

Pitiriasis alba: una revisión

Pityriasis alba: a review

Paulina Nundehui Cortés-López,¹ Jaime Antonio Miranda-Martínez,¹ Estefanía Guzmán-Montijo,¹ Víctor Alan Morales-González,¹ Eder R. Juárez-Durán² y Roberto Arenas²

¹ Médico pasante de Servicio Social, Sección de Micología

² Sección de Micología

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

RESUMEN

La pitiriasis alba es una dermatosis común, más frecuente entre pacientes de tres a 16 años, 90% se observa en menores de 12 años. La etiología no se ha esclarecido del todo, se le atribuyen una gran variedad de factores, entre los que destacan: exposición prolongada al sol, baños corporales frecuentes, piel oscura y dermatitis atópica. Nuestro objetivo es presentar información actualizada de una dermatosis común y poco estudiada en fototipos oscuros.

PALABRAS CLAVE: pitiriasis alba, infancia, dermatitis atópica.

ABSTRACT

Pityriasis alba is a frequent skin disorder, mainly observed between three to 16 years of age, 90% of the cases occur in children under 12 years of age. The etiology has not been fully clarified, nevertheless a wide variety of risk factors have been attributed to it, such as: prolonged sun exposure, frequent body baths, dark skin phototype and atopic dermatitis. The objective of this review is to provide updated information of a common and understudied skin disease that affects mainly dark skin types.

KEYWORDS: pityriasis alba, childhood, review article, atopic dermatitis.

Introducción

La pitiriasis alba, también denominada pitiriasis estroptogénica o pseudoleucoderma atopicum, es un trastorno cutáneo común y benigno de la piel.¹ Su nombre hace referencia a su aspecto clínico: *pityra* (cáscara de cereales, salvado) y *albus* (blanco). Afecta al 1% de la población general y aproximadamente al 9.9% de la población pediátrica, con mayor frecuencia se diagnostica en niños y adolescentes.¹⁻⁵ Fue descrita por primera vez por Gilbert en 1860, y posteriormente por Fox en 1923. El nombre, sin embargo, se lo dio O'Farell en 1956.^{1,2}

Se caracteriza por manchas hipocrómicas únicas o múltiples, ovaladas o redondas, suelen medir entre 0.5 a 5 cm y se localizan en áreas fotoexpuestas. La evolución natural ha permitido distinguir varias etapas en su desarrollo.

1. La lesión primaria se caracteriza por la formación de una placa eritematosa con bordes activos, la cual tiene una duración de varias semanas.⁶

2. Lesión secundaria, en esta fase el eritema cede, dejando escamas finas.
3. En la lesión terciaria se presentan manchas hipocrómicas de 0.5 a 5 cm de diámetro, con descamación fina. De acuerdo con Miazek y colaboradores,¹ se han descrito tres variantes clínicas: clásica, extensa y pigmentada (tabla 1).

De las tres variantes clínicas, las formas extensa y pigmentaria se consideran raras. La pitiriasis alba extensa se caracteriza por lesiones típicas pero generalizadas, no es precedida por eritema y las lesiones tienden a ser menos escamosas, asintomáticas y más persistentes, además de que tiene mayor simetría y afecta el tronco, se observa más en adultos. La pitiriasis alba pigmentada es una variante que se asocia con dermatofitosis.^{1,2,7,8}

Epidemiología

Es de distribución mundial, afecta con mayor frecuencia a la población pediátrica de entre tres a 16 años, el 90%

CORRESPONDENCIA

Dr. Roberto Arenas ■ rarenas98@hotmail.com ■ Teléfono: 55 4000 3000

Calzada de Tlalpan 4800, Colonia Belisario Domínguez, Sección XVI, C.P. 14080, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

