

PITI ROSPOROSIS*

Dr. Dante Borelli**

Borelli D. **Pityrosporiasis**. Derm Venez 1993; 31: 5-7.

RESUMEN

En opinión del autor, la etiología de la llamada "foliculitis pitirospórica" es confusa, mientras la de la papilomatosis de Gougerot y Carteaud no es atribuible a *Pityrosporum* o *Malassezia*. Estas dos entidades deben sacarse de la lista de las pitirosporosis. El autor considera como tales solamente la infección sistémica por *P. ovale* y la dermatitis seborreica, causada por la sensibilización a una carga crítica de *P. orbiculare* y/u *ovale*.

Mediante microscopía de muestras epicutáneas, tomadas en regiones seborreicas inflamadas (seborrea, eritema, pitiriasis, prurito) el autor ha llegado a diferenciar dos síndromes: a) dermatitis seborreica con presencia de abundantes *Pityrospora*; b) dermatitis bacteriana con ausencia de *Pityrospora* y presencia de abundantes cocos y/o bacilos. La dermatitis bacteriana puede suceder a la seborreica. El tratamiento de elección en la dermatitis seborreica es el ketoconazol (crema, tintura, champú). El tratamiento de la dermatitis bacteriana (válido también para la dermatitis seborreica) pueden ser lociones diarias o interdiarias con

alcohol isopropílico o etílico al 70%, al cual se añade ácido salicílico desde el tercer día.

SUMMARY

In the author's opinion, etiology of the so-called "pityrosporic folliculitis" is, at best, confuse, whereas the Gougerot and Carteaud papillomatosis is by no means associated with *Pityrosporum* or *Malassezia*. Both conditions should be dropped from among the pityrosporosis. In these rightly belong only the systemic one, caused by *P. ovale* and the seborrheic dermatitis caused through sensitization toward a critical load of *P. ovale* and/or *orbiculare*. Through the direct examination of epicutaneous samples taken from the inflamed skin of seborrheic regions, author attained to recognize two syndromes: a) seborrheic dermatitis (SD) presenting with a dense *Pityrospora* population; b) bacterial (pseudoseborrheic) dermatitis (BD) presenting with a dense bacterial (cocci and/or bacilli) population and scarce or no *Pityrospora*. BD may follow SD. The elective drug against SD is ketoconazole (cream, tincture or shampoo.). The treatment of BD (valid also against SD) may be limited to daily lotions with isopropyl or ethyl 70% alcohols, adding later 2% salicylic acid.

PREVIO SOBRE NOMENCLATURA

Los términos *Malassezia* y *Pityrosporum* no son sinónimos ni son excluyentes entre sí. *Malassezia* fue propuesto por Baillon (1889) para sustituir a *Micros-*

poron (Robin, 1853) como nombre genérico del agente de la pitiriasis versicolor. *Pityrosporum* fue propuesto por Sabouraud (1904), ignorando los binomios *Saccharomyces sphaericus* y *S. ovalis* propuestos por Bizzozero (1884) para dar nombre a las "esporas de la pelada" (*P. orbiculare*) y a las "esporas de la pitiriasis simple" (caspa) (*P. ovale*) descritas y no denominadas por Malassez.

En realidad, *Malassezia* y *Pityrosporum* son sinanamorfos, porque designan formas imperfectas de los mismos hongos: *M. furfur* es sinanamorfo de *P. orbiculare* y *M. ovalis* es sinanamorfo de *P. ovale*. De *P. canis* (pachydermatis) se ignoran sinanamorfos. En otras palabras, el hongo levaduriforme *Malassezia* es la forma germinada de la levadura *Pityrosporum*: la relación entre las dos formas se comprueba por microscopía, in

* Término propuesto por el autor.

** Cátedras de Microbiología y Dermatología y Sección de Micología, Instituto de Medicina Tropical, Facultad de Medicina, Universidad de Caracas.

vivo; el cultivo, hasta ahora, ha producido más confusión que claridad acerca de la biología de estos hongos.

DEFINICION DE PITIROSPOROSIS

Llamamos pitirosporiasis a las afecciones causadas por el parasitismo de *Pityrosporum*

CLASIFICACION DE LAS PITIROSPOROSIS

Se han colocado en la lista de las pitirosporiasis varias afecciones:

- a) La dermatitis seborreica.
- b) La foliculitis pitiriásica.
- c) La pitirosporiasis sistémica.
- d) La papilomatosis de Gougerot

Carteaud.

