



SBD
Sociedade Brasileira de
Cirurgia Dermatológica



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Papel da dermatoscopia na distinção entre *tinea nigra* e nevo melanocítico acral

Role of Dermoscopy in Distinguishing Tinea Nigra from Acral Nevus

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20221400108>

RESUMO

A dermatoscopia é uma ferramenta prática e não invasiva que pode ser usada para distinguir a *tinea nigra* de outras lesões que parecem macroscopicamente semelhantes, incluindo o nevo melanocítico acral. Sob a dermatoscopia, a *tinea nigra* se apresenta com um padrão de deposição de pigmento marrom-acinzentado espiculado, enquanto o nevo melanocítico acral geralmente se apresenta como deposição de pigmento marrom em um padrão de sulco paralelo.

Palavras-chave: Dermatoscopia; Nevo; Tinea

ABSTRACT

Dermoscopy is a practical, non-invasive tool that can be used to distinguish tinea nigra from other lesions that appear macroscopically similar, including acral nevus. Under dermoscopy, tinea nigra presents with a pattern of spiculated gray-brown pigment deposition, whereas acral nevus most often presents as brown pigment deposition in a parallel furrow pattern.

Keywords: Dermoscopy; Nevus; Tinea

Relato de Caso

Autores:

Betty Nguyen¹

Antonella Tosti²

¹ University of California Riverside School of Medicine, Riverside (CA), Estados Unidos.

² University of Miami, Dr. Phillip Frost Department of Dermatology and Cutaneous Surgery, Miami (FL), Estados Unidos.

Correspondência:

Antonella Tosti

atosti@med.miami.edu / E-mail alternativo: betty.nguyen@meds.ch.ucr.edu

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de submissão: 29/10/2021

Decisão Final: 17/01/2022

Como citar este artigo:

Nguyen B, Tosti A. Papel da dermatoscopia na distinção entre *tinea nigra* e nevos melanocíticos acrais. *Surg Cosmet Dermatol*. 2022;14:e20220108.



INTRODUÇÃO

Tinea nigra é uma micose superficial incomum do estrato córneo causada por *Hortaea werneckii*, uma levedura ascomiceta que se acredita ser encontrada principalmente no solo, em composto e madeira em regiões (sub)tropicais. A *tinea nigra* é caracterizada pelo início insidioso de uma mácula marrom à preta assintomática e com bordas discretas. As lesões são geralmente unilaterais e solitárias, embora lesões múltiplas também possam estar presentes. Ela afeta preferencialmente as superfícies palmares das mãos e as superfícies plantares dos pés, embora ocasionalmente possa se estender aos dedos das mãos e dos pés. A resolução espontânea das lesões é improvável, mas tem sido relatada.¹ Os agentes antifúngicos tópicos geralmente resolvem a *tinea nigra* dentro de 2-4 semanas.²

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

O primeiro paciente era do sexo masculino de 14 anos, sem histórico familiar ou médico significativo, procurou a clínica

devido a uma lesão marrom na palma da mão esquerda há anos. Reportava não sentir dor ou desconforto. O paciente nasceu em Cuba e mudou-se para os Estados Unidos aos oito anos. Negava histórico significativo de viagens. Ao exame clínico, era visível lesão macular de bordas bem definidas na palma esquerda na região hipotenar (Figura 1A), bem como uma lesão macular adjacente menor no quinto dedo esquerdo (Figura 1B). A dermatoscopia da lesão hipotenar apresentou deposição de espículas castanho-acinzentadas regulares (Figura 2A). Já a dermatoscopia da lesão adjacente do quinto dedo demonstrou deposição de pigmento marrom predominantemente nos sulcos lineares compatíveis com nevo melanocítico acral (Figura 2B). A preparação de hidróxido de potássio (KOH) a partir de raspados de pele da lesão palmar esquerda demonstrou hifas marrons ramificadas com septos marrons claros. A subsequente reação em cadeia da polimerase foi positiva para *Hortaea werneckii*. Na histopatologia observou-se leve acantose e hiperqueratose na coloração de

