

Pityriasis versicolor en lactantes. Estudio de 92 casos

Rafael Isa Isa¹, Ana Cecilia Cruz¹, Roberto Arenas², Ylonka Duarte¹,
Claudia María Linares¹ y Huberto Bogaert¹

¹Departamento de Dermatología y Laboratorio de Micología, Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel, Santo Domingo, República Dominicana; ²Sección de Micología del Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Tlalpan, México D.F.

Resumen

Antecedentes: la pitiriasis versicolor es una micosis cosmopolita causada por *Malassezia* spp. y *sensu lato* por *M. furfur*. Es menos frecuente en niños y casi siempre se presenta con manifestaciones atípicas. Hay escasos reportes de su frecuencia en lactantes.

Objetivos: estudiar datos clínicos y epidemiológicos de pitiriasis versicolor en la población pediátrica.

Metodología: estudio retrospectivo y transversal de los pacientes menores de un año de edad con pitiriasis versicolor estudiados durante un año en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel de República Dominicana. Todos los casos fueron confirmados por examen directo con cinta adhesiva transparente y azul de metileno.

Resultados: Entre 5160 casos de pitiriasis versicolor encontramos 797 casos en menores de 15 años de los que 92 (11%) fueron lactantes. Las manifestaciones clínicas fueron atípicas, la localización más frecuente fue la cara en el 81%, el tronco en el 16%, el cuello en el 8,6% y las extremidades en el 5%.

Conclusiones: La pitiriasis versicolor en lactantes no es excepcional en climas cálidos y húmedos. Las lesiones son fundamentalmente manchas hipocrómicas que predominan en la cara. El diagnóstico con la cinta adhesiva transparente con el azul de metileno es sencillo, barato y pone en evidencia a *Malassezia* spp.

Palabras clave

Pityriasis versicolor, *Malassezia* spp., Niños

Pityriasis versicolor in infants under one year of age. A report of 92 cases

Summary

Background: Pityriasis versicolor is a common world wide mycosis caused by *Malassezia* spp. and by *Malassezia furfur sensu lato*. It is uncommon in children and almost always with atypical clinical manifestations. It has been reported as exceptional in children under one year of age.

Objetivos: To determine the clinical and epidemiological data of pityriasis versicolor in infants under one year of age.

Methodology: This is a retrospective and transversal study of pityriasis versicolor in the pediatric population studied during one year at the Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel in Dominican Republic. Everyone with a *Malassezia* spp. positive scotch tape test with methylene blue were included.

Results: Among 5160 cases of pityriasis versicolor where 797 were children, we found 92 (11%) cases under one year of age. The clinical manifestations were atypical and the most commonly affected zone was the face (81%) and thorax (16%). Less frequently the neck (8,6%) and upper and lower limbs (5%) were affected.

Conclusions: Pityriasis versicolor in children under one year of age is not exceptional in humid and hot climates. The hypochromic lesions are the main clinical manifestation and the most affected site is the face. Diagnosis is easy and cheap with a positive *Malassezia* spp. scotch tape test with methylene blue.

Key words

Pityriasis versicolor, *Malassezia* spp., Children

Dirección para correspondencia:

Dr. Rafael Isa
Dpto. Dermatología, Laboratorio de Micología
Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel
Federico Velázquez esq. Albert Thomas
Santo Domingo
República Dominicana
E-mail: rarenas98@hotmail.com

Aceptado para publicación el 15 de Mayo de 2001

La pitiriasis versicolor (PV) es una dermatosis causada por *Malassezia* spp. Es más frecuente en zonas favorables por el calor y la humedad [1-3]. Afecta a personas de cualquier grupo de edad, pero es poco frecuente antes de los cinco años de edad y ha sido descrita como excepcional en lactantes [1-3]. Existen en la literatura mundial pocos casos documentados en niños y casi siempre con una presentación atípica [4-8].

