

Pitiriasis rosada de Gibert: una breve revisión de un exantema común

Antonio David Pérez-Elizondo,* Lenin Ortiz-Ortega,** Cristina Contreras-Guzmán**

RESUMEN

La pitiriasis rosada es un frecuente exantema agudo, benigno y autolimitado de origen desconocido. Se caracteriza por placas eritematoasalmónicas con un fino collarite escamoso interno periférico que alguna vez produce sintomatología. Puede confundirse con otras dermatosis que obligan a prescribir tratamientos innecesarios.

Palabras clave: Pitiriasis rosada, erupción, medallón heráldico.

ABSTRACT

Pityriasis rosea is a common acute, benign and self-limited disseminated rash of unknown origin. It's characterized by erythematous-squamous plaques with a fine and white scale at the border of the lesion; sometimes produces symptoms. It can be misdiagnosed with other dermatosis receiving wrong treatments.

Key words: Pityriasis rosea, exanthema, herald patch.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rosada es una frecuente erupción cutánea aguda de naturaleza benigna y autolimitada que puede persistir durante más de 10 semanas. Gibert la describió en su «Tratado práctico de las enfermedades de la piel» publicado en 1860, motivo por el cual esta patología lleva su nombre. Su incidencia se calcula en 160-170 casos por 100,000 habitantes/año; en climas templados parece tener un ciclo estacional con mayor aparición durante los meses de primavera y otoño. Es discretamente más común en mujeres que en varones, predominando entre los 10 y 35 años de vida. Aunque inusual, existen escasos reportes de enfermedad recurrente en un periodo de seguimiento de cinco años, contabilizando sólo el 2% de los pacientes. Aunque su etiología aún se ignora, el curso del padecimiento, la aparición de síntomas prodrómicos de predominio respiratorio en 70% de los casos días o semanas previos, y su presentación clínica, generalmente en una única ocasión, orientan a un posible origen infeccioso. La distribución topográfica de las lesiones y la presencia muy carac-

terística de una placa rojizo-descamativa circular u ovalada bien definida inicial es de gran ayuda para el diagnóstico.¹⁻³

Se sospecha desde hace tiempo su relación causal con agentes virales centrando la atención en los virus herpes humanos tipos 6 y 7, sin demostrar material génico ni en las lesiones cutáneas ni en sangre periférica. Chuh, en un estudio prospectivo informó que el 28% de los enfermos presentan anticuerpos antilinfocitarios T, sugiriendo el posible papel de la autoinmunidad en la génesis del padecimiento.^{1,4}

CUADRO CLÍNICO

La pitiriasis rosada clásica (> del 80% de los casos) tiene una topografía y morfología lesionales muy distintas; en periodos de días hasta dos meses se desarrolla un leve cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior, muchas veces desapercibido; durante ese tiempo se hace presente una lesión eritematoasalmónica bien delimitada, de dos a cuatro centímetros de tamaño, con fino collarite escamoso interno de elementos blanquecinos adherentes, situada generalmente en el cuello o tronco en la mitad de los casos; el denominado «medallón heráldico» permanece aislado por 8 a 15 días (*Figura 1*). Un exantema secundario que evoluciona por brotes a intervalos regulares diseminado a cuello, tronco y parte proximal de extremidades de manera bilateral y simétrica se hace evidente. Puede manifestarse como múltiples placas pálido-rosadas descamativas similares a la lesión inicial pero de menor dimensión que siguen las

* Dermatólogo Pediatra. Jefe de la Consulta Externa.

** Pediatra adscrito.

líneas de tensión tegumentaria o de Langer en un típico patrón distributivo en «ramas de árbol de Navidad», algunas veces en coexistencia con pequeñas pápulas cupuliformes de tinte rojizo no descamativas (Figuras 2 y 3). Generalmente el padecimiento, que desaparece espontáneamente en término de cuatro a ocho semanas en más de dos terceras partes de los casos, suele acompañarse de prurito de leve a moderada intensidad en el 50% de los pacientes. Las recaídas se contabilizan en aproximadamente 3.7%.^{5,6}

El diagnóstico es básicamente clínico; no es necesaria la toma de biopsia cutánea para estudio

anatomo-patológico. En caso de duda se reporta hiperplasia epidérmica con paraqueratosis localizada, ausencia o disminución del estrato granuloso y espongirosis; a nivel de dermis papilar y media, extravasación eritrocitaria, infiltrado linfocítico denso y perivascular; puede observarse conglomerado eosinofílico en lesiones más antiguas. De igual manera, el análisis de los resultados de los exámenes de laboratorio resulta inespecífico y sin alteraciones de importancia.