Tabla 1. Variantes clínicas de pitiriasis alba¹

VARIANTE CLÍNICA	CLÁSICA O ENDÉMICA	EXTENSA O IDIOPÁTICA	PIGMENTARIA
Lesiones	Múltiples manchas hipocrómicas con escama fina, bien definidas, 0.5 a 2 cm de diámetro	Únicas, simétricas, >2 cm de diámetro, borde descamativo	Múltiples, azuladas, 1.5 cm de diámetro, rodeadas por un halo hipocrómico
Edad	Escolares, bajo nivel socioeconómico	Adolescentes y adultos jóvenes	Niños y adolescentes
Sexo	Misma relación hombre:mujer	Más común en hombres	Más común en hombres
Localización	Facial, perioral, mejillas	Tórax, hombros, cuello, superficie de zonas extensoras de extremidades superiores	Región centrofacial y mejillas
Frecuencia	Tipo más común	Tipo menos común	Tipo menos común
Evolución	Autolimitada, periodos cortos	Autolimitada, periodos largos	Relacionada con infecciones micóticas, <i>tinea capitis</i> (65%), tiñas faciales (33%)
Respuesta al tratamiento	Bueno	Débil	Bueno

son menores de 12 años. Los estudios han demostrado una mayor prevalencia en Egipto (18%) y Malí (20%).⁸ La incidencia se estima de 1.9 a 5.2%, es mayor en fototipos oscuros, mientras que en los fototipos más claros la falta de contraste puede enmascarar las lesiones.^{6,9}

Aun cuando es una de las dermatosis más frecuentes en la población pediátrica, algunos autores mencionan que existe un importante subregistro de su diagnóstico, debido a que las lesiones suelen ser asintomáticas. En un estudio retrospectivo realizado en el Hospital General de México, se estudiaron 10 mil consultas llevadas a cabo entre los años 1990 a 1994, donde la pitiriasis alba ocupó el tercer lugar en la consulta dermatológica.¹⁰

Afecta con mayor frecuencia a pacientes atópicos o con familiares de primer grado diagnosticados con atopia, donde la prevalencia de la pitiriasis alba puede llegar hasta 34%.^{3-5,11,12}

Etiología

No se ha identificado una causa primaria de la pitiriasis alba, es más común en personas con antecedentes de atopia, sin embargo, también se puede presentar en individuos no atópicos. Algunos autores coinciden en que es una manifestación menor de la dermatitis atópica como resultado de una hipopigmentación postinflamatoria residual.^{3-5,12-14}

Factores de riesgo

Los factores de riesgo identificados comprenden: edad joven, vivir en zonas con climas tropicales y subtropicales, fototipos oscuros, dermatitis atópica, áreas fotoexpuestas, baños frecuentes, exfoliación mecánica y deficiencia de cobre, entre otros. Galadari y colaboradores demostraron

un nivel marcadamente más bajo del microelemento en el suero sanguíneo de pacientes con pitiriasis alba que en un grupo control (p <0.001).^{13,15-17}

Durante la pandemia de COVID-19, se reportó pitiriasis alba asociada al uso prolongado de mascarilla facial de tela en una niña de ocho años con antecedentes importantes de atopia.¹⁵ Toychiev y colaboradores observaron la desaparición completa de las placas hipopigmentadas tras la eliminación de *Hymenolepis nana*, *Giardia lamblia* y *Enterobius vermicularis* en pacientes con pitiriasis alba e infecciones parasitarias.^{17,18} Por otro lado, se cree que la población afroamericana puede tener una predisposición genética a la xerosis, la cual también se considera un factor de riesgo.¹⁷

Fisiopatología

El mecanismo de producción se ha estudiado poco, mucho de lo que se ha investigado es incompatible o contradictorio entre diversos autores, sin embargo, recientemente se encontró como factor desencadenante la radiación ultravioleta, la cual provoca una reacción inflamatoria que lleva consigo la disfunción de melanocitos.¹⁷

Se ha descrito la existencia de una pérdida del número, morfología y distribución de melanocitos activos, así como del tamaño de los melanosomas, lo que dificulta su transferencia.¹⁷

Histopatología

No está indicada la biopsia y ésta se realiza solamente con fines académicos. Las características de la pitiriasis alba son crónicas e inespecíficas.¹⁷ En la epidermis se evidencia hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis y espongirosis. En la capa basal la melanina se encuentra notoriamente

reducida junto con la actividad de los melanocitos, lo cual conlleva a una deficiencia en la transferencia de melanosomas hacia los queratinocitos, estos hallazgos coexisten con tapones foliculares y atrofia de las glándulas sebáceas. La dermis puede mostrar vasodilatación e infiltrados mononucleares perivasculares.^{14,17,19}

