

Pitiriasis rosada: una presentación atípica

L. Martínez-Casimiro y A. Pérez-Ferriols

Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

En este artículo mostramos una presentación atípica de pitiriasis rosada en una paciente diagnosticada inicialmente de tiña corporis.

La pitiriasis rosada es una dermatosis papuloescamosa aguda y autolimitada que afecta fundamentalmente a niños y adultos jóvenes sin predominancia de sexo. Se postula una etiología infecciosa, fundamentalmente vírica, aunque no ha podido ser confirmada. Esta entidad puede manifestarse con formas atípicas que dificultan el diagnóstico, y además es una dermatosis que se irrita con extremada facilidad variando su aspecto clínico.

Palabras clave: eczema, impétigo, pitiriasis.

In this article, we present an atypical presentation of pityriasis rosea in a patient initially diagnosed of tinea corporis.

Pityriasis rosea is an acute and self-limited papulosquamous dermatosis that fundamentally affects children and young adults with no gender predominance. It is hypothesized that its etiology is infectious, basically viral, although this has not been confirmed.

This condition may occur in atypical forms that hinder its diagnosis and is a dermatosis that becomes irritated very easily, varying its clinical aspect.

Key words: eczema, impetigo, pityriasis.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rosada es una dermatosis papuloescamosa estacional, autolimitada, que puede ser confundida con gran variedad de enfermedades cutáneas. Generalmente afecta a niños y adultos jóvenes. La localización predilecta es el tronco y la porción proximal de las extremidades. Es una entidad descrita desde hace más de 200 años y debe su nombre a Camille Gilbert, que la denominó así en 1860 por su descamación rosada¹.

CASO CLÍNICO

Mostramos el caso de una mujer de 32 años que consultaba por la aparición progresiva a lo largo de 3 semanas de lesiones que se habían iniciado en el muslo derecho a modo de dos placas de mediano tamaño, apareciendo posteriormente nuevas lesiones en espalda, abdomen, cuello y zona intermamaria. La paciente había sido tratada inicialmente con itraconazol oral y ketoconazol en gel tópico por sospecharse que se trataba de una tiña corporis. Las lesiones eran discretamente pruriginosas y habían ido creciendo progresivamente de tamaño hasta estabilizarse. El empeoramiento progresivo motivó la consulta en el Servicio de

Urgencias. La exploración física mostró, localizadas en el muslo derecho, dos placas eczematosas con exudación serohemorrágica (fig. 1B), y otras placas de semejantes características en la zona intermamaria (fig. 1C), en el tronco (fig. 1A) y en el cuello. Además, la paciente mostraba unas pápulas eritematosas de pequeño tamaño en el abdomen y la espalda que refería de aparición más tardía.

Se realizó una biopsia cutánea de una de las lesiones de nueva aparición en el abdomen. El estudio histopatológico mostró una epidermis discretamente hiperplásica, con un infiltrado linfocitario en la dermis superficial con un patrón perivascular, además de exocitosis linfocitaria focal en algunos puntos (fig. 2).

Se decidió administrar un tratamiento con amoxicilina-clavulánico, antihistamínicos orales y mupirocina tópica, junto con prednisona oral en pauta descendente durante una semana, observándose una mejoría de las lesiones más antiguas, pero continuaban apareciendo nuevas placas eritematosas, algunas de mayor tamaño y con una discreta descamación periférica a modo de collarite y aclaramiento central en el tronco y el cuello. Gracias a estas lesiones típicas, y a la histopatología compatible, se confirmó el diagnóstico de pitiriasis rosada de Gilbert.

