesso ao tratamento com aplicações tópicas de ceratolíticos e antifúngicos, tais como ácido andecilênico, tolnafitato, tiabendazol, miconazol ou pomada de Whitfield. Griseofulvina oral é usualmente ineficaz (6, 9, 24).

ABSTRACT

Tinea nigra: report of eleven cases diagnosed in João Pessoa – Paraíba – Brazil

Tinea nigra is a superficial mycotic infection produced by *Hortaea werneckii*. It is characterized for brown or black patches in the palms or soles. This mycosis is very frequent in tropical and subtropical regions of the America continent. In Brazil, cases have been registered in the states of Bahia, Espírito Santo, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul and São Paulo. In the present work the occurrence of eleven cases of *Tinea nigra* in João Pessoa, state of Paraíba are related.

KEYWORDS: *Hortaea werneckii*. *Tinea nigra*. Superficial mycotic infection.

REFERÊNCIAS

1. Area-Leão AE, Cury A, Ferreira JM. *Tinea nigra* (Keratomycoses nigricans palmaris). Observação e estudo de um caso. *Rev Bras Biol* 5:165-177, 1945.
2. Azambuja RD, Proença NG, Freitas THP, Amorim VLF. *Tinea nigra* plantaris. *An Bras Dermatol* 55: 151-154, 1980.
3. Burke WA. *Tinea nigra*: treatment with topical Ketoconazole. *Cutis* 32: 209-211, 1993.
4. Castellani A, Silva R. *Tinea nigra*: A short general account bamed. *Mykosen* 1:1-8, 1957.
5. Costa CA, Costa LA. *Tinea nigra* palmar em Belém do Pará. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública* 11: 219-224, 1960.
6. Crissey JT, Lang H, Parish LC. *Manual of Medical Mycology*. Blackwell Science, Cambridge, 1995.
7. Dasgupta LR, Agarwal SCS, Bedi, B.M.S. *Tinea nigra* palmaris from South India. *Sabouraudia* 13: 41-43, 1975.
8. Emmons CW, Binford CH, UTZ JP, Kwong-Chung KJ. *Tinea nigra*. In: *Medical Mycology*, 3ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1977.
9. Esteves JA, Cabreta JD, Nobre GN. *Micologia Médica*. Fundação Caloute Gulbenkian. Lisboa, 1990.
10. Fonseca OJM, Pecher SA. *Tinea nigra* no Amazonas. *Acta Amazônica* 1: 55-57, 1971.

11. Gupta G, Burden AD, Shankland GS, Follwfield ME, Richardson MD. *Tinea nigra* secondary to *Exophiala werneckii* responding to itraconazole. *Brit J Dermatol* 137: 483-484, 1997.
12. Hoog GS, Guerrits Van Den Ende AHG. Nutritional pattern and eco-physiology of *Hortaea werneckii*, agent of human *Tinea nigra*. *Antonie Van Leeuwenhoek* 62: 321-329, 1992.
13. Marks J, King R, Davis B. Treatment of *Tinea nigra* palmaris with miconazole. *Arch Dermatol* 166: 321-322, 1980.
14. Mattede MSG, Coelho CC, Palhano Júnior, L. *Tinea nigra* palmar. *An Bras dermatol* 64: 379-380, 1998.
15. Mc Ginnis MR, Schell WA., Caeson J. *Phaeoannellomyces* and the *Phaecocomycetaceae*, new dematiaceous blastomycete taxa. *Sabouraudia* 23: 179-188, 1985.
16. Mezzari A, Cauduro P. *Micologia no Laboratório*. Porto Alegre: Sagra Luzzato Editores, 1996.
17. Montiel HNV *Tinea nigra* en el estado Zulia 1975-1985. *Dermatol Venez* 24: 143-146, 1986.
18. Morales J *Cladosporium werneckii*. *Rev Med Exp* 10: 53-57, 1956.
19. Moreira VMS, Santos VLC, Carneiro SCS, Assis TL, Carvalho MMO, Oliveira JVC. Ceratíose negra. *An Bras dermatol* 68: 281-185, 1993.
20. Neves CA, Costa OG. *Tinea nigra*. *Arch Dermatol* 55: 67-84, 1947.
21. Nishimura K, Miyaji M. Further studies on the pathogenesis of the genus *Exophiala* and *Hortaea*. *Mycopathologia* 92: 101-109, 1995.
22. Purim KSM, Telles Filho FQ, Serafini SZ. Feohifomicose superficial (*Tinea nigra*). Relato de casos no Paraná. *An Bras Dermatol* 65: 178-180, 1990.
23. Ramos e Silva J. Sobre um caso de *Tinea nigra*. *Brasil Med* 44: 755-757, 1930.
24. Rippon JW. *The Pathogenic Fungi and Pathogenic Actinomycetes*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1974.
25. Rodrigues JL, Teles GMVV, Nóbrega IM, Silva IN, Trigueiro OM. *Cartilha Paraíba: Aspectos Geo-históricos e Folclóricos*. João Pessoa: Grafset, 1991. 112p.
26. Ruiz EM., Martinez RL, Mendonza AG., Valenzuela GS, Delatorre RS. *Tinea nigra*. A propósito de un caso diagnosticado como melanoma de diseminación superficial. *Prensa Med Mex* 43: 110-112, 1978.
27. Severo LC, Bassanesi MC, Londero AT. *Tinea nigra*: Report of four cases observed in Rio Grande do Sul (Brazil) and a review of Brazilian literature. *Mycopathologia* 126: 157-162, 1994.
28. Tapia A. *Tinea nigra* en la República de Panamá. *Arch Argent Dermatol* 15: 67-74, 1965.
29. Van Velsor H, Singletary H. *Tinea nigra* palmaris. Report of 15 cases from Coast North Caroline. *Arch Dermatol* 90: 59-61, 1964.
30. Veloz GPN, Torres TMF, Santos CH, Santalice MCGM. *Tinea nigra*: su incidencia en el Hospital Manuel Asuncion Domenech. *Dermatol Rev Mex* 38: 27-30, 1994.