



Reporte de caso

## Pitiriasis versicolor: una presentación inusual

### Pityriasis versicolor: an unusual presentation

Ana María Álvarez MD<sup>a</sup>  
Nicolás Prieto MD<sup>b</sup>  
Maria Salomé Páez MD<sup>b</sup>  
Leticia Sopó<sup>c</sup>  
Maria Alejandra Vanegas<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Esp. Dermatóloga, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

<sup>b</sup> Dermatología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

<sup>c</sup> Microbióloga. Micóloga. Instructora Asociada Dermatología, Laboratorio de Micología Médica (LMM), Bogotá DC, Colombia.

<sup>d</sup> Microbióloga, Laboratorio de Micología Médica (LMM), Bogotá DC, Colombia.

#### RESUMEN

**Objetivo:** describir un caso de presentación atípica de pitiriasis versicolor en un centro de referencia en micología médica. **Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo y reporte de caso. **Presentación del caso:** paciente femenina de 28 años quien asistió con un cuadro clínico atípico de pitiriasis versicolor, confirmado y tratado con éxito. **Discusión:** se realizó una búsqueda de la literatura, haciendo énfasis en el tipo de presentación clínica infrecuente de la enfermedad y los casos similares al de la paciente. **Conclusión:** se destaca la importancia de reconocer la variabilidad de manifestaciones clínicas de una infección prevalente en nuestro medio.

**Palabras clave:** pitiriasis, versicolor, malassezia, atípico, intertriginoso.

© 2024 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Historia del artículo:**  
Fecha recibido: agosto 18 de 2023  
Fecha aceptado: mayo 7 de 2024

**Autor para correspondencia.**  
Dra. Ana Maria Alvarez  
[amamdermatologa@gmail.com](mailto:amamdermatologa@gmail.com)

**DOI**  
10.31260/RepertMedCir.01217372.1491

Citar este artículo así: Álvarez AM, Prieto N, Páez MS, Sopó L, Vanegas MA. Pitiriasis versicolor: una presentación inusual. Repert Med Cir. <https://doi.org/10.31260/Repert Med Cir.01217372.1491>

## ABSTRACT

**Objective:** to describe a case of atypical presentation of pityriasis versicolor in a medical mycology reference center. **Material and Method:** a descriptive, retrospective study and case report. **Case Presentation:** a 28-year-old female patient who presented with an atypical clinical presentation of pityriasis versicolor, which was confirmed and successfully treated. **Discussion:** a literature research based on infrequent clinical presentations of the disease and similar cases to that of our patient, was carried out. **Conclusion:** the importance of recognizing the variability in clinical manifestations of this infection, prevalent in our setting, is highlighted.

**Key words:** pityriasis, versicolor, Malassezia, atypical, intertriginous.

© 2024 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## INTRODUCCIÓN

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial común y recurrente, causada por la forma micelial del hongo dimorfo *Malassezia*. El término pitiriasis se deriva del griego *ptyra*, que significa “proliferación anormal”, y versicolor viene del latín “múltiples colores”, lo que es una de las claves diagnósticas para sospechar esta entidad.<sup>1</sup> Se han documentado 4 variantes clínicas que dependen de la semiología presentada, sin embargo es clásica la descripción de máculas o placas ovaladas discrómicas con fina descamación en su superficie (pitiriasiforme), que por lo general afectan áreas seboreicas como región cervical, tronco anterior y espalda, describiéndose localizaciones atípicas como las presentes en áreas menos seboreicas. El diagnóstico es en esencia clínico y se confirma mediante examen directo y cultivo, con la posibilidad de realizar pruebas moleculares para identificar el agente causal. La primera línea de manejo la constituyen los imidazoles tópicos y se ha identificado que con el tratamiento adecuado hay excelente pronóstico, aunque es frecuente la aparición de recurrencias si persisten los factores predisponentes.<sup>2,3</sup> Presentamos el caso de una paciente con un cuadro clínico atípico de la enfermedad, el cual fue correctamente diagnosticado y tratado de manera exitosa.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años procedente de Bogotá con un cuadro clínico de cerca de 10 años de evolución caracterizado por la aparición de 2 “manchas” pardas asintomáticas localizadas en el pliegue y región inframamaria derecha. Sufrió de hipotiroidismo tratado con suplencia. Dentro de los factores de riesgo interrogados para el desarrollo de micosis cutánea, refería ir con frecuencia al gimnasio. Al examen físico se observaron en la localización descrita 2 placas hiperpigmentadas de bordes irregulares bien definidos, fijas, con descamación fina en su superficie y presencia del signo de la uñada (**figuras 1 y 2**).

