

CASO CLÍNICO

Pitiriasis Versicolor Atrofiante: Reporte de dos casos en Ecuador

Verónica Úraga Wagner,* Enrique Úraga Pazmiño,** Juan Carlos Garcés Santos,**
Henry Parra Vera****

* Médico Dermatólogo-Centro Dermatólogo Dr. Úraga-Guayaquil-Ecuador

** Dermatólogo-Director del Posgrado de Dermatología UCSG - Centro Dermatólogo "Dr. Úraga"- Guayaquil-Ecuador

*** Dermatopatólogo - Guayaquil-Ecuador

**** Microbiólogo - Centro de Investigación Microbiológica - Guayaquil-Ecuador

Correspondencia a:
veronica_uraga@hotmail.com

Palabras clave: Pitiriasis versicolor atrofiante, Atrófica, Atrofiante, Pseudoatrofíca, pseudoatrofiante

Fecha de recepción: 14-06-2021
Fecha de aceptación: 30-06-2021
Fecha de publicación:

RESUMEN

La variante atrófica de la pitiriasis versicolor es muy rara, encontrándose muy pocos casos reportados en la literatura médica. Se presentan dos casos de esta variante de la pitiriasis versicolor en dos pacientes, una de nacionalidad ecuatoriana y otra de Venezuela de 29 y 45 años de edad respectivamente. Se analizan los hallazgos clínicos, dermatoscópicos, exámenes micológicos y estudio dermatopatológico, que nos ayudaron a confirmar su diagnóstico y se realiza una breve revisión de la literatura acerca del tema.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial muy frecuente, de curso crónico, causada por *Malassezia* sp. Se caracteriza por la presencia de placas con escama fina en su superficie, de forma y tamaño variables que pueden ser hipocrómicas, hiperocrómicas o eritematosas y generalmente asintomáticas, que se localizan de forma típica en el tronco y cuello, pero que pueden extenderse a otras áreas cuando han estado presentes por largo tiempo, en inmunodeprimidos, en desordenes endocrinos o en asociación a corticoterapia prolongada.¹⁻² Muy rara vez estas lesiones se pueden acompañar de atrofia limitada a las lesiones y a esta variante clínica se la conoce con el nombre de pitiriasis versicolor atrofiante. A continuación reportamos dos casos de esta forma atípica atrofiante en esta micosis.

REPORTE DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente ecuatoriana de 29 años de edad, quien acude a nuestra consulta, por presentar en cuello y espalda una dermatosis atrofiante de 3 años de evolución. La paciente refería haber consultado algunos especialistas y haber recibido tratamiento con esteroides tópicos por diagnóstico presuntivo de atrofodermia de Passini y Pierini. Al no encontrar mejoría de su cuadro, consulta nuestro centro por una segunda opinión. Al examen físico se observó la presencia de lesiones deprimidas, ovales y circulares, eritematosas, que confluían en placas atróficas, acompañadas de leve descamación superficial, localizadas en el cuello y el tercio superior de la espalda (Fig. 1A). En el examen dermatoscópico se pudo apreciar múltiples telangiectasias en las lesiones (Fig. 1C). Al aplicar

la luz de Wood se observó fluorescencia en las mismas (Fig. 1B). Ante la sospecha diagnóstica de pitiriasis versicolor atroficante, se solicita exámenes micológicos (directo y cultivo), así como también estudio histopatológico con tinciones de hematoxilina y eosina, P.A.S y tinción de fibras elásticas. El estudio micológico revela la presencia de *Malassezia* sp. El examen histopatológico confirma la presencia dentro del estrato córneo de numerosas estructuras micóticas (hifas y esporas) compa-

tibles con *Pitirosporum* sp (Fig. 2A), con tinción de PAS positiva (Fig. 2B) y la tinción de fibras elásticas muestra leve disminución y fragmentación de las mismas. Con todos estos hallazgos confirmamos el diagnóstico de pitiriasis versicolor atroficante (Fig. 2C). La paciente recibió tratamiento con itraconazol oral 100mg BID y terbinafina tópica por 1 mes, observándose aclaramiento completo de las lesiones y desaparición de la atrofia, que se mantiene hasta el momento (Fig. 3).



