

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i3.8856>

Pityriasis versicolor en lactantes y adolescentes: serie de casos y variantes clínicas

Pityriasis versicolor in infants and adolescents: case series and clinical variants.

Gustavo A Lizardo-Castro,¹ Ixchel A Vallecillo-Flores²

Resumen

ANTECEDENTES: La pitiriasis versicolor es una micosis superficial, con distribución cosmopolita, más prevalente en climas tropicales, causada por *Malassezia* spp, hongo lipófilo, que coloniza áreas corporales seboreicas. Los adolescentes y adultos jóvenes son mayormente afectados, es infrecuente en niños y excepcional en lactantes. Se caracteriza por máculas hipocrómicas, hiperocrómicas o eritematosas, localizadas típicamente en el tronco superior, los hombros y el cuello, pero en lactantes la cara es la más afectada. Se han descrito otras variantes infrecuentes. El diagnóstico es clínico o microbiológico y, a pesar de un tratamiento exitoso, la recurrencia es la regla, por lo que se requiere evitar los factores precipitantes y proporcionar terapia profiláctica.

CASOS CLÍNICOS: Se describen los casos de cuatro lactantes menores: tres con lesiones en la frente (dos hipocrómicas, uno eritematosa), el restante con lesiones hipocrómicas en la espalda, variedad papuloide; y dos adolescentes, uno inmunocompetente con lesiones hipocrómicas generalizadas (distribución atípica), variante vitiligoide y otro con leucemia linfocítica aguda, con lesiones hiperocrómicas en distribución típica. El diagnóstico clínico fue apoyado por luz de Wood y examen directo. Se indicó tratamiento tópico, combinando terapia sistémica en un caso y en todos profilaxis antifúngica.

CONCLUSIONES: Se encontró afectación generalizada en un paciente inmunocompetente, lo que suele ocurrir en pacientes inmunosuprimidos. Las variantes cromáticas y algunas de las variantes morfológicas y topográficas descritas en esta enfermedad pudieron apreciarse en los casos comunicados.

PALABRAS CLAVE: Pitiriasis versicolor; tiña versicolor; *Malassezia* spp; niños; adolescentes.

Abstract

BACKGROUND: *Pityriasis versicolor* is a superficial mycosis, with a cosmopolitan distribution, more prevalent in tropical climates, caused by *Malassezia* spp, a lipophilic fungus, which colonizes seborrheic body areas. Adolescents and young adults are mostly affected, being infrequent in children and exceptional in infants. It is characterized by hypochromic, hyperchromic, or erythematous macules, typically located on the upper trunk, shoulders, and neck, but in infants, the face is most affected. Other rare variants have been described. Diagnosis is clinical or microbiological and, despite successful treatment, recurrence is the rule, so it is necessary to avoid precipitating factors and to give prophylactic therapy.

CLINICAL CASES: This paper describes the cases of four minor infants: three with lesions on the forehead (two hypochromic, one erythematous), the other with hypochromic lesions on the back, papuloid variety; and 2 adolescents, one immunocompetent with generalized hypochromic lesions (atypical distribution), vitiligo variant, and the other

¹ Departamento de Pediatría, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras. Docente.

² Dermatóloga, egresada del Posgrado de Dermatología.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Honduras.

Recibido: abril 2022

Aceptado: abril 2022

Correspondencia

Gustavo Lizardo Castro
glizardoc@yahoo.com

Este artículo debe citarse como:
Lizardo-Castro GA, Vallecillo-Flores IA. Pitiriasis versicolor en lactantes y adolescentes: serie de casos y variantes clínicas. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (3): 399-409.

with acute lymphocytic leukemia, with hyperchromic lesions in typical distribution. The clinical diagnosis was supported by Wood's light and direct examination. Topical treatment was indicated, combining systemic therapy in one case and antifungal prophylaxis in all.

CONCLUSIONS: Generalized involvement was found in an immunocompetent patient, which usually occurs in immunosuppressed patients. The chromatic variants and some of the morphological and topographic variants described in this disease could be seen in the cases presented.

KEYWORDS: Pityriasis versicolor; Tinea versicolor; *Malassezia* spp; Children; Adolescent.

