

- Rodrigues AM, de Melo Teixeira M, de Hoog GS, Schubach TM, Pereira SA, Fernandes GF, et al. Phylogenetic analysis reveals a high prevalence of *Sporothrix brasiliensis* in feline sporotrichosis outbreaks. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7:e2281.
- Ramírez Soto MC. Sporotrichosis: the story of an endemic region in Peru over 28 years (1985 to 2012). *PLoS ONE*. 2015;10:e0127924.
- Kovarik CL, Neyra E, Bustamante B. Evaluation of cats as the source of endemic sporotrichosis in Peru. *Med Mycol*. 2008;46:53-6.
- Lyon GM, Zurita S, Casquero J, Holgado W, Guevara J, Brandt ME, et al. Population-based surveillance and a case-control study of risk factors for endemic lymphocutaneous sporotrichosis in Peru. *Clin Infect Dis*. 2003;36:34-9.
- Papas PG, Tellez I, Deep AE, Nolasco D, Holgado W, Bustamante B. Sporotrichosis in Peru: description of an area of hyperendemicity. *Clin Infect Dis*. 2000;30:65-70.
- Ramírez Soto MC, Lizarraga J, Ticona E, Carrion O, Borda S. Perfil clínico-epidemiológico de esporotricosis en una clínica de referencia en Abancay, Perú: 2004-2011. *Rev Peru Epidemiol*. 2012;16:121-6.

Max Carlos Ramírez Soto

Unidad de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru

E-mail address: maxcrs22@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riam.2016.03.006>

1130-1406/

© 2016 Asociación Española de Micología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Pitiriasis versicolor simulando tricostasis espinulosa



Pityriasis versicolor mimicking trichostasis spinulosa

Sres. Directores:

La pitiriasis versicolor es una enfermedad muy frecuente, y se han descrito casos en todas las partes del mundo, aunque su prevalencia es mucho mayor en las regiones tropicales (40%) o en áreas de altas temperaturas. Es más frecuente en la adolescencia y en la edad adulta, lo que puede estar en relación con una mayor actividad de las glándulas sebáceas, por lo que los casos suelen presentarse en cualquier época de la vida¹. Clínicamente suelen tener una morfología prácticamente constante en forma de máculas redondas u ovals de pequeño a mediano tamaño, que suelen confluir. En otras ocasiones se han publicado casos de pitiriasis versicolor que simulan otras enfermedades, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento¹. A continuación presentamos un caso clínico atípico simulando una tricostasis espinulosa.

Una mujer de 72 años de edad, sin antecedentes personales de interés, acudió a la consulta de dermatología por presentar lesiones de 9 años de evolución, que habían aumentado en número. Las lesiones eran asintomáticas y refería que le empeoraban en verano. En otras ocasiones había acudido a dermatología donde había sido diagnosticada de queratosis pilar en tratamiento con cremas emolientes, sin mejoría clínica. A la exploración física la paciente presentaba pápulas foliculares con ligero eritema perifolicular distribuidas en tórax, abdomen y en extremidades superiores (fig. 1). Con el diagnóstico de sospecha de tricostasis espinulosa difusa, y dada la extensión de las lesiones y la edad de comienzo de las mismas, se decidió realizar una biopsia cutánea y una analítica. En el estudio histológico se observaron levaduras redondas arracimadas con filamentos gruesos y cortos en forma de «s» cursiva, imagen descrita como «de espagueti con albóndigas», distribuidas alrededor de los folículos pilosos (fig. 2). En la analítica sanguínea solo se observó un aumento de las cifras de glucemia basal, y el estudio inmunológico fue normal. Con el diagnóstico de pitiriasis versicolor se prescribió itraconazol, 200 mg diarios durante una semana, además de ciclopiroxolamina (2 veces al día durante 2 semanas). Tras el tratamiento se produjo una desaparición completa de las lesiones (fig. 3).

Las especies del género *Malassezia* son hongos dimórficos que se encuentran en la superficie cutánea en el ser humano y los animales, y que actúan como organismos comensales y patógenos². Han sido relacionadas con la etiología de la pitiriasis versicolor, de la foliculitis por *Malassezia*, la dermatitis seborreica y la dermatitis atópica; su relación con la psoriasis, la papilomatosis confluyente y reticulada, y algunos casos de onicomicosis es menos clara².

