

# Pitiriasis versicolor en lactantes

Dres. Raquel Ballesté<sup>1</sup>, Nora Fernández<sup>1</sup>,  
Luis Calegari<sup>2</sup>, Elbio Gezuele<sup>3</sup>

## Resumen

La pitiriasis versicolor es una dermatomycosis recurrente de la capa córnea de la piel, causada por la levadura lipofílica, *Malassezia furfur* (*M. furfur*). Se manifiesta con máculas descamantes localizadas fundamentalmente a nivel de cara posterior de tronco y cuello, más o menos extensas, frecuentemente confluentes, con hipopigmentación o hiperpigmentación y descamación furfurácea característica. *M.furfur* forma parte de la flora normal de la piel en la mayor parte de los individuos.

La pitiriasis versicolor presenta mayor incidencia entre los 18 y 24 años siendo rara en lactantes; por esta razón presentamos dos casos clínicos en lactantes, estudiados en la Sección Micología del Departamento de Parasitología de la Facultad de Medicina de Montevideo-Unguay, discutiendo posibles factores favorecedores y comentando la bibliografía revisada.

**Palabras clave:** Tiña versicolor  
*Malassezia*  
Lactante

## Introducción

La pitiriasis versicolor es una infección recurrente de la capa córnea de la piel, causada por levaduras lipofílicas reconocidas clásicamente como *M. furfur*, (Robin) Baillon, 1889.

Esta dermatomycosis se caracteriza por presentar máculas descamativas de tamaño y pigmentación variable, principalmente hipopigmentadas, con descamación furfurácea.

Las lesiones asientan fundamentalmente en tronco, cuello y en región proximal de los miembros superiores.

En las escamas obtenidas a partir de lesiones, se observa bajo microscopio óptico acúmulos de levaduras redondeadas monobrotantes y filamentos cortos, gruesos, tabicados y sinuosos, con una apariencia típica que permite el diagnóstico mediante examen directo de pitiriasis versicolor.

Debido a la dificultad para obtener aislamientos de *M. furfur*, durante mucho tiempo se retrasó su correcta identificación y ubicación taxonómica; más tarde, levaduras del género *Pityrosporum* (*P. orbiculare* y *P. ovale*), fueron ubicadas como sinónimos de *M. furfur*.

Actualmente, combinando estudios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos y de biología molecular, se sabe que en el taxón *Malassezia* se reconocen siete especies: *M. furfur*, *M. sympodialis*, *M. slooffiae*, *M. obtusa*, *M. globosa*, *M. restricta* y *M. pachydermatis*, salvo esta última adaptada a distintas especies animales (aunque puede causar infecciones sistémicas en humanos), el resto de las especies han sido aisladas de la piel de personas sanas. Hasta el momento sólo se le ha podido atribuir claramente un rol patógeno a *M. furfur*, ya que las otras especies han sido aisladas de personas que presentaban concomitantemente infección por *M. furfur* y *M. sympodialis*, u otras<sup>(1-3)</sup>.

*M. furfur* es una levadura que forma parte de la flora normal de la piel, pudiendo causar: pitiriasis versicolor, caspa, dermatitis seborreica, foliculitis e infecciones sistémicas. La pitiriasis versicolor es cosmopolita, siendo más frecuente en climas húmedos y con temperaturas elevadas. En climas templados es más frecuente en verano y otoño, representando 20% de las micosis superficiales. En países con clima tropical, presenta una incidencia entre 30% a 50%, mientras que en climas templados oscila entre 1,1% y 3,7%.

1. Asistentes del Departamento de Parasitología.

2. Profesor del Departamento de Parasitología.

3. Profesor Agregado del Departamento de Parasitología.

**Correspondencia:** Dra. Raquel Ballesté. Instituto de Higiene. Departamento de Parasitología. Sección Micología. Alfredo Navarro 3051. CP 11600. Montevideo, Uruguay.

Recibido: 15/3/00.

Aceptado: 20/10/00.

Se describen numerosos factores predisponentes en el desarrollo de la pitiriasis versicolor, los que pueden ser clasificados en extrínsecos e intrínsecos; dentro de los factores extrínsecos se destacan: humedad y temperatura de la piel, oclusión por ropas, hiperhidrosis, malnutrición, uso de aceites para la piel, corticoterapia sistémica y administración de inmunosupresores; como factores intrínsecos se han descrito: herencia genética (siendo el más importante) y embarazo, entre otros.