ANTECEDENTES

Las micosis superficiales pertenecen al grupo de enfermedades producidas por varios géneros anamorfos de hongos, que afectan la queratina de la piel o las mucosas.¹ La pitiriasis versicolor, también conocida erróneamente como tiña o tinea versicolor, es una micosis superficial limitada al estrato córneo, es común en todo el mundo. Muestra un curso crónico, recidivante, benigno, generalmente es asintomática y considerada no contagiosa. Es ocasionada por especies del hongo del género *Malassezia*, que forma parte de la microbiota cutánea. Se caracteriza por causar típicamente lesiones hipocrómicas, hiperocrómicas o eritematosas, en áreas corporales seboreicas.²⁻⁵

En 1846, Eichstedt reconoció la naturaleza fúngica de la pitiriasis versicolor. Malassez en 1874 la consideró levadura, por lo que Baillon en 1889 la clasificó como género *Malassezia*. Sabouraud, en 1904, insistió en la existencia de dos morfologías: levaduriforme y micelial como géneros diferentes, *Pityrosporum* y *Malassezia*, respectivamente, pero en 1986 se unificaron ambos géneros, como *Malassezia* spp. La pitiriasis versicolor es ocasionada por levaduras de la di-

visión *Basidiomycota*, clase *Malasseziomycetes* y familia *Malasseziaceae*; género *Malassezia*. Este género está constituido por 18 especies aceptadas, de las cuales 11 afectan o se aíslan en humanos, el resto de diferentes animales y algunas se aíslan en ambos grupos.^{6,7}

En este artículo se comunican 6 casos clínicos de pitiriasis versicolor, de los cuales 4 corresponden a lactantes menores de seis meses de edad, a pesar de que esta enfermedad se considera excepcional en este grupo etario; tres de ellos con lesiones en la frente (uno con la variante dermatofitoide), y el cuarto con lesiones en la espalda, variante papuloide. Los otros dos casos eran adolescentes, uno de ellos inmunocompetente, con distribución generalizada, variante vitiligoide, y el otro con lesiones hiperocrómicas en distribución típica y en tratamiento por leucemia linfocítica aguda.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Lactante femenina de 4 meses de edad, producto de embarazo a término, alimentada al seno materno, sin antecedentes patológicos de

importancia, procedente de San Lorenzo, Choluteca, Honduras. Acudió al Hospital Escuela por padecer en la región del entrecejo máculas hipocrómicas, con descamación fina, de tres semanas de evolución, que se habían extendido localmente (**Figura 1**). Con diagnóstico clínico de pitiriasis versicolor, se indicó tratamiento con clotrimazol crema al 1%, una vez al día durante 4 semanas, con excelente respuesta. Se le indicó profilaxis tópica con clotrimazol en crema, un día de cada mes durante 3 meses, sin mostrar recaída en un año de seguimiento.

Caso 2

Lactante masculino de 5 meses de edad, producto de embarazo a término. Fue alimentado al seno materno, sin antecedentes patológicos, procedente de Teupasenti, El Paraíso, Honduras, y fue referido a Dermatología del Hospital Escuela, por padecer máculas hipocrómicas,



Figura 1. Caso 1: máculas hipocrómicas con descamación fina de tres semanas de evolución.

con descamación superficial de dos meses de evolución, localizadas en la frente (**Figura 2A**), y fluorescencia de lesiones con la luz de Wood (**Figura 2B**). Con diagnóstico de pitiriasis versicolor, se indicó ketoconazol en crema al 2%, una vez al día durante 4 semanas, con remisión del cuadro. Se indicó profilaxis tópica con ketoconazol, un día de cada mes durante 3 meses. No se observó recaída en 12 meses de seguimiento.

Caso 3

Lactante femenina de 5 meses de edad, parto a término. Alimentada con lactancia materna, eutrófica y procedente de Distrito Central, Honduras. Acudió a consulta privada por padecer una lesión en la frente, en forma de placa levemente eritematosa de 3.5 x 2.0 cm, con descamación fina, de forma oval, con borde aparentemente "activo", que inició en la región intercililar (**Figura 3A**); además, se observaron pequeñas máculas hipocrómicas descamativas, en la espalda, de dos meses de evolución (**Figura 3B**). Se indicó ketoconazol en crema al 2%, dos veces al día durante 2 semanas con remisión del cuadro. Se indicó profilaxis tópica con ketoconazol, un día de cada mes durante 3 meses, sin mostrar recaída en un año de seguimiento.

