

Pitiriasis versicolor: variantes cromáticas, morfológicas y topográficas de interés clínico

Pityriasis Versicolor: Chromatic, Morphological and Topographic Variants of Clinical Interest

Alejandra Sandoval Clavijo,¹ Andrea Ortiz Florez² y Camilo Morales Cardona³

¹ Residente de Dermatología, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia

² Dermatóloga, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia

³ Dermatólogo, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia

RESUMEN

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial causada por diferentes especies de *Malassezia* spp, un hongo lipofílico y dimórfico que coloniza áreas corporales seborreicas y se comporta como organismo comensal. Diversos factores favorecen su transformación a una forma patógena, responsable de las lesiones cutáneas discrómicas y descamativas típicas de la enfermedad. A continuación se describen los hallazgos clínicos observados en una serie de casos con diagnóstico confirmado de pitiriasis versicolor, quienes presentaron desde las variantes cromáticas más comunes hasta otras morfológicas y topográficas menos conocidas, ilustrando así el amplio espectro clínico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: *pitiriasis versicolor, Malassezia, tinea versicolor, micosis.*

Introducción

La pitiriasis versicolor (PV) es una micosis superficial causada por diversas especies de *Malassezia* spp., frecuente en países tropicales y subtropicales, donde la humedad y las altas temperaturas favorecen la invasión y crecimiento del hongo.¹ El término *pitiriasis* se deriva del griego *ptyra*, que significa “proliferación anormal”, y *versicolor* viene del latín, “múltiples colores”,² lo que define una de las principales características clínicas de la enfermedad. Además del abanico cromático, que podría tener relación con la especie infectante,³ el espectro clínico de la PV incluye variantes morfológicas atípicas y afectación de áreas anatómicas inusuales, como se describe a continuación.

ABSTRACT

Pityriasis versicolor is a superficial mycosis caused by different species of *Malassezia* spp, a lipophilic and dimorphic fungus that colonizes seborrheic corporal areas and develop as a commensal organism. Different factors could induce its transformation into a pathogenic form that cause the typical dyschromic and scaly lesions presented in the disease. In this article we describe the clinical findings observed in a case series of patients with pityriasis versicolor, in which we could observed from the most common chromatic presentations to other less known morphological and topographic variants, illustrating the broad clinical spectrum of the disease.

KEYWORDS: *pityriasis versicolor, Malassezia, tinea versicolor, mycoses.*

Presentación típica

La PV se caracteriza por máculas o placas ovales discrómicas, con descamación fina superficial, que pueden confluir formando placas policíclicas de mayor tamaño y usualmente afectan áreas seborreicas como el cuello, el tórax anterior y el dorso^{4,5} (figura 1).

La presentación hipocrómica (figura 1a) se asocia con la producción de ácido dicarboxílico y ácido azelaico por parte de la levadura, lo cual inhibe la reacción dopatirrosinasa.⁶ Algunos autores han sugerido que la hipopigmentación sería el resultado no sólo del bloqueo de la radiación ultravioleta por acumulación de escamas en el estrato córneo,⁷ sino de alteraciones en la producción de los melanosomas y fallas en la transferencia de estos gránulos hacia el queratinocito.⁸

CORRESPONDENCIA

Dra. Alejandra Sandoval Clavijo ■ alesancla@hotmail.com ■ Teléfono: (+571) 794 1100
Calle 1 n.ºm. 13 A-61, Bogotá, D.C., Colombia



Figura 1. Presentaciones típicas: A) placas hipocrómicas descamativas; B) placas hipercrómicas de tono marrón; C) placas eritematosas policíclicas; D) confluencia de lesiones hipercrómicas y eritematosas.

La presentación hipercrómica (figura 1b) ocurre por el aumento en el tamaño y distribución de los melanosomas en la epidermis, además de la respuesta inflamatoria linfocítica perivascular que sirve de estímulo para la melanogénesis.⁸ En fototipos oscuros estas lesiones tienen una coloración marrón, mientras que en pieles más claras son de tono apenas pardo.⁶

Por otro lado, la variante eritematosa (figura 1c) se caracteriza por lesiones de tonalidad asalmonada o rojiza,⁹ consecuencia de la dilatación de los vasos sanguíneos.¹⁰ Aunque la mayoría de los pacientes tienen lesiones de un solo color, también pueden cursar con patrones mixtos (figura 1d) en los que coexisten dos o más tonalidades.⁴