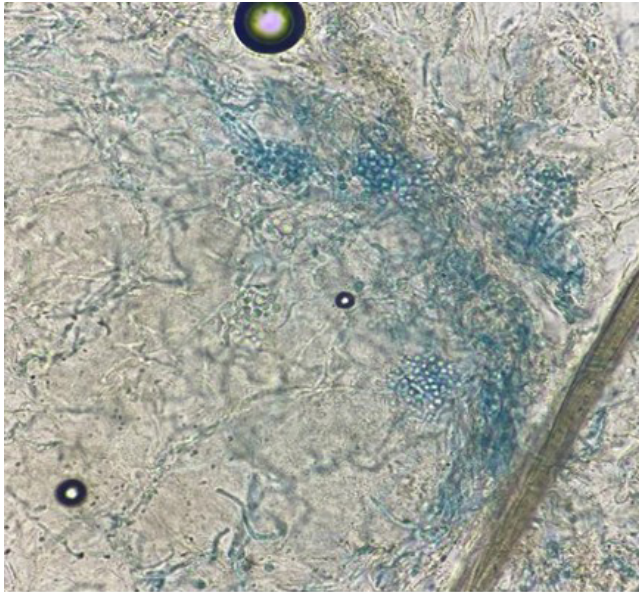


**Figura 1.** Semiología. Fuente: los autores.



**Figura 2.** Signo de la uñada. Fuente: los autores.

Se realizó examen directo con tinción de KOH al 30%, observando al microscopio de luz abundantes blastoconidios y fragmentos cortos de hifas con patrón de espaguetis y albóndigas (**figura 3**), confirmandose el diagnóstico de pitiriasis versicolor. Se indicó manejo con ketoconazol champú al 2% para aplicación diaria como jabón corporal, sertaconazol crema al 2% para aplicar en la lesión cada 12 horas hasta el siguiente control e itraconazol 200 mg cada 12 horas por 7 días, logrando gran mejoría de las lesiones.



**Figura 3.** Examen directo con KOH 30%. Patrón de "espaguetis y albóndigas". Fuente: los autores.

## DISCUSIÓN

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial causada por diferentes especies del género *Malassezia*, un hongo lipofílico obligatorio y dimórfico que coloniza áreas seboreicas y se comporta como un microorganismo comensal. Existen descritas 17 diferentes especies, de las cuales 11 se han identificado como agentes causales, siendo la *M. furfur* y la *M. globosa* las más involucradas en enfermedades en humanos a nivel cutáneo.<sup>1,2,4</sup> El desarrollo de la enfermedad consiste en la conversión de la levadura en su forma micelial, evento que probablemente es provocado o estimulado por muchos factores que incluyen desnutrición, hiperhidrosis, uso de anticonceptivos orales y una respuesta inmune alterada.<sup>2</sup> Esta entidad alcanza una prevalencia hasta de 50% en regiones tropicales como Colombia. Existe predilección por adolescentes y adultos jóvenes habitantes de zonas, donde la humedad y las altas temperaturas favorecen la invasión y crecimiento del hongo.<sup>1,4</sup> Existen

diversos factores de riesgo dentro los cuales se encuentran los relacionados con el huésped como son raza, género, edad, actividad de la glándula sebácea, inmunosupresión y modificaciones de la microbiota cutánea.<sup>4</sup> Debido a la perpetuidad de los factores mencionados y el curso crónico de la infección, entre 39 y 50% de los pacientes tienen antecedente de episodios previos de lesiones al momento del diagnóstico, según lo reportado en la literatura.<sup>4</sup> Existen 4 variantes clínicas: hipopigmentada (37%-89.3%), hiperpigmentada (5.7%-54.9%), eritematosa (5.1%) y mixta (2.1%-13%). La hipocromía se debe en esencia a la producción de ácidos dicarboxílico y azelaico por parte del hongo; por el contrario, la variante hiperpigmentada como en la paciente, ocurre por la respuesta inflamatoria linfocítica perivasculare que estimula la melanogénesis con aumento del tamaño y distribución de los melanosomas en la epidermis.<sup>4</sup>

En la mayoría de los casos se desarrollan múltiples lesiones con descamación leve superficial, redondas u ovaladas, pequeñas, que suelen localizarse en áreas seboreicas por la afinidad del hongo por los lípidos, siendo el tronco anterior y dorso superior los sitios más frecuentes. Se han descrito en otras áreas consideradas atípicas como las menos seboreicas, actuales, donde hay abundantes glándulas sudoríperas ecrinas (axilas, genitales, periareolares) e incluso en piel tatuada. También se ven otras presentaciones vitiligoide, dermatofitoide, circinada, atrófica, pardo-amarillenta y folicular, ampliando así el abanico de diagnósticos diferenciales.<sup>1</sup>

En un estudio llevado a cabo en Reino Unido, Roberts y col. recolectaron 25 pacientes, en los cuales el tronco anterior, espalda, abdomen y hombros fueron los sitios más frecuentes. Las infrecuentes se localizaron en el cuero cabelludo y la región inguinal, identificadas en 25% y 19% de los pacientes respectivamente, sin reportarse compromiso inframamario.<sup>2,5</sup>