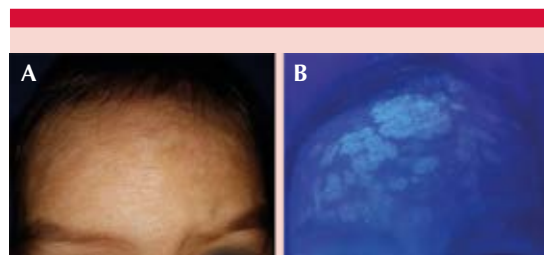


Figura 2. Caso 2: **A.** Máculas hipocrómicas descamativas de dos meses de evolución. **B.** Fluorescencia de lesiones con lámpara de Wood.



Figura 3. Caso 3: **A.** Placa levemente eritematosa, con descamación fina, de forma oval y borde aparentemente activo. **B.** Máculas hipocrómicas descamativas en la espalda.

Caso 4

Lactante masculino de 3 meses, eutrófico, procedente de Distrito Central, Honduras. Acudió a consulta privada por padecer lesiones únicamente en la espalda, máculo-papulares hipocrómicas, con descamación superficial, de un mes de evolución, que clínicamente correspondió a pitiriasis versicolor variante papuloide (**Figura 4**). Se indicó ketoconazol en crema al 2%, dos veces al día durante 4 semanas, con alivio del cuadro. Se indicó profilaxis tópica una vez al mes con el mismo producto, pero no acudió al seguimiento.

Caso 5

Paciente masculino de 12 años de edad, procedente de Distrito Central, Honduras, eutrófico, con peso de 49.5 kg y talla de 147 cm, referido al Hospital Escuela por padecer lesiones en la piel de un mes de evolución, generalizadas, constituidas por máculas hipocrómicas y acrómicas, con descamación superficial localizadas en la cara, el cuello, el tronco, las extremidades superiores e inferiores, sin afectar las palmas, las plantas ni la piel cabelluda (**Figura 5A, B y C**), fluorescencia de lesiones con luz de Wood (**Figura 5D**). El examen directo con KOH reportó hifas cortas y



Figura 4. Caso 4: máculas y pápulas levemente elevadas, hipocrómicas, con descamación superficial (variante papuloide).

levaduras y el cultivo aisló *Malassezia* spp. Se indicó tratamiento con ketoconazol champú al 2%, durante 10 minutos cada día por 2 semanas y fluconazol 150 mg vía oral cada semana, durante 4 semanas. A las 6 semanas de iniciado el tratamiento se observó repigmentación parcial (**Figura 5E**) y a las 12 semanas, repigmentación casi completa (**Figura 5F**). Se indicó profilaxis sistémica con fluconazol oral, 300 mg una vez al mes durante 3 meses, sin mostrar recaída en un año de seguimiento.

Caso 6

Adolescente femenina de 16 años, procedente de San Jerónimo, Comayagua, Honduras, en terapia de mantenimiento por leucemia linfocítica aguda. Fue referida a Dermatología del Hospital Escuela, por padecer en la región anterior y posterior del tórax, cuello, hombros y brazos, pequeñas máculas hiperocrómicas, con descamación fina, asintomáticas, de 20 meses de evolución (**Figura 6A**). El examen directo (KOH) reportó hifas cortas, ligeramente curvas, septadas, que formaban cadenas cortas



Figura 5. Caso 5: **A, B y C.** Máculas hipocrómicas con descamación superficial, localizadas en la cara, el cuello, el tórax, la espalda y las extremidades. **D.** Fluorescencia de lesiones con lámpara de Wood. **E.** Repigmentación parcial a las seis semanas de iniciado el tratamiento. **F.** Repigmentación casi completa a las 12 semanas.

(flecha amarilla), racimos de células redondas de paredes gruesas (**Figura 6B** [flecha negra]). Al colorante de Kane se observaron hifas (flecha amarilla) y levaduras (flecha negra) en imagen de espaguetis y albóndigas (**Figura 6C**). Se indicó manejo con ketoconazol en champú al 2%, diario por 10 minutos, durante 2 semanas, con evolución satisfactoria. Se recomendó continuar con la aplicación de ketoconazol en champú

una vez al mes, pero el paciente no acudió al seguimiento.

DISCUSIÓN

La pitiriasis versicolor es ocasionada por especies de *Malassezia* spp, un hongo lipofílico y dimórfico que coloniza áreas corporales seboreicas y se comporta como comensal, formando parte

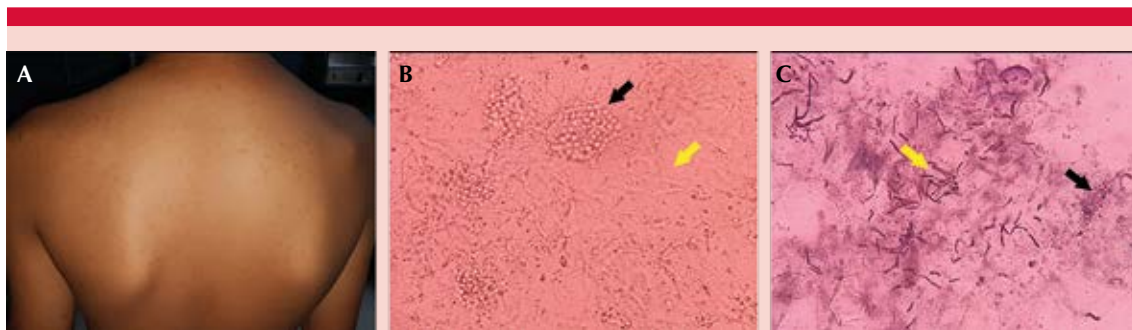


Figura 6. Caso 6: **A.** Máculas hipercrómicas con descamación fina. **B.** KOH 10%, 40x. Hifas cortas, ligeramente curvas, septadas (flecha amarilla), racimos de células redondas de paredes gruesas (flecha negra). **C.** Colorante de Kane, 40x. Hifas (flecha amarilla) y levaduras (flecha negra) en típica imagen de espaguetis y albóndigas. Colorante de Kane: glicerol, 10 mL; Tween 80, 10 mL; fenol, 2.5 g; azul de metileno, 1 g, y agua destilada, 480 mL.

del microbiota normal de la piel. Diversos factores favorecen su transformación a su forma patógena, responsable de las lesiones cutáneas y descamativas típicas de la enfermedad.⁸

Tiene amplia distribución mundial, es significativamente más frecuente en los climas tropicales y subtropicales y puede representar hasta el 32% de las micosis superficiales. Su prevalencia varía desde el 1% en climas secos y templados hasta el 50% en climas tropicales; es más frecuente en los meses de verano y otoño, así como en climas húmedos y cálidos.^{3,4,5,9}

Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 35 años de edad, pero se ha reportado desde recién nacidos hasta ancianos. Sin embargo, es más frecuente a partir de la adolescencia, cuando las glándulas sebáceas son más activas. Es poco frecuente antes de los 5 años de edad y se ha descrito como excepcional en lactantes.^{4,5,7,10,11,12} Un estudio sobre la edad de los pacientes con pitiriasis versicolor reportó que sólo el 1% correspondió a niños menores de 9 años.⁷ Sin embargo, un estudio en la República Dominicana reportó 797 casos de pitiriasis versicolor en menores de 15 años, de los cuales

92 (11%) eran menores de un año de edad y el 81% de ellos tenía lesiones en la cara.¹³

El género *Malassezia* spp comprende 18 especies, de las que 11 se han asociado con pitiriasis versicolor: *M. furfur*, *M. pachydermatis*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. restricta*, *M. slooffiae*, *M. dermatis*, *M. japonica*, *M. nana* y *M. yamatoensis*. *M. pachydermatis* es la única no lipo-dependiente, pero es primariamente zoofílica.^{4,6,14} Las especies aisladas con más frecuencia de pacientes con pitiriasis versicolor son: *Malassezia globosa*, *Malassezia sympodialis* y *Malassezia furfur*. Estas especies requieren lípidos específicos para su crecimiento, por lo que tienen afinidad por las regiones seboreicas del cuerpo.⁴⁻⁷

Existen numerosos factores que predisponen a la aparición de pitiriasis versicolor, éstos se clasifican en extrínsecos e intrínsecos; entre los factores extrínsecos destacan la humedad y la temperatura de la piel, oclusión por ropas, hiperhidrosis, malnutrición, uso de aceites para la piel, tratamiento sistémico con corticosteroides sistémica y administración de inmunosupresores. Como factores intrínsecos se han descrito

la herencia genética y el embarazo, entre otros. Entre los factores predisponentes que se han asociado en neonatos y lactantes se describen la baja edad gestacional, estancia hospitalaria, tiempo transcurrido en la incubadora, utilización de apósitos, la administración de antibióticos y persistencia de hormonas maternas. Además, los adultos que trabajan en unidades neonatales podrían ser una posible fuente de infección.^{9,11}

En cuanto a la recurrencia de las lesiones, se han estudiado ciertos factores, algunos dependen del huésped, como la raza, género, edad, actividad de la glándula sebácea, inmunosupresión y modificaciones en la microbiota cutánea, que favorecen la transformación morfológica de la *Malassezia*, de la forma de levadura a la micelial, que es patógena. Entre los factores que dependen del medioambiente (clima, ocupación, actividades recreativas) se destacan la humedad y el calor.¹⁴

