

el Comité de Ética Asistencial sugirió encuadrar a la niña en la categoría asistencial «Medidas invasivas condicionadas», que consiste en dar al paciente «una oportunidad», por si se tratara de un proceso reversible que pudiera devolverle a su situación basal tras un periodo prudencial de tiempo tras el que, si no hubiera respuesta, en consenso con los familiares, se retirarían las medidas adoptadas.

La paciente fue admitida en UCIP donde, tras 4 días de ventilación mecánica invasiva, fue extubada con éxito y dada de alta al 7.º día. Actualmente tiene 2 años, los padres la encuentran una niña feliz y celebran cualquier nueva adquisición o mejoría en sus capacidades. Como ellos, otros muchos padres han referido que sus hijos «enriquecieron sus vidas y las de otros, independientemente del tiempo que vivieron»⁷.

Un interesante debate se está produciendo en los últimos años en la literatura especializada y en el seno de la sociedad acerca de los aspectos éticos de la asistencia a los pacientes con trisomía y otras condiciones consideradas «letales».

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los miembros del Comité de Ética Asistencial del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias su estímulo constante y su participación en los procesos deliberativos.

Bibliografía

1. Koogler TK, Wilfond BS, Ross LF. Lethal language, lethal decisions. *Hastings Cent Rep.* 2003;33:37-41.
2. Irving C, Richmond S, Wren C, Longster C, Embleton ND. Changes in prevalence and outcome for trisomies 13 and 18: a population-based study over 23 years. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24:137-41.
3. McGraw MP, Perlman JM. Attitudes of neonatologists for delivery and management of confirmed trisomy 18; potential factors influencing a changing dynamic. *Pediatrics.* 2008;121:1106-10.
4. Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2010;122:S665-75.
5. Farlow B. Choosing the road less travelled. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2011;41:115-6.
6. Walker LV, Miller VJ, Dalton VK. The healthcare experiences of families given the prenatal diagnosis of trisomy 18. *J Perinatol.* 2008;28:12-9.
7. Janvier A, Farlow B, Wilfond BS. The experience of families with children with trisomy 13 and 18 in social networks. *Pediatrics.* 2012;130:293-8.
8. Wilfond BS, Carey JC. Parental requests for interventions in children with lethal conditions. En: Edited by Diekema D, Mercurio MR, Adam MB, editores. *Clinical ethics in pediatrics: A case-based textbook.* Cambridge: Cambridge University Press Cambridge; 2011. p. 174-80.
9. Derrington SF, Dworetz AR. Confronting ambiguity: identifying options for infants with trisomy 18. *J Clin Ethics.* 2011;22:338-44.
10. Carey JC. Perspectives on the care and management of infants with trisomy 18 and trisomy 13: Striving for balance. *Curr Opin Pediatr.* 2012;24:672-8.

F. García-Muñoz Rodrigo*, O. Ramírez García y C.D. Medina Castellano

Comité de Ética Asistencial, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgarciamu@gmail.com

(F. García-Muñoz Rodrigo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.03.002>

Tinea nigra en localización anatómica no habitual

Tinea nigra in an unusual anatomic location

Sr. Editor:

Presentamos dos casos de *tinea nigra* con localización en la muñeca. El primer caso es una paciente femenina de 2 años y 3 meses de edad, con una dermatosis localizada en el miembro superior izquierdo, que afecta a la cara ventral y el borde interno de la muñeca, constituida por mácula elíptica y color café claro, con bordes regulares, elevados y bien definidos, de un tono más oscuro que el resto de la lesión. Los diámetros de la lesión son 7 mm en su diámetro menor por 12 mm en su diámetro mayor y está acompañada de abundante sudoración de ambas manos (fig. 1).

Esta lesión inició aproximadamente hace 6 meses como una pequeña mácula con crecimiento progresivo, hasta tener las medidas actuales. La paciente recibió tratamiento con antibióticos y esteroides tópicos, sin observar mejoría.

Se indica cultivo para hongos de la escama obtenida al raspar la piel afectada, obteniendo como resultado el crecimiento de *Hortaea werneckii*, por lo que se diagnostica como *tinea nigra*. Se prescribe tratamiento con bifonazol en crema al 1% por un mes, obteniendo curación clínica. Cuatro meses después se observa recaída de la lesión, por lo que se repite el tratamiento antimicótico antes mencionado y se agrega el uso de clorhidróxido de aluminio hexahidratado al 20%, en aplicación tópica diaria por 4 meses, para el tratamiento de la hiperhidrosis, por la probabilidad de ser el factor que desencadenó la recaída. Se obtiene curación clínica un mes después y no se han observado recaídas en 2 años de seguimiento.

