



© Pitiriasis alba

Pérez-Elizondo Antonio David¹, López-Lara Norma Deyanira²

Resumen

La pitiriasis alba es la dermatitis hipopigmentante más común en la población infantil de los países latinoamericanos, su evolución es benigna y crónica y no tiene relación con patologías orgánicas internas. Se caracteriza por placas blanquecinas escamosas definidas situadas en piel fotoexpuesta, asintomáticas. La asociación con fenotipo atópico es probable; las medidas profilácticas y terapéuticas incluyen hidratantes y emolientes, aunque pueden dar resultados no satisfactorios, ya que la evolución de la enfermedad propicia inquietud cosmética de los familiares por razones médicas y/o sociales.

Palabras clave: *exposición solar, manchas hipopigmentadas, pitiriasis alba.*

Pityriasis alba

Abstract

Pityriasis alba is a very common benign hypopigmented condition in children living in Latin-American countries. It has a chronic self-limited course and no relation to internal diseases. Characterized by asymptomatic white blotchy and scaly plaques in skin exposed to sunlight. Likely associated with the atopic phenotype; prophylactic and therapeutic measures include hydrating and emollients, although results might not be satisfactory since there isn't any definitive treatment for this disorder. Due to the development of the disease, most parents are concerned about the uneven pigmentation that results in non-aesthetic appearance with medical and social implications.

Key words: *hypopigmented spots, pityriasis alba, sun exposure.*

¹ Dermatooncólogo, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital para el Niño, Instituto Materno-Infantil del Estado de México, Jefe de Consulta Externa del Hospital para el Niño.

² Alergóloga Pediatra, Jefa de Enseñanza e Investigación del Hospital para el Niño, Instituto Materno-Infantil del Estado de México.

Leibnitz 1, despacho 802, colonia anzuers, delegación Miguel Hidalgo, CP 11520; México D.F., teléfonos 0155-52545493. Contacto al correo electrónico: Dr. Antonio David Pérez Elizondo apederma@yahoo.com.mx

Pérez-Elizondo AD, López-Lara ND. Pitiriasis Alba. *Rev Med MD* 2011. 3(1):21-24

Conceptos generales

La pitiriasis alba (PA) es una dermatitis hipocromiante muy frecuente en nuestro medio, benigna, recidivante, de curso crónico y de etiología incierta; fue descrita originalmente por Gilbert en 1860 y casi 100 años después O'Farrell le designó su nombre actual. La falta de respuesta terapéutica a los antibióticos y la pobre evidencia etiológica de patógenos en las lesiones, prácticamente descarta la participación directa de microorganismos en el padecimiento. Algunos autores han postulado que la presencia de *Aspergillus*, *Streptococcus viridans* y *Staphylococcus aureus* se relacionan con su aparición. Por otro lado la PA también se ha adjudicado a una reacción tisular inflamatoria por focos distantes de infección.^{1,2,3}

La anemia, avitaminosis, malnutrición, enfermedades sistémicas y parasitosis intestinales han sido considerados factores coadyuvantes para la aparición de PA, sin embargo no se ha comprobado su relación bajo estricto criterio científico, quedando en el terreno del mito popular. Galadari y colaboradores encontraron niveles séricos de cobre reducidos en niños afectados, postulando que su deficiencia podría explicar la aparición de PA debido a la síntesis disminuida de la melanina, donde el cobre actúa como cofactor enzimático de la tirosinasa.^{4,5,6}

