

Morfea y pitiriasis rosada de Gibert: coexistencia de dos dermatosis en una misma paciente

G. Fernández Rodríguez^a y A. Macías Corbacho^b

^aMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

MORFEAS

Las morfeas constituyen una entidad dermatológica consistente en esclerosis cutáneas localizadas, no viscerales, benignas, sin localizaciones internas, de importancia casi exclusivamente cosmética o funcional, habitualmente resolutivas que deben distinguirse de las esclerosis generalizadas, para las que se reserva el término de *esclerodermia*, donde no sólo existe afectación cutánea, sino también de pequeñas arterias, arteriolas y tejido conjuntivo, llegando en algunas ocasiones a ser incluso mortal¹.

Son más frecuentes en mujeres con una relación 3/1, de preferencia entre 20 y 40 años. Se distinguen varios tipos:

1. Morfea en placas: bien circunscritas, ovaladas, a veces simétricas. En la morfea lardácea los tejidos están infiltrados, con aspecto céreo²; en la plana la piel es blanquecina, poco espesa e incluso atrófica. Las placas suelen presentar un borde lila de extensión periférica muy característico¹. Pueden desaparecer sin secuelas o con ligera atrofia. Son alopécicas y en ellas está disminuida la sudoración y sensibilidad; en su superficie pueden brotar vesículas, ampollas, telangiectasias, y hasta pequeñas hemorragias.

2. Morfea en gotas: áreas redondeadas, pequeñas, escleroatróficas, de color blanco muy llamativo, con borde eritematoso. Suelen localizarse en superficie anterior del tórax, cuello y hombros. No dan síntomas subjetivos.

3. Morfea en bandas³ o monomélica: bandas esclerosas, blancas y brillantes, que adoptan dispositivos zoniformes a lo largo de los miembros. Pueden limitar los movimientos. En cuero cabelludo recibe el nombre de morfea en sable⁴. Si afectan la mitad de la cara comprenden hasta la lengua y son uno de los motivos de hemiatrofia. En ocasiones se asocia a espina bifida, sacralización de la quinta vértebra lumbar, escoliosis, etc.

4. Morfea en focos múltiples¹: invaden todo el tegumento; no presentan jamás síntomas viscerales y es necesario distinguirla de la enfermedad esclerodérmica.

Etiopatogenia⁵

Es desconocida. Probablemente hay influencias endocrinas (mayor frecuencia en la mujer y en la menopausia en forma de placas), metabólicas y del sistema neurovegetativo.

Diagnóstico diferencial

1. Vitílico²: sólo hay despigmentación, sin esclerosis.
2. Lérides acrólicas¹: presentan alteraciones de la sensibilidad.
3. Epiteloma basocelular esclerodermiforme: más infiltrado y duro.
4. Liquen escleroso y atrófico¹: pápulas blancas, ligeramente sobreelevadas.

Pronóstico

El pronóstico vital es excelente. En ocasiones la forma monomérica puede ocasionar dificultades funcionales. Habitualmente curan con más o menos atrofia².

Tratamiento

Hay que tratar con infiltraciones con hialuronidas¹ y mejor aún con corticoides (0,1-0,3 ml de solución de 5-10 mg de triamcinolona cada 3-4 semanas)⁵. Tratamiento quirúrgico de contracturas y retracciones.

PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT

La pitiriasis rosada de Gibert¹ es una dermatosis eritematoescamosa, de curso agudo, evolución cíclica y espontáneamente resolutiva, que confiere inmunidad. Afecta a personas jóvenes⁶, con claro predominio estacional: primavera y otoño. Probablemente de origen infeccioso (virilásico), aunque el agente responsable aún no se ha descubierto. Su incidencia es similar en ambos sexos.

Clínica

Comienza en la parte anterior del tórax o abdomen⁷ con una placa eritematoescamosa, ovalada, generalmente úni-

Correspondencia:

G. Fernández Rodríguez.
C/ Ezequiel Moro Cárdenas, 2, 1º D.
6006 Badajoz.
Correo electrónico: gema-fr@terra.es

ca; ésta es la llamada placa inicial o medallón de Brocq², formada por tres capas concéntricas: halo eritematoso, zona intermedia escamosa con forma de fino collar de y centro amarillento. La placa aumenta hasta unos 3,5 cm de diámetro y permanece sin modificarse 1-2 semanas. Se- guidamente brotan con rapidez, de modo sucesivo y des- cendente, multitud de elementos similares, más pequeños, que se diseminan por el tórax, abdomen y zona proximal de extremidades siguiendo las líneas de tensión⁷. Sigue- respetar antebrazos y piernas, cara y cuero cabelludo. Es- tos elementos persisten sin modificarse durante 6-8 se- manas, luego desaparecen sin secuelas.

