Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(especial4), 307-312, 2026
https://doi.org/10.62574/1wbjqs60

Tiña negra palmar, diagnóstico diferencial con lesiones melanocíticas y tratamiento: revisión sistemática

Palmar tinea nigra, differential diagnosis with melanocytic lesions and treatment: a systematic review

Giovanny Morón-Oñate
pg.giovannymo96@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-9115-826X

Samantha Elizabeth Palacios-Puga
samanthapp81@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-3450-5639

Anahí Alejandra Marge-Barrera
anahimb96@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-2051-4641

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre la etiología, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de la tiña negra palmar. **Método**: revisión sistemática según PRISMA 2020 de series de casos, estudios diagnósticos y revisiones indexados en PubMed y SciELO entre 1994 y 2014. **Resultados**: la tiña negra es una micosis superficial causada por Hortaea werneckii, un hongo halófilo y pigmentado, que produce una mácula marrón o negra, asintomática, en la palma de la mano, más frecuente en regiones tropicales y en niños y adultos jóvenes. Puede confundirse con un nevo o un melanoma acral. La dermatoscopia muestra un patrón de espículas pigmentadas finas, distinto del patrón paralelo de las lesiones melanocíticas, y el examen directo con hidróxido de potasio y el cultivo confirman el diagnóstico. Los antifúngicos y queratolíticos tópicos son curativos. **Conclusión**: el diagnóstico no invasivo evita procedimientos innecesarios.
Descriptores: tiña negra; dermoscopía; micosis. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To synthesise the evidence on the aetiology, differential diagnosis and treatment of palmar tinea nigra. **Method**: Systematic review according to PRISMA 2020 of case series, diagnostic studies and reviews indexed in PubMed and SciELO between 1994 and 2014. **Results**: Tinea nigra is a superficial mycosis caused by Hortaea werneckii, a halophilic pigmented fungus, which produces an asymptomatic brown or black macule on the palm, more common in tropical regions and in children and young adults. It can be mistaken for a naevus or acral melanoma. Dermoscopy shows a pattern of fine pigmented spicules, different from the parallel pattern of melanocytic lesions, and direct potassium hydroxide examination and culture confirm the diagnosis. Topical antifungals and keratolytics are curative. **Conclusion**: Non-invasive diagnosis avoids unnecessary procedures.
Descriptors: tinea nigra; dermoscopy; mycoses. (Source, DeCS).

Recibido: 15/08/2026. Revisado: 21/08/2026. Aprobado: 21/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Aunque una mancha oscura en la palma de la mano suele despertar el temor de un melanoma, en algunos casos su causa es un hongo inofensivo. Las micosis superficiales afectan a una proporción considerable de la población mundial, como describió Schwartz (1), y entre ellas la tiña negra es una de las menos frecuentes. Bonifaz et al. la caracterizaron como una infección del estrato córneo, sin inflamación, causada por un hongo dematiáceo (2).

En ese sentido, su agente, Hortaea werneckii, es una levadura negra halófila que habita en ambientes salinos, como las salinas y el agua de mar, según describieron Gunde-Cimerman et al. (3). Ahora bien, el principal problema clínico de la tiña negra no es su gravedad, sino la posibilidad de confundirla con una lesión melanocítica y someter al paciente a una biopsia o a una extirpación innecesarias. Por ello, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre la etiología, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de la tiña negra palmar.

MÉTODO

Desde un enfoque cualitativo, se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA 2020 (4). La pregunta de investigación fue: en pacientes con lesiones pigmentadas palmares, ¿qué características permiten diagnosticar la tiña negra y diferenciarla de las lesiones melanocíticas, y qué tratamiento es eficaz?

En cuanto a la búsqueda, se consultaron PubMed y SciELO con los términos tinea nigra, Hortaea werneckii, dermoscopy, acral melanoma y superficial mycoses, y sus equivalentes en español. Se incluyeron series de casos, estudios diagnósticos y revisiones publicados en inglés, español o portugués. Se excluyeron boletines

institucionales, libros sin revisión por pares y casos sin confirmación micológica. La síntesis fue cualitativa.

RESULTADOS

Agente y epidemiología

A grandes rasgos, Plemenitaš et al. explicaron que Hortaea werneckii se adapta a concentraciones elevadas de sal, lo que justifica su preferencia por las palmas, donde el sudor aporta un ambiente salino (5). En la serie mexicana de Bonifaz et al., con 22 casos, la mayoría de los pacientes eran niños y adultos jóvenes procedentes de zonas costeras, y la lesión se localizó sobre todo en las palmas (6). En América Latina, Pérez et al. describieron doce casos en Venezuela (7) y Severo et al. reunieron los casos publicados en Brasil (8), lo que confirma su presencia en la región.