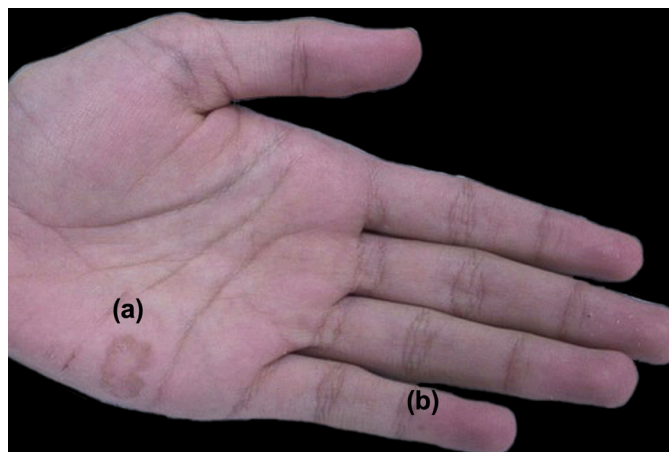


FIGURA 1: Aspecto macroscópico de lesão macular bem demarcada (A) na região hipotenar da palma esquerda e nevo melanocítico acral adjacente (B) no quinto dedo esquerdo

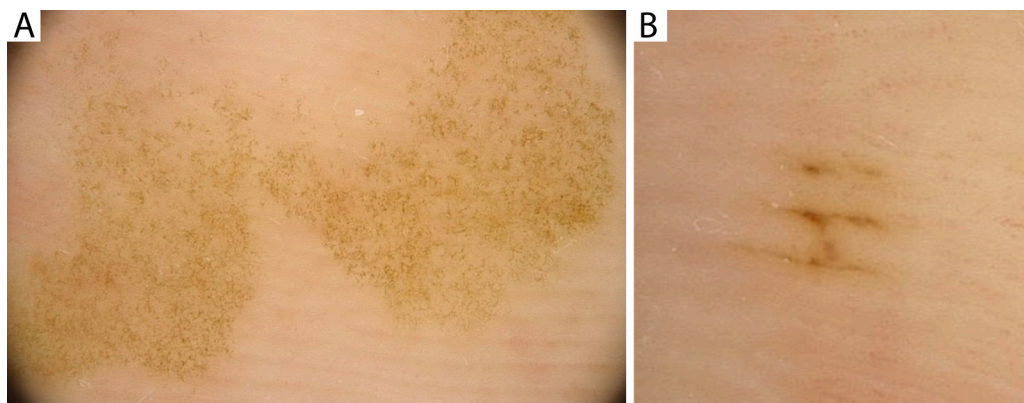


FIGURE 2: Imagem videoscópica de lesão macular mostrando deposição de espículas marrom-acinzentadas na região hipotenar da palma esquerda consistente com *tinea nigra* (A) e um nevo melanocítico acral adjacente com deposição de pigmento marrom no padrão de sulco paralelo no quinto dedo esquerdo (B)

hematoxilina e eosina (H&E) (Figura 3A), e hifas septadas positivas no ácido periódico de Schiff (PAS) eram visíveis no estrato córneo, sendo consistente com *tinea nigra* (Figura 3B).

O segundo paciente, do sexo masculino, de 43 anos, sem história familiar ou médica significativa, procurou atendimento clínico devido à uma mancha macular marrom na planta do pé esquerdo e uma mancha macular marrom menor na planta do pé direito (Figura 4A-B). Relatava não sentir dor ou desconforto. O exame físico não apresentava anormalidades. O paciente nasceu nos Estados Unidos e negou histórico relevante de viagem. A dermatoscopia da lesão do pé esquerdo demonstrou padrão de deposição espiculada de pigmento marrom-acinzentado sugges-

tivo de *tinea nigra* (Figura 5A), que foi confirmada por biópsia. A dermatoscopia da lesão marrom menor do pé direito mostrou pigmento depositado predominantemente de padrão de sulco nos dermatóglifos, sugestivo de nevo melanocítico acral (Figura 5B).

CONCLUSÃO

Dada a aparência macroscópica e a distribuição de suas lesões, a *tinea nigra* pode se assemelhar a muitas outras condições, incluindo nevos melanocíticos acrais³ e melanoma acral lentiginoso.⁴ Seu reconhecimento imediato e preciso é necessário para minimizar os testes diagnósticos invasivos desnecessários, como a excisão cirúrgica. A dermatoscopia pode