La presentación clínica de la infección más frecuente es la pitiriasis versicolor, que clínicamente se manifiesta como máculas y pápulas hipo o hiperpigmentadas, y típicamente se localiza en zonas como el cuello, tronco y parte superior de las extremidades superiores. Hay varios factores que predisponen a su aparición,

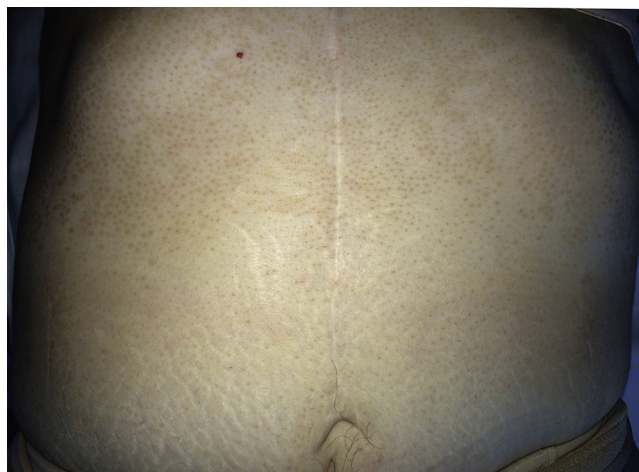


Figura 1. Pápulas foliculares de color marrón en región abdominal.

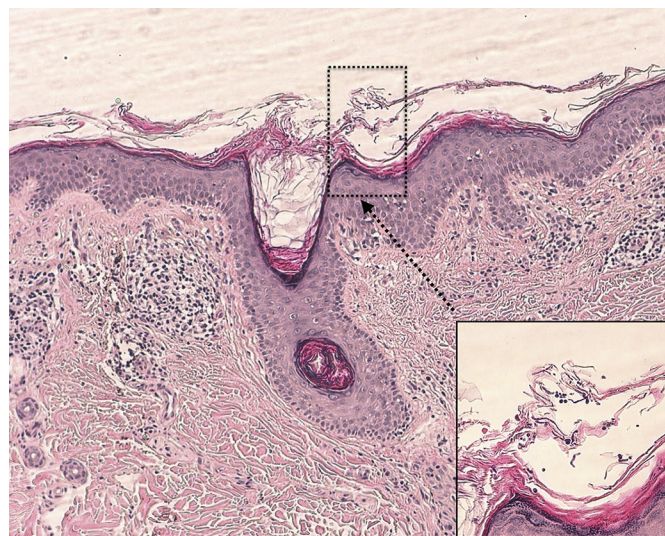


Figura 2. Epidermis de características normales con presencia de hifas y esporas en la capa cornea (tinción con hematoxilina-eosina $\times 10$). A mayor detalle, y en la esquina inferior derecha de la imagen, puede apreciarse lo que se denomina «espagueti y albóndigas», que corresponden respectivamente a las hifas y esporas de *Malassezia* (hematoxilina-eosina $\times 40$).

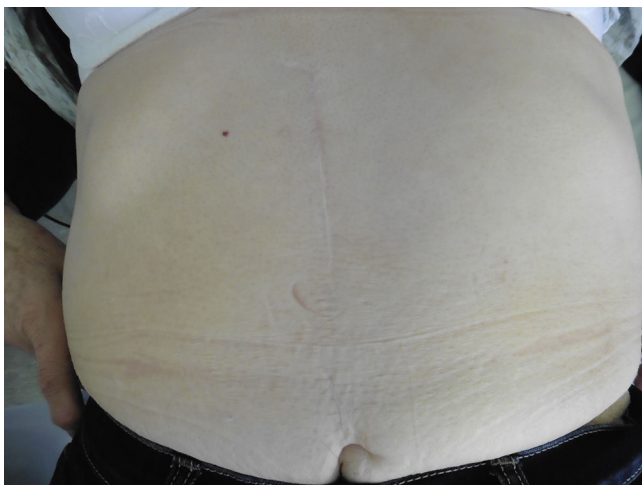


Figura 3. Resolución de las lesiones tras 2 semanas de tratamiento con antifúngicos orales y tópicos.

como las temperaturas elevadas y una alta humedad relativa, hiperhidrosis, etc.¹.

El diagnóstico es clínico, pero se puede confirmar la presencia del hongo mediante un raspado de la lesión y una visión directa con KOH, lo que permite apreciar la característica imagen en «espagueti y albóndigas» que corresponde a las hifas y esporas de la levadura, respectivamente. Si se manifiesta de manera atípica puede simular otras enfermedades como la *pitiriasis rubra pilaris*, el eritema o la pitiriasis rotunda³⁻⁵.

Hasta ahora no se había publicado ningún caso que clínicamente se pudiese confundir con una tricostasis espinulosa, un trastorno relativamente frecuente de la piel que clínicamente se caracteriza por presentar pápulas foliculares hiperqueratósicas resultantes de la retención folicular del vello que puede asemejarse a la queratosis pilar. Existen 2 variantes: una forma que suele ser no pruriginosa, más frecuentemente localizada en la cara⁶, y otra que generalmente produce prurito y se localiza en el tronco y en la parte superior del tronco, es decir en las mismas áreas de la pitiriasis versicolor, con lo que el sebo puede ser un factor predisponente^{7,8}.