La PV ha sido descrita como una micosis superficial causada por *Malassezia furfur* (Robin, Baillon, 1889, *Pityrosporum orbiculare*, Gordon 1951). El género *Malassezia*, de acuerdo a la morfología y biología molecular, está constituido ahora por siete diferentes especies: *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. pachydermatis*, *M. restricta*, *M. slooffiae* y *M. sympodialis* [8-11]. Estas especies han sido caracterizadas por cultivos, pruebas bioquímicas como catalasa, pruebas de Tween, microscopía electrónica y biología molecular [9-12].

Crespo y cols. [13] encontraron en España que *M. globosa* es la especie predominante en PV y en segundo lugar *M. sympodialis*, y en un trabajo reciente el mismo autor señala a la primera en el 97% de los casos, como especie única en un 60%, asociada a *M. sympodialis* en el 29% y a *M. slooffiae* en el 7%, que se aislaron en porcentajes similares en la piel sana perilesional, donde *M. globosa* no fue encontrada en ningún caso. En cambio *M. furfur sensu stricto* de acuerdo con lo clásicamente publicado parece ser poco común tanto en piel sana como enferma [14].

El objetivo de este trabajo fue determinar las características clínicas y epidemiológicas de la pitiriasis versicolor, con examen positivo para *Malassezia* spp. en la población pediátrica menor a un año de edad, durante un año en Santo Domingo, República Dominicana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y transversal de los menores de un año de edad que fueron estudiados en el Laboratorio de Micología del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel en Santo Domingo, República Dominicana y con prueba micológica confirmatoria realizada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1999 (Linares C, Duarte Y. Micosis superficiales en niños. Características clínicas y agentes causales. Tesis IDCP y Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2000).

Se realizaron un total de 16031 estudios micológicos en pacientes que eran residentes de la Ciudad de Santo Domingo. De éstos, se enviaron con diagnóstico presuntivo de pitiriasis versicolor 5160 casos (32%). Se documentaron los datos de sexo, edad, localización de la dermatosis y tiempo de evolución, así como lugar de procedencia.

Se incluyeron en este estudio 92 casos con examen directo positivo de PV practicado mediante cinta adhesiva transparente (scotch test) y teñida con una solución al 50% de azul de metileno y ácido acético al 5% (Figura 1). En todos los pacientes se practicó como examen de rutina encontrándose formas globosas y ovales, pero no se documentó específicamente el dato en cada caso.

RESULTADOS

En el Laboratorio de Micología del Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de Piel en el año 1999 se hizo el diagnóstico de pitiriasis versicolor en 797 casos menores de 15 años (13,5%) y de éstos 92 fueron lactantes (11%). En ese mismo año, en pacientes pediátricos se hizo el diagnóstico de una micosis superficial en

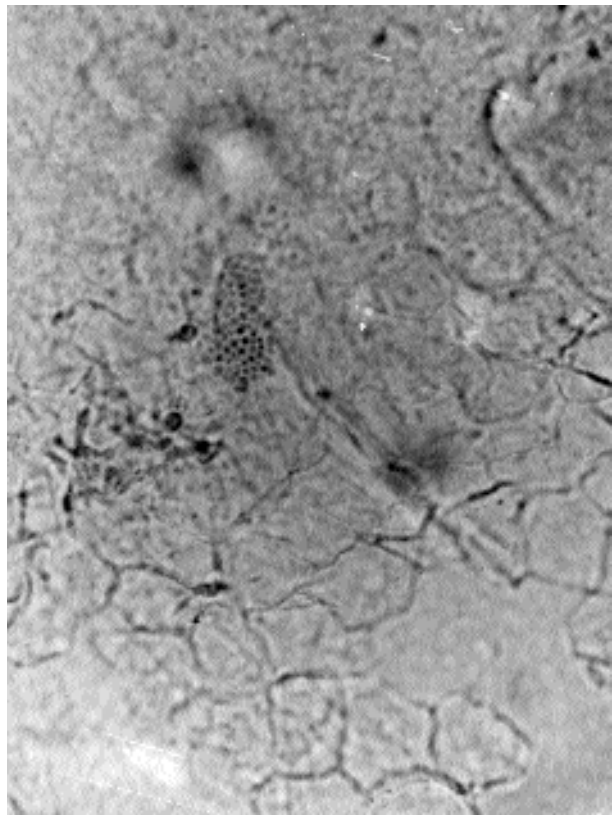


Figura 1. *Malassezia* spp. en lactantes (esporas y filamentos 400X).