La fisiopatología de la *Malassezia*, asociada a trastornos cutáneos es desconocida, pero algunos mecanismos entre la *Malassezia*, el huésped y la respuesta inmune desencadenada, han sido descritos.⁹ Las levaduras se vuelven patógenas cuando se altera el equilibrio inmunológico o aumenta la humedad, ocasionando que la forma de levadura se transforme a la forma de micelio. La pared celular de *Malassezia* le permite la adherencia e invasión de los tejidos, ayudándole a evadir las defensas del huésped, favoreciendo la producción del factor de crecimiento transformante $\beta 1$ e interleucina 10, que disminuyen la respuesta local contra estas levaduras y facilitan la colonización de la piel. Una vez en el estrato córneo, son reconocidas y fagocitadas por las células de Langerhans, que reconocen y las presentan a los linfocitos B y T en los ganglios linfáticos.^{6,7}

Las cepas de *Malassezia* spp son dimorfas, lo que les confiere un potencial de virulencia mayor; son capaces de producir proteinasas, lipasas,

fosfolipasas, hialuronidasas y condroitinsulfatasas, que, al propiciar la formación de poros en la membrana celular, favorecen la invasión a los tejidos. Estas levaduras tienen gran capacidad queratinocítica, que pueden interferir con la actividad celular; metabolizar ácidos grasos (araquidónico y vaccínico), liberando ácido azelaico, que inhibe la acción de la enzima dopa-tirosinasa, bloqueando el paso de tirosina a melanina, lo cual explica la aparición de manchas hipocrómicas. No se conoce la causa exacta de la variante hipercrómica de la pitiriasis versicolor, se sospecha que se debe al aumento del grosor de la epidermis, así como al mayor infiltrado inflamatorio lesional, que estimularía a los melanocitos a producir más pigmento, al aumentar el número, tamaño y distribución de los melanosomas.^{7,9} La variante eritematosa se caracteriza por su tonalidad asalmonada o rojiza, consecuencia de la dilatación de vasos sanguíneos.⁸

Las manifestaciones clínicas de la pitiriasis versicolor aparecen usualmente como múltiples máculas, redondas u ovals, en ocasiones pápulas, que pueden confluir formando placas policíclicas de mayor tamaño, con descamación superficial que van desde formas hipopigmentadas, hiperpigmentadas, levemente eritematosas o mixtas, variando de color blanco, rosa, bronce a marrón. Además del abanico cromático, el espectro clínico de la pitiriasis versicolor incluye variantes morfológicas atípicas y afectación de áreas anatómicas inusuales. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, aunque a veces padecen prurito leve. Sin embargo, en pacientes que están recibiendo corticosteroides orales o que están inmunodeprimidos, estas infecciones pueden ser graves.^{3,8,14,15,16}

El carácter lipofílico de *Malassezia* determina su localización en zonas de piel húmeda y de mayor secreción sebácea, como la parte superior del tronco y hombros, por lo que aparece con mayor frecuencia en adolescentes y adul-

tos jóvenes. En lactantes suele afectar la cara, con lesiones en la frente (**Figuras 1 y 2**), y la espalda (**Figura 3**), o sólo lesiones en la espalda (**Figura 4**). Se ha considerado que la mayor afectación de la cara en lactantes se debe al contacto de la frente, la región intercililar y los pliegues nasolabiales durante el amamantamiento. También se ha especulado que podría deberse a la composición diferente del sebo en el niño y en el adulto. Se han descrito otras localizaciones menos frecuentes, como el cuero cabelludo, los párpados, el cuello, las axilas, las areolas, los brazos, las piernas, el pene y el periné. Las palmas y las plantas no están afectadas.^{3,4,6,9}