DISCUSIÓN

La pitiriasis rosada es una enfermedad papuloescamosa frecuente y autolimitada. Generalmente afecta a niños y adultos jóvenes sanos, sin predominancia de sexo. Es más frecuente en primavera y otoño². Se relaciona con una infección viral, aunque no se ha aislado ningún germen

Correspondencia: L. Martínez Casimiro.
Servicio de Dermatología.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Avda. Tres Cruces, 2.
46014. Valencia. España.
Correo electrónico: lucmarcas@gmail.com

Recibido el 13-05-08; aceptado para su publicación el 29-10-08.

específico. La implicación de diversos agentes infecciosos comunes como picornavirus, parvovirus, adenovirus o micoplasmas ha sido estudiada sin éxito³. Frecuentemente, el exantema viene precedido de síntomas prodrómicos y una infección de la vía aérea superior, lo que corroboraría la hipótesis infecciosa. Algunos estudios implican a los virus herpes tipo 6 y 7, aunque otros lo descartan^{4,5}. También se ha postulado una etiología psicógena, siendo más frecuente en momentos de estrés y en otros momentos de compromiso inmune, como en pacientes trasplantados de médula ósea o en embarazadas⁵. También se ha observado que la pitiriasis rosada aparece a modo de brotes epidémicos en baños turcos o en diversos tipos de instituciones⁶. El signo inicial más frecuente, la placa heraldo, (12-94% de los casos) es una mácula o pápula generalmente en el tronco o el cuello, aunque puede aparecer en otras localizaciones o ser múltiple. Crece progresivamente en unos días hasta alcanzar unos 2-10 cm, es de color rosa asalmonado con una zona central más clara y una fina descamación periférica. Generalmente en días o semanas, aunque puede coincidir con la placa heraldo, aparecen máculas o pápulas diseminadas ovaladas bilaterales y simétricas con su eje mayor orientado según las líneas de tensión cutánea afectando al tronco y a la raíz de los miembros, dando la típica imagen de "árbol de Navidad". En adultos, la cara, las manos y los pies generalmente no se ven afectados⁷. Hasta un 25% de los pacientes presentan prurito. La erupción alcanza su máxima intensidad en unas 2 semanas, y se resuelve espontáneamente en unas 2-4 semanas, aunque puede persistir hasta 5 meses.

Existen variantes atípicas que afectan a los pliegues, las palmas y las plantas o las mucosas, fundamentalmente la mucosa oral a modo de aftas, erosiones o ulceraciones.

La pitiriasis rosada de Gibert puede adoptar formas atípicas, hasta en un 20% de los casos, que pueden ser vesiculosas, purpúricas, unilaterales, a modo de eritema multiforme, formas papulares invertidas que afectan a los pliegues o con la placa heraldo como única lesión^{2,7}. Estas formas plantearán problemas de diagnóstico diferencial con entidades como la varicela, las vasculitis o la púrpura de Schönlein-Henoch, las toxicodermias, las infecciones virales como el Gianotti-Crosti o las micosis cutáneas. Dentro de las formas atípicas, lo más frecuente es la ausencia de placa heraldo⁸. Además, hay que tener en mente que en formas constituidas por placas grandes, en ausencia de placa heraldo y de larga evolución, además de formas refractarias a los tratamientos, siempre se debe descartar una toxicodermia a modo de pitiriasis rosada⁹. Diversos fármacos han sido implicados en su tratamiento como el captopril, metronidazol, D-penicilamina, isotretinoína, levamisol, bismuto, barbitúricos o la clonidina⁸. También se han implicado vacunas como el bacilo de Calmette-Guérin y el toxoide diftérico¹.

La histopatología es inespecífica, y muestra hiperplasia epidérmica con espongiosis y paraqueratosis focal, y una dermatitis perivascular superficial linfocitaria, junto con exocitosis linfocitaria focal, además de edema en dermis papilar y extravasación hemática².



Figura 1. Placas eccematosas impetiginizadas en la cara lateral de tronco (A), muslo (B) y región intermamaria (C).

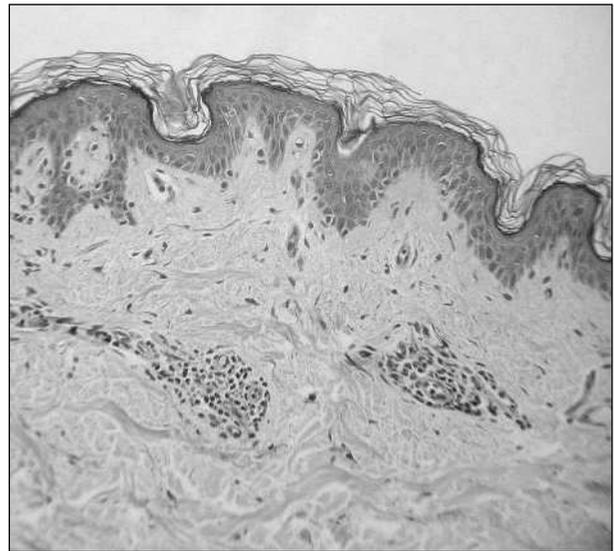


Figura 2. Hiperplasia epidérmica junto con infiltrado perivascular y exocitosis linfocitaria focal.

