

Pitiriasis rosada. ¿Qué debemos saber?

M. Marín Andrés, M. T. Cenarro Guerrero

Pediatras. CS José Ramón Muñoz Fernández-Ruiseñores. Zaragoza. España.

PUNTOS CLAVE

- La pitiriasis rosada es una enfermedad exantemática aguda autolimitada.
- Se ha relacionado con ciertos virus, sobre todo el herpesvirus humano 7.
- La erupción comienza con una lesión ovalada conocida como placa heraldo. Unos días después aparecen múltiples lesiones similares en apariencia, pero más pequeñas.
- La afección generalmente es asintomática o cursa con prurito leve.
- El diagnóstico habitualmente es clínico, con la identificación de la placa heraldo.
- La mayoría de los pacientes no requieren tratamiento.
- Los pacientes con prurito leve pueden beneficiarse de tratamiento con corticoides tópicos de potencia media o con antihistamínicos orales.
- A los pacientes con presentaciones graves se les puede ofrecer tratamiento con aciclovir oral o fototerapia.

RESUMEN

La pitiriasis rosada es una enfermedad exantemática aguda, autolimitada, que se ha relacionado con ciertos virus. La erupción habitualmente comienza con una lesión redonda u ovalada, delimitada, de color rosa o salmón en el pecho, el cuello o la espalda, de 2 a 5 cm de diámetro, conocida como placa heraldo. Unos días después, aparecen múltiples lesiones ovaladas similares en apariencia, pero más pequeñas, en el tronco y en las áreas proximales de las extremidades. La afección generalmente es asintomática o cursa con prurito leve. En un pequeño nú-

mero de casos pueden presentarse pródromos en forma decefalea, malestar y faringitis. El diagnóstico habitualmente es clínico, con la identificación de la placa heraldo. La mayoría de los pacientes no requieren tratamiento. Los pacientes con prurito leve pueden beneficiarse de tratamiento con corticoides tópicos de potencia media o con antihistamínicos orales. A los pacientes con presentaciones graves que desean un tratamiento para acelerar la mejoría de las lesiones se puede ofrecer tratamiento con aciclovir oral. La fototerapia es una opción de tratamiento alternativa.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rosada es una enfermedad exantemática aguda, autolimitada, caracterizada por la aparición de lesiones papuloescamosas, ovaladas, ