



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/2084 - PITIRIASIS VERSICOLOR

I. Hernando García^a, J. Loricera García^b, B. Gutiérrez Muñoz^c y C. Varela César^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. ^bMédico adjunto de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por lesiones cutáneas hipopigmentadas y pruriginosas de dos meses de evolución, distribuidas en pecho, espalda y raíz de miembros superiores.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, se observan máculas hipopigmentadas que presentan descamación al rascado (signo de la uñada). Al iluminarlas con la luz de Wood, presentan una fluorescencia amarilla pálida.

Orientación diagnóstica: Pitiriasis versicolor.

Diagnóstico diferencial: Eccemátides seborreicas, pitiriasis rosada, vitíligo, lúes secundaria, dartros.

Comentario final: La pitiriasis versicolor es una micosis superficial cuyo agente causal son los hongos del género *Malassezia*, que forma parte de la flora habitual y está presente en áreas seborreicas. En condiciones de calor, humedad o estados de inmunodepresión, su crecimiento se ve favorecido, convirtiéndose en patógena. Se presenta habitualmente en adolescentes y adultos jóvenes, aumentando su incidencia en los meses de verano. Se caracteriza por máculas hiper o hipopigmentadas de distribución en áreas seborreicas (pecho, espalda, raíz de miembros superiores, región lumbar...) que se descaman fácilmente al rascado (signo de la uñada). El diagnóstico suele ser clínico, pudiéndonos apoyar en la visualización con luz de Wood, en la que se objetivará una fluorescencia amarilla. El tratamiento con antifúngicos tópicos suele ser eficaz si las lesiones no son extensas. En casos intensos y recurrentes está indicado el tratamiento sistémico con antifúngicos orales. Nuestra paciente recibió tratamiento con itraconazol 50 mg cada 24 horas durante 14 días y una aplicación diaria de ketoconazol tópico durante 3 semanas, consiguiendo la remisión completa de las lesiones.

Bibliografía

1. Conejo-Mir J, Moreno JC, Camacho FM. Manual de Dermatología. Madrid. Aula Médica, 2010.

Palabras clave: Micosis superficial. Signo de la uñada. Luz de Wood. Antifúngicos.