

# Pitiriasis versicolor hipercrómica: informe de cinco casos

## Pityriasis Versicolor. Report of Five Cases

Elideth Montserrat Íñiguez-Flores<sup>1</sup> y Ely Cristina Cortés-Peralta<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de medicina

<sup>2</sup> Profesor de cátedra, Departamento de Dermatología

Escuela de Medicina, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)

### RESUMEN

La pitiriasis versicolor (PV) es una micosis superficial benigna, crónica y recurrente causada por *Malassezia* spp., de aparición común en el tronco y los hombros. Con frecuencia la variante hipercrómica se confunde con eritrasma y fitofotodermatitis. A continuación se describen cinco casos clínicos con esta dermatomycosis.

**PALABRAS CLAVE:** pitiriasis versicolor, *Malassezia*, hipercrómica.

### ABSTRACT

Pityriasis versicolor (PV) is a benign, chronic, and recurrent superficial mycosis caused by *Malassezia* spp., frequently presenting on the back, chest and shoulders. The hyperchromic variant is frequently confused with erythrasma and phytophotodermatitis. A case series of five patients with this clinical presentation is discussed.

**KEYWORDS:** pityriasis versicolor, *Malassezia* spp., hyperchromic.

### Introducción

La pitiriasis versicolor (PV) es una micosis superficial benigna, crónica o recurrente causada por varias especies del género *Malassezia* spp.; debido a que este hongo es parte de la microbiota cutánea, se necesita un ambiente propicio que permita su proliferación y patogenia. Esta dermatosis consiste en manchas que pueden ser de tipo hipocrómicas, hipercrómicas, eritematosas e hipohipercrómicas, con escama fina. En adultos la topografía es predominante en el tronco, los hombros, los brazos y los muslos, y con menos frecuencia se encuentra en pliegues, abdomen y antebrazos. En la población infantil es más común en la frente, la región interiliar y los surcos nasogenianos.<sup>1-2</sup>

En este artículo se expone una serie de casos atípicos de pitiriasis versicolor de la variante hipercrómica. Es esencial dar un diagnóstico acertado, ya que comúnmente se confunde con fitofotodermatitis.

### Casos clínicos

Se presentan los casos de cinco pacientes en un rango de edad de 16 a 35 años con dermatosis que predominan en los hombros, el tronco y el cuello (figura 1). Las lesiones se caracterizan por máculas color marrón claro, de bor-

des definidos de 3 a 10 mm de diámetro, confluentes, que alcanzan grandes extensiones, de superficie ligeramente escamosa, con un tiempo variable de evolución de cuatro meses a un año, asociadas en todos los casos al inicio del verano, con grados variables de prurito.

Para el diagnóstico se realizó raspado de la escama de una lesión y observación con hidróxido de potasio al 20% (KOH), la cual resultó positiva al observar las esporas redondas arracimadas y filamentos gruesos que semejan la apariencia de “espagueti y albóndigas” (figura 2).

El tratamiento consistió en una terapia combinada de antifúngicos tópicos y sistémicos, así como medidas generales que consistieron en evitar la humedad en las zonas afectadas y uso de ropa de algodón con cambio frecuente, entre otras.

### Discusión

La PV es un padecimiento universal que predomina en zonas tropicales y subtropicales, con incidencia de 32% en estas áreas. En México es más frecuente en las costas. Es más común en el sexo masculino y en la adolescencia y la adultez; esto puede estar relacionado con una mayor actividad de las glándulas sebáceas.<sup>3,4</sup>

### CORRESPONDENCIA

Dra. Ely Cristina Cortés-Peralta ■ dracristinacortes@tec.mx ■ Teléfono: + (52-81) 8888 2000  
Av. Ignacio Morones Prieto 3000, Sertoma, C.P. 64710, Monterrey, Nuevo León, México



**Figura 1.** A y B) Primer paciente, C y D) segundo paciente, E) Tercer paciente, F y G) cuarto paciente, H) quinto paciente. Se puede observar la topografía en el tronco, los hombros, los brazos y el abdomen; la morfología de las lesiones son máculas color marrón claro, de bordes definidos de 3 a 10 mm de diámetro, confluentes, que alcanzan grandes extensiones.



**Figura 2.** En el examen directo se observan las esporas redondas en racimo e hifas, imagen de "espagueti con albóndigas" (KOH 20% 10x).