Salvo prurito, no suele presentar sintomatología sisté- mica acompañante; excepcionalmente malestar general, fiebre y microadenopatías⁸.

Se desarrolla inmunidad permanente, aunque el 1%-2% recidiva a los pocos meses o al cabo de años.

Formas clínicas^{1,2}

1. Miliar: falta el medallón y sólo hay elementos puntiformes.
2. Papulosa o urticada: con placas algo elevadas.
3. Maculosa: recuerda a eccemátides pitiriasiforme o psoriasiforme.
4. Liquenoide: más frecuente en África que en Europa.
5. Purpúrica: excepcional.

Diagnóstico

Se basa en su aspecto y evolución clínica típicas; la anato- mía patológica nos lo confirma. Debemos distinguirlo de las eccemátides pitiriasiformes y psoriasiformes⁹ que sur- gen en la cara y en el cuero cabelludo con evolución pro- longada, con recidivas y sin los medallones típicos, de la psoriasis y liquen plano por su morfología y localizaciones típicas, deben excluirse erupciones medicamentosas mediante historia clínica detenida y valoración objetiva de la sintomatología y evolución.

Tratamiento

No es indispensable. Pueden utilizarse lociones y cremas de corticoides a concentraciones bajas⁷. Para el prurito, pequeñas dosis de antihistamínicos. Hay que tener en cuenta que es una dermatosis absolutamente benigna, pe-



Figura 1. Flanco izquierdo de abdomen.



Figura 2. Extremidad proximal de miembro superior izquierdo y axila.



Figura 3. Flexura del codo izquierdo donde no aparecen elementos pitiriasicos.



Figura 4. Flanco derecho de abdomen.

ro con frecuente intolerancia a las medicaciones locales, por tanto, si se utilizan ha de ser con prudencia para no complicar el cuadro.

En las fotografías expuestas se aprecia la coexistencia de estas dos dermatosis de aspecto macroscópico y evolución típicas que permiten su diagnóstico de visu, si bien es ne- cesaria la anatomía patológica para llegar a un diagnóstico de certeza.

En esta paciente observamos ambas patologías en dis- tintos estadios evolutivos, podemos ver el típico borde lila

de extensión periférica (fig. 1) así como placas más evolucionadas, con mayor esclerosis que confiere a la piel ese aspecto blanquecino (figs. 2 y 3).

En cuanto a la pitiriasis, en nuestro caso, ya no es posible distinguir el típico medallón de Brocq dada la evolución de la enfermedad, si bien observamos multitud de elementos similares con su halo eritematoso y centro amarillento, aunque en este caso no es posible distinguir la descamación (fig. 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dulanto F. Dermatología Médico-Quirúrgica. Granada. 1981.
2. Atlas de Dermatología Lionel Fry. British Library Cataloguing in Publication Data 2001. 616.5.
3. López Molina M, Nogales F, García Pérez A. Scleroderma in bands. *Actas Dermosifiliogr* 1997;68(3-4):221-2.
4. Pastor Oliver JF, Calcedo Ascoz A, Paricio Talayeru JM. Localized scleroderma: lesion "en coup de sabre". Review of the literature and report of a case. *An Esp Pediatr* 1998;49(5):499-502.
5. Gutiérrez MJ, Venta SJA, Jaimes HV, Reyes N. Un caso de morfea. *Rev Mex Pediatr* 1999;66(6):250-3.
6. Marron Gasca J, Navarro Lucia M, Grasa Jordan MP, Jiménez Serrano H, Murillo Sánchez P. Epidemiology of Gibert's pityriasis rosea. *Actas Dermosifiliogr* 1979;70(3-4):219-22.
7. Castell Alcalá MV, Borbujo Martínez J, Olmos Carrasco O, De Antonio García MP, Tiribio Dapena R, Casado Jiménez M, et al. Pink pityriasis in primary care. Review of 46 cases. *Aten Primaria* 1992;9(8):413-6.
8. Dominguez Soto L, Vargas Ocampo F. Atypical pityriasis rosea. *Int J Dermatol* 1994;13(4):215-8.
9. Dominguez Soto L, Vargas Ocampo F. Atypical pityriasis rosea. Its clinical and histopathological resemblance to parapsoriasis guttata. *Int J Dermatol* 1994;13(4):219-25.