

Pityriasis versicolor variedad hipercrómica. Comunicación de un caso

Dra. Ma. Enriqueta Morales Barrera,* Dra. María del Carmen Padilla Desgarenes,** Dr. José Ángel Martínez Muñoz***

RESUMEN

La pitiriasis versicolor es una dermatosis frecuente en climas tropicales y subtropicales, ocupa el 32% de las micosis superficiales. Es más frecuente en jóvenes y adultos, con predominio en varones. Actualmente se consideran siete especies de *Malassezia* como agentes causales, la más frecuente es *Malassezia globosa*. En este artículo se comunica el caso de una pitiriasis versicolor variedad hipercrómica.

Palabras clave: Pityriasis versicolor, *Malassezia*, *Pityrosporum*.

ABSTRACT

Pityriasis versicolor is a frequent dermatosis in tropical and subtropical climates, it accounts for 32% of superficial mycoses. It is more frequent in young people and adult, with predominance in men. Nowadays, seven species of Malassezia are considered causal agents, the most frequent is Malassezia globosa. We communicated one case of pityriasis versicolor varieted hyperchromic.

Key words: *Pityriasis versicolor*, *Malassezia*, *Pityrosporum*.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial de la piel ocasionada por *Malassezia* sp, es una levadura dimórfica, lipofílica, que forma parte de la flora cutánea. La topografía predominante es el tronco y se distingue por mostrar placas con escama fina en la superficie, de formas variables que pueden ser hipocrómicas, hipercrómicas o eritematosas, de evolución crónica y recurrente, generalmente asintomáticas.¹

EPIDEMIOLOGÍA

Padecimiento cosmopolita que predomina en zonas tropicales y subtropicales con incidencia del 32% en estas áreas. En México es más frecuente en las costas. Es más común en jóvenes y adultos, con predominio en el sexo masculino; aparece entre 5 y 7% en menores de 13

años. En países tropicales esta cifra aumenta hasta el 13.5% en pacientes de 0 a 15 años.²

ETIOLOGÍA

El género *Malassezia*, desde su descripción, ocasiona confusión y controversia. Durante años se consideró el complejo *Malassezi-Pityrosporum*, utilizando el término *Malassezia furfur*, para designar la fase micelial de la levadura lipofílica causante de la pitiriasis versicolor; en tanto que se reservaban los términos *Pityrosporum ovale* y *orbiculare* para los dos tipos morfológicos de la fase de levadura. Actualmente el género *Pityrosporum* es sinónimo de *Malassezia*; son siete las especies reconocidas como agentes causales de pitiriasis versicolor: *M. furfur*, *M. pachidermatis*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. slooffiae*, *M. restricta*, *M. obtusa*.

Se consideraba a *M. furfur* el agente causal de la pitiriasis versicolor. Tal concepto ha cambiado porque se ha aislado *M. globosa* entre 55 y 84% de los casos, y se consideró el agente causal más frecuente, seguida por *M. sympodialis*, *M. slooffiae*, *M. restricta* y *M. furfur*, las cuales pueden aislarse solas o asociadas.^{3,4}

* Dermatóloga Pediatra Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefa del Servicio de Micología, CDP.

*** Residente 4to año Dermatología, CDP.

PATOGENIA

En su fase de levadura *Malassezia* se encuentra como saprobio en la piel seborreica y en los folículos pilosos; para producir pitiriasis versicolor es necesaria su transformación a la fase micelial (patógena). Para que este cambio se realice se requieren condiciones favorables: factores predisponentes exógenos y endógenos. Entre los endógenos están la predisposición genética, piel seborreica, hiperhidrosis, infecciones crónicas, desnutrición y estado de inmunosupresión. Entre los factores exógenos se ha mencionado el calor, exposición solar, humedad ambiental excesiva, actividades deportivas, uso de ropa de alto contenido de fibras sintéticas, aplicación de aceites y bronceadores, así como uso de corticoides tópicos y sistémicos.^{5,6}

CUADRO CLÍNICO

Las lesiones predominan en el tronco, y de éste en los hombros y el tórax, en su cara anterior y posterior, seguido por los segmentos proximales de los brazos y los muslos. Otros sitios menos afectados son: antebrazos, abdomen, nalgas y ocasionalmente los pliegues. La topografía más frecuente en la infancia es: la cara en su variedad hipocrómica, en la frente, mejillas, región interiliar, perioral y los surcos nasogenianos.

Se distingue por manchas de color variable, con escama fina en la superficie; pueden ser punteadas, numulares, lenticulares y foliculares; estas lesiones confluyen formando placas eritematosas, hipocrómicas e hiperocrómicas, en ocasiones de gran tamaño, lo que es-

tablece la clasificación clínica de acuerdo con el color en: hipocrómica (la más frecuente), hiperocrómica y eritematosa.

Se observan distintas formas clínicas: vitiligoide, dermatofitoide y atrófica. La primera se basa en la acromia de las placas que semejan vitiligo; en la segunda las placas están delimitadas por un «pseudo» borde activo, bien delimitado, y en la tercera, más que forma clínica, es una complicación posterior a la aplicación de corticosteroides.^{7,8}



Figura 1. Aspecto cara anterior de tórax.



Figura 2. Aspecto posterior de tórax.