Figura 1. A) Placas deprimidas de aspecto atrófico en la espalda de la paciente. B) Imagen dermatoscópica de una de las lesiones con presencia de telangiectasias. C) Fluorescencia con luz de Wood.

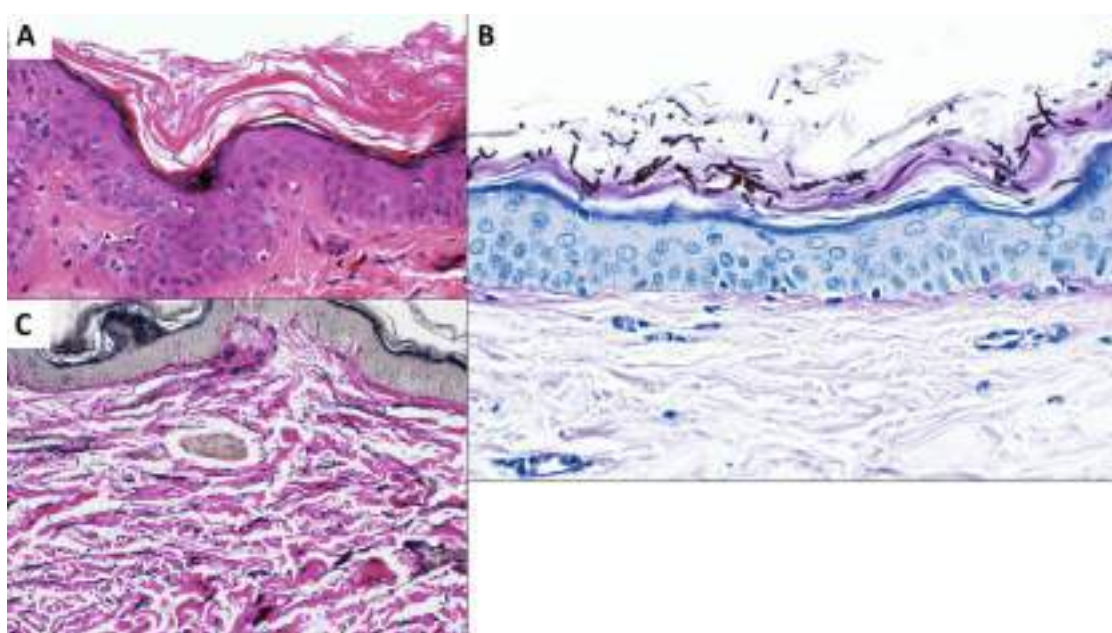


Figura 2. Hallazgos Histopatológicos: A) Hematoxilina y eosina. B) Tinción de PAS. C) Tinción de fibras elásticas.



Figura 3. Control Post-tratamiento. Desaparición de las lesiones. La lesión que se observa en el cuadrante derecho corresponde al sitio de la biopsia.

Caso 2

Paciente de 45 años de edad, nacida en Venezuela, residente en Ecuador quien consulta por presentar lesiones ubicadas en el dorso con un año de evolución. Refiere que inicialmente se presentaron como manchas por lo que realizó consultas médicas recibiendo tratamiento con antihistamínicos y esteroides tópicos sin resultados, seis meses después las lesiones adquieren un aspecto deprimido y su número se había incrementado. Al momento del examen se observan numerosas máculas hipocrómicas ubicadas en el dorso alternando con lesiones de aspecto deprimido y apariencia atrófica (Fig. 4a). Al examen con la luz de Wood se observan fluorescencia moderada de múltiples lesiones mientras que las lesiones atróficas no presentaban fluorescencia (Fig. 4b) En el examen dermatoscópico (Fig.-5^a) se puso en evidencia un borde discretamente sobreelevado (flecha café), zonas con leve eritema de fondo (flecha roja), y algo de descamación (flechas blancas), mientras que otras zonas (Fig. 5b) se pudo observar un aspecto arrugado y con pigmentación oscura (círculo blanco). Con la experiencia del caso anterior no se consideró necesario el estudio histopatológico y se solicitó solo estudio micológico el cual reportó la presencia de múltiples estructuras fúngicas compatibles con *Malassezia* spp (Fig. 6). Se administró a la paciente tratamiento con Shampoo de Ketoconazol aplicado sobre la piel por 15 minutos por 5 días seguidos y luego solución de Terbinafina BID. Igualmente indicamos Itraconazol de 100 mg cápsulas, 2 diarias por 15 días. La paciente retornó 20 días después pudiendo observarse una franca mejoría con marcada disminución de las lesiones y desaparición de la fluorescencia (Fig. 7)



Figura 4a. Se observan lesiones de aspecto atrófico en espalda.