El diagnóstico es clínico, y el diagnóstico diferencial habrá que realizarlo fundamentalmente con la sífilis secundaria, en la que habría afectación palmoplantar y las serologías serían positivas; con erupciones por fármacos; con la psoriasis gutata; con el eritema discrómico persians; el liquen plano; el eczema numular; la pitiriasis liquenoide crónica; la dermatitis seborreica; la tiña corporis; la varicela, en la que habrá un peor estado general y lesiones en distintos estadios evolutivos, junto con una mayor frecuencia de afectación oral; y con la pitiriasis versicolor^{2,7}.

Dado que las lesiones desaparecen espontáneamente en varias semanas, el tratamiento consiste en aliviar el prurito, que ocurre en un 25% de los pacientes¹⁰, y en evitar la frecuente irritación de estas lesiones mediante

corticosteroides tópicos y antihistamínicos orales junto con emolientes. Se han documentado mejorías con eritromicina oral¹¹, dapsona o aciclovir¹². Los corticoides orales pueden mejorar la sintomatología, pero no acortan la duración e incluso pueden exacerbar la enfermedad. Se ha visto beneficio con la fototerapia, aunque la hiperpigmentación posinflamatoria es más frecuente².

Este caso clínico muestra de forma muy ilustrativa que una entidad común como la pitiriasis rosada puede manifestarse de forma atípica, haciendo que sea muy difícil su diagnóstico. También nos muestra que es una patología que se confunde con frecuencia con una micosis y el problema de tratarla como tal, puesto que esta dermatosis se irrita con gran facilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Hartley AH. Pityriasis rosea. *Pediatr Rev.* 1999;20:266-9.
- González LM, Allen R, Janniger CK, Schwartz RA. Pityriasis rosea: an important papulosquamous disorder. *Int J Dermatol.* 2005;44:757-64.
- Chiang TY, Perry HO, Ilstrup DM, Kurland LT. Recent upper respiratory tract infection and pityriasis rosea. *Br J Dermatol.* 1983;108:587-92.
- Bozdogan KE, Güven FO, Zeytinoglu A, Erensoy S, Karaman A, Bilgiç A. Investigation of herpes simplex virus DNA in pityriasis rosea by polymerase chain reaction. *Int J Dermatol.* 2005;44:477-8.
- Watanabe T, Kawamura T, Jacob SE, Aquilino EA, Orenstein JM, Black JB, et al. Pityriasis rosea is associated with systemic active infection with both human herpesvirus-7 and human herpesvirus-6. *J Invest Dermatol.* 2002;119:793-7.
- Crissey JT. Pityriasis rosea. *Pediatr Clin North Am.* 1956;3:801-9.
- Bernardin RM, Ritter SE, Murchland MR. Papular pityriasis rosea. *Cutis.* 2002;70:51-5.
- Parsons JM. Pityriasis rosea update: 1986. *J Am Acad Dermatol.* 1986;15:159-67.
- Hanjani NM, Rencic A, Whitemore E. Pityriasis rosea-like eruption due to bismuth. *Cutis.* 2006;77:166-8.
- Bjornberg A, Tegner E. Pityriasis rosea. En: Freedburg IM, Eisen AZ, Wolf K, editors. *Dermatology in General Medicine.* 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1999. p. 858-9.
- Sharma PK, Yadav TP, Gautam RK, Taneja N, Satyanarayana L. Erythromycin in pityriasis rosea: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:241-4.
- Drago F, Vecchio F, Rebora A. Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:82-5.