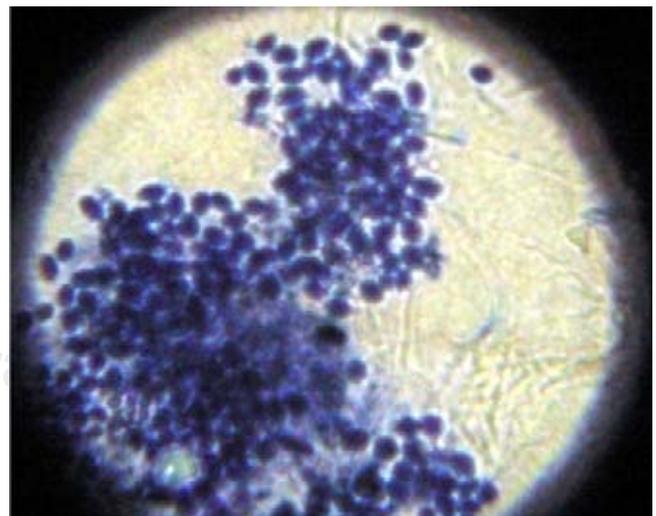


Figura 3. Examen directo con tinción azul Parker.

DIAGNÓSTICO

Como auxiliar de diagnóstico se utiliza la luz de Wood que emite una fluorescencia amarillo-dorada en las lesiones de pitiriasis versicolor. El estudio micológico consiste en realizar el examen directo con KOH o con cinta adhesiva transparente; puede utilizarse una mezcla de tinta Parker con KOH para probar las estructuras fúngicas. La tinción de Albert es superior al método anterior ya que facilita la observación de las estructuras que se tiñen de color púrpura. El cultivo no es necesario, se utiliza con fines de investigación.⁹

TRATAMIENTO

Se utilizan numerosas sustancias, sobre todo soluciones acuosas de hiposulfito de sodio al 25% de propilenglicol al 50%, tintura de yodo al 1%, champús con disulfuro de selenio, ketoconazol y piritionato de zinc, jabones y lociones con ácido salicílico y con derivados azólicos.

En casos extensos, con recidivas frecuentes, se prefiere utilizar ketoconazol 200 mg al día durante dos semanas, itraconazol 200 mg al día durante una o dos semanas; también se ha utilizado fluconazol 150 mg a la semana durante cuatro semanas.¹⁰

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo femenino de 15 años de edad, originario y residente de México, D.F. estudiante, quien consulta al Centro Dermatológico Pascua en abril de 2007 con cuadro clínico de 6 meses de evolución.

Presenta una dermatosis localizada a tronco, de la cual afecta cara anterosuperior y posterosuperior de tórax, es bilateral y simétrica, dermatosis constituida por numerosas manchas hipercrómicas ovaladas de diferentes tamaños con escama en la superficie, límites regulares; crónica y asintomática (*Figuras 1 y 2*).

Niega cualquier antecedente de importancia para su padecimiento. No recibió tratamientos previos.

Se realiza el diagnóstico presuntivo de pitiriasis versicolor variedad hipercrómica, se realiza luz de Wood, el cual se reporta positivo emitiendo fluorescencia amarillo-dorada en las lesiones. Se realiza estudio micológico directo con cinta adhesiva con tinta azul Parker, donde

se observan levaduras redondas arracimadas con algunos filamentos cortos (*Figura 3*). Realizándose así el diagnóstico definitivo de pitiriasis versicolor variedad hipercrómica.

Se indica tratamiento a base de jabón con ácido salicílico, así como itraconazol 100 mg al día por 15 días, con buena respuesta al mismo.

CONCLUSIÓN

La pitiriasis versicolor es una enfermedad benigna de fácil diagnóstico, pero con frecuentes recidivas; por eso la importancia de indicar un buen tratamiento enfocado principalmente al cuadro clínico que presentan los pacientes. Se presenta este caso ya que la variedad hipercrómica es de las menos frecuentes así como la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial de este padecimiento, y tenerlo en cuenta independientemente de la zona geográfica en que se presente, ya que son múltiples los factores predisponentes para la presentación de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padilla MC. Pitiriasis versicolor. *Dermatología Rev Mex* 2005; 49: 157-167.
2. Padilla MC. Laboratorio de micología. *Rev Centro Dermatológico Pascua* 1997; 3: 182-185,
3. Guillot J, Guého E, Midgley G. Identification of *Malassezia* species. *J Mycol Med* 1996; 6: 103-110.
4. Nakabayashi A, Sei Y, Guillot J. Identification of *Malassezia* species isolated from patients with seborrheic dermatitis, atopic dermatitis, pityriasis versicolor and normal subjects. *Med Mycology* 2000; 38: 337-341.
5. Faergemann J, Fredriksson T. Tinea versicolor: some new aspects on etiology, pathogenesis, and treatment. *Int J Dermatol* 1982; 1: 8-11.
6. Pereiro MM. Situación actual de las infecciones por *Malassezia*. *Piel* 1999; 14: 76-87.
7. Sandhu K, Jit A. Extensive pityriasis versicolor of the face. *J Dermatol* 2004; 3: 258-359.
8. Isa R, Cruz AC, Arenas R y col. Pitiriasis versicolor en niños. Estudio epidemiológico y micológico de 797 casos estudiados en la República Dominicana. *Med Cutan Ibero Lat Am* 2002; 1: 5-8.
9. Hammer KA, Riley TV. Precipitate production by some *Malassezia* species on Dixon's agar. *Medical Mycology* 2000; 38: 105-107.
10. Manzanares NA. Pitiriasis versicolor tratada con terbinafina solución al 1% durante dos semanas. *Tesis de Postgrado en dermatología*. México 1996: 19-39.