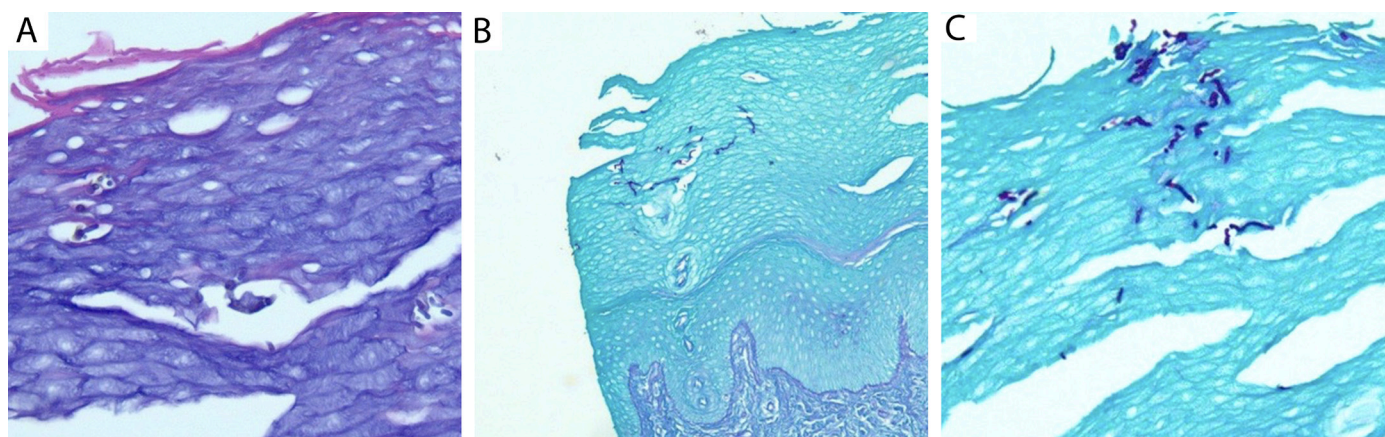


FIGURE 3: Coloração de hematoxilina e eosina (H&E) da lesão macular palmar esquerda mostrando acantose leve e hiperqueratose (40x) (A), e coloração de ácido periódico-Schiff (PAS) demonstrando hifas septadas positivas para PAS dentro do estrato córneo (10x) (B), (40x) (C) consistente com *tinea nigra*

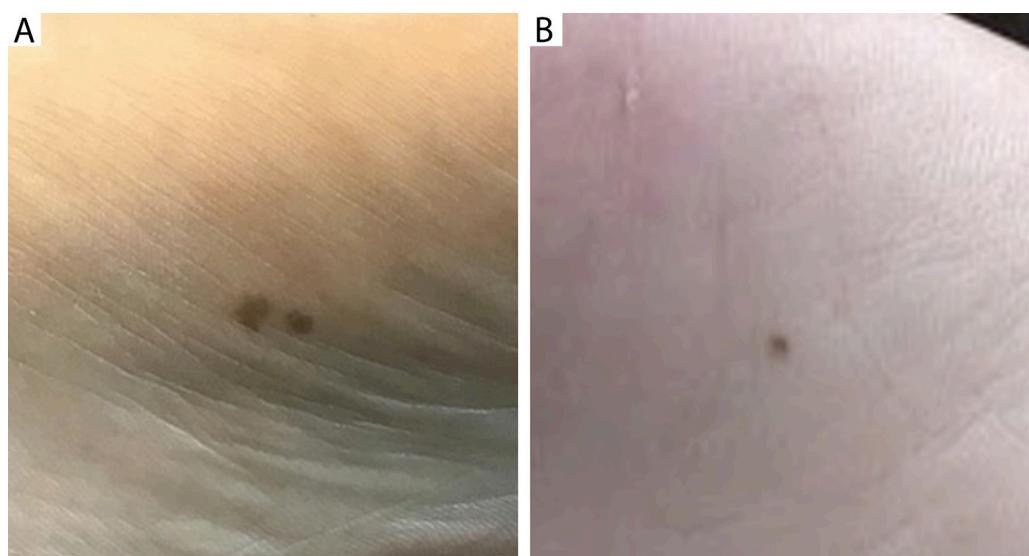


FIGURE 4: Aspecto macroscópico de duas lesões maculares marrons na planta do pé esquerdo (A) e uma lesão marrom semelhante menor na planta do pé direito (B)