Figura 4b. Con examen de luz de Wood se observa fluorescencia profusa.

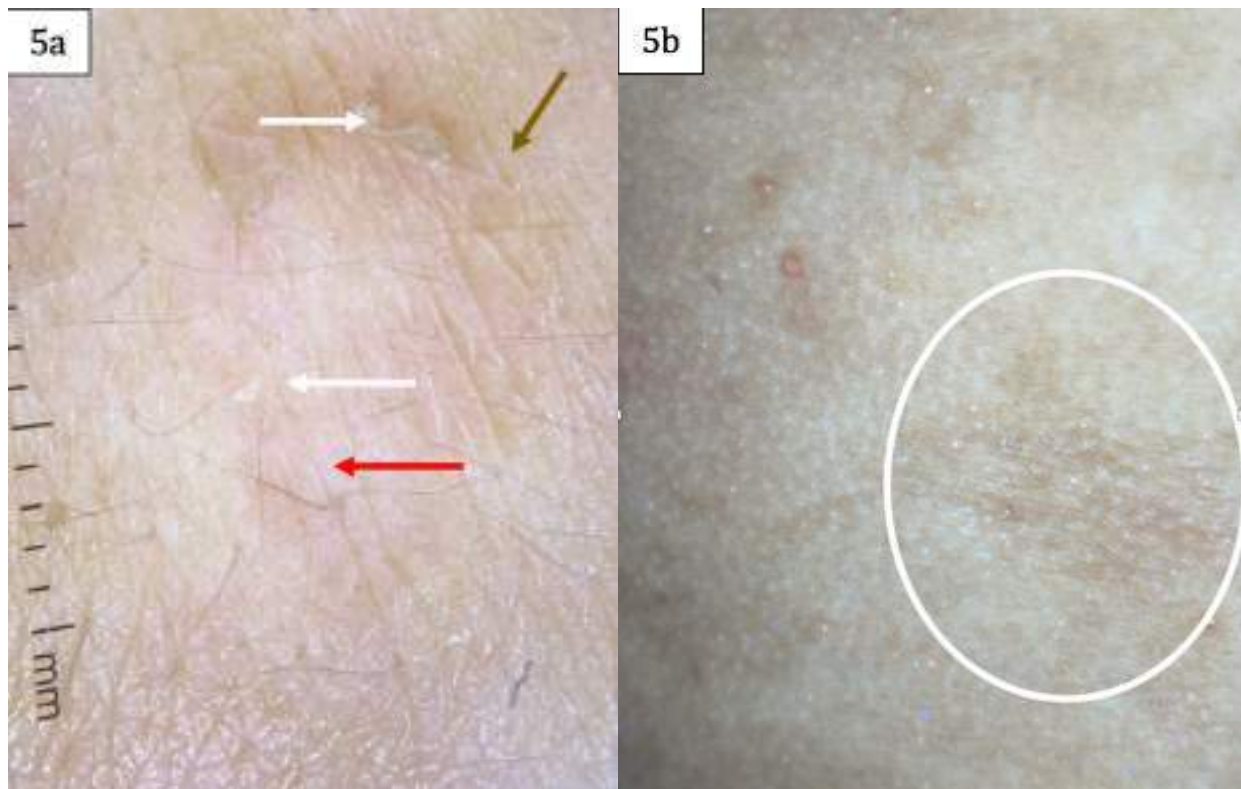


Figura 5a. Dermatoscopia que permite observar borde discretamente elevado (flecha café), leve eritema (flecha roja) y descamación (flecha blanca).
Figura 5b. Dermatoscopia. Aspecto arrugado y con pigmentación oscura (Círculo blanco).



Figura 6. Examen micológico. Presencia de hifas y esporas diagnósticas.

Figura 7. Control de la paciente 20 días después. Las lesiones han desaparecido en gran parte quedando lesiones residuales moderadas.