2805 casos, siendo la frecuencia de PV en lactantes en relación con las otras micosis superficiales (tiñas y candidosis) del 3,2%.

Entre los 92 pacientes pediátricos con PV se encontraron 43 niños (47%) y 49 niñas (53%). El paciente de menor edad tenía 25 días de edad y una semana de evolución de PV, aunque dos casos de un mes de edad relataron un mes de evolución y otro de cinco meses también cinco meses de evolución. La edad promedio fue de cinco meses y se distribuyeron de la manera expresada en la figura 2.

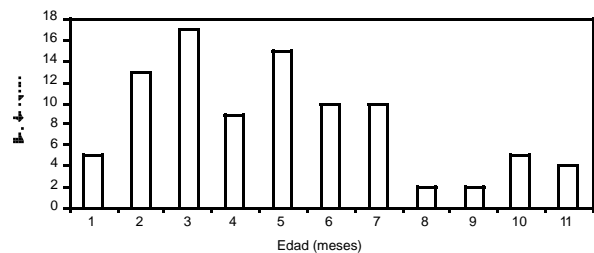


Figura 2. Distribución por edad en menores de un año.

Según la localización se encontró en cara en 75 casos, en tronco en 15, en extremidades en cinco y en cuello en ocho. Esta distribución en porcentaje se muestra en la figura 3.

Predominaron las formas hipocrómicas. En cara (Figura 4), las lesiones se observaron en mejillas, frente, región peribucal y nasogeniana, en siete casos se afectaron los párpados; en extremidades las lesiones afectaron brazos en tres casos y piernas en dos; en tronco se afectó pre-

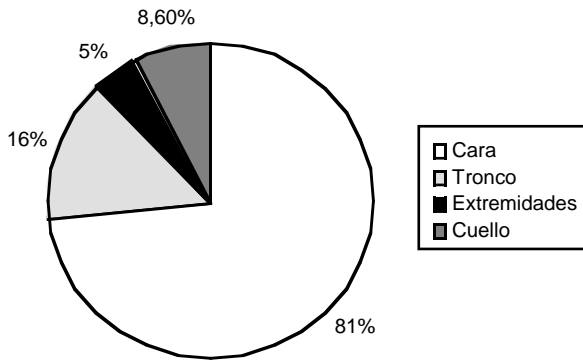


Figura 3. Distribución por localización de las lesiones.

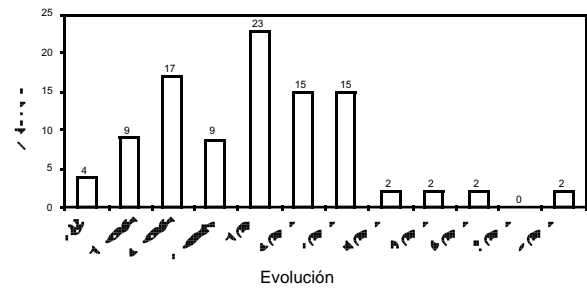


Figura 5. Tiempo de evolución.

