

## Pitiriasis (tiña) versicolor

María Villa Arranz ([maria.villa@salud.madrid.org](mailto:maria.villa@salud.madrid.org)), Ángel Hernández Merino ([ahmerino@gmail.com](mailto:ahmerino@gmail.com))

Pediatra. Centro de Salud La Rivota [Servicio Madrileño de Salud]. Alcorcón, Madrid. España.

Fecha de actualización: 17-dic-2018

Guía-ABE\_Pitiriasis (tiña) versicolor (v.2/2019)

**Cita sugerida:** Villa Arranz M, Hernández Merino A. Pitiriasis (tiña) versicolor (v.2/2019). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el dd-**mmm**-2019; consultado el dd-**mmm-aaaa**]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

### Introducción / puntos claves

La pitiriasis (tiña) versicolor es una [micosis superficial](#) que afecta a la capa córnea de la piel de zonas corporales con abundantes glándulas sebáceas, y está causada por el género *Malassezia*. Este microorganismo forma parte de la flora cutánea saprofita<sup>1</sup>. Es una enfermedad frecuente y ampliamente distribuida; afecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes y es poco frecuente en niños prepuberales. No se considera una enfermedad contagiosa (ver [causas de exclusión escolar](#)). No está relacionada con una higiene deficiente.

La incidencia es mucho mayor en zonas de clima cálido y húmedo; otros factores favorecedores son: sudoración excesiva, piel seborreica, embarazo, malnutrición, inmunodeficiencias, síndrome de Cushing, anticonceptivos orales, corticosteroides e inmunosupresores; se ha comprobado cierta predisposición genética.

*Malassezia* es un hongo lipofílico, lo que explica su distribución en las áreas con más glándulas sebáceas (tronco, hombros y cuello)<sup>1</sup>si bien en niños prepuberales puede afectarse la cara. Las lesiones típicas son máculas bien delimitadas, convergentes, cubiertas por una fina escama pardusca que se descama fácilmente (“signo de la uñada”). El color puede variar (“versicolor”) desde máculas hipo- o hiperpigmentadas a ligeramente eritematosas; en individuos de piel clara pueden ser ligeramente marrones. Tras la exposición al sol no se pigmenta.

La infección es asintomática en la mayoría de los casos (algunos pacientes refieren prurito leve). La remisión espontánea es rara y la respuesta al tratamiento en general es muy buena, pero las recurrencias son frecuentes. Los pacientes deben ser advertidos de que las lesiones residuales pueden tardar semanas o meses en desaparecer y de la importancia de la protección solar para mejorar el resultado estético final.

Agentes etiológicos
<i>Malassezia</i> spp. <sup>1</sup>

Diagnóstico diferencial	
Otras entidades frecuentes que pueden presentarse con lesiones cutáneas similares	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dermatitis seborreica</li> <li>▪ Eritrasma</li> <li>▪ Pitiriasis alba</li> <li>▪ Pitiriasis rosada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psoriasis (<i>guttata</i>)</li> <li>▪ <a href="#">Tiña del cuerpo</a></li> <li>▪ Vitíligo</li> </ul>
Ver imágenes de ayuda en <a href="#">Internet</a> : DermNet NZ: <a href="http://dermnetnz.org/fungal/pityriasis-versicolor.html">http://dermnetnz.org/fungal/pityriasis-versicolor.html</a> ; Dermatology Information System: <a href="http://www.dermis.net/">http://www.dermis.net/</a>	

Estudios complementarios		
	Evaluación inicial	Situaciones especiales
Microbiología	No indicadas <sup>2</sup>	Si el diagnóstico es incierto, no responde al tratamiento tópico o se baraja instaurar tratamiento oral <sup>3</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examen microscópico en fresco de escamas de las lesiones (imagen en “espaguetis y albóndigas”)<sup>4</sup></li> </ul>
Otras pruebas		Lámpara de Wood <sup>5</sup>