Yo admito solamente la primera y la tercera de las afecciones nombradas, o sea, la dermatitis seborreica y la pitirosporiasis sistémica. Objeto la inclusión de las otras dos.

He estudiado cinco casos de "foliculitis pitiriásica" en jóvenes de ambos sexos, tres mujeres y dos hombres; una de ellas, al año, recayó. En tres casos, la afección apareció después de exposición al calor bajo influencia alcohólica. La microscopia de extendidos de folículos inflamados permitió encontrar abundantes microbios de cuatro tipos: *P. ovale*, *P. orbiculare*, bacilos y cocos. No encontré razones, ni las encuentro ahora, para culpar a uno cualquiera de los cuatro grupos de microbios y considero que debemos buscar más claras evidencias.

Respecto a la papilomatosis de Gougerot y Carteaud, habiendo estudiado 4 casos (tres en blancos y uno en persona de color), puedo informar que en ellas no hallé poblaciones particularmente elevadas de *Pityrosporum*, cuya distribución era la usual; la fluorescencia dorada era la que comúnmente vemos en áreas de hiperqueratosis, como las sometidas a fuerte insolación. La supresión de *Pityrosporum* y de la fluorescencia en las lesiones de papilomatosis por

la aplicación de remedios queratolíticos está en el orden natural de las cosas. En conclusión, creo que no debemos incluir a la papilomatosis de Gougerot y Carteaud entre las pitirosporiasis.

En el Cuadro N° 1 se reúnen y confrontan las principales características de las especies del género *Pityrosporum*. Nótese que la invasión sistémica sólo es posible para *P. ovale*. Esto no es posible colegirlo de la literatura, porque muchos autores omiten indicar la forma del hongo aislado.

CUADRO N°1					
PITYROSPORUM					
Especie	Lipofilia	Germinación	Pitiriasis	DermSeborr.	Sistémica
Orbiculare	+++	+++	+++	+++	-
Ovale	++	+++	+++	+++	+
Canis	+	-	-	-	-

DEFINICION DE DERMATITIS SEBORREICA

Llamamos dermatitis seborreica al síndrome inflamatorio constituido por el concurso de cinco signos y síntomas: 1) seborrea; 2) caspa (pitiriasis sicca ve; oleosa); 3) eritema; 4) prurito; 5) presencia de *Pityrosporum* en cantidad abundante, superior a la masa crítica tolerada por el paciente. La presencia de *Pityrosporum* es *conditio sine qua non* para que se pueda hablar de dermatitis seborreica. Sin embargo, el factor desencadenante no es la numerosidad absoluta de *Pityrosporum*, si no la sensibilización a una carga parasitaria crítica, repito, la cual puede ser inferior a la presentada por personas asintomáticas.

DIAGNOSTICO DE DERMATITIS SEBORREICA

La mayoría de los pacientes arriban al dermatólogo habiendo pasado por múltiples tratamientos. A veces, el último tratamiento ha sido aplicado el mismo día de la consul

ta. Otras veces, la preocupación principal del paciente, el verdadero motivo de la consulta, es la caída del cabello, que cursa paralela con la dermatitis. Conviene trazar diligentemente la historia de la enfermedad y de su tratamiento para decidir si es menester dejar reposar la piel algunos días antes del examen. Será así más fácil constatar la existencia de la seborrea, la caspa, el prurito, el eritema y buscar la distribución de los signos. Sobre todo importante es la suspensión del tratamiento para la evaluación de la carga pirospórica

y microbiana en general. Es necesario tomar muestras de cada región afectada y al menos dos del cuero cabelludo.

Las muestras pueden tomarse por cinta adhesiva o por raspado. El método de la cinta adhesiva es más rápido e informa mejor sobre la microtopografía de los accidentes epicutáneos, tanto cuando se aclara con hidróxido y se tiñe con tinta Parker, como cuando sin aclarar, se tiñe con azul de metileno. El raspado recoge material que se coloca sobre la lámina porta-objetos, se empasta con un poco de agua estéril, se extiende como para gota gruesa mientras se fija al calor, se tiñe con azul de metileno durante 3 - 30 minutos, se lava, se seca y se examina por inmersión. El extendido es más laborioso y largo, pero da excelentes coloraciones permanentes y permite visualizar mejor las bacterias. El resultado de este examen microscópico decide el diagnóstico.

Por ejemplo:

- a) No se encuentran microbios.

Puede haber ortoqueratosis, paraqueratosis, exocitosis. Conclusión: no hay dermatitis seborreica. Debemos buscar otra causa para el estado irritativo de la piel.