Algunos investigadores opinan que la PA es una manifestación leve de atopia cutánea más que un criterio menor para el diagnóstico de la dermatitis atópica, tal y como lo publicaron Hanifin y Rajka en 1980. Un estudio prospectivo en Perú encontró que sólo el 14% de los casos con la enfermedad tenía algún otro síntoma asociado sugerente de dermatitis atópica y el 43% presentaban antecedentes de rinitis y/o asma bronquial. In y colaboradores detectaron que casi el 18% de sus 56 pacientes estudiados manifestaba prurito, xerosis difusa o eccema, previamente o al realizar el diagnóstico; apoyando la noción de Blessman de que las lesiones tegumentarias características de la dermatitis atópica están por lo regular ausentes al comienzo de la PA pero pueden ser evidentes más tarde. La aparición de las manchas hipocrómicas típicas surgen o se exacerban al transcurrir el verano cuando la exposición lumínica solar es más intensa. Urano-Suehisa y colaboradores notaron anomalías anatomofuncionales de la capa córnea con déficit higroscópico y de su capacidad de retener agua procedente del medio exterior. La resequeidad local, especialmente en zonas fotoexpuestas, se intensifica aún más con el empleo de jabones alcalinos abrasivos, baños de larga duración con agua caliente y la fricción constante con esponjas o toallitas sintéticas; sin duda la barrera protectora semipermeable de la piel se ve comprometida. La descamación superficial que ejerce acción filtrante y la despigmentación localizada subyacente son los eventos finales de la inflamación cutánea.^{5,6,7,8}

Epidemiología

La importancia médica de la PA no se fundamenta en su asociación con patologías sistémicas ocultas; sin embargo, es motivo de consulta dermatológica debido a su cronicidad errante con agudizaciones durante los meses de calor, así como por la innegable preocupación estética de los padres

sobre la repercusión en el desenvolvimiento social del niño. Una buena parte de los casos son desapercibidos escapando del análisis estadístico; entre el 1.5 y 5% de los preadolescentes la padece. En un estudio retrospectivo de 4 años realizado por Magaña en el Hospital General de México se determinó la frecuencia de la dermatosis en 7% de aquellos que asistieron por primera vez a recibir atención dermatológica, ocupando el tercer lugar entre las afecciones cutáneas más comunes.⁹

Bassaly y cols. reportaron el trastorno en 200 pacientes en un servicio de salud escolar, 90% tenía entre 6 y 12 años de vida. Wells en un estudio anterior calculó que alrededor del 81% de sus casos era menor de 15 años. No hay predilección por género, se observa más en niños de tez morena u oscura quizás por ser más evidente.^{10,11}

Aspectos clínicos

La PA se caracteriza por el desarrollo paulatino generalmente asintomático de una o varias placas hipocrómicas circulares u ovaladas irregulares y de límites precisos que oscilan de 0.5 a 5 centímetros de tamaño. Están en parte tapizadas por una fina escama blanquecina de fácil desprendimiento (más notorio durante la fase temprana) y por discretos levantamientos pápulo-foliculares. Se reconocen dos formas de presentación: localizada y diseminada. Localizada: situada en la cara (50%) involucrando la porción lateral de la frente, sienes, pómulos, mejillas y áreas próximas a las comisuras labiales; diseminada: que afecta la parte baja del abdomen y aspectos externos de las extremidades en un patrón bilateral y simétrico, más frecuente en adultos jóvenes (Imagen 1 a y b).^{12,13} Generalmente observamos diariamente en la práctica clínica la lesión ya descrita.

Se reconocen 3 etapas evolutivas de la enfermedad:

1) Fase temprana: pequeña placa rosado-eritematosa bien demarcada de bordes ligeramente elevados con pápulas foliculares puntiformes y diminutas costras serosas; las lesiones son pruriginosas.

2) Fase intermedia: placa blanquecina cubierta por escama furfurácea de mayor diámetro.

3) Fase tardía: placa hipopigmentada circular u ovalada irregular con o sin descamación, de curso variable, algunos meses o hasta 10 años. Los pacientes suelen buscar atención médica durante esta etapa, por lo que es la más comúnmente encontrada.