La mayor incidencia se observa entre los 18 y 24 años, siendo menos frecuente en niños y rara en lactantes, por lo que existen escasas referencias bibliográficas con relación a estos últimos<sup>(4-8)</sup>.

La mayoría de los textos refieren que la pitiriasis versicolor es muy poco frecuente en niños. Algunos autores afirman que *M. furfur* se encuentra en pacientes mayores de 14 años, hecho relacionado con los cambios hormonales que aumentan la secreción sebácea<sup>(9)</sup>.

En niños asintomáticos el índice de colonización por *M. furfur* es menor que en adultos, siendo ocasional el aislamiento en menores de 4 años y escaso hasta los 10 años<sup>(10)</sup>. También se ha investigado la colonización en niños sanos menores de 1 año, encontrándose que *M. furfur* usualmente no se encuentra colonizando lactantes. Otros autores plantean que la colonización de la piel con *M. furfur* es un evento normal en recién nacidos que sucede sin estar relacionado con el estado de salud del infante, encontrando una prevalencia de colonización de 100% a los 40 días de vida en lactantes sanos y lactantes hospitalizados; en niños internados en unidades neonatales la colonización por esta levadura varía entre 28% y 41%<sup>(11-15)</sup>.

Los factores predisponentes en estos casos serían: baja edad gestacional, estancia hospitalaria, tiempo transcurrido en la incubadora, utilización de apósitos y la administración de antibióticos; además, los adultos que trabajan en unidades neonatales podrían ser una posible fuente de infección<sup>(16)</sup>.

En lactantes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos y alimentados con infusiones lipídicas, se ha podido comprobar la colonización de catéteres vasculares por levaduras del género *Malassezia* y en algunos casos se planteó la posibilidad de sepsis<sup>(17, 18)</sup>.

A continuación presentamos dos casos de pitiriasis versicolor en lactantes sanos, destacando que en nuestro país no existen comunicaciones previas.

### Casos clínicos

**Caso N° 1:** Lactante de tres meses de edad, sexo masculino, producto de primera gestación, con nacimiento a término mediante operación cesárea por tratarse de una presentación paraeutócica. Sin antecedentes de enfermedad perinatal. De los antecedentes familiares se destaca padre

con dermatitis seborreica.

En el mes de junio consulta por múltiples máculas notadas por la madre tres días antes; de 2 a 10 mm de diámetro, hipopigmentadas, con descamación furfurácea, topografiadas en el tercio superior de la cara anterior del tórax (figura 1).

Presenta además una mácula eritematosa intercililar, de 2 cm de diámetro no descamante, donde se observan micropápulas foliculares (figura 2). En cuero cabelludo no se observaron lesiones.

**Caso N° 2:** Lactante de un mes de vida, sexo masculino, producto de primera gestación, con parto a término eutócico, sin enfermedad perinatal. Madre con pitiriasis versicolor, las lesiones se localizaban en cara anterior y posterior de tronco.

En el mes de julio es llevado a consulta por máculas de 5 a 10 mm de diámetro, confluentes, hipopigmentadas, de bordes elevados y eritematosos con descamación fina, localizadas en mejilla derecha, notadas por la madre hace nueve días; además, presentaba pequeñas máculas hipopigmentadas periorales (figura 3). No se observaron lesiones en cuero cabelludo.



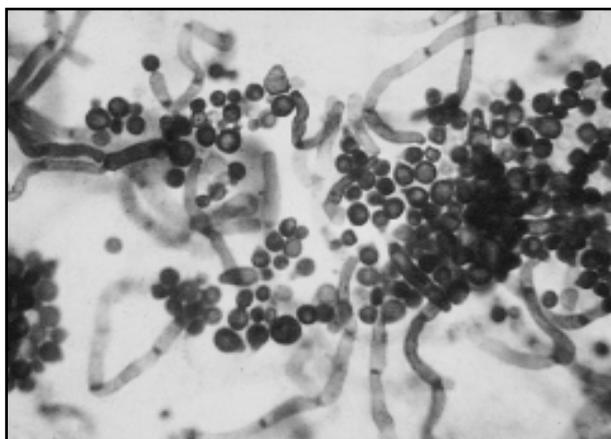
Figura 1- Lesiones hipopigmentadas en tórax.