DISCUSIÓN

La atrofia en las lesiones de pitiriasis versicolor fué reconocida por primera vez en el año 1971 por De Graciansky y Mery, en asociación al uso prolongado de esteroides tópicos.³ Posteriormente en el año 2003, Crowson y Magro realizan una revisión clínicopatológica de 12 pacientes y sugieren para esta entidad el nombre de pitiriasis versicolor atrofiante, pero, a diferencia de los reportes anteriores solo 1 paciente había recibido esteroides tópicos.⁴

La pitiriasis versicolor atrofiante, es una variante muy rara, con solo alrededor de 25-30 casos reportados en la literatura médica. Se caracteriza por lesiones ovaladas o redondas, color marfil, con una superficie típicamente deprimida y en ocasiones apergaminada que puede acompañarse de leve descamación superficial.²

La causa de la atrofia de estas lesiones, sigue siendo discutida, para algunos está relacionada al uso crónico de esteroides en lesiones inicialmente confundidas con eccemas, teniendo éstos medicamentos la capacidad de inhibir la síntesis de colágeno y reducir la actividad mitótica de los queratinocitos.⁵ Otros autores cuestionan esta teoría, ya que para ellos la atrofia causada por los esteroides no es reversible, a diferencia de lo que ocurre en esta enfermedad.⁶ En nuestro caso, la paciente recibió esteroides tópicos, luego de haber sido diagnosticada erróneamente con atrofodermia de Passini y Pierini, es decir cuando ya presentaba la atrofia de las lesiones. Una segunda teoría propuesta por Crowson y colaboradores, al no encontrar uso de esteroides en la mayoría de sus pacientes, explica la atrofia cutánea con un mecanismo de 2 vías, el uno estaría a cargo de una reacción de hipersensibilidad retardada por antígenos derivados de la *Malassezia*, estimulando la liberación de elastasas, y así provocando elastólisis dérmica, y la otra, estaría dada por un efecto directo de la *Malassezia* sobre el sistema de señalización NF- κ B, donde la inflamación lleva a la síntesis de TNF- α o interleuquina-1 β generando apoptosis y alteración de la proliferación de los queratinocitos.⁴

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras enfermedades que se presentan con atrofia cutánea como lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, morfea, anetodermia, necrobiosis lipoídica, atrofodermia, cutis laxa, micosis fungoides, liquen escleroso y atrófico, atrofia debido a esteroides intralesionales, entre otras.^{7,2,8,9,10} En el estudio realizado por Crowson y colaboradores, ninguno de las solicitudes de biopsia planteaba como primera posibilidad diagnóstica la pitiriasis versicolor atrofiante, lo que refleja que todavía existe un gran desconocimiento por parte de los dermatólogos sobre esta enfermedad.⁴

Durante el examen clínico, la presencia de descamación en las lesiones atróficas sobre todo cuando estas se ubican en territorio clásico de pitiriasis versicolor podría ser de utilidad para hacernos sospechar sobre esta enfermedad. En nuestro caso el uso de la luz de Wood fue de gran ayuda para orientarnos al diagnóstico. Es recomendable iniciar el estudio de la misma, con la realización de un KOH y cultivo micológico, lo cual de ser positivo confirmaría el diagnóstico¹¹ y podría evitar la molestia de la realización de una biopsia.² El examen dermatoscópico que reportamos se basa esencialmente en lo que se encontró en los dos pacientes y sus hallazgos no son coincidentes pues mientras en el primero predomina una vasodilatación profusa, en el segundo se observa presencia de descamación, superficie rugosa y una mayor delimitación del borde sobrelevado, sin embargo no podemos establecer una comparación dado que no encontramos reportes dermatoscópicos previos en la literatura a nuestro alcance. Sin embargo, por lo atípico del cuadro, muchos casos precisan del estudio histopatológico con el cual podemos visualizar dentro del estrato córneo la presencia de esporas e hifas de *pityrosporum*. Además podemos encontrar, alteraciones poiquidermatosas, elastólisis perifolicular así como también dermatitis de interface linfocítica. Las alteraciones de las fibras elásticas, no siempre están presentes.^{4,7}

Luego del tratamiento antimicótico usual para pitiriasis versicolor, la atrofia suele revertir, lo que nos indica que esta variante cursa con buen pronóstico. Algunos

autores mencionan que sus pacientes requirieron antifúngicos orales por periodos más prolongados, que en los casos de pitiriasis versicolor clásica, ya que estos presentaban compromiso más extenso,^{12,10} lo que podría estar relacionado con el retraso en el diagnóstico por lo atípico del cuadro. En nuestra primera paciente las lesiones desaparecieron al cabo de un mes de tratamiento antimicótico mientras que en el segundo caso presentaba una mejoría de aproximadamente 90% al cabo de 20 días de terapia.