- b) Encontramos bacterias abundantes: coco y/o bacilos; a veces, alfombras de ellos; pero no encontramos *Pytirosporium*. Suele coexistir paraqueratosis y exocitosis. Conclusión: no hay dermatitis seborreica; hay dermatitis (pseudoseborreica) bacteriana, que a veces dura desde la infancia o es consecuencia de un tratamiento reciente contra *Pityrosporium* por dermatitis seborreica (disulfuro de selenio, piritionato de Zinc o champú de ketoconazol). Esta condición es universalmente confundida con la dermatitis seborreica por ofrecer los signos macroscópicos y la distribución topográfica de la dermatitis seborreica.
- c) Encontramos *Pityrosporium* escaso o irregular, con o sin bacterias, paraqueratosis y exocitosis. Este hallazgo nos deja con dudas; probablemente el paciente acaba de aplicar remedios anti-*Pityrosporium*; conviene repetir el examen después de algunos días.
- d) Encontramos abundante *Pityrosporium* con o sin bacterias, paraqueratosis o exocitosis. Este hallazgo evidencia que tenemos dermatitis seborreica.

TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS SEBORREICA

El objetivo es mantener la carga de *Pityrosporium* por debajo del nivel crítico que desencadena la sintomatología. No podemos actuar frenando la seborrea (por lo menos, en los varones).

El medicamento anti-pitirospórico más eficaz (seguido muy de cerca por el fluconazol) es el ketoconazol, que es también el medicamento de elección contra *Malassezia*. El ketoconazol puede aplicarse en crema, en tintura y en champú. Cuando se usa la crema o la tintura, es necesario hacer preceder un champú limpiador. La frecuencia de la aplicación es interdiaria al comienzo y puede ser semanal posteriormente, para el cuero cabelludo; puede ser diaria para las otras regiones afectadas, hasta la desaparición de los síntomas. La cesación del prurito es inmediata después de la primera aplicación. La microscopía confirma y explica la mejoría clínica. En pocos días *Pityrosporium* desaparece o se vuelve muy escaso. En mi experiencia, la duración plurisemanal del tratamiento ininterrumpido no está justificada y tan sólo se explica por la falta de control microscópico.

Una parte de los pacientes, con dermatitis seborreica estacional, se defienden satisfactoriamente mediante el uso tópico del ketoconazol. Los pacientes con dermatitis seborreica severa y continua suelen responder bien en los primeros meses, pero después pueden repetir el síndrome igual o agravado. La microscopía puede entonces revelar ausencia de *Pityrosporium* y, frecuentemente, presencia de abundantes bacterias. Para estos pacientes, como para los que desde el comienzo han venido presentando dermatitis microbiana, sugiero el tratamiento siguiente.

TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS PSEUDOSEBORREICA MICROBIANA

Las partes afectadas son mojadas (semel in die = una vez al día) con alcohol etílico o alcohol iso-

propílico 70%; se deja evaporar espontáneamente. La primera aplicación suele despertar ardor más o menos vivo, que dura unos minutos, debido tal vez a la existencia de pequeñas, innumerables heridas causadas por el rascado y a la desepitelización causada por la infección. El ardor que sigue a la segunda aplicación es menor, mínimo el que sigue a la tercera. Antes de la cuarta aplicación, se añade ácido salicílico al alcohol para formar una solución al 1%. Antes de la sexta aplicación se puede añadir ácido salicílico para formar solución al 2%. La frecuencia de la aplicación es raleada entonces para asegurar el mantenimiento de la mejoría alcanzada. Para el cuero cabelludo, un esquema de base podría ser: un día el alcohol, otro día el champú de limpieza. Muchos pacientes se defienden con una o dos aplicaciones semanales de alcohol. Para las partes glabras, de donde el alcohol evapora rápidamente, se requieren dos aplicaciones diarias para empezar. El prurito suele desaparecer después de la primera aplicación. La caspa merma después de la tercera o cuarta, sin llegar a desaparecer completamente en algunos casos. La microscopía permite comprobar la disminución substancial de la flora, aunque no su desaparición.

Cabe añadir, que en los últimos meses he tratado también una docena de pacientes con dermatitis seborreica, quienes han respondido favorablemente a la aplicación del alcohol salicilado con supresión inmediata de los síntomas (la caspa sólo disminuyó) y substancial disminución de la flora fúngica y bacteriana.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Borelli D. Microscopía de *Pityrosporium*. Simplificación del extendido. Dermat. Venez. 1988; 26: 29-31.