Variantes atípicas

En la literatura se han descrito diferentes presentaciones clínicas atípicas (tabla 1): vitiligoide (figura 2a), dermatofitoide (figura 2b) y configuraciones distintas a las usuales,

como placas policíclicas —posiblemente asociadas a cuadros clínicos más crónicos— en el tórax y placas circinadas en los pliegues, que pueden confundirse con otras dermatosis características de esas regiones anatómicas (figura 2c).^{4,11} También se han documentado patrones especiales de distribución, por ejemplo, siguiendo el trayecto cubierto por la ropa interior en las mujeres, lo cual podría tener relación con el ambiente húmedo y oclusivo que genera en estas zonas el contacto con telas sintéticas⁹ (figura 2d). El daño areolar y periareolar ocurre en pacientes con mayor concentración de glándulas sebáceas, y se caracteriza por lesiones de color pardo-amarillento.¹² En la variante atrófica se observan placas hipopigmentadas con atrofia, probablemente debido a ciertos antígenos de *Malassezia* spp. que causarían una reacción de hipersensibilidad tipo IV con inadecuada proliferación de queratinocitos y liberación de elastinas en la dermis.¹¹

Tabla 1. Variantes atípicas descritas en la literatura y sus principales características clínicas

VARIANTE	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Vitiligoide	<ul style="list-style-type: none"> Máculas o placas acrómicas que comprometen con mayor frecuencia fototipos IV y V Afectan el tronco y las extremidades superiores
Dermatofitoide	<ul style="list-style-type: none"> Placas eritematosas anulares con “borde activo” Simulan infecciones por dermatofitos
Circinada	<ul style="list-style-type: none"> Máculas o placas eritematosas que forman círculos o semicírculos Afectan con mayor frecuencia los pliegues
Atrófica	<ul style="list-style-type: none"> Placas hipocrómicas atróficas, usualmente en el tronco
Pardo-amarillenta	<ul style="list-style-type: none"> Placas pardo-amarillentas en la región mamaria
Folicular	<ul style="list-style-type: none"> Máculas de tono pardo claro con distribución folicular Se han descrito en el cuello, el tronco y la región proximal de las extremidades



Figura 2. Variantes atípicas: A) máculas acrómicas en el hemitórax izquierdo, que se extienden al miembro superior y al abdomen; B) placa eritemato-descamativa con “borde activo” en el abdomen (flecha negra); C) máculo-placas eritemato-descamativas, circinadas, en el pliegue inguinal izquierdo; D) placas pardo-eritematosas localizadas en el dorso, bajo la zona cubierta por el brasier.

Localizaciones inusuales

Por tratarse de un hongo lipofílico, las manifestaciones clínicas predominan en regiones con mayor concentración de ácidos grasos, como la cara, el cuero cabelludo, el tórax anterior y el dorso,⁹ sin embargo también se pueden afectar áreas menos seborreicas, como la cara anterior de los antebrazos (figura 3a) o dorsal de zonas acrales como a manos y los pies;¹³ áreas ricas en glándulas sudoríparas ecrinas como las axilas (figura 3b); los genitales, e incluso la piel tatuada (figura 3c). La aparición de lesiones de PV

en la región facial es frecuente en los niños, pero se considera rara en los adultos^{4,14} (figura 3d).

Conclusión

La pitiriasis versicolor es una micosis frecuente en países tropicales y subtropicales, por ello es importante reconocer las variantes cromáticas y las presentaciones atípicas que hacen parte de su espectro clínico, ya que algunas de ellas se pueden confundir con otras dermatosis.



