

# Pitiriasis versicolor en una topografía atípica

## Pityriasis versicolor an atypical localization

Marisol Ruiz Pérez,<sup>1</sup> Julia Stephanie Rojas Caballero,<sup>1</sup> Valeria Lyzzete Díaz Molina<sup>2</sup> y Sagrario Hierro Orozco<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente del Servicio de Dermatología

<sup>2</sup> Adscrita al Servicio de Dermatología

<sup>3</sup> Jefa del Servicio de Dermatología

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

### RESUMEN

La pitiriasis versicolor (PV) es una micosis superficial de la piel causada por hongos del género *Malassezia* spp., se manifiesta como placas discrómicas con escama fina, bien demarcadas, la topografía habitual es el tronco, aunque se han reportado áreas atípicas como la cara, la piel cabelluda, los brazos, las piernas, sitios intertriginosos, los genitales, las areolas, las palmas y las plantas. Se expone un caso de topografía atípica.

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

### ABSTRACT

Pityriasis versicolor is a superficial fungal infection of the skin, it is caused by *Malassezia* spp., consisting of well demarcated, finely scaling plaques, the usual localization is the trunk, however, atypical areas have been reported, including the face, scalp, arms, legs, intertriginous areas, genitalia, areolas, palms, and soles. A 52-year-old female is reported with inguinal and pubic affection.

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

### Introducción

La pitiriasis versicolor (PV) es una infección fúngica cutánea superficial, causada por *Malassezia* spp., clínicamente se presenta como placas hipo o hiperpigmentadas con escamas furfuráceas, en general en el cuello, el pecho, la espalda y el abdomen. Se expone un caso con topografía atípica.

### Caso clínico

Se trata de una paciente de 52 años de edad, originaria y residente de Ciudad de México, de ocupación administrativa, con antecedentes de hipotiroidismo y carcinoma de células escamosas en la lengua, etapa clínica I, el área de Oncología Quirúrgica la refirió a nuestro Servicio de Dermatología porque presentaba lesiones inguinales asintomáticas, de aproximadamente un año y medio de evolución.

Durante nuestra valoración se encontró una dermatosis localizada de forma bilateral y simétrica en las ingles y el pubis, caracterizada por múltiples placas ovaladas de

1 a 3 cm, color marrón, que en su superficie tenía escamas blanquecinas furfuráceas, de bordes bien definidos (figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones localizadas en las regiones inguinal y púbica.

### CORRESPONDENCIA

Dra. Marisol Ruiz Pérez ■ marisol\_ruiz\_perez@hotmail.com ■ Teléfono: 55 5974 8500  
Av. Félix Cuevas 540, Colonia del Valle, C.P. 03229, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México

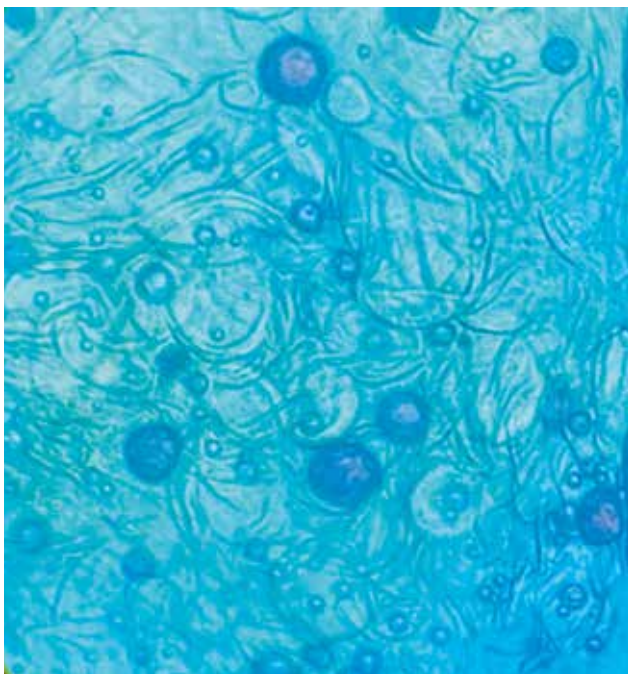


Figura 2. Examen directo con KOH y tinta azul Parker, en el que se observa la clásica imagen de “espagueti con albóndigas”.

Debido a las características del cuadro, se realizó examen directo con KOH y tinta azul Parker, en el que se observaron cúmulos de levaduras y filamentos cortos, que formaban el clásico patrón de “espagueti con albóndigas” (figura 2).

Se tomó biopsia de una de las lesiones la cual reportó atrofia epitelial, hiperqueratosis leve, esporas e hifas en el estrato córneo (figura 3). De acuerdo con lo anterior se integró el diagnóstico de pitiriasis versicolor variedad hiperchromiante.

Se comenzó tratamiento a base de emoliente con urea y antifúngico vía oral; las lesiones remitieron a las dos semanas, por lo que fue dada de alta en nuestro Servicio.