Se han descrito variantes clínico-morfológicas muy distintas al cuadro típico descrito que llegan a contabilizar el 20% de los casos restantes; así tenemos:

- **PR inversa:** observada más en la población infantil; la placa heráldica puede ser el único dato del padecimiento; las lesiones se sitúan en la cara, grandes pliegues corporales y porción distal de las extremidades.
- **PR unilateral:** sin atravesar la línea media del cuerpo, las lesiones eritematoescamosas se localizan en un área limitada.
- **PR circinada de Vidal:** es más común en adultos; hay placas lesionales escasas y de mayor tamaño con tendencia a la agrupación y confluencia; se disponen en axilas y pliegues inguinocrurales. Pueden persistir durante muchos meses.
- **PR por medicamentos:** se han descrito casos posiblemente inducidos por agentes farmacológicos; entre otros, barbitúricos, captopril, D-penicilimánina, isotretinoína, ketotifeno, metronidazol, omeprazol, terbinafina, etc.
- **PR con involucro oral:** se desarrollan extensas lesiones eritematosas, vesicoampollas, puntos hemorrágicos y formaciones erosivoulceradas en carrillos, lengua y mucosa yugal.
- **PR raras:** presentaciones papulares aisladas, ampollas o purpúrico-petequiales.



Figura 1. Medallón heráldico.



Figuras 2 y 3.

Erupción papulodescamativa característica; distribución en «árbol de Navidad».

De entre los diagnósticos diferenciales más frecuentes, se debe distinguir de una tiña corporal, exantema morbiliforme por medicamentos, psoriasis en gotas, dermatitis seborreica o eccema numular.⁷

TRATAMIENTO

Al considerarla una enfermedad aguda, autolimitada y de carácter benigno lo más importante es la explicación y tranquilización del paciente y sus familiares. Ocurrirá una resolución espontánea en varias semanas o meses sin participación orgánica interna demostrada. Si condiciona prurito, se pueden prescribir antihistamínicos orales a dosis habituales, preparados emolientes y/o esteroides locales de baja potencia con resultados variables. Drago y Rassai, respectivamente, argumentan la efectividad del aciclovir, durante una semana, en disminuir la extensión, intensidad y sintomatología de la erupción secundaria; de igual manera, Sharma y colaboradores documentan respuesta terapéutica favorable con el uso de eritromicina.⁸⁻¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

1. Chuh A, Lee A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. Pityriasis rosea - an update, *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2005; 71: 311-315.
2. Ozge G, Siebel E, Aysen K. Childhood pityriasis rosea, *Ped Dermatol*, 2009; 26: 750-751.
3. Raspa ML. *Pitiriasis rosada*. En: Larralde M, Abad ME, Luna P, *Dermatología pediátrica*, 2a edición, Buenos Aires: Ediciones Journal; 2010: 414-416.
4. Rebora A, Drago F, Broccolo F. Pityriasis rosea and herpesviruses: facts and controversies, *Clin Dermatol*, 2010; 28: 497-501.
5. López-Carrera I, Durán-McKinster C, Sáez-de-Ocariz MM, Orozco-Covarrubias L, Palacios-López C, Ruiz-Maldonado R. Pitiriasis rosada: un exantema que debe ser reconocido por el médico de primer contacto. Estudio de 30 casos, *Acta Pediatr Mex*, 2014; 35: 289-294.
6. González LM, Allen R, Janniger CK, Schwartz RA. Pityriasis rosea: An important papuloscamous disorder, *Int J Dermatol*, 2005; 44: 757-764.
7. Jacyk WK. Pityriasis rosea in Nigerians, *Int J Dermatol*, 1980; 19: 397-399.
8. Drago F, Vecchio F, Rebora A. Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea, *J Am Acad Dermatol*, 2006; 54: 82-85.
9. Rassai S, Feily A, Sina N, Abtahian S. Low dose of acyclovir may be an effective treatment against pityriasis rosea: a random investigator-blind clinical trial on 64 patients, *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2011; 25: 24-26.
10. Sharma PK, Yadav TP, Gautam PK, Taneja N, Satyanarayana L. Erythromycin in pityriasis rosea: a double-blind, placebo controlled clinical trial, *J Am Acad Dermatol*, 2000; 42: 241-244.

Correspondencia:

Dr. Antonio David Pérez-Elizondo

Valladolid Núm. 3-903,

Col. Roma Norte, 06700,

Delegación Cuauhtémoc,

Ciudad de México.

E-mail: antoniodavid64@gmail.com

apederma@yahoo.com.mx