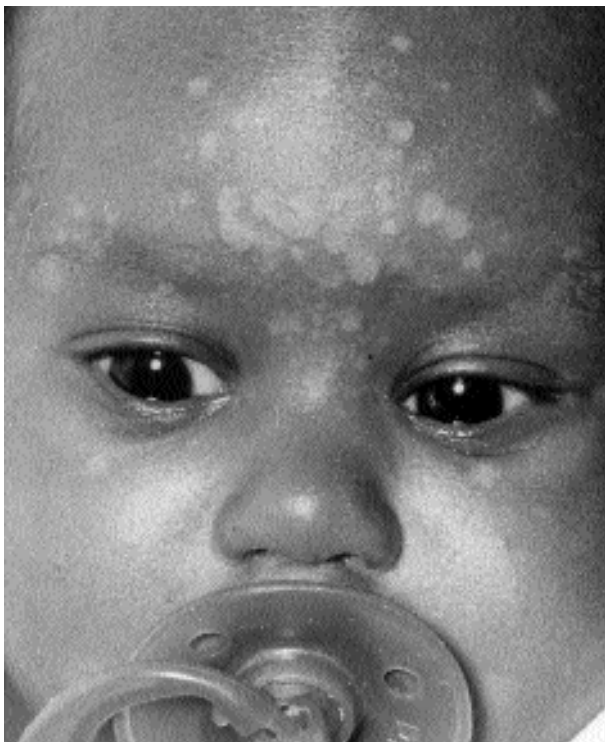


Figura 4. Pitiriasis versicolor con lesiones en cara.

DISCUSIÓN

La PV es una micosis cosmopolita muy frecuente en zonas geográficas tropicales. Es ocasionada por el género *Malassezia* spp. y en la patogenia intervienen además factores genéticos y raciales [9-12]. En la República Dominicana, Coiscou-Weber señaló en 1971 que la PV ocupaba el segundo lugar entre las micosis superficiales en los niños, observándose con una frecuencia de un 13,3%, sin embargo no se menciona su frecuencia en lactantes [15]. En un trabajo paralelo, los autores han comunicado recientemente una frecuencia similar en niños [16]. La frecuencia de PV entre las micosis superficiales en pediatría fue del 28% y en lactantes apenas del 3,2%, pero en relación con el total de casos de pitiriasis versicolor su frecuencia en lactantes es del 11% [16].

Al parecer la gran frecuencia de PV en países tropicales podría deberse a la disminución del recambio celular por causa del calor [3-11]. En un estudio entre 2353 niños en Nigeria, la incidencia de PV fue del 3,7%, y del 6,3% en niños de 12 a 16 años de edad [17] con localización fundamental en la cara.

En una región templada en el sur de Túnez se observó con una frecuencia del 11,8% [6] en la población de menores de 15 años, por lo que la frecuencia que presentamos del 11% exclusivamente en lactantes debe considerarse muy elevada. Estos autores también señalan que la observaron a partir de los cinco meses con una media de edad de 11 años. Nosotros observamos el caso de un recién nacido de 25 días de edad y con una semana de evolución; pero en tres casos más y de acuerdo con el tiempo de evolución, la enfermedad se presentó desde la primera semana de nacimiento y la media de edad fue de cinco meses. En un estudio extenso hemos comunicado que la media de edad para pacientes pediátricos es de ocho años [16]. En niños sanos en Brasil se ha encontrado una prevalencia de *Malassezia* spp. del 17,8%; nuestro estudio muestra dos picos de frecuencia mas elevada (lactantes y antes de la pubertad), lo que seguramente está en relación con la calidad del sebo y la colonización habitual, pues se ha documentado una mayor colonización por *Malassezia* de los 0 a los 18 meses y de los 11 a los 15 años de edad (23,3% y 26,7%) [18]

En una comunicación previa en la República Dominicana se observó un franco predominio de la PV en adultos jóvenes del sexo femenino. La frecuencia en menores de 15 años fue del 21%, y en un 8% la observamos en menores de cinco años, dos de ellos menores de un año de edad [8].

ferentemente espalda, dos casos en abdomen, dos en regiones inguinales y uno en glúteos. En casos diseminados se observa la distribución en la tabla 1.

El tiempo de evolución varió de tres días a ocho meses, con promedio de un mes y 18 días (1,6 meses). (Figura 5).

Tabla 1. Localización en casos diseminados.

Localización	No. de casos
Cara y cuello	4
Cuello y glúteos	1
Cara y brazos	2
Cara y espalda	3
Brazo y tronco	1
Cara e ingle	1

En lactantes no parece haber predilección por sexo. Encontramos que la frecuencia fue prácticamente igual en mujeres y en varones (53% y 47%). Hubo un franco predominio de las lesiones en cara con un 81%, se presentó en tronco en el 16%, en extremidades en el 5% y en cuello en un 8,6%.

