

Pitiriasis versicolor

Clínica y tratamiento

Las micosis cutáneas son enfermedades muy frecuentes en nuestro medio y cabe afirmar que su distribución es universal. De hecho, son uno de los motivos de consulta más habituales en las oficinas de farmacia. En el presente artículo se revisa una de esas dermatomicosis, en concreto, la pitiriasis versicolor.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia y Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria.

Con la denominación de dermatomicosis se hace referencia a diversas enfermedades benignas que afectan a las capas más superficiales de la piel, el pelo, las uñas y la mucosa oral o genital, de origen infeccioso, cuyo agente etiológico es un hongo.

Los hongos que pueden generar estas infecciones cutáneas se clasifican en tres grandes grupos:

- Hongos dermatofitos.
- Hongos levaduriformes.
- Hongos no dermatofitos oportunistas.

A grandes rasgos, los cuadros clínicos que se engloban bajo el término dermatomicosis incluyen: dermatofitosis o tiñas (tiña de la cabeza, tiña del cuerpo, tiña crural, tiña de las manos, tiña de los pies, tiña de las uñas), candidiasis (candidiasis de la piel, candidiasis de mucosas, candidiasis mucocutánea crónica) y pitiriasis versicolor.

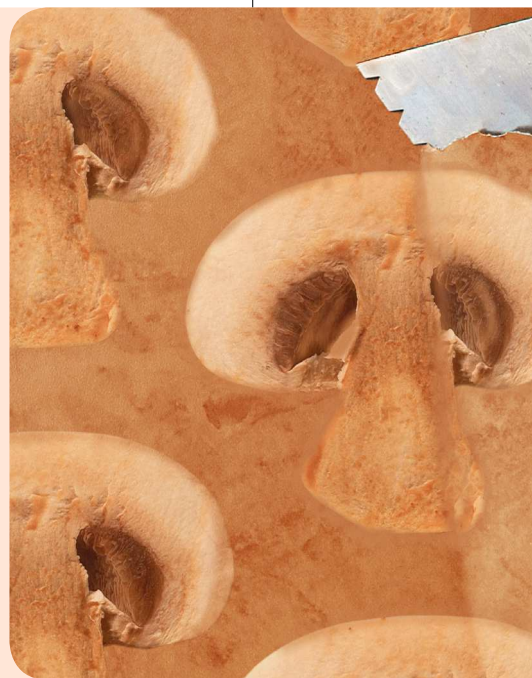
Etiología y patogénesis

El género *Malassezia* (fig. 1) incluye hasta siete especies lipófilas: *M. furfur*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. restricta*, *M. slooffiae*, *M. obtusa* y *M.*

Referencia histórica

La pitiriasis versicolor, también conocida en la literatura anglosajona como tiña versicolor, es una infección micótica superficial, generalmente asintomática y recidivante, que ocasiona lesiones maculosas hiper o hipopigmentadas, situadas preferentemente en la parte alta del pecho y de la espalda.

Esta afección fue descrita a comienzos del siglo XIX por Willan, quien la denominó pitiriasis versicolor en referencia a la decamación y al color variable de las lesiones cutáneas. En 1846, el cirujano alemán Eichstedt fue el primero que reconoció esta enfermedad como una infección cutánea producida por hongos, siendo posteriormente el naturalista francés Charles Robin quien propuso el nombre de *Microsporum furfur*, para referirse al hongo causante de la pitiriasis. Años más tarde, Gordon aisló y caracterizó el hongo en cuestión, denominándolo *Pitirosporum orbiculare*. A finales del siglo XIX, sería Malassez quien caracterizaría a las levaduras, observando que los hongos presentes en las lesiones de la pitiriasis versicolor se correspondían bastante bien con estas estructuras, momento a partir del cual el hongo pasaría a denominarse *Malassezia furfur*, considerándose entonces que el agente etiológico de esta patología



gía era una levadura, y no un dermatofito como se había creído hasta ese momento. Ya a comienzos del siglo XX, Saboraud retomó nuevamente el tema de la denominación y propone el término *Pitirosporum malassezia* para referirse al hongo en cuestión.

Finalmente, en 1986 la Comisión Internacional sobre la Taxonomía de los Hongos decidió mantener la denominación de *Malassezia furfur*, como nomenclatura preeminente sobre la de *P. malassezia*.



Fig. 1. *Malassezia furfur*

pachydermatis. Estas levaduras forman parte de la flora normal de la piel, en áreas ricas en lípidos; usualmente invaden los estratos más superficiales de la capa córnea y el infundíbulo folicular, provocando muy poca respuesta inflamatoria.

Factores tales como sudoración excesiva, piel grasa, humedad, temperaturas elevadas, malnutrición, inmunodeficiencia, embarazo y administración de corticoides, pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad.

Actualmente se admite que tanto *M. globosa* como *M. sympodialis* y *M. furfur* son los agentes etiológicos de la pitiriasis versicolor.