### Discusión

La PV es una infección fúngica superficial caracterizada por placas ligeramente descamativas, y cuya coloración varía del blanco al rosado, salmón o marrón, en general son asintomáticas, pero en algunos casos los pacientes pueden referir prurito, el motivo de consulta suele ser por el aspecto estético de las lesiones.<sup>1-4</sup>

Esta entidad es causada por *Malassezia* spp., un hongo dimórfico lipófilo que crece mejor en climas cálidos, por ello su prevalencia se reporta desde 0,5% en Suecia, hasta 50% en países tropicales. Esta patología no es contagiosa y no hay influencia de factores como el sexo, la raza, el nivel socioeconómico y la higiene de la piel para que ésta

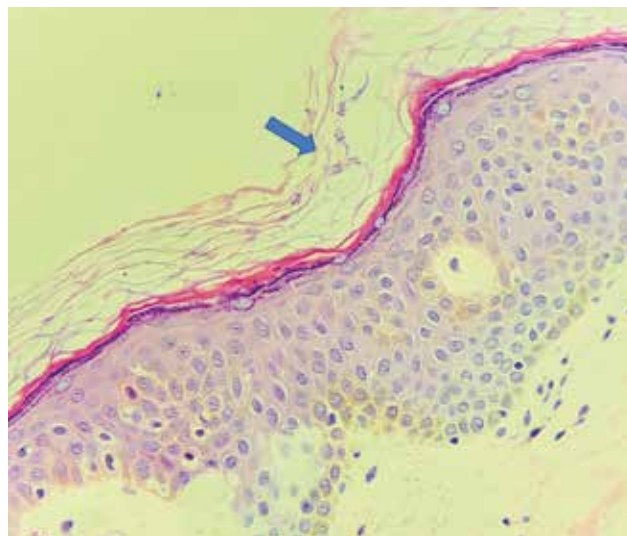


Figura 3. Corte histológico de piel, se observan esporas e hifas en el estrato córneo (flecha azul).

se presente, sin embargo, algunos factores predisponentes pueden ser la genética, inmunodeficiencia, piel grasa, desnutrición, hiperhidrosis, exposición solar, exposición a altas temperaturas y humedad, aumento de los niveles de cortisol en plasma y uso de anticonceptivos orales.<sup>1,5,6</sup>

La topografía más común es el pecho, la parte superior de la espalda y los hombros. Sin embargo, se han reportado localizaciones atípicas como la cara, la piel cabelluda, los brazos, las piernas, sitios intertriginosos, los genitales, las areolas, las palmas y las plantas.<sup>5</sup>

El diagnóstico es clínico y se confirma con un examen directo con KOH y tinta azul Parker, se pueden observar levaduras y pseudomicelios color azul, lo que da como resultado la imagen clásica descrita como “espagueti con albóndigas”. No se requiere cultivo para confirmar el diagnóstico y muchas veces sólo se hace con fines de investigación. En caso de duda diagnóstica se puede realizar biopsia, como en el caso de nuestra paciente, los hallazgos habituales son hiperqueratosis, hifas en estrato córneo, acantosis, dilatación infundibular y tapones córneos; puede o no haber infiltrado inflamatorio de predominio perivascular, y en la dermis es posible que haya incontinencia de pigmento.<sup>3,4</sup>

En cuanto al tratamiento, la primera línea incluye agentes tópicos debido a su eficacia y seguridad en formulaciones como loción, champú, crema, gel y solución. El más usado por sus excelentes resultados es el ketoconazol al 2%. Cuando falla el tratamiento tópico o nos encontramos ante un caso grave, se da paso al tratamiento sistémico. En el pasado el ketoconazol oral era el agente de primera línea, sin embargo, en muchos países ya no

está aprobado para el tratamiento de micosis superficiales, pero tenemos opciones que incluyen itraconazol 200 mg al día por cinco a siete días y fluconazol 300 mg al día, una dosis que se puede repetir a las dos o cuatro semanas.<sup>5</sup>

### Conclusiones

En nuestra paciente la topografía de presentación de la enfermedad no es habitual, por lo que la morfología de las lesiones aunado al uso de técnicas como examen directo y biopsia nos permitieron realizar un diagnóstico correcto, y con ello brindar un tratamiento efectivo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Renati S, Cukras A y Bigby M, Pityriasis versicolor, *Br Med J* 2015; 350: 1-6.
2. Plensdore S, Livieratos M y Dada N, Pigmentation disorders: diagnosis and management, *Am Fam Physician* 2017; 96:797-804.
3. Crespo V, Gómez E y Crespo M, La pitiriasis versicolor y las levaduras del género *Malassezia*, *Actas Dermosifiliogr* 2008; 9, 764-71.
4. Ramírez J, Carreño E, Soto J *et al*, Pitiriasis versicolor: una actualización, *Med Cutan Iber Lat Am* 2018; 46:166-75.
5. Varada S, Dabade T y Loo D, Uncommon presentations of tinea versicolor, *Dermatol Pract Concept* 2014; 4:93-6.
6. Gupta AK y Lyons DC, Pityriasis versicolor: an update on pharmacological treatment options, *Expert Opin Pharmacother* 2014; 15:1707-13.