Tratamiento tópico inicial <sup>6</sup>	
Primera elección <sup>7</sup>	Alternativas
Ketoconazol al 2% (gel) <sup>8</sup> : aplicar durante 5 minutos, después enjuagar; una vez al día, durante 5 días <sup>9</sup>	Si afecta a áreas cutáneas de pequeño tamaño: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cremas de imidazoles<sup>10</sup></li> <li>▪ Terbinafina<sup>11</sup></li> </ul>
Sulfuro de selenio al 2,5% (gel/champú) <sup>12</sup> : aplicar durante 10 minutos, después enjuagar; una vez al día, durante 7 días <sup>9</sup>	
Medidas generales: evitar baños calientes y la aplicación de aceites en la piel	

Tratamiento oral de segunda línea <sup>13</sup>		
Edad	Primera elección <sup>14</sup>	Alternativas
Edad < 12 años <sup>15</sup>	Fluconazol <sup>16</sup> 3 mg/kg (máximo 50 mg/dosis), una vez al día, durante 2-4 semanas	
	Itraconazol <sup>17</sup> 3-5 mg/kg (máximo 200 mg/dosis), una vez al	

Tratamiento oral de segunda línea <sup>13</sup>		
Edad	Primera elección <sup>14</sup>	Alternativas
	día, durante 7 días	
Edad ≥ 12 años	Fluconazol <sup>16</sup> 50 mg, una vez al día, durante 2-4 semanas	Fluconazol 300 mg, una vez a la semana, durante 2-4 semanas
	Itraconazol <sup>17</sup> 200 mg, una vez al día, durante 5-7 días	

Prevención de recurrencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes con pitiriasis versicolor recurrente con la exposición al sol y la humedad: sulfuro de selenio al 2,5% o ketoconazol al 2%, gel/champú, una vez al día durante tres días antes de la exposición (máximo una vez al mes)</li> <li>▪ En caso de recurrencias múltiples y formas extensas: valorar profilaxis a largo plazo previa consulta al dermatólogo</li> </ul>

Indicaciones de derivación al dermatólogo
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El diagnóstico es incierto, no hay respuesta al tratamiento o la infección es más extensa de lo habitual</li> <li>▪ Pacientes inmunocomprometidos</li> <li>▪ Cuando se considere el tratamiento oral, especialmente en menores de 12 años</li> <li>▪ Cuando se considere la profilaxis antifúngica a largo plazo</li> </ul>

Referencias bibliográficas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conejo Fernández A, Martínez Roig A, Ramírez Balza O, Álvez González F, Hernández Hernández A, Baquero Artigao F, <i>et al.</i> <a href="#">Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio</a>. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:e149-e172.</li> <li>▪ Dourmishev LA, Elston DM. Pediatric Tinea Versicolor. E-Medicine [Internet]. [Actualizado el 24/may/2018; consultado el 10/dic/2018]. Disponible en <a href="http://emedicine.medscape.com/article/911138-overview">http://emedicine.medscape.com/article/911138-overview</a></li> <li>▪ Goldstein BG, Goldstein AO. Tinea Versicolor. UpToDate v.19.1 [Internet]. [Actualizado el 01/may/2018; consultado el 10/dic/2018]. Disponible en <a href="http://www.uptodate.com">http://www.uptodate.com</a></li> <li>▪ Gupta AK, Foley KA. <a href="#">Antifungal treatment for pityriasis versicolor</a>. J Fungi (Basel), 2015;1(1):13-29.</li> <li>▪ Karray M, McKinney WP. Tinea versicolor. StatPearls [Internet]. [Actualizado el 27/oct/2018; consultado el 10/dic/2018]. Disponible en <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482500/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482500/</a></li> <li>▪ Vázquez Millán PS. Pitiriasis versicolor. Fisterrae [Internet]. [actualizado 12/jul/2016; consultado</li> </ul>

**Referencias bibliográficas**

el 10/dic/2018]. Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/>

**Notas**

<sup>1</sup> El género *Malassezia* (antes denominado *Pityrosporum*) incluye 13 especies, de las cuales 9 forman parte de la flora cutánea normal y pueden asociarse a diferentes infecciones en humanos; *M. globosa* parece ser la especie más frecuentemente relacionada con esta infección. Son hongos dimórficos que bajo determinadas condiciones endógenas (susceptibilidad genética, piel grasa, etc.) y exógenas (temperatura y humedad ambiental elevadas, etc.) pasan de su forma levaduriforme saprofita a una forma micelial *patógena* que es capaz de invadir el estrato córneo de la epidermis provocando una escasa respuesta inflamatoria.