En la literatura dermatológica mexicana aparece el término

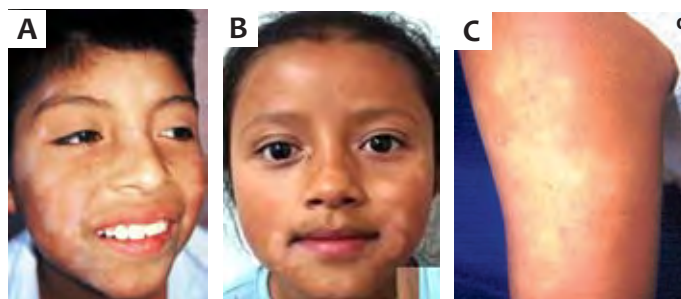


Imagen 1. A. Pitiriasis alba; B. Típicas placas hipocrómicas; C. Dermatitis solar hipocromiante en brazo.

dermatitis solar hipocromiante como una entidad nosológica independiente, cuyos datos clínicos e histopatológicos son muy semejantes a los descritos en la PA. Por tal motivo al no haber distinción particular ni publicaciones extranjeras que la reconozca, limitamos su existencia (Imagen 1 c).^{12,13}

Una variante atípica rara es la pitiriasis nigricante, máculas café negruscas o azulosas en su centro, que están rodeadas por un discreto halo hipocrómico periférico, ya ha sido reportada por Escalona y Magaña en la década de los 70's y su aparición es atribuida a la aplicación de diferentes remedios caseros. Se han referido casos similares relacionados a parasitación dermatofítica en la superficie cutánea en 65% de los pacientes con depósito melánico dérmico postlesional.^{12,14}

Diagnóstico

No es necesario solicitar exámenes de laboratorio complementarios, ni toma de biopsia cutánea para estudio histopatológico, ya que el diagnóstico es esencialmente clínico. A pesar de que es el trastorno cutáneo hipocromiante más frecuente de la infancia, existen escasas referencias que correlacionen las manifestaciones clínicas con los datos microscópicos que puedan ayudar a diferenciarla de otras dermatosis que cursen con lesiones semejantes y así establecer una posible explicación causal.

El estudio histopatológico es inespecífico, aunque se puede observar hiperqueratosis leve, paraqueratosis y epidermis acantósica focalizada, acompañado de espongiosis y exocitosis. Algunos autores observan melanización poco uniforme de la capa basal. Ha sido reportado un infiltrado inflamatorio linfohistiocitario perivascular o liquenoide con cierto grado de incontinencia pigmentaria en la dermis superficial y ocasionalmente en la dermis profunda. Vargas-Ocampo y otros, añaden a estos hallazgos, taponamiento del ostium y edema del epitelio folicular así como hipotrofia de las glándulas sebáceas. No existe acuerdo en si la densidad melanocitaria en las lesiones es normal o está disminuida; la visualización en la microscopía electrónica algunas de estas células dendríticas demuestran cambios degenerativos y número mermado en la cantidad de melanosomas con transferencia alterada a los queratinocitos adyacentes y su ulterior degradación lítica anormal.^{15,16}

Con base en esta correlación clinicopatológica se concluye que la resequedad e inflamación locales de la piel fotoexpuesta probablemente constituyen una respuesta tisular al daño condicionado por la radiación solar, el viento seco y la baja humedad relativa ambiental, entre otros factores agravantes. Tal inflamación actúa como pantalla e impide la estimulación normal de la producción de melanina y la consecuente melanización a los queratinocitos hipermetabólicos vecinos.^{17,18,19}

Diagnóstico diferencial

Su aspecto clinicomorfológico es característico pero puede confundirse con dermatosis inflamatorias que presenten lesiones parecidas, activas o residuales; entre muchas destacan: dermatitis atópica, psoriasis, pitiriasis versicolor variedad hipopigmentada, vitiligo, lepra indeterminada y nevo anémico. El lupus eritematoso crónico discoide debe

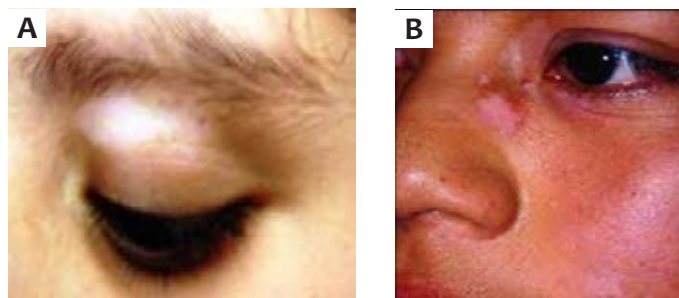


Imagen 2. A. Vitiligo de párpado superior; B. Lupus discoide inicial.

diferenciarse por la atrofia central y el anillo rojizo pigmentado circundante (Imagen 2 Ay B).^{18,19}

La tabla 1 resume las similitudes y diferencias entre la pitiriasis alba y otras dermatosis.

Tratamiento

Es prudente explicar a los familiares la naturaleza benigna, no contagiosa y resolutive del padecimiento al llegar la pubertad. Se debe enfatizar que no es vitiligo, así como explicar que a pesar de las medidas preventivas y/o terapéuticas los resultados satisfactorios pueden demorar.

Las siguientes medidas serán útiles: evitar el empleo de jabones alcalinos de tipo abrasivo, evitar fricción vigorosa con estropajo o toallas sintéticas, evitar duchas prolongadas con agua muy caliente y principalmente evitar la exposición solar excesiva e innecesaria, los anteriores son factores que constituyen irritantes en pacientes con diátesis atópica.

En los casos leves se recomiendan hidratantes y emolientes aplicados inmediatamente después del baño y de manera subsecuente durante el día, esto logrará aliviar la xerosis e irritación cutánea. Los productos con urea, ácido láctico, linimento oleocalcáreo, *cold cream* puro o vaselina dan lugar a la reparación de la barrera cutánea dañada incrementando la capacidad higroscópica de la capa córnea y/o bloqueando la pérdida transepidérmica de agua y la penetración de agentes dañinos. Es indispensable el filtro solar en vehículo cremoso aplicado varias veces al día como medio de protección a las radiaciones solares, uniformizando la textura y el tono de la piel.¹⁹

La adición de sustancias queratolíticas como ácido salicílico al 1-3%, derivados de la vitamina A o ácido glicólico al 10% ayudan a normalizar el grosor del estrato córneo, tomando en cuenta que pueden causar irritación transitoria.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de manchas blancas adquiridas

	Acromía	Hipocromía	Escama	Anestesia	Atrofia
Pitiriasis alba		Sí	Sí		
Dermatitis atópica		Sí	Sí		
Psoriasis		Sí	Sí		
Pitiriasis versicolor		Sí	Sí		
Vitiligo	Sí	Sí			
Lepra indeterminada		Sí			Sí
Nevo anémico	Sí	Sí			
Lupus eritematoso crónico discoide	Sí	Sí	Sí	Sí	

Los corticoides locales de baja potencia en períodos cortos de tratamiento son regularmente eficaces en la fase inflamatoria inicial o intermedia de la enfermedad. No se recomienda utilizar esteroides halogenados por sus conocidos efectos deletéreos.^{18,19}

Recientemente Rigopoulos y cols. publicaron un estudio demostrando la respuesta favorable de los casos tratados con ungüento de tacrolimus al 0.1% 2 veces al día aunado al uso de protector solar comparado con un grupo tratado únicamente con filtro solar FPS 15.²⁰ Fujita y cols. utilizaron pimecrolimus al 1% por un lapso ininterrumpido de 3 meses con resultados semejantes.²¹

Zaynon y cols. propusieron hace más de 20 años la terapia con psoralenos vía oral previo a la radiación fluorescente con UVA como alternativa en casos extensos y rebeldes, ocasionando una respuesta fototóxica controlada. El mismo objetivo puede lograrse al emplear preparados locales, 8 metoxipsoraleno aplicado en el sitio afectado antes de la exposición solar limitada; debe ser tomada con la debida precaución porque puede producir quemaduras graves.²²

Conclusiones

La PA, conocida también como impétigo seco de Sabouraud, pitiriasis simple de Darier o “Jiotes” en México, es una dermatitis hipocromiante muy común en escolares y preadolescentes de ascendencia mestiza y de bajo estrato socioeconómico. De naturaleza benigna y autolimitada con actividad variable de 5 ó más años, se relaciona actualmente con propensión fenotípica atópica, aunque los pacientes estudiados carecen de lesiones eccematosas, liquenificadas subagudas o crónicas sugestivas al momento del diagnóstico. Es importante resaltar su nula relación con anemia ferropénica, avitaminosis, trastornos hepáticos o renales y parasitosis intestinal, evitando la solicitud de estudios laboratoriales y prescripción de dietas y medicamentos innecesarios. La explicación adecuada a los padres afligidos por la condición estética de su hijo y las medidas generales y terapéuticas ya señaladas pueden ser suficientes. Es recomendable realizar más investigación respecto a los factores etiopatogénicos y su repercusión en el origen del padecimiento para instalar un tratamiento dirigido más eficaz. A pesar de su alta prevalencia en nuestra población, la literatura médica es limitada; sirva este trabajo para conducirnos en el diagnóstico temprano y abordaje terapéutico adecuado.

Referencias

1. O'Farrell NM. Pityriasis alba. *AMA Arch Dermatol*. 1956;73:376-77.
2. Lin RL, Janniger CK. Pityriasis Alba. *Cutis* 2005;76:21-24.
3. Diaz Uribe LH. Pitiriasis alba: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. *MedUNAB* 2003;6:166-72.
4. Mayeshiro E, Laura A, Velazquez F, Bravo F, Cáceres H. Características clínico-patológicas de la pitiriasis alba. Estudio prospectivo con 31 casos. *Dermatol Pediatr Lat* 2005;3(1):27-37.
5. Blessmann M, Sponchiado L. Pitiriasis alba. *Anais Brasil Dermatol* 2004;75:359-67.
6. Galadari E, Helmy M, Ahmed M. Trace elements in serum of pityriasis alba patients. *Int J Dermatol* 1992;31:525-26.
7. Blessmann WM. Pityriasis alba: a study of pathogenic factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16(5):463-468.
8. Urano-Suehisa S. Functional and morphological analysis of the horny layer of pityriasis alba. *Acta Derm Venereol* 1985;65:164-7.

9. Magaña GM, Cazarin BJ, Magaña LM. ¿Pitiriasis alba versus dermatitis solar hipocromiante? Ejemplo de la mitología en la dermatología. *Actas Dermatol* 2003;3(1-2):11-14.
10. Bassaly M, Miale A Jr, Prasad AS. Studies on pityriasis alba: a common facial skin lesion in Egyptian children. *Arch Dermatol*. 1963;88:272-275.
11. Wells BT, White HJ. Pityriasis alba: ten year survey and review of the literature. *Arch Dermatol*. 1960;82:183-9.
12. Moreno CB, Catanedo CJP, Torres AB, Moncada G. Pitiriasis alba. *Dermatología Rev Mex*, 2010;54(2):67-71.
13. Magaña GM. Guía de Dermatología Pediátrica, México; Editorial Médica Panamericana /UNAM;1998,p.77-9.
14. du Toit MJ, Jordaan HF. Pigmenting pityriasis alba. *Pediatr Dermatol*. 1993;10:1-5.
15. In, S.I.; Yi, S.W.; Kang, H.Y.; Lee, E.S.; Sohn, S.; Kim, Y.C. Clinical and histopathological characteristics of pityriasis alba. *Clinical and Experimental Dermatology* 2009 Vol.34;5:591-597.
16. Vargas-Ocampo F. Pityriasis alba: a histologic study. *Int J Dermatol* 1993;32(12):870-873.
17. Azulay RD. *Dermatología*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 2 ed, 1997.
18. Andrews D. *Diseases of the skin*. Clinical dermatology. 9ª edition. 2000:258.
19. Martin RF. Clinicopathologic study on pityriasis alba. *Bol AsocMed PR* 1990;82(10):463-65.
20. Rigopoulos D. Tacrolimus ointment 0.1% in pityriasis alba: an open-label, randomized, placebo-controlled study. *Br J Dermatol* 2006;155(1):152-155.
21. Fujita WH, McCormick CL, Parneix-Spake A. An exploratory study to evaluate the efficacy of pimecrolimus cream 1% for the treatment of pityriasis alba. *Int J Dermatol*. Jul 2007;46(7):700-5.
22. Zaynoun S, Jaber L. Oral methoxalen photochemotherapy of extensive pityriasis alba. *J Am Acad Dermatol* 1986;1:61-5.