La levadura se ha aislado en el 95% de las zonas seborreicas de la población normal, por lo que se considera un organismo saprofítico del ser humano, que en determinadas circunstancias (ya mencionadas) desarrolla la forma micelial patógena, dando lugar así a la infección cutánea. Al parecer, la citada forma micelial produce hifas que penetran el estrato córneo, entre y dentro de los corneocitos, de modo que cuando este fenómeno se produce de forma masiva, aparecen los cambios patológicos observados en la piel. Diferentes estudios relacionan la despigmentación con el efecto que produce el ácido azelaico sobre los melanocitos, ácido que actuaría como inhibidor competitivo de la enzima tirosinasa, necesaria para la formación de melanina; el ya citado ácido azelaico es producido por *Malassezia*.

Epidemiología

Puesto que *Malassezia* tiene unos elevados requerimientos lipídicos, no es fácil encontrarla en niños pequeños ni en

ancianos; por el contrario, su presencia es elevada en personas con una importante producción de sebo, situación esta que suele ocurrir entre los 15 y los 35 años de edad. Diferentes factores, tanto exógenos como endógenos, favorecen su aparición.

De lo expuesto hasta ahora, puede deducirse que la pitiriasis es una patología cosmopolita, si bien su frecuencia es superior en las zonas cálidas y húmedas de las regiones tropicales. Por edades, aparece habitualmente después de la adolescencia y en adultos jóvenes, sin que se haya demostrado la existencia de diferencias en relación con el sexo. Esta patología es más evidente en personas de piel oscura.

La enfermedad es transmisible de persona a persona, ya sea directa o indirectamente, a través de objetos de uso común; hasta el momento, se desconoce la existencia de un hábitat exógeno. También existe la posibilidad de una infección por vía endógena, a través de escamas infectadas del mismo paciente, fundamentalmente las que proceden del cuero cabelludo.

Finalmente, conviene recordar que la pitiriasis versicolor no tiene ninguna relación con la higiene ni con el hacinamiento.

Clínica

Clínicamente, las infecciones dermatológicas ocasionadas por *Malassezia* pueden presentar tres formas:

- Pitiriasis versicolor escamosa.
- Foliculitis.
- Pitiriasis versicolor inversa.

Pitiriasis versicolor escamosa

La pitiriasis versicolor escamosa es la forma de presentación más habitual, siendo típicas las máculas hipopigmentadas, también conocidas como pitiriasis versicolor alba y las máculas hiperpigmentadas de color rojo parduzco (fig. 2) o café, conocidas como pitiriasis versicolor negra. Las lesiones suelen aparecer en zonas características: cuello, tórax, espalda, abdomen y tercio proximal de los brazos

(fig. 2). Es mucho menos habitual que las lesiones se presenten en zonas tales como cuero cabelludo, cara, área distal de las extremidades y áreas de flexión.

Los pacientes presentan máculas ovaladas, con una fina descamación superficial, que se pone de manifiesto mediante el «signo de la uñada» de Besnier.

En general, las lesiones suelen ser asintomáticas y únicamente provocan un problema estético, aunque en algunos casos se asocian a un prurito leve, que suele producirse habitualmente durante la sudación.

Finalmente, conviene recordar la existencia de una forma clínica rara, caracterizada por la depresión de las máculas respecto a la piel adyacente. No está claro si esa morfología es provocada por la levadura o si, por el contrario, es consecuencia de un tratamiento incorrecto con corticoides tópicos. Esta entidad clínica se conoce como pitiriasis versicolor atrófica.

Foliculitis

La foliculitis causada por *Malassezia* se caracteriza por la aparición de pústulas foliculares con un halo eritematoso, que a veces hace que la lesión sea indistinguible de la producida por bacterias.

Las lesiones aparecen en la espalda y en el tórax y es sumamente rara su presencia en las extremidades. Puede haber prurito moderado.

Pitiriasis versicolor inversa

En la pitiriasis versicolor inversa las lesiones aparecen en zonas de flexión, siendo frecuente que debido a su localización sean confundidas con enfermedades como la psoriasis, la dermatitis seborreica, el eritema, la candidiasis u otras infecciones ocasionadas por dermatofitos.

Diagnóstico

El diagnóstico de la pitiriasis versicolor suele ser clínico, estando basado en la observación de las lesiones y en su característica descamación. En los casos



Fig. 2. Pitiriasis versicolor con máculas eritematosas en tronco

Fuente: Vives R, Valcayo A. Form Med Contin Aten Prim. 2002;09:110-8.

dudosos puede ser útil recurrir a otras pruebas diagnósticas como el examen con luz de Wood y el examen micológico directo.

El examen mediante la lámpara de Wood muestra fluorescencia amarillenta o verdosa sobre la piel lesionada, si bien esta prueba no permite demostrar si el hongo es viable o no. Cuando al paciente deba realizársele este examen, convendrá recordarle que no debe ducharse en el período previo a la prueba.