El género *Malassezia* spp. es un saprófito obligatorio de la piel humana y de algunos mamíferos; en humanos la colonización parece iniciarse en los primeros días de vida y aumenta significativamente después de la primera semana en un proceso asintomático. Se han descrito 14 especies del género *Malassezia* y sólo ocho han sido aisladas de las escamas de pacientes con PV, las más frecuentes son: *M. globosa* entre 55 y 84% de los casos, seguida de *M. sympodialis* y *M. furfur*.<sup>3-7</sup>

En su fase de levadura, el hongo *Malassezia* se encuentra como saprobio en la piel seboreica y en los folículos pilosos, mientras que en su fase micelial es patogénica. La PV es causada por un conjunto de factores endógenos como herencia genética, edad, sexo, raza, embarazo, hiperhidrosis, infecciones crónicas, desnutrición, inmunosupresión y piel seboreica; así como por factores exógenos como calor, exposición solar, humedad excesiva, aplicación de productos con vehículo graso, uso de corticoides tópicos y sistémicos, al igual que uso de ropa con alto contenido de fibras sintéticas.<sup>1-3</sup>

El diagnóstico se basa en la apariencia clínica de lesiones en las que aparecen placas con cambios en la pigmentación, con escama fina. Se presenta el signo de Zireli, que consiste en el desprendimiento de las escamas debido a un estiramiento de la piel. Durante la exploración se utiliza la luz de Wood, la cual tiene una longitud de onda de 400 a 450 nm, para evidenciar la clásica fluorescencia amarillo-verdosa y determinar la extensión del padecimiento; se debe tener en cuenta que los fluorocromos y la pitirialactona son los responsables de la fluorescencia de las lesiones, por lo que sólo se produce una respuesta positiva en un tercio de los casos, sobre todo en aquellos producidos por *Malassezia furfur*.<sup>4-6,8</sup>

Como diagnósticos diferenciales se deberán considerar tiña del cuerpo, casos indeterminados de lepra, psoriasis,

pitiriasis alba, pitiriasis rosada, vitiligo, roséola sifilítica y melanodermas postlesionales; para la variante hipercrómica las principales son eritrasma y fitofotodermatitis. En la historia clínica se debe preguntar si se ha tenido contacto con sustancias botánicas sensibles a la radiación de luz ultravioleta de longitud amplia (UVA 320-380 nm) y aplicación de psoralenos, ya que su topografía coincidirá con las lesiones y puede apoyar el diagnóstico diferencial de fitofotodermatitis. Para descartar eritrasma, en la exploración física se debe incluir la visualización de la lesión bajo la luz de Wood, ya que ésta mostrará un color rojizo a diferencia del amarillo-verdoso de PV.<sup>9,10</sup>

Debido a la diversidad en la presentación de la PV, se debe confirmar el diagnóstico realizando la prueba de la cinta adhesiva (*scotch-test*) que consiste en aplicar una película adhesiva transparente en las lesiones y después retirarla y aplicarla en un portaobjetos; las paredes de las levaduras y los filamentos se tiñen con “tinta azul negra Parker” o con negro de clorazol. En el examen microscópico de las escamas se observan las esporas redondas típicas arracimadas y filamentos gruesos que semejan la apariencia de “espagueti y albóndigas”.<sup>25</sup>

Los rasgos dermatoscópicos pueden ser de utilidad para el diagnóstico de la PV; en el análisis observamos una alteración del pigmento centro folicular que, en la mayoría de los casos, se asocia con descamación y un halo de contraste característico alrededor de la lesión primaria. El aumento de la pigmentación es el resultado de un estrato córneo engrosado y un infiltrado inflamatorio linfocítico perivascular en la dermis que estimula la melanogénesis. En la variante hipercrómica el halo de contraste podría deberse al consumo de melanocitos en el proceso de melanogénesis estimulada que ocurre como resultado de la inflamación perivascular en la lesión primaria.<sup>11-13</sup>

El tratamiento consiste en fármacos orales o tópicos. La terapia tópica se recomienda para casos limitados o iniciales y debe administrarse durante dos a cuatro semanas como mínimo. Los agentes no específicos utilizados son el sulfuro de selenio (2,5%), propilenglicol (50%), pomada de Whitfield (ácido benzoico y ácido salicílico 2:1), ácido salicílico y azufre, povidona yodada, peróxido de benzoilo y crema de tretinoína. Los agentes antifúngicos específicos son halprogina, piritiona de cinc (1%), tolclato (1%), ciclopiroxolamina (1%), azoles, terbinafina y succinato de litio.<sup>4</sup>

La terapia sistémica se sugiere en casos donde la dermatomycosis es muy extensa o recurrente. Los tres antifúngicos más recomendados son itraconazol, 200 mg por día durante 10 a 15 días; itraconazol, 200 mg por día durante cinco a siete días; y fluconazol, 400 mg por un día.