Karanfilian y colaboradores tomaron biopsia a cinco pacientes de entre siete y 14 años, cuatro hombres y una mujer, todos con dermatitis atópica y pitiriasis alba. Con esto corroboraron que existía espongiosis e interrupción de la transferencia de melanosomas hacia los queratinocitos.^{19,20} El equipo de Vargas-Ocampo presentó los resultados de biopsias realizadas a 39 pacientes con pitiriasis alba. En las lesiones tempranas observaron tapones de queratina que bloqueaba folículos pilosos (43%), atrofia de glándulas sebáceas (86%), pigmentación irregular por melanina de la capa basal de la epidermis y espongiosis folicular (71%), lo cual confirma los hallazgos descritos previamente.²¹ Linn y colaboradores hicieron análisis histológicos e inmunoquímicos de 59 biopsias con aguja fina realizadas en Corea del Sur entre 2000 y 2006. Utilizaron la tinción de Fontana-Masson y los anticuerpos S-100, MART-1 y NKI-beteb para evaluar la pigmentación y recuento de melanocitos. Se encontró que la cantidad de melanina en la epidermis era significativamente menor que en la epidermis no afectada.²²

Antecedentes y exploración física

Los antecedentes familiares o del paciente pueden incluir la llamada marcha atópica caracterizada por dermatitis atópica, rinitis alérgica o asma.²² Las lesiones pueden ser un hallazgo incidental en el examen físico, a menudo existe una gran preocupación cosmética por parte del paciente o sus padres, la cual se vuelve estéticamente más notoria durante la primavera y el verano.²²

En la exploración física se encuentran múltiples manchas hipocrómicas, redondas u ovales con márgenes indistintos, únicas o múltiples, acompañadas de eritema leve y descamación fina, afectan principalmente la cara, el cuello, los antebrazos y la parte superior del tórax.²² Por su estrecha asociación se deben buscar datos clínicos de dermatitis atópica como una erupción eczematosa en los pliegues antecubitales, fosa poplítea, eccema del pezón, queilitis y fisuras infraauriculares, xerosis, ictiosis, hiperlinealidad de las palmas, conjuntivitis recurrente; dermatitis de manos y pies, eccema numular, eccema dishidrótico o pliegues de Dennie-Morgan.^{3-5,22,23}

El tiempo de resolución de la dermatosis varía, puede durar meses e incluso años, sin embargo, la mayoría sana en menos de un año.²³

Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico, no olvidemos la localización característica de las lesiones dermatológicas, pero debemos sospechar de diferentes entidades que cursan con manchas hipocrómicas (tabla 2).

Diagnóstico diferencial

Cuando el diagnóstico es incierto se deben realizar exámenes complementarios como el examen con lámpara de Wood; las manchas hipocrómicas en la pitiriasis alba no fluorescen, a diferencia del vitiligo, en éste las lesiones se visualizan con intensidad y tienen una demarcación nítida.²⁴

Si se desea descartar una dermatofitosis se hace el examen directo con hidróxido de potasio (KOH). El resultado será negativo para los elementos fúngicos en caso de que se tratase de una pitiriasis alba; este resultado contrasta con la pitiriasis versicolor o la tiña del cuerpo, que serán positivas.²⁴ La biopsia de piel se realiza ante la sospecha de micosis fungoide hipopigmentada.²⁴

Así, el diagnóstico diferencial de la pitiriasis alba incluye: hipopigmentación postinflamatoria secundaria a cualquier etiología; infecciones fúngicas, en específico la tiña del cuerpo y la pitiriasis versicolor, el vitiligo, nevus *depigmentosus*, psoriasis, dermatitis seborreica, las máculas de la esclerosis tuberosa, la micosis fungoide, hipopigmentación secundaria a medicamentos tópicos como el ácido retinoico, peróxido de benzoilo y corticosteroides, liquen escleroso, sarcoidosis hipopigmentada, leishmaniasis dérmica post kala-azar e hipomelanosis *guttata* idiopática (tabla 2).^{13,23,24}

Otra entidad a sospechar es la hipomelanosis macular progresiva, que se caracteriza porque presenta lesiones en el tronco y la línea media, rara vez se extiende a las extremidades proximales y la región del cuello o la cara, y con la lámpara de Wood muestra fluorescencia perifolicular roja atribuida a la porfirina.^{25,26} En México, y otros países endémicos, también se debe considerar el diagnóstico de casos indeterminados de lepra.