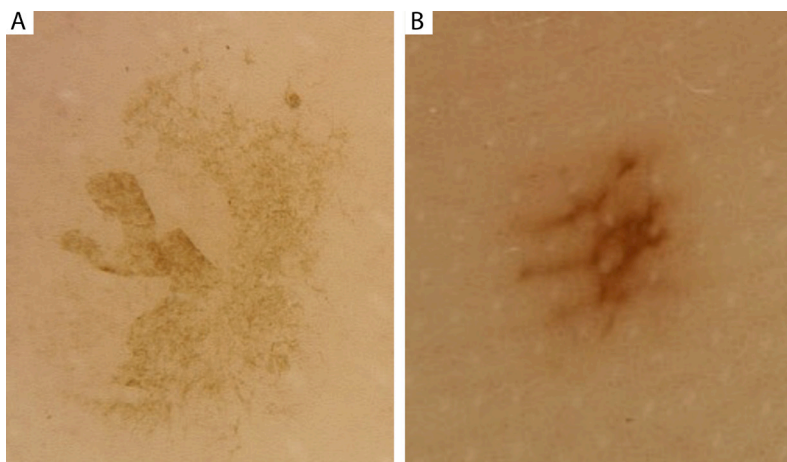


FIGURA 5: Dermatoscopia de lesão macular marrom no pé esquerdo mostrando padrão de deposição de pigmento marrom-acinzentado espiculado compatível com *tinea nigra* (A) e de lesão marrom menor no pé direito mostrando pigmento depositado preferencialmente nos sulcos compatível com nevo melanocítico acral (B).

fornecer diagnóstico rápido, não invasivo e preciso. A marca dermatoscópica da *tinea nigra* é a presença de pigmentos espiculados marrom-acinzentados ou castanho-claros distribuídos por toda a pele, sem preferência por cristas ou sulcos.^{5,6} Em contraste, a dermatoscopia do nevo melanocítico acral, na maioria das vezes, revela pigmento marrom distribuído de forma desigual em padrão de sulco paralelo⁷. Um estudo de 50 casos constatou que o diagnóstico presuntivo de *tinea nigra* foi

feito em 7/13 (53%) dos casos quando a dermatoscopia foi utilizada, em comparação com 0/37 (0%) dos casos sem a utilização do método ($P < 0,001$)⁶. Relatos de casos recentes⁸⁻¹⁰ confirmaram a utilidade diagnóstica semelhante da dermatoscopia na *tinea nigra*. Nossos dois casos reiteram a importância da dermatoscopia na avaliação clínica dessas lesões para garantir o diagnóstico imediato e início do tratamento, minimizando a necessidade de testes invasivos. ●

REFERÊNCIAS:

1. Rossetto AL, Cruz RC. Spontaneous cure in a case of *Tinea nigra*. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):160-2.
2. Bonifaz A, Badali H, Hoog GS, Cruz M, Araiza J, Cruz MA, et al. *Tinea nigra* by *Hortaea werneckii*, a report of 22 cases from Mexico. *Stud Mycol*. 2008;61:77-82.
3. Eksomtramage T, Aiempanakit K. *Tinea nigra* mimicking acral melanocytic nevi. *IDCases*. 2019;18:e00654.
4. Babel DE, Pelachyk JM, Hurley JP. *Tinea nigra* masquerading as acral lentiginous melanoma. *J Dermatol Surg Oncol*. 1986;12(5):502-4.
5. Gupta G, Burden AD, Shankland GS, Fallowfield ME, Richardson MD. *Tinea nigra* secondary to *Exophiala werneckii* responding to itraconazole. *Br J Dermatol*. 1997;137(3):483-4.
6. Piliouras P, Allison S, Rosendahl C, Buettner PG, Weedon D. Dermoscopy improves diagnosis of *tinea nigra*: a study of 50 cases. *Australas J Dermatol*. 2011;52(3):191-4.
7. Altamura D, Altobelli E, Micantonio T, Piccolo D, Fargnoli MC, Peris K. Dermoscopic patterns of acral melanocytic nevi and melanomas in a white population in central Italy. *Arch Dermatol*. 2006;142(9):1123-8.
8. Thomas CL, Samarasinghe V, Natkunarajah J, Fogo A. Entodermoscopy: a spotlight on *tinea nigra*. *Int J Dermatol*. 2016;55(2):e117-8.
9. Abinader MVM, Maron SMC, Araújo LO, Ado AS. *Tinea nigra* dermoscopy: a useful assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(6):e121-2.
10. Nazzaro G, Ponziani A, Cavicchini S. *Tinea nigra*: a diagnostic pitfall. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(6):e219-e220.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Betty Nguyen  ORCID 0000-0002-0402-3926

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito

Antonella Tosti  ORCID 0000-0001-5516-4043

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.