Figura 2- Lesión eritematosa intercililar.



**Figura 3-** Lesiones hipopigmentadas en cara.



**Figura 4-** *Malassezia furfur*. Azul de metileno. MO 400x.

En ambos pacientes se obtuvieron muestras de la piel para la realización del examen micológico. En el caso 1, las muestras fueron de las lesiones de tronco y cara; en el caso 2 de las lesiones de mejillas y periorales.

Las muestras fueron recogidas mediante el uso de cinta adhesiva transparente y posteriormente coloreadas con azul de metileno siguiendo la metodología clásica. La observación microscópica reveló abundante cantidad de levaduras redondeadas de unas 4 a 8 micras de diámetro, monobrotantes, con hifas cortas, onduladas y tabicadas, de 2 a 4 micras de diámetro, cuya morfología era compatible *M. furfur* (figura 4). En ambos estudios no se realizaron cultivos.

En una de las muestras obtenidas de mejilla del caso N° 2 se observó un ejemplar adulto de *Demodex folliculorum*.

### Discusión

Con relación a los casos clínicos presentados, cabe realizar algunas consideraciones. En primer lugar se trata de lactantes, alimentados con pecho directo exclusivo y con lesiones de aparición en época invernal.

Con respecto a posibles factores predisponentes se destaca que ambos niños mostraban aumento de la actividad de las glándulas sebáceas, evidenciada por la presencia de sebo en la cinta adhesiva.

Además, el caso N° 1 presentaba una foliculitis y el caso N° 2 mostró la colonización de su piel con un ejemplar adulto de *Demodex folliculorum*, ambos procesos relacionados con el aumento de la secreción grasa.

El hecho de que ambos casos se presentaran en invierno podría estar relacionado con el exceso de abrigo, habitual en lactantes en esa época del año, lo que conlleva una sudoración excesiva que pudo haber favorecido el desarrollo de esta dermatomycosis.

En el caso N° 1, el padre presentaba concomitantemente una dermatitis seborreica en cara, y en el segundo caso clínico la madre presentaba una pitiriasis versicolor en tronco, que pudieron actuar como punto de partida para la colonización de la piel de los lactantes con *M. furfur*.

Se destaca que en la base de la pitiriasis versicolor que presentaron los lactantes, también pueda existir una predisposición genética por los antecedentes familiares citados anteriormente.

La escasa descamación de las lesiones en comparación a lo que se observa en pacientes adultos se atribuye a la escasa capa córnea que presentan los lactantes.

Ambos pacientes recibieron tratamiento tópico durante 15 días, con crema de ketoconazol al 2% aplicada dos veces por día. La evolución fue satisfactoria con desaparición de las lesiones y negativización de los estudios micológicos de control.

Sería importante realizar estudios epidemiológicos en nuestro medio a los efectos de conocer la prevalencia de colonización con *M. furfur* en niños de nuestro país, conocer cuáles son las especies involucradas y observar si presentan el mismo comportamiento frente a los antifúngicos o existe alguna diferencia significativa en comparación con *M. furfur*, por lo tanto tenemos interesantes interrogantes para dilucidar en el futuro.

### Summary

Pityriasis is a recurrent stratum corneum dermatomycosis characterized by scaly stains primarily located on the posterior trunk and neck, caused by lipophilic yeast, *Malassezia furfur* (*M. Furfur*). Furfuraceous scaled off stains are normally extended, frequently confluent, hypo or hyperpigmented. *M. Furfur* is a member of normal human cutaneous flora.

Incidence is higher in 18 to 24 year-old patients and rare in lactants. Two clinical cases studied at the Parasitology Department-Mycosis section, Faculty of Medicine, Montevideo, Uruguay are discussed outlining favoring factors and reviewing bibliography.