Tratamiento

La resolución puede tardar varios meses o años, aunque se ha descrito que la mayoría de los casos sanan en un año.²

Uno de los objetivos principales del tratamiento es la educación para limitar exponerse a los factores desencadenantes, como la exposición a la luz solar, y aplicar protector solar diariamente cada tres o cuatro horas.^{2,25} El uso de protector solar ayuda a prevenir quemaduras solares coexistentes y disminuye la hiperpigmentación de la piel circundante.^{2,13,24}

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de pitiriasis alba

Dermatitis solar hipocromiante	Manchas hipocrómicas, mal delimitadas, cubiertas de escama fina que se desprende con facilidad. Se localiza en la región malar, frontal, peribucal y en los brazos
Vitiligo	Sin escama fina, pérdida completa de melanocitos
Pitiriasis versicolor	Hifas y esporas en examen directo con negro de clorazol, fluorescencia dorada en lámpara de Wood
Hipomelanosis de Ito	Márgenes irregulares, se puede asociar a trastornos oculares, esqueléticos y del SNC
Nevo acrómico	Congénito. Sigue el trayecto de un dermatoma
Nevo anémico	Lesión congénita no pigmentada, resultado de una mayor vascularización alrededor
Micosis fungoide	Linfoma cutáneo de células T, placa eritematoescamosa de tonalidad naranja o violeta oscuro, intensamente pruriginosa
Psoriasis	Lesiones más pronunciadas, de superficie rugosa y dura, signo de Auspitz positivo
Infundibulofoliculitis diseminada y recurrente	Erupción cutánea caracterizada por pápulas foliculares recurrentes, a veces pruriginosas, suelen estar localizadas en el tronco y la parte proximal de las extremidades
Hipomelanosis macular progresiva	Manchas hipocrómicas no escamosas, numulares mal definidas en el tronco y alrededor de la línea media
Liquen escleroso	Manchas hipocrómicas acompañadas de pápulas y atrofia, localizadas en el tronco, las extremidades y la región genital
Sarcoidosis hipopigmentada	Manchas hipocrómicas localizadas en el tronco, nódulos y pápulas. Variante reportada en pacientes originarios de África
Leishmaniasis dérmica post kala-azar	Secuela tardía, ocurre de uno a tres años, se ha informado en Sudán. Las lesiones cutáneas se distribuyen en la cara, el tronco y las extremidades. La morfología polimórfica incluye máculas, pápulas y nódulos hipopigmentados
Hipomelanosis <i>guttata</i> idiopática	Manchas hipocrómicas de 2 a 6 mm de diámetro, localizadas en tibias y regiones extensoras de los antebrazos

Los esteroides tópicos de baja potencia, como la crema o ungüento de hidrocortisona al 1%, pueden reducir el eritema y el prurito y acelerar la repigmentación, éstos se deben utilizar con mesura.^{2,24}

Los emolientes suaves, como la vaselina y las cremas, reducen la descamación y restablecen la barrera cutánea. Se ha informado que el tratamiento con inhibidores tópicos de la calcineurina, como el tacrolimus al 0.1% y el pimecrolimus al 1%, son sumamente eficaces; un estudio prospectivo concluyó que el tacrolimus al 0.03% es superior con respecto al calcipotriol al 0.005% y a los esteroides tópicos, pero debido a su alto costo, es difícil su uso.² El calcitriol, un análogo tópico de la vitamina D, ha mostrado una eficacia comparable con el tacrolimus. Otras opciones de tratamiento, generalmente reservadas para casos extensos, incluyen psoraleno más fotoquimioterapia ultravioleta A (PUVA) y fototerapia dirigida con un láser excímer de 308 nm, los cuales contribuyen a una mejora en estos pacientes.^{2,13,24-30} Nawaf y colaboradores describieron la remisión completa de la pitiriasis alba en 12 casos utilizando el láser excímer, los resultados fueron evidentes después de tres semanas, los pacientes alcanzaron una dosis acumulada de UVB de entre 890 a 1 770 mJ/