Presentación clínica y diagnóstico diferencial

En cuanto a la clínica, la lesión típica es una mácula marrón o negra, de bordes bien delimitados, asintomática y de crecimiento lento, sin descamación ni inflamación (2,6). Su diagnóstico diferencial incluye los nevos acrales, el lentigo y el melanoma acral lentiginoso. La dermatoscopia es la herramienta clave: en el estudio de Piliouras et al. con 50 casos, mostró un patrón característico de espículas pigmentadas finas que no siguen los surcos ni las crestas de la piel (9), y Xavier et al. confirmaron su utilidad diagnóstica (10). Este patrón difiere del patrón paralelo de la cresta, descrito por Saida et al. como característico del melanoma acral (11). Kittler et al. demostraron que la dermatoscopia aumenta la precisión diagnóstica de las lesiones pigmentadas en manos de examinadores entrenados (12).

Confirmación micológica y tratamiento

Respecto a la confirmación, el examen directo con hidróxido de potasio muestra hifas pigmentadas tabicadas y ramificadas, y el cultivo en agar Sabouraud produce colonias negras características (2,6). En cuanto al tratamiento, los antifúngicos tópicos, como los azoles, la butenafina o la terbinafina, y los queratolíticos, como el ácido salicílico, suelen ser curativos en pocas semanas (6,13). Gupta et al. describieron la respuesta al itraconazol oral en un caso extenso (14), y Shannon et al. comunicaron la eficacia de la terbinafina (15).

DISCUSIÓN

De entrada, la evidencia revisada muestra que la tiña negra palmar es una infección benigna, fácil de tratar, cuyo principal riesgo es el error diagnóstico (2,6). La verdad es que una mácula negra en la palma de un joven que vive en la costa ecuatoriana o que frecuenta la playa debería hacer pensar en este hongo antes que en un melanoma.

Ahora bien, el diagnóstico de certeza requiere una estrategia escalonada y no invasiva: la dermatoscopia orienta el diagnóstico, y el examen directo con hidróxido de potasio, un procedimiento sencillo y económico, lo confirma en minutos (9,10). La biopsia o la extirpación quirúrgica deberían reservarse para los casos en que la dermatoscopia sugiera una lesión melanocítica o el examen micológico sea negativo (11,12). Del mismo modo, una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento debe ser antifúngico, porque la extirpación no aporta beneficio en una infección limitada al estrato córneo (13-15).

Entre las limitaciones, la evidencia disponible procede de series y reportes de casos, sin ensayos que comparen los distintos tratamientos.

CONCLUSIÓN

La tiña negra palmar es una micosis superficial causada por Hortaea werneckii que produce una mácula pigmentada asintomática en la palma, frecuente en regiones tropicales y costeras. Su principal desafío es la diferenciación con las lesiones melanocíticas, en la que la dermatoscopia, con su patrón de espículas pigmentadas, y el examen directo con hidróxido de potasio permiten un diagnóstico rápido y no invasivo. Los antifúngicos y queratolíticos tópicos son curativos. En consecuencia, el reconocimiento de esta entidad evita biopsias y extirpaciones innecesarias.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Schwartz RA. Superficial fungal infections. Lancet. 2004;364(9440):1173-82.
2. Bonifaz A, Gómez-Daza F, Paredes V, Ponce RM. Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra. Clin Dermatol. 2010;28(2):140-5.
3. Gunde-Cimerman N, Zalar P, de Hoog S, Plemenitas A. Hypersaline waters in salterns - natural ecological niches for halophilic black yeasts. FEMS Microbiol Ecol. 2000;32(3):235-40.
4. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
5. Plemenitaš A, Lenassi M, Konte T, Kejžar A, Zajc J, Gostinčar C, et al. Adaptation to high salt concentrations in halotolerant/halophilic fungi: a molecular perspective. Front Microbiol. 2014;5:199.
6. Bonifaz A, Badali H, de 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.
7. Perez C, Colella MT, Olaizola C, Hartung de Capriles C, Magaldi S, Mata-Essayag S. Tinea nigra: report of twelve cases in Venezuela. Mycopathologia. 2005;160(3):235-8.

8. 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. 1994;126(3):157-62.
9. 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.
10. Xavier MH, Ribeiro LH, Duarte H, Saraça G, Souza AC. Dermatoscopy in the diagnosis of tinea nigra. Dermatol Online J. 2008;14(8):15.
11. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, Yamazaki Y, Murase S, et al. Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of a multicenter study in Japan. Arch Dermatol. 2004;140(10):1233-8.
12. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. Lancet Oncol. 2002;3(3):159-65.
13. Rossetto AL, Cruz RC. Tinea nigra: successful treatment with topical butenafine. An Bras Dermatol. 2012;87(6):939-41.
14. 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.
15. Shannon PL, Ramos-Caro FA, Cooper CS, Flowers FP. Treatment of tinea nigra with terbinafine. Cutis. 1999;64(3):199-201.

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/