El examen micológico directo permite confirmar el diagnóstico clínico. Dicho examen se lleva a cabo mediante rascado de las escamas existentes en la lesión, escamas que seguidamente son transparentadas mediante una solución de hidróxido potásico con una concentración comprendida entre el 10 y el 15%, y tras un tiempo de espera de aproximadamente 15 min, son examinadas al microscopio. Es característica la presencia de múltiples estructuras levaduriformes redondas e hifas cortas, imagen que se conoce como «espaguetis y albóndigas».

El estudio histopatológico sólo está indicado en casos especiales; dicho estudio permite visualizar el microorganismo en el estrato córneo. Es característica la presencia de hiperqueratosis, acantosis, in-

filtrado linfocitario perivascular, células plasmáticas e histiocitos en la dermis.

Finalmente, el cultivo del microorganismo permite diferenciar entre las distintas especies de *Malassezia*.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las siguientes patologías: dermatitis seborreica, dermatofitosis, papilomatosis reticulada confluyente de Gongerot y Carteaud, pitiriasis rosada, vitiligo, eritema y psoriasis en gotas.

Tratamiento

En lo referente al tratamiento, y puesto que la pitiriasis versicolor se ve favorecida por diferentes factores tales como temperaturas excesivas, sudoración, humedad, malnutrición, tratamiento con corticoides, etc., conviene evitar en la medida de lo posible, los mencionados factores de riesgo.

Por otra parte, y dada la benignidad de la patología en cuestión, el tratamiento suele ser sencillo y rápido, prefiriéndose la vía tópica frente a la vía oral, aunque en determinados casos es necesario recurrir a esta última.

Por vía tópica, tradicionalmente se habían empleado diversos queratolíticos: sulfuro de selenio, azufre, propilenglicol... Estos compuestos carecen de actividad directa frente al hongo, lo que, unido a su poder irritante y escasa eficacia, hace que estén siendo sustituidos por diversos antifúngicos, usados igualmente por vía tópica. En este segundo grupo se incluyen compuestos tales como el ciclopirox, los derivados azólicos (bifonazol, clotrimazol, fluconazol, ketoconazol, miconazol, sertaconazol...) y la terbinafina. Estos fármacos se formulan como champú, gel y crema, entre otras presentaciones de uso tópico. Deben aplicarse diariamente, siendo conveniente mantener el tratamiento durante tres o cuatro semanas.

La pitiriasis versicolor no tiene ninguna relación con la higiene ni con el hacinamiento

Si bien la vía tópica suele ser la más adecuada considerando las características de la patología en cuestión, en determinadas situaciones (áreas extensas, recidivas, fallo del tratamiento tópico, etc.), la sistémica se convierte en la vía de elección.

Por vía sistémica los fármacos más eficaces son ketoconazol, itraconazol y fluconazol, que pueden pautarse de diversas formas, aunque se prefieren las de corta duración. Compuestos como la griseofulvina o la terbinafina no son eficaces por esta vía.

En cualquier caso, conviene que el enfermo sepa que las manchas blancas no desaparecerán hasta un nuevo bronceado y que se trata de una patología tendente a la recurrencia. Por ello, en individuos con importantes factores endógenos que los predisponen a dicha recurrencia, puede estar indicado el tratamiento profiláctico, que podrá instaurarse con ketoconazol 400 mg mensualmente o 200 mg tres días consecutivos, también mensualmente. Estos pacientes deben ser controlados durante un año. □

Bibliografía general

- Anónimo. Pitiriasis versicolor. Dermatomicosis 2004. Enfermedades Infecciosas. Instituto Bayer Educación en Salud, (consultado el 31 de diciembre de 2008). Disponible en: http://www.investigacionbayer.com/ibes/img_infecciosas/antifungicos/micosis/micosis9.pdf
- Bonet R, Garrote A. Dermatomicosis. El Farmacéutico. 2008;398:62-8.
- Crespo V. ¿Quién es el responsable de la pitiriasis versicolor? Piel. 2002;4:147-9.
- Dalmau J, Peramiqúel L, Roé E, Puig L. Micosis superficiales (y II). Clínica y tratamiento. Farmacia Profesional. 2005;4:60-3.
- Delgado V, Crespo V. Micosis cutáneas. Medicine. 2002;8(89) 4805-15.
- Espinoza CG, Sandoval NJ, González M. Pitiriasis versicolor. Revista Médica Hondureña. 2008;76:28-32.
- Linares MJ, Moreno JC, Solís F, Casal M. Clasificación de las infecciones fúngicas. Características microbiológicas de interés clínico. Estudio de resistencia. Infecciones fúngicas superficiales. Medicine. 2006;9(57):3863-92.
- Martin-Aragón S, Benedi J. Antimicóticos dermatológicos. Revisión. Farmacia Profesional. 2004;7:38-48.
- Requena L. Pitiriasis versicolor. En: Dermatología: correlación clínico-patológica, (consultado el 31 de diciembre de 2008). Disponible en: <http://www.e-dermatomicosis.com/pdf-zip/Dermal17.pdf>
- Rodríguez de Alba M, García I, Muñoz AM, Panadero FJ. Infecciones micóticas de la piel. Panorama Actual del Medicamento. 2006;30(294):487-98.