cm². Los efectos adversos más reportados fueron eritema e hiperpigmentación.²⁹

Pronóstico

La pitiriasis alba es una afección autolimitada y tiene buen pronóstico. La repigmentación es completa en la mayoría de las personas, la dermatosis puede durar días o años, en algunos casos el tratamiento puede acortar su duración.^{1,27-30}

Conclusiones

La pitiriasis alba es una enfermedad común, pero su fisiopatología continúa siendo un misterio, la identificación de factores que contribuyen al inicio y evolución de la pitiriasis alba puede promover el desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miazek N, Michalek I, Pawlowska-Kisiel M, Olszewska M y Rudnicka L, Pityriasis alba-common disease, enigmatic entity: up-to-date review of the literature, *Pediatr Dermatol* 2015; 32(6):786-91.
2. Abdel-Wahab HM y Ragaie MH, Pityriasis alba: toward an effective treatment, *Journal of Dermatological Treatment* 2022; 33(4):2285-9.

3. Watkins DB, Pityriasis alba: a form of atopic dermatitis, *Arch Dermatol* 1961; 83(6):915.
4. Wahab MA, Rahman MH, Khondker L, Hawlader AR, Ali A, Hafiz MA *et al.*, Minor criteria for atopic dermatitis in children, *Myensingh Med J* 2011; 20(3):419-24.
5. Hanifin JM y Rajka G, Diagnostic features of atopic dermatitis, *Acta Derm Venereol* 1980; 60:44-7.
6. Dogra S y Kumar B, Epidemiology of skin diseases in school children: a study from Northern India, *Pediatr Dermatol* 2003; 20(6):470-3.
7. Lv Y, Gao Y, Lan N, Sun M, Zhang C, Gao J *et al.*, Analysis of epidemic characteristics and related pathogenic factors of 2 726 cases of pityriasis alba, *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2022; 15:203-9.
8. Herrera KE, Colmenarez V, Páez EM, Tobia S y Vivas SC, Dermatitis atópica: pitiriasis alba. A propósito de un caso, *Rev Argent Dermatol* 2019; 100(4):120-34.
9. Gawai S, Asokan N, Narayanan B. Association of pityriasis alba with atopic dermatitis: a cross-sectional study, *Indian J Dermatol* 2021; 66(5):567.
10. Magaña M, Vásquez R y González N, Dermatología pediátrica en el Hospital General. Frecuencia de las enfermedades de la piel del niño en 10 000 consultas 1990-1994, *Rev Med Hosp Gen Mex* 1995; 58(3):124-30.
11. Fung WK y Lo KK, Prevalence of skin disease among school children and adolescents in a student health service center in Hong Kong, *Pediatr Dermatol* 2000; 17(6):440-6.
12. Mayeshiro E, Laura A, Velásquez F, Bravo F y Cáceres H, Características clínico-patológicas de la pitiriasis alba. Estudio prospectivo con 31 casos, *Dermatol Pediatr Lat* 2005; 3(1):27-37.
13. Maymone MBC, Watchmaker JD, Dubiel M, Wirya SA, Shen LY y Vashi NA, Common skin disorders in pediatric skin of color, *Journal of Pediatric Health Care* 2019; 33(6):727-37.
14. In SI, Yi SW, Kang HY, Lee ES, Sohn S y Kim YC, Clinical and histopathological characteristics of pityriasis alba, *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(5):591-7.
15. Zhe Wong G y Aan Koh M, Pityriasis alba secondary to prolonged use of face mask, *Singapore Med J* 2023.
16. Khafagy GM, Nada HR, Rashid LA, El-Samanoudy SI y Abd el-Sattar EM, Role of trace elements in pityriasis alba, *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology* 2020; 59:126422.
17. Blessmann Weber M, Sponchiado de Ávila L, Albaneze R, Magalhaes de Oliveira O, Sudhaus B y Ferreira Cestari T, Pityriasis alba: a study of pathogenic factors, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2002; 16(5):463-8.
18. Toychiev A, Mirzoeva M, Davis N, Islamova J y Osipova S, Pityriasis alba: possible associations with intestinal helminths and pathogenic protozoa, *Int J Clin Pract* 2020; 74(2).
19. Ramirez-Marín HA y Silverberg JL, Differences between pediatric and adult atopic dermatitis, *Pediatr Dermatol* 2022; 39(3):345-53.
20. Karanfilian KM, Behbahani S, Lambert MW, Alhatem A, Masesa J, Espinal-Mariotte J *et al.*, The pathophysiology of pityriasis alba: time-dependent histologic changes, *Clin Dermatol* 2020; 38(3):354-6.
21. Vargas Ocampo F, Pityriasis alba: a histologic study, *Int J Dermatol* 1993; 32(12):870-3.
22. Lin RL y Janniger CK, Pityriasis alba, *Cutis* 2005; 76(1):21-4.
23. Lee D, Kang JH, Kim SH, Seo JK, Sung HS y Hwang SW, A case of extensive pityriasis alba, *Ann Dermatol* 2008; 20(3):146-8.
24. Givler DN, Basit H y Givler A, Pityriasis alba, StatPearls Publishing, 2023.
25. Kubba A, Patel A y Kubba R, Clinicopathological correlation of acquired hypopigmentary disorders, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013; 79(3):376.
26. Relyveld GN, Menke HE y Westerhof W, Progressive macular hypomelanosis, *Am J Clin Dermatol* 2007; 8(1):13-9.
27. Mehraban S y Feily A, 308nm excimer laser in dermatology, *J Lasers Med Sci* 2014; 5(1):8-12.
28. Fujita WH, McCormick CL y Parneix-Spake A, An exploratory study to evaluate the efficacy of pimecrolimus cream 1% for the treatment of pityriasis alba, *Int J Dermatol* 2007; 46(7):700-5.
29. Al-Mutairi N y Al-Hadad A, Efficacy of 308-nm xenon chloride excimer laser in pityriasis alba, *Dermatologic Surgery* 2012; 38(4):604-9.
30. Plensdorf S, Livieratos M y Dada N, Pigmentation disorders: diagnosis and management, *Am Fam Physician* 2017; 96(12):797-804.