Figura 3. Localizaciones inusuales: A) placas hipocrómicas descamativas en la cara anterior del brazo y el antebrazo; B) placas hipocrómicas en la región axilar y periaxilar; C) pequeñas placas hipocrómicas descamativas sobre la piel tatuada; D) extensas placas hipocrómicas y descamativas en el rostro y el cuello de un hombre adulto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yahya H, Knowledge, perception, and practice of patients about pityriasis versicolor in Kaduna, North Central Nigeria, *Int J Dermatol* 2017; 56:1169-74.
2. Hebert A, Tinea versicolor, *Dermatologic Clinics* 1984; 2:29-43.
3. Aljabre SH, Alzayir AA, Abdulghani M y Osman OO, Pigmentary changes of tinea versicolor in dark-skinned patients, *Int J Dermatol* 2001; 40:273-5.
4. Ramírez-Godínez JB, Carreño-Gayoso EA, Soto-Ortiz JA, Tarango-Martínez VM y Mayorga-Rodríguez JA, Pityriasis versicolor: una actualización, *Med Cutan Iber Lat Am* 2018; 46:166-75.
5. Renati S, Cukras A y Bigby M, Pityriasis versicolor, *BMJ* 2015; 350:1394.
6. Ríos-Yuil JM, Pityriasis versicolor: clinical spectrum and diagnosis, *Curr Fungal Infect Rep* 2016; 10:121-5.
7. Kallini JR, Riaz F y Khachemoune A, Tinea versicolor in dark-skinned individuals, *Int J Dermatol* 2014; 53:137-41.
8. Gupta D y Thappa DM, The enigma of color in tinea versicolor, *Pigment Int* 2014; 1:32-5.
9. Varada S, Dabade T y Loo D, Uncommon presentations of tinea versicolor, *Dermatol Pract Concept* 2014; 4:93-6.
10. Janaki C, Sentamilselvi G, Janaki VR y Boopalraj JM, Unusual observations in the histology of pityriasis versicolor, *Mycopathol* 1997; 139:71-4.
11. Méndez A y Bonifaz A, Formas clínicas excepcionales de pitiriasis versicolor, *Dermatol Rev Mex* 2019; 63:347-51.
12. Borgui A, Amendolagine G, Montinari E y Corazza M, Unusual location of a common dermatosis, *Int J Dermatol* 2017; 57:117-9.
13. Arif T, Acral pityriasis versicolor: a rare clinical presentation, *Our Dermatol Online* 2015; 6:196-7.
14. Sánchez Castillas AL, Fernández Martínez RF, Moreno Coutiño G y Arenas R, Pitiriasis versicolor y *Malassezia* spp: una revisión, *Dermatología CMQ* 2014; 12:52-7.

Conteste correctamente todos los cuestionarios que se publicarán en *DCMQ* y obtendrá 2 puntos de validez para la recertificación del Consejo Mexicano de Dermatología. Envíe todas sus respuestas juntas antes del **31 de enero de 2022** a la dirección de la revista: Medipiel Servicios Administrativos, SC; Aniceto Ortega 822, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, Ciudad de México, Tel. 5659-9416, 5575-5171.

Incluya su correo electrónico para recibir la constancia.

Cuestionario

Pitiriasis versicolor: variantes cromáticas, morfológicas y topográficas de interés clínico

1. Sobre las manifestaciones clínicas de la pitiriasis versicolor, es falso:
 - a) Las lesiones afectan la región facial sólo en los niños.
 - b) En la areola se puede presentar como placas pardo-amarillentas.
 - c) En pacientes con patrones cromáticos mixtos coexisten dos o más tonalidades.
 - d) La variante eritematosa puede presentarse con una coloración asalmonada.
2. Respecto a la patogénesis de las tonalidades discrómicas en la PV, es falso:
 - a) La hipocromía se produce por alteraciones en la producción de los melanosomas y fallas en su transferencia hacia el queratinocito.
 - b) La presentación hipocrómica se asocia con el incremento en la síntesis de ácido dicarboxílico por parte del hospedero.
 - c) La presentación hipocrómica ocurre por aumento en el tamaño y distribución de los melanosomas en la epidermis.
 - d) La hipercromía se produce por una respuesta inflamatoria linfocítica perivascular que estimula la melanogénesis.
3. Se consideran variantes atípicas de pitiriasis versicolor:
 - a) Dermatofitoide, atrófica, pardo-amarillenta, folicular.
 - b) Liquenoide, hipocrómica, morfeiforme, folicular.
 - c) Liquenoide, vitíligoide, circinada, eritematosa.
 - d) Vitíligoide, circinada, morfeiforme, folicular.
4. La variante circinada:
 - a) Es más frecuente en adultos inmunosuprimidos.
 - b) Se presenta con mayor frecuencia como círculos o semicírculos en los pliegues.
 - c) Se caracteriza por máculas eritematosas anulares en el tronco que simulan un “borde activo”.
 - d) Afecta con mayor frecuencia la piel tatuada.
5. La variante dermatofitoide:
 - a) Se asocia a coinfección por dermatofitos.
 - b) Es más frecuente en la población infantil.
 - c) Simula infecciones por dermatofitos.
 - d) Tiene mayor riesgo de recurrencia.