CONCLUSIÓN

Es importante reconocer y diferenciar esta rara forma de presentación de pitiriasis versicolor de otras enfermedades que cursan con atrofia cutánea ya que esta evoluciona con buen pronóstico, observándose desaparición de la atrofia con el tratamiento antimicótico. Sin embargo aún se sigue discutiendo si esta enfermedad es una variante más o una consecuencia de un mal tratamiento ya que la *Malassezia* rompe la barrera cutánea por estar confinada al estrato córneo y así aumenta la absorción del esteroide lo que a su vez genera atrofia localizada en la zona de pitiriasis por lo que Méndez y Bonifaz proponen que el nombre de pitiriasis versicolor pseudoatrófica sería más adecuado.¹³ El diagnóstico de la pitiriasis versicolor debe ser clínico sin embargo formas atípicas como la que nos ocupa hacen necesaria la implementación de métodos auxiliares diagnósticos como el examen con luz de Wood o la búsqueda del signo de Besnier (raspado de la lesión o estiramiento de la piel circundante que permita la visualización de la descamación pitiriasiforme característica. El diagnóstico se confirma con el KOH que permite observar esporas y levaduras dando una imagen de espagueti y albóndigas dejando la biopsia para casos de suma complejidad.¹⁴ Reportamos estos 2 casos, con el fin de que el dermatólogo se familiarice con esta condición, que podría ser más frecuente de lo que se piensa. Hasta nuestro conocimiento, estos representan los dos primeros casos reportados de pitiriasis versicolor variante atrófica en la literatura ecuatoriana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Desgarenn CP. Artículo de revisión Pitiriasis versicolor. *Dermatología Rev Mex*. 2005;49:157–67.
2. Romano C. A case of pityriasis versicolor atrophicans. *Mycoses*. 2005;48.6:439–41.
3. De Graciansky P, Mery F. Atrophie sur pityriasis versicolor après corticothérapie locale prolongée. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*. 1971;78:295.
4. Crowson a N, Magro CM. Atrophying tinea versicolor: a clinical and histological study of 12 patients. *Int J Dermatol [Internet]*. 2003;42(12):928–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14636183>
5. Tatnall F, Rycroft R. Pityriasis versicolor with cutaneous atrophy induced by topical steroid application. *Clin Exp Dermatol*. 1985;10:258–61.
6. Bonifaz A, Hinojosa Arias E, Sotelo García L. Pityriasis versicolor variedad atrófica: A propósito de un caso Pityriasis versicolor atrophic variety: Review of a case. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2014;12(4):295–6.
7. Park JS, Chae IS, Kim IY, Ko DK, Chung H LS. Achromatic atrophic macules and patches of upper extremities. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:270.
8. Naveen KN, Abbas Zaheer Khan Ali. Atrophying pityriasis versicolor – a rare variant. *Egypt Dermatology Online J*. 2014;10(2):1–7.
9. Moon S, Lee W, Kim D, Jang Y. Pityriasis versicolor atrophicans : Is it true atrophy or pseudoatrophy ? *J Cutan Pathol*. 2015;43(2):187–9.
10. Posada C, Batalla A, De la Torre C. Athrophix Plaques on the Back. *Cutis*. 2014;94:E7–8.
11. Cullingham K, Hull PR. Atrophying pityriasis versicolor. *CMAJ*. 2014;186(10):776.
12. Yang Y-S, Shin M-K, Haw C-R. Atrophying pityriasis versicolor: is this a new variant of pityriasis versicolor? *Ann Dermatol*. 2010;22(4):456–9.
13. Méndez A, Bonifaz A. Formas clínicas excepcionales de pitiriasis versicolor. *Dermatol Rev Mex*. 2019 mayo-junio; 63(3):347–351.
14. Sandoval-Clavijo A, García CA. Pitiriasis versicolor variante atrófica. *Dermatol Rev Mex*. 2020; 64: 771–774.