Aljibre y col. reportaron que 13 de 110 pacientes (11.8%) presentaron compromiso a nivel de las flexuras sin relación estadística significativa con edad, sexo, estado inmunitario, duración de la infección o tasa de recaída. El compromiso más común fue axilar e inguinal, resaltando que en la mayoría de casos fue enfermedad por contigüidad de otras zonas afectadas<sup>2,6</sup>, a diferencia Rudolph R, quien reportó 2 casos que solo afectaban región axilar e inguinal de forma aislada, sembrándose más a nuestro caso.<sup>7</sup>

El diagnóstico de la pitiriasis versicolor es clínico y se confirma mediante examen directo con KOH, siendo útiles de igual manera las tinciones de azul de metileno, azul de tinta o la de Swartz-Medrik para su mejor visualización. Se sabe que las especies de *Malassezia* son difíciles de cultivar en el laboratorio ya que requieren condiciones exigentes, por lo que no siempre se realizan. Sin embargo, es importante tenerlo en cuenta a la hora de realizar pruebas fisiológicas y tipificación molecular, ya que el tratamiento puede diferir según la especie aislada.<sup>5</sup> La luz

ultravioleta (lámpara de Wood) puede ayudar a demostrar la fluorescencia naranja cobriza. En cuanto al tratamiento, la primera línea son los agentes tópicos, que se dividen en los no específicos (azufre más ácido salicílico, sulfuro de selenio al 2,5% y piritionato de zinc) que remueven tejido muerto y previenen episodios futuros. Los tratamientos dirigidos con propiedades fungicidas y fungistáticas se realizan con diferentes azoles tópicos (clotrimazol 1%, ketoconazol 2%, econazol, isoconazol y miconazol), la ciclopiroxolamina al 1% y las alilaminas (terbinafina 1%). Las presentaciones en aerosol, espuma y champú son preferibles.<sup>8</sup>

Como segunda línea, en casos diseminados, recurrentes o resistentes se deben considerar los azoles sistémicos como el itraconazol, fluconazol o ketoconazol, presentando en general buena respuesta. A menudo se requiere un tratamiento de mantenimiento a largo plazo debido a la alta tasa de recurrencia.<sup>8,9</sup> Es de destacar en nuestro caso la presentación atípica dada por una localización intertriginosa inframamaria que no se documentó en la literatura revisada, el gran tamaño de las lesiones y la escasa cantidad de las mismas, así como el tiempo de evolución tan prolongado.

### CONCLUSIÓN

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial frecuente en nuestro medio y ampliamente descrita, sin embargo existen presentaciones atípicas que incluyen lesiones únicas, de gran tamaño, en sitios no usuales (como zonas intertriginosas) o con tiempo de evolución prolongado, como lo expuesto en este caso. Por lo anterior, se debe tener en cuenta esta entidad en los diagnósticos diferenciales, que incluyen enfermedades de etiología tumoral como la micosis fungoide y las que afectan de preferencia los pliegues o zonas intertriginosas como candidiasis, psoriasis y eritrasma.

### CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### FUENTE DE FINANCIACIÓN

No tuvo financiamiento.

### REFERENCIAS

1. Sandoval Clavijo A., Ortiz Florez A., Morales Cardona C. Pitiriasis versicolor: variantes cromáticas, morfológicas y topográficas de interés clínico. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2021;19(1):47-51.
2. Greco V, Megna M, Luciano MA, Fabbrocini G. Pityriasis versicolor with uncommon localizations. *G Ital Dermatol Venereol*. 2020;155(6):786-787. <https://doi.org/10.23736/S0392-0488.18.06120-5>
3. Ramírez-Godínez JB, Carreño-Gayosso EA, Soto-Ortiz JA, Tarango-Martínez VM, Mayorga-Rodríguez JA. Pitiriasis versicolor: una actualización. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2018;46(3):166-175.
4. Ortiz-Flórez, A., Sandoval-Clavijo, A., Morales-Cardona, C., AlvaradoÁlvarez, Z., Colmenares-Mejía, C. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con pitiriasis versicolor en un centro de referencia de Colombia. *Infectio*. 2021;25(1):11-15. <https://doi.org/10.22354/in.v25i1.902>
5. Leung AK, Barankin B, Lam JM, Leong KE, Hon KL. Tinea versicolor: an updated review. *Drugs Context*. 2022;11:2022-9-2. <https://doi.org/10.7573/dic.2022-9-2>
6. Mohamad Aljabre SH. Sparing of the upper axillary area in pityriasis versicolor. *Rev Iberoam Micol*. 2005;22(3):167-168. [https://doi.org/10.1016/s1130-1406\(05\)70033-4](https://doi.org/10.1016/s1130-1406(05)70033-4)
7. Rudolph RI, Holzwanger JM. Letter: Inverse tinea versicolor. *Arch Dermatol*. 1975;111(9):1213.
8. Karray M, McKinney WP. Tinea Versicolor. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
9. Saunte DML, Gaitanis G, Hay RJ. Malassezia-Associated Skin Diseases, the Use of Diagnostics and Treatment. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020;10:112. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00112>