Sobre esta enfermedad se han publicado casos de localización atípica, como el cuero cabelludo y simulando alopecia areata⁹, asociada a enfermedades como la insuficiencia renal crónica¹⁰, y a otras etiologías como *Malassezia*¹¹.

Este caso de pitiriasis versicolor con una presentación atípica, que provocó un retraso en el diagnóstico y en su tratamiento, debe alertar a los especialistas sobre esta enfermedad en casos que clínicamente simulen una tricostasis espinulosa, ya que se suelen localizar en áreas de predominio seborreico.

Financiación

No existen fuentes de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gupta AK, Ryder JE, Nicol K, Cooper EA. Superficial fungal infections: An update on Pitiriasis versicolor, seborrheic dermatitis, tinea capitis, and onychomycosis. *Clin Dermatol.* 2003;21:417-25.
2. Harada K, Saito M, Sugita T, Tsuboi R. *Malassezia* species and their associated skin diseases. *J Dermatol.* 2015;42:250-7.
3. Aste N, Pau M, Aste N. Pitiriasis versicolor on the groin mimicking erythrasma. *Mycoses.* 2004;47:249-51.
4. Aste N, Pau M, Aste N, Biggio P. Case report. Pitiriasis versicolor mimicking pitiriasis rotunda. *Mycoses.* 2002;45:126-8.
5. Berry M, Khachemoune A. Extensive tinea versicolor mimicking Pitiriasis rubra pilaris. *J Drugs Dermatol.* 2009;8:490-1.
6. Noel N, Gerstein D, Faust H. Pruritic hyperkeratotic facial papules. Trichostasis spinulosa. *Arch Dermatol.* 1997;133:1579-82.
7. Strobos MA, Jonkman MF. Trichostasis spinulosa: Itchy follicular papules in young adults. *Int J Dermatol.* 2002;41:643-6.
8. Young MC, Jorizzo JL, Sanchez RL, Hebert AA, Thomas DR, King CA. Trichostasis spinulosa. *Int J Dermatol.* 1985;24:575-80.
9. Chagas FS, Donati A, Soares II, Valente NS, Romiti R. Trichostasis spinulosa of the scalp mimicking Alopecia areata black dots. *An Bras Dermatol.* 2014;89:685-7.
10. Sidwell RU, Francis N, Bunker CB. Diffuse Trichostasis spinulosa in chronic renal failure. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31:86-8.
11. Chung TA, Lee JB, Jang HS, Kwon KS, Oh CK. A clinical, microbiological, and histopathological study of Trichostasis spinulosa. *J Dermatol.* 1998;25:697-702.

Tamara Gracia-Cazaña^{a,*}, María Pilar Sánchez Salas^a,
Esteban Padgett^b y Gorka Muñiz^c

^a Unidad de Dermatología, Hospital de Barbastro, Barbastro, Huesca, España

^b Servicio Aragonés de Salud, Hospital de Barbastro, Barbastro, Huesca, España

^c Unidad de Patología, Hospital de Barbastro, Barbastro, Huesca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tamgracaz@gmail.com (T. Gracia-Cazaña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riam.2016.01.005>
1130-1406/

© 2016 Asociación Española de Micología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Miocarditis aguda candidiásica en un paciente crítico



Acute Candida myocarditis in a critical care patient

Sres. Directores:

Presentamos el caso de un varón de 75 años, diabético, con úlcera perianal recidivante que precisó dos intervenciones quirúrgicas y varios tratamientos antibióticos. El paciente fue ingresado por agudización de su cuadro; se le administró como tratamiento ceftriaxona y posteriormente amoxicilina-clavulánico. A los

15 días se realizó una colostomía terminal y 7 días después apareció supuración por herida de colostomía con signos isquémicos. La tomografía axial computarizada mostró signos de suboclusión intestinal del intestino delgado, neumoperitoneo e infección de la pared abdominal pericostomía, lo que llevó a comenzar un tratamiento con piperacilina-tazobactam. A las 48 h el paciente desarrolló shock séptico, por lo que fue ingresado en la UCI en situación de fracaso multiorgánico. A su llegada, se inicia un tratamiento con meropenem, linezolid y fluconazol. Posteriormente se recibió la información del crecimiento de *Candida albicans* en un hemocultivo del paciente. Sin respuesta al tratamiento, el paciente fue exitus a las 12 h del ingreso en la UCI.