Las levaduras del género *Malassezia* son hongos lipófilos, por lo que el sebo juega un papel importante en la patogenia y explica en parte su localización en zonas cutáneas ricas en glándulas sebáceas [3]. En Túnez encontraron como sitio más afectado la cara con un 47,5%, con una afectación preferencial de la frente; en nuestros casos se afectaron las mejillas, regiones peribucales y surcos nasogenianos, así como la frente, siendo destacable la afección de párpados en ocho casos. La localización facial es característica de niños, la frecuencia varía del 4 al 13 % y hasta un 47% [4,5], aunque la frecuencia observada en los lactantes dominicanos es mucho más alta (81%). Se ha especulado sobre la composición diferente del sebo en el niño y en el adulto, así como sobre la costumbre en zonas tropicales de aplicarse aceites vegetales que favorecen el crecimiento de *Malassezia* spp, dada su composición de lípidos, la oclusión que ocasionan y las alteraciones en el pH cutáneo [5,8]. Es probable que la fotoexposición a las radiaciones UVA en el niño conduzca a la formación de ácidos grasos hidroxilados que actúan como sustratos para el crecimiento de la levadura [19]. Sin embargo, en un estudio al azar en 870 adultos en la República Centroafricana la prevalencia de PV fue del 16,6% con una máxima prevalencia (23,5%) de los 15 a 25 años. Se encontraron lesiones en la cara en el 49,3% y en tronco en el 48,6%; estos datos son poco comunes, pues en adultos hemos observado la localización facial sólo en el 6 %, cuando en el 80% de los casos se afecta predominantemente el tronco [7,20]. Esto hace suponer que además de

los factores ambientales, también influyen en la actividad de las glándulas sebáceas factores raciales y genéticos. En extremidades las lesiones fueron escasas, tres casos en brazos y dos en piernas y llaman la atención algunos casos en abdomen, ingles y glúteos.

Igualmente las formas que más encontramos fueron las hipocrómicas, hecho que ha sido señalado por otros autores [4-5,8]. En artículos de revisión se ha señalado que entre las enfermedades más comunes con manchas hipocrómicas faciales se debe tener en cuenta a la PV [21,22].

Di Silverio y cols. en Italia han informado un caso en un menor de dos meses de edad con manifestaciones en cuello, cuero cabelludo y pecho con máculas tanto hiperpigmentadas como hipopigmentadas [23].

No hay datos recientes que expliquen la pérdida de pigmento, tradicionalmente se ha atribuido a una anomalía en el número y distribución de los melanosomas, peroxidación de lípidos, una inhibición de la producción de melanina por melanocitos, ya que la producción de ácidos dicarboxílicos y ácido azelaico por *Malassezia* inhibe *in vitro* la actividad de la tirosinasa, enzima clave en la producción de melanina [8,24,25].

La presencia del hongo confirma el diagnóstico. Para su observación se pueden utilizar la cinta adhesiva transparente, el KOH, la tinta Parker azul, el negro de clorazol, la combinación de azul de metileno al 50% con ácido acético al 5% y las tinciones de Gram, Giemsa o PAS. El uso de la cinta adhesiva transparente con tinta Parker azul o el azul de metileno con ácido acético es una técnica sencilla y económica, que permite la confirmación inmediata del diagnóstico.

Agradecimientos a Lic. Bertina Gil, Lic. Altagracia Pineda, Lic. Judith Vázquez, Lic. María Fe Martínez, Lic. Adriana Compres y Lic. Francis Custodio.