<sup>2</sup> El diagnóstico es, generalmente, clínico.

<sup>3</sup> El cultivo en general no está indicado; *Malassezia* spp. forma parte de la flora cutánea saprofita y requiere medios de cultivo específicos.

<sup>4</sup> La muestra debe ser recogida directamente en el laboratorio de Microbiología, mediante raspado o aplicación de papel celo en las lesiones. La visualización microscópica se facilita con los colorantes de Cohen o Kane, ya que los hongos del género *Malassezia* se tiñen inmediatamente de azul.

<sup>5</sup> La lámpara de Wood (luz ultravioleta) puede mostrar fluorescencia amarilla en un 40-50% de los casos de pitiriasis versicolor.

<sup>6</sup> Siempre indicado ya que la remisión espontánea es rara, la respuesta al tratamiento tópico es en general muy buena, aunque las recurrencias son frecuentes.

<sup>7</sup> Ketoconazol o sulfuro de selenio (no hay datos objetivos para preferir un producto frente al otro). Un sólo ciclo suele eliminar la infección; a veces se requieren 2 o más ciclos. Recordar que la hipopigmentación cutánea puede persistir semanas después de haber erradicado la infección. No están indicados los corticoides tópicos. Las fichas técnicas de estos productos indican que no constan datos de eficacia y seguridad en población pediátrica, aunque son recomendados ampliamente.

<sup>8</sup> Ketoconazol al 2% puede usarse a partir del mes de edad. Varias presentaciones comerciales. Aplicar en la piel como una loción (evitar en piel dañada).

<sup>9</sup> Aumentar la duración del tratamiento y el tiempo de exposición puede mejorar el rendimiento del mismo, pero también causar irritación local.

<sup>10</sup> Pueden usarse a partir del mes de edad. Clotrimazol 1% crema (2-3 veces/día, 2-3 semanas), econazol 1% crema (2 veces/día, 2-3 semanas), ketoconazol 2% crema (1-2 veces/día, 2-3 semanas), miconazol 2% crema (2 veces/día, 2-3 semanas).

<sup>11</sup> Sólo en  $\geq 12$  años de edad. Terbinafina al 1%, 2 veces al día durante 1 semana.

<sup>12</sup> Sulfuro de selenio al 2,5%: usar en  $\geq 5$  años de edad. Aplicar en la piel como una loción (evitar en piel dañada). Presentación comercial: Bioselenium 2,5%.

<sup>13</sup> Opción de segunda línea tras el fracaso de varios ciclos de tratamiento tópico; también en formas muy extensas y recurrentes; las dosis pediátricas no están bien establecidas.

<sup>14</sup> Fluconazol o itraconazol (no hay datos objetivos para preferir un producto frente al otro).

<sup>15</sup> En niños  $< 12$  años de edad requiere la valoración previa por el dermatólogo.

---

<sup>16</sup> Fluconazol: susp. oral con 50 y 200 mg/5 ml; cáps. 50, 100 y 150 mg (varias presentaciones comerciales). Uso fuera de las indicaciones recogidas en ficha técnica. Posibles efectos adversos (raros): prolongación del intervalo QT, hepatotoxicidad. Potencial de interacciones con otros fármacos.

<sup>17</sup> Itraconazol: cáps. 100 mg (varias presentaciones comerciales). Posibles efectos adversos (raros): hepatotoxicidad. Potencial de interacciones con otros fármacos.