La clasificación clínica de la pitiriasis versicolor se establece de acuerdo con la pigmentación de las lesiones o sus características: variedad hipocrómica (**Figuras 1, 2A, 3B, 4, y 5A, B, C**), que es la más frecuente en nuestro medio; hiperocrómica (**Figura 6A**), eritematosa (**Figura 3A**) y formas mixtas. La mayoría de los pacientes tienen máculas de un mismo color y sólo en pocos pacientes coexisten dos (**Figura 3**) o más variantes cromáticas.^{2,6} En los últimos años se han descrito variantes morfológicas y topográficas, consideradas atípicas, inusuales o excepcionales, que son menos frecuentes e incluyen la forma dermatofitoide (**Figura 3A**), papuloide (**Figura 4**), vitiligoide (**Figura 5**), atrófica, imbricada, intertriginosa, foliculocéntrica, acral y lenticular.^{2,7,8,9,17} La variante atrófica se ha descrito en adolescentes y adultos y no en población pediátrica, inicialmente considerada una complicación de la administración de esteroides tópicos, se ha propuesto que es secundaria a antígenos de *Malassezia* spp, que produce liberación de citocinas en la epidermis, provocando apoptosis e inadecuada proliferación de queratinocitos y elastólisis, lo cual explicaría la atrofia observada.⁹ Las alteraciones de la pigmentación pueden permanecer meses después del tratamiento adecuado.^{2,9} **Figuras 5E y 5F**

El diagnóstico diferencial se establece con base en la variante clínica de la pitiriasis versicolor; para la hipocrómica: pitiriasis alba, dermatitis solar hipocromizante, vitiligo, esclerosis tuberosa, lepra indeterminada; variante hiperocrómica: dermatitis seborreica, papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud, nevos melanocíticos; variante eritematosa: eritrasma, pitiriasis rosada de Gibert; otras variantes: tiña del cuerpo, micosis fungoides, liquen nítido, anetodermia, atrofodermia de Pasini y Pierini; variante atrófica: morfea, atrofia por esteroides, entre otras.^{2,5,6,7,9}

El diagnóstico de la pitiriasis versicolor suele ser clínico, por el aspecto de las lesiones y su localización típica. Se ha descrito el signo de Besnier o signo de la uñada; es una maniobra que induce la descamación en la superficie de las lesiones al raspar con una hoja de bisturí, cureta o con la uña y se considera patognomónico de la pitiriasis versicolor.^{5,14} El examen directo con hidróxido de potasio (KOH) al 10-20% permite la confirmación diagnóstica; revela características propias de *Malassezia*, como la típica imagen de espaguetis y albóndigas que representan hifas y esporas del hongo (levaduras de 4-8 µm en racimos y filamentos fragmentados cortos de 2-4 µm). Otra técnica útil es el examen directo con cinta de Scotch. En ambas las estructuras son más evidentes con el uso de tinta Parker azul, negro de clorazol, azul de metileno o la tinción de Albert.^{3,6,18} Una alternativa que puede utilizarse con buen suceso es el colorante de Kane (**Figura 6C**). También puede utilizarse luz de Wood, que muestra una fluorescencia amarillo-verdosa o dorada, que resulta positiva en un tercio de los casos, en especial los producidos por *M. furfur*.^{3,14}

El cultivo no es necesario ni útil para el diagnóstico, pues es positivo en prácticamente toda la población. Es indispensable para la identificación de las especies, para propósitos epidemiológicos o de investigación.^{3,9,19} La

biopsia sólo se requiere si hay duda diagnóstica o para descartar otras dermatosis; en la histopatología se observan hifas en el estrato córneo.⁶ Al dermatoscopio en la variedad hipercrómica se observa pigmento marrón difuso con distribución reticular, pigmentación no uniforme, además de escama fina; en la hipocrómica pueden verse áreas blanquecinas bien delimitadas, con escama fina en la superficie, pigmentación no uniforme e hiperpigmentación perilesional o marginal.^{6,18}

En el tratamiento de la pitiriasis versicolor deben tomarse en cuenta medidas higiénicas, como evitar colocar aceites sobre la piel, calor o sudoración excesiva, también es recomendable la fotoprotección, sobre todo en los niños. El tratamiento es efectivo en la mayoría de los casos si se administra en forma apropiada; sin embargo, la recaída y el curso clínico crónico son frecuentes. No existen guías o consenso para el tratamiento de la pitiriasis versicolor en pacientes menores de 12 años. Los antimicóticos tópicos representan el tratamiento de primera línea, reservándose los sistémicos en casos muy extensos, con falla del tratamiento tópico, resistentes o graves. El tratamiento tópico es eficaz e incluye cremas, lociones y champús, aliviando rápidamente los síntomas clínicos. Incluye tratamientos no específicos, que no tienen acción directa sobre *Malassezia* spp, sino que actúan eliminando el estrato córneo muerto o infectado por el hongo, como el sulfuro de selenio en champú al 1% o crema al 2.5%, una aplicación diaria durante 10 minutos, con enjuague posterior durante una a dos semanas. Otra opción es el champú de piritionato de cinc al 1% por 5 minutos durante una a cuatro semanas.^{6,7,20}