Conteste correctamente todos los cuestionarios que se publicarán en DCMQ® y obtendrá 2 puntos de validez para la recertificación del Consejo Mexicano de Dermatología. Envíe todas sus respuestas juntas antes del 31 de enero de 2024 a la dirección de la revista: Medipiel Servicios Administrativos, SC; Aniceto Ortega 822, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, Ciudad de México, Tel. 55-5659-9416, 55-5575-5171. Incluya su correo electrónico para recibir la constancia.

Cuestionario

Pitiriasis alba: una revisión

1. ¿Qué población resulta mayormente afectada con la pitiriasis alba?
 - a) Población geriátrica
 - b) Población pediátrica
 - c) Adultos jóvenes
 - d) Neonatos
2. ¿Cuál de las siguientes opciones indicaría un paciente con pitiriasis alba?
 - a) Corticosteroide oral por 15 días
 - b) Uso de protector solar
 - c) Psoraleno más fotoquimioterapia ultravioleta A (PUVA)
 - d) Terbinafina tópica
3. La siguiente variante de pitiriasis alba se ha asociado con dermatofitosis
 - a) Pitiriasis alba extensa
 - b) Pitiriasis alba pigmentada
 - c) Pitiriasis alba postinflamatoria
 - d) Pitiriasis alba terciaria
4. Con respecto a la pitiriasis alba, es cierto que
 - a) Es una dermatosis rara
 - b) Es una afección autolimitada
 - c) Es de mal pronóstico
 - d) Se caracteriza por pápulas
5. ¿Cuál es la fluorescencia característica de la pitiriasis alba vista con lámpara de Wood?
 - a) Rojo coral
 - b) Dorada
 - c) Verde
 - d) No presenta fluorescencia