## Résumé

Le pityriasis est une dermato-mycose récurrente de la couche cornée de la peau, provoquée par la levure lipophile, *Malassezia furfur* (M. Furfur). Elle se manifeste par des copeaux desquamants localisés surtout à la face postérieure du tronc et du cou, plus ou moins étendus, fréquemment confluents, avec lipopigmentation ou hyperpigmentation et desquamation furfuracée caractéristique. *M. furfur* fait partie de la flore normale de la peau chez la plupart des individus.

Le pityriasis versicolor présente une plus grande incidence entre 18 et 24 ans et il est rare chez les nourrissons. C'est pour cela que nous présentons deux cas cliniques de nourrissons étudiés au Département Mycologique de Parasitologie de la Faculté de Médecine de Montevideo-Uruguay et on analyse les possibles facteurs intervenants. On présente aussi la bibliographie consultée.

## Bibliografía

1. **Guého E, Boekhout T, Ashbee H.R, Guillot J, Van Belkum A, Faergemanm J.** The role of *Malassezia* species in the ecology of human skin and as pathogens. *Med Mycol* 1998; 36: Sup I, 220-9.
2. **Guého E, Midgley G, Guillot J.** The genus *Malassezia* with description of four new species. *Anton van Leeuwenhoek* 1996; 69: 337-55.
3. **Aspíroz MC, Moreno LA, Rubio MC.** Taxonomía de *M. furfur*: estado de la cuestión. *Rev Iberoam Micol* 1997; 14(4): 147-9.
4. **Schnake Ch, Gutiérrez B.** Pityriasis versicolor en lactantes menores. *Rev Chil Pediatr* 1988; 59: 50-2.
5. **Congly H.** Pityriasis versicolor in a 3 month-old boy. *Can Med Assoc J* 1984; 130: 844-5.
6. **Michaloswki R, Rodziewicz H.** Pityriasis versicolor in children. *Br J Dermatol* 1963; 75: 397-400.
7. **Smith E, Gellerman G.** Tinea versicolor in infancy. *Arch Dermatol* 1966; 93: 362-3.
8. **Wyre H, Johnson W.** Neonatal Pityriasis versicolor. *Arch Dermatol* 1981; 117: 362-3.
9. **Burke RC.** Tinea versicolor: susceptibility factors and experimental infection in human beings. *J Invest Dermatol* 1961; 36: 389-402.
10. **Martínez-Roig A, García-Pérez A, Bonastre M, Madrenys N, Gallach C, Torres-Rodríguez J.M.** Study of healthy carriers of *Malassezia furfur* among children population. *Rev Iber Micol* 1991; 8: 16-8.
11. **Leeming JP, Sutton TM, Fleming PJ.** Neonatal skin as a reservoir of *Malassezia* species. *J Pediatr Infect Dis* 1995; 14: 719-21.
12. **Bell LM, Alpert G, Slight PH.** Skin colonization of hospitalized and non-hospitalized infants with lipophilic yeasts. *Minneapolis: Interscience Conference on Antimicrobial Agents in Chemotherapy* 1985: (abstracts 519).
13. **Ahtonen P, Lehtonen OP, Kero P, Tonnela E, Havu V.** *Malassezia furfur* colonization of neonates in an intensive care unit. *Mycoses* 1990; 33: 543-7.
14. **Hernández Molina JM, Hernández Sampayo T.** Recovery of *Malassezia* from skin hospitalized pediatric patients. *Houston: Interscience Conference on Antimicrobial Agents in Chemotherapy* 1989 (abstracts).
15. **Powell DA.** *Malassezia furfur* skin colonization of infants hospitalized in intensive care units. *J Pediatr* 1987; 111: 217-20.
16. **Powell DA, Hayes JR, Miller MA, Durrell DE, Marcon MJ.** Risk factors for skin colonization of hospitalized infants with *Malassezia furfur*. *Chicago: Interscience Conference on Antimicrobial Agents in Chemotherapy, 1986: (abstracts 735).*
17. **Powell DA.** Broviac catheter related *Malassezia furfur* sepsis in five infants receiving intravenous fat emulsions. *J Pediatr* 1984; 105: 987.
18. **Nelson S, Yau Y, Richardson S, Matlow A.** Improved detection of *Malassezia* species in lipid supplemented peds plus blood culture bottles. *J Clin Microbiol* 1995; 14: 1005-7.