Debido a la alta incidencia de recidivas, 60% antes de un año y 80% en un periodo de dos años, se propone la administración profiláctica de 400 mg de itraconazol una vez al mes durante seis meses. Las manchas pueden persistir de semanas a meses tras la cura microbiológica con KOH.<sup>79</sup>

## Conclusiones

La pitiriasis versicolor es una dermatosis con mayor prevalencia en las zonas tropicales y subtropicales, en México es más frecuente en las costas. Es indispensable conocer todas sus variantes y los diagnósticos diferenciales a descartar. Con frecuencia la variante hipercrómica se confunde con eritrasma y fitofotodermatitis, por lo que es crucial conocer las características de ésta para dar un tratamiento certero, así como la realización de exámenes paraclínicos para la identificación del agente causal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta M y Cazorla D, Aspectos clínico-epidemiológicos de la pitiriasis versicolor (PV) en una comunidad pesquera de la región semiárida del estado Falcón, Venezuela, *Revista Iberoamericana de Micología* 2004; 21(4):191-4.
- Méndez A y Bonifaz A, Formas clínicas excepcionales de pitiriasis versicolor, *Dermatología Revista Mexicana* 2019; 63(3):347-51.
- Morales M, Padilla M y Martínez J, Pitiriasis versicolor variedad hipercrómica. Comunicación de un caso, *Centro Dermatológico Pascua* 2007; 16(2):93-5.
- Fernández-Vozmediano J y Armario-Hita J, Etiopatogenia y tratamiento de la pitiriasis versicolor, *Medicina Clínica* 2006; 126(suppl.1):7-13. DOI:10.1157/13097519.
- Romano C, Mancianti F, Nardoni S *et al*, Identification of *Malassezia* species isolated from patients with extensive forms of pitiriasis versicolor in Siena, Italy, *Revista Iberoamericana de Micología* 2013; 30(4):231-4. DOI:10.1016/j.riam.2013.02.001.
- Abasq-Thomas C y Misery L, Pitiriasis versicolor y otras dermatosis debidas a *Malassezia* spp. (con exclusión de la dermatitis seborreica), *EMC-Dermatología* 2019; 53(3):1-7. DOI:10.1016/s1761-2896(19)42816-1.
- Clavellina M, Moreno G, Sánchez A *et al*, Pitiriasis versicolor y *Malassezia* spp.: una revisión, *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* 2014; 12(1):52-7.
- Bumgarner F y Burke R, Pityriasis versicolor: atypical, clinical and mycologic variations, *Archives of Dermatology and Syphilology* 1949; 59(2):192-5. DOI:10.1001/archderm.1949.01520270068007.
- Padilla M, Pitiriasis versicolor, *Dermatología Revista Mexicana* 2005; 49(4):157-67. DOI:10.1016/s1138-3593(01)73675-1.
- Medina L, Medina I, Oropeza L *et al*, Hyperchromic and erythematous pityriasis: case report and review of the literature, *Journal of Dermatology Research and Therapy* 2019; 5(2):1-7. DOI:10.23937/2469-5750/1510073.
- Mathur M, Acharya P, Karki A *et al*, Dermoscopic pattern of pityriasis versicolor, *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2019; 12:303-9. DOI:10.2147/CCID.S195166.
- Ishmeet K, Jakhar D y Singal A, Dermoscopy in the evaluation of pityriasis versicolor: a cross sectional study, *Indian Dermatology Online Journal* 2017; 10(4):481-5. DOI:10.4103/idoj.IDOJ\_502\_18.
- Allen H, Charles C y Johnson B, Hyperpigmented tinea versicolor, *Archives of Dermatology* 1976; 112(8):1110-2. DOI:10.1001/archderm.1976.01630320020004.