Los antifúngicos tópicos son fungistáticos (clotrimazol 1%, miconazol 1-2%, ketoconazol 2%, ciclopirox olamina 1%), en diferentes presentaciones, con aplicación dos veces al día, durante dos a seis semanas, o fungicidas (terbinafina 1%), en crema o solución en atomizador, una a dos

veces al día durante una a cuatro semanas. El ciclopirox olamina 1.5% en champú, se aplica dos veces por semana durante 2 semanas. Las tasas de curación reportadas con los antifúngicos anteriores son del 70 al 80%, pero pueden provocar dermatitis por contacto irritativa. En su práctica profesional uno de los autores (Lizardo), ha obtenido excelentes resultados prescribiendo tratamiento tópico con clotrimazol o ketoconazol una vez al día, durante dos a cuatro semanas, como aconteció con los casos 1 y 2.

En el tratamiento sistémico se indican imidazoles por vía oral o parenteral como el fluconazol, con buen perfil de seguridad en pacientes pediátricos, de 3-5 mg/kg al día durante 1 a 7 días o 150-300 mg a la semana durante dos a cuatro semanas o 400 mg como dosis única. La suspensión de fluconazol es una buena opción en niños y la vía intravenosa es útil en pacientes en cuidados intensivos, con riesgo de invasión sistémica. El itraconazol no está aprobado por la FDA para su administración en pacientes pediátricos. En adolescentes y adultos puede prescribirse itraconazol, 400 mg en dosis única o 200 mg al día durante 7 días, ambos de igual eficacia, y la ingesta con alimentos potencia su efecto; de igual manera, el ketoconazol oral (no disponible en Honduras), 200 mg al día durante 10 días o 400 mg en dosis única y repetir a las dos semanas. El pramiconazol (triazol relativamente nuevo), 200 mg al día durante 3 días.^{5,20} La resistencia de *Malassezia* spp a los azoles se ha asociado con mutaciones del gen ERG11/CYP51.⁷

La pitiriasis versicolor es de evolución crónica y recurrente, variando desde pocas semanas a 30 años, siendo más prolongada en regiones húmedas y cálidas. Puede clasificarse según el número de recurrencias: curación clínica y micológica (33%); recurrente, hasta 4 casos al año (52%), y crónica con más de 4 episodios recidivantes (15%). Se ha sugerido indicar tratamiento profiláctico durante los meses calurosos, utilizando

productos tópicos aplicados en forma semanal o mensual o, bien, por vía sistémica fluconazol 150 mg cada semana durante uno a tres meses o 400 mg dosis única e itraconazol 200 mg cada 12 horas una vez al mes durante 6 meses, entre otros esquemas profilácticos de la pitiriasis versicolor.^{5,7,9} Deberá insistirse en evitar los factores desencadenantes, como el uso de cremas emolientes y aceites en el cuerpo, esteroides tópicos por tiempo prolongado, exposición a altas temperaturas, sudoración excesiva, entre otros.

CONCLUSIONES

La pitiriasis versicolor es poco frecuente en niños y considerada excepcional en lactantes menores de un año de edad. En este artículo comunicamos seis casos, cuatro corresponden a lactantes menores de seis meses de edad, tres con lesiones en la frente, y dos adolescentes, uno inmunocompetente con afectación generalizada, consideradas localizaciones infrecuentes. Lo anterior, aunado a la coexistencia de las variantes dermatofitoide, papuloide y vitiligoide descritas en los casos comunicados, se considera atípico o excepcional. Si bien las lesiones hipocrómicas fueron predominantes, también se encontró la variante hipercrómica y eritematosa. El tratamiento fue exitoso en todos los casos, sin observar recaídas en los cuatro casos que acudieron al seguimiento de un año. Se sugiere evitar factores predisponentes e indicar terapia antifúngica profiláctica, con el fin de reducir las recurrencias de esta enfermedad.

Agradecimiento

Los autores agradecen el apoyo de Sandra A Montoya, MSc Epidemiología, Jefa del Laboratorio de Micología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, por la realización e interpretación de los exámenes micológicos.