El segundo caso es un paciente masculino de 11 años y 6 meses de edad, con una dermatosis localizada en el miembro superior derecho, que afecta a la cara interna de la muñeca, constituida por una mácula elíptica de 42 mm por 15 mm, de iguales características que la primera paciente (fig. 2). Esta lesión tenía 11 meses de crecimiento progresivo y centrífugo. El paciente no había recibido tratamientos previos para su dermatosis.



Figura 1 Mácula hiperpigmentada e hiperhidrosis palmar en la primera paciente.



Figura 2 Mácula hiperpigmentada en la muñeca derecha del segundo paciente.

Por medio de un cultivo para hongos de la escama obtenida de la lesión, se confirmó el diagnóstico de *tinea nigra*, al obtener el crecimiento de *Hortaea werneckii*. Se indica tratamiento con bifonazol en crema al 1% por un mes, desapareciendo la lesión durante este periodo. No se han observado recaídas durante 2 meses de seguimiento.

La *tinea nigra* es una infección micótica superficial que afecta solamente al estrato corneo de la epidermis, sin diseminarse a los estratos inferiores de la piel^{1,2}, causada por un hongo dematiáceo^{2,3}, que por ser un microorganismo altamente pleomorfo en su aspecto macroscópico y microscópico en los medios de cultivo o cuando parasita al ser humano, ha recibido múltiples denominaciones hasta obtener su denominación actual *Hortaea werneckii*^{1,2}.

Esta enfermedad es rara aun en países tropicales, de donde se reportan la mayoría de los casos. En el Hospital General de México representa el 0,085% de todas las micosis que consultan en el área de dermatología¹, mientras que en un hospital brasileño, ubicado en una zona costera, representa el 0,26% de todos los pacientes que consultan por enfermedades micóticas, en el servicio de dermatología de esa institución⁴. Esta baja frecuencia de reportes puede deberse a subdiagnóstico, por tratarse de una enfermedad asintomática que puede curar espontáneamente^{1,5}.

Esta micosis puede observarse a cualquier edad, pero es más frecuente en pacientes femeninas menores de 20 años⁴,

aunque son raros los reportes en pacientes menores de 5 años^{1,4,6-8}. Clínicamente se manifiesta como una mácula de color café a negro, de bordes bien definidos, donde se acentúa el color de la lesión, localizada en las palmas y con menos frecuencia en las plantas, la cara lateral de los dedos, el cuello o el tórax, en la revisión que realizamos de la literatura médica no encontramos reportes de lesiones en la cara palmar de la muñeca.

La *tinea nigra* es una enfermedad totalmente benigna que frecuentemente se confunde con lesiones melanocíticas como lentigos, nevos de unión, nevos displásicos o melanomas, por lo que reconocer la enfermedad es de suma importancia para evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios como biopsias o cirugías amplias y sus consecuentes cicatrices^{2,6}. El tratamiento es simple y efectivo; pueden usarse queratolíticos como ácido salicílico, urea o ungüento de Whitfield¹, fórmula magistral compuesta por ácido salicílico al 6% y ácido benzoico al 12% en vaselina⁹. Otra opción terapéutica son los antimicóticos tópicos¹, tratamiento que recibieron nuestros pacientes.

Bibliografía

1. 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 México. *Stud Mycol*. 2008;61:77-82.
2. Maldonado I, Fernández Canigia L, Leitner R, Vitale RG. *Tinea nigra palmaris*: a clinical case in Argentina. *Rev Argent Microbiol*. 2007;39:218-20.
3. Revankar SG. Dematiaceous fungi. *Mycoses*. 2007;50:91-101.
4. Diniz LM. Study of nine observed cases of *Tinea Nigra* in Greater Vitória (Espírito Santo state, Brazil) over a period of five years. *An Bras Dermatol*. 2004;79:305-10.
5. McKinlay JR, Barrett TL, Ross EV. Picture of the month. *Tinea nigra*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:305-6.
6. Pegas JR, Criado PR, Lucena SK, de Oliveira MA. *Tinea nigra*: report of two cases in infants. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:315-7.
7. Palmer SR, Bass JW, Mandojana R, Wittler RR. *Tinea nigra palmaris* and *plantaris*: a black fungus producing black spots on the palm and soles. *Pediatr Infect Dis J*. 1989;8:48-50.
8. Rossetto AL, Cruz RCB. *Tinea nigra* in geographical forms on heart and parrot beak. *An Bras Dermatol*. 2011;86:389-90.
9. Anderson CR. Whitfield's ointment. *AMA Arch Derm*. 1958;77:125.

R. Julián-González^{a,*}
y V. Vargas-de Julián^b

^a Consulta Externa de Dermatología, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, San Salvador, El Salvador

^b Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Hospital Nacional Rosales, San Salvador, El Salvador

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rolandojulian@yahoo.com.mx (R. Julián-González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.02.015>