Bibliografía

- Roberts SO. Pityriasis versicolor: clinical and mycological investigation. Br J Dermatol 1969; 81: 315-326.
- Vanbreuseghem R. Un problème de mycologie médicale: le pityriasis versicolor. Ann Inst Pasteur 1950; 79: 798-801.
- Pérez-Blanco M, Urbina-de-Guanipa O, Urbina-de-Zeppenfeldt G, et al. Influencia de la temperatura y la humedad en la frecuencia de pitiriasis versicolor. Estudio epidemiológico en el Estado de Falcón, Venezuela. Invest Clin 1990; 31: 121-128.
- Terragni L, Lasagni A, Oriani A, et al. Pityriasis versicolor in the pediatric age. Pediatr Dermatol 1991; 8: 9-12.
- Terragni L, Lasagni A, Oriani A. Pityriasis versicolor of the face. Mycoses 1991; 34: 345-347.
- Bouassida S, Boudaya S, Ghorbel R, et al. Pityriasis versicolor de l'enfant: étude retrospective de 164 cas. Ann Dermatol Vénéreol 1998; 125: 581-584.
- Arenas R, Isa Isa R, Cruz AC. Pitiriasis versicolor. Datos mico-morfológicos y clínico-epidemiológicos en 100 pacientes. Rev Iberoam Micol 2001; 18: 29-32.
- Pontash MJ, Kyanko ME, Brodell RT. Tinea versicolor of the face in black children in a temperate region. Cutis 1989; 43: 81-84.
- Guillot J, Guého E, Lesourd M, et al. Identification of *Malassezia* species. A practical approach. J Mycol Méd 1996; 6: 103-110.
- Aspiroz MC, Moreno LA, Rubio MC. Taxonomía de *Malassezia furfur*: estado de la cuestión. Rev Iberoam Micol 1997; 14: 147-149.
- Pereiro-Miguens M. Situación actual de las infecciones por *Malassezia*. Piel 1999; 14: 76-87.
- Guého E, Boeckhout T, Ashbee HR, et al. The role of *Malassezia* species in the ecology of human skin and as pathogens. Med Mycol 1998; 36 (Suppl 1): 220-229.
- Crespo-Erchiga V, Ojeda-Martos A, Vera-Casaño A, et al. Mycology of pityriasis versicolor. J Mycol Med 1999; 9: 143-148.
- Crespo-Erchiga V, Ojeda-Martos A, Vera-Casaño A, et al. *Malassezia globosa* as the causative agent of pityriasis versicolor. Br J Dermatol 2000; 143: 799-803.
- Coiscou-Weber AG. Las micosis superficiales más frecuentes en el niño Dominicano. Rev Dom Dermatol 1971; 5: 2-5.
- Isa Isa R, Cruz AC, Arenas R, et al. Pitiriasis versicolor en niños. Estudio epidemiológico y micológico de 797 casos estudiados en República Dominicana. Med Cut ILA. En prensa.
- Akpata LE, Gugnani HC, Utsalo SJ. Pityriasis versicolor in school children in Cross River State of Nigeria. Mycoses 1990; 33: 549-551.
- Silva V, Di Tilia C, Fischman O. Skin colonization by *Malassezia furfur* in healthy children up to 15 years old. Mycopathologia 1995-1996; 132: 143-145.
- Mayser P, Haze P, Papavassilis C, et al. Differentiation of *Malassezia* species: selectivity of CremophorE1, castor oil and ricinoleic acid for *M. furfur*. Br J Dermatol 1997; 137: 208-213.
- Belec L, Testa J, Bouree P. Pityriasis versicolor in the Central African Republic: a randomized study of 144 cases. J Med Vet Mycol 1991; 29: 323-329.
- Pinto FJ, Bologna JL. Disorders of hypopigmentation in children. Pediatr Clin North Am 1991; 38: 991-1017.
- Sahl WJ Jr, Mathewson RJ. Common facial skin lesions in children. Quintessence Int 1993; 24: 475-481.
- Di Silverio A, Zeccara C, Serra F, et al. Pityriasis versicolor in a newborn. Mycoses 1995; 38: 227-228.
- Arenas R. Micología Médica Ilustrada. México, Interamericana-McGraw-Hill, 1996: 321-323.
- Nazzaro-Porro M. Azelaic acid. J Am Acad Dermatol 1987; 17: 1033-1441.