REFERENCIAS

1. Sandoval NJ, Arenas R, Guisiano G, et al. Diagnóstico y tratamiento de dermatofitosis y pitiriasis versicolor. *Rev Med Hondur* 2012; 80 (2): 66-74.
2. Méndez A, Bonifaz A. Formas clínicas excepcionales de pitiriasis versicolor. *Dermatol Rev Mex* 2019; 63 (3): 347-51.
3. Conejo-Fernández A, Martínez Roig A, Ramírez Balza O, et al. Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2016; 18 (72): e149-72.
4. Fariña-González N, Acosta R, Samudio M, Adama A, et al. Especies de malassezia causantes de pitiriasis versicolor en Paraguay. *Rev Chil Infectol* 2019; 36 (6): 742-9. doi: [10.4067/s0716-10182019000600742](https://doi.org/10.4067/s0716-10182019000600742).
5. Juárez-Jiménez MV, De La Cruz-Villamayor JA, Baena-Bravo AJ. Pitiriasis versicolor en atención primaria. *Med Fam Andal* 2017; 18 (2): 162-7.
6. Ramírez-Godínez JB, Carreño-Gayosso EA, Soto-Ortiz JA, Tarango-Martínez VM, et al. Pitiriasis versicolor: una actualización. *Med Cutan Iber Lat Am* 2018; 46 (3): 166-75.
7. Gay-Muñoz PM, Araiza-Atanaco I, Araiza-Santibáñez J, Bonifaz A. Pitiriasis versicolor en niños y adolescentes. Actualización. *Dermatol Rev Mex* 2022; 66 (1): 75-88. Doi: [10.24245/dermatolrevmex.v66i1.7435](https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i1.7435).
8. Sandoval CA, Ortiz-Florez A, Morales-Cardona C. Pitiriasis versicolor: variantes cromáticas, morfológicas y topográficas de interés clínico. *Dermatol CMQ* 2021; 19 (1): 47-51.
9. Camargo-Sánchez KA, Toledo-Bahena M, Mena-Cedillos C, Ramirez-Cortes E. Pityriasis versicolor in children and adolescents: an update. *Curr Fungal Infect Rep* 2019; 13: 157-68. <https://doi.org/10.1007/s12281-019-00360-8>.
10. Bruning CV, Venegas M. Pitiriasis versicolor en una lactante de 3 meses de edad. *Rev Chil Dermatol* 2015; 3 (2): 165-72.
11. Ballesté R, Fernández N, Calegari L, Gezuele F. Pitiriasis versicolor en lactantes. *Rev Med Uruguay* 2000; 16: 257-60.
12. Ben Said Z, Boussofara L, Saidi W, et al. Pityriasis versicolor du nourrisson [Pityriasis versicolor in a 3-month-old boy]. *Arch Pediatr* 2010; 17 (7): 1110-1. doi: [10.1016/j.arcped.2010.04.004](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.04.004).
13. Isa-Isa R, Cruz AC, Arenas R, Duarte Y, et al. Pitiriasis versicolor en lactantes. Estudio de 92 casos. *Rev Iberoam Micol* 2001; 18 (3): 109-12.
14. Ortiz-Flórez A, Sandoval-Clavijo A, Morales-Cardona C, Alvarado-Álvarez Z, et al. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con pitiriasis versicolor en un centro de referencia de Colombia. *Infectio* 2020; 25 (1): 11-15. doi: [10.22354/in.v25i1.902](https://doi.org/10.22354/in.v25i1.902).

15. Li M, Spaccarelli N, Kendra K, Wu RC, et al. Refractory dermatitis contributed by pityriasis versicolor: a case report. *J Med Case Rep* 2021; 15 (1): 212. doi: 10.1186/s13256-021-02818-1.
16. Espinoza CG, Sandoval NJ, González M. Pitiriasis versicolor. *Rev Med Hondur* 2008; 76 (1): 28-32.
17. Ferry M, Shedlofsky L, Newman A, Mengesha Y, et al. Tinea in versicolor: a rare distribution of a common eruption. *Cureus* 2020; 12 (1): e6689. doi: 10.7759/cureus.6689.
18. Mathur M, Acharya P, Karki A, et al. Dermoscopic pattern of pityriasis versicolor. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2019; 12: 303-9. doi: 10.2147/CCID.S195166.
19. Saunte DML, Gaitanis G, Hay RJ. *Malassezia*-associated skin diseases, the use of diagnostics and treatment. *Front Cell Infect Microbiol* 2020; 10 (112): 1-11. doi: 10.3389/fcimb.2020.00112.
20. Gupta AK, Foley KA. Antifungal treatment for pityriasis versicolor. *J Fungi (Basel)* 2015; 1 (1): 13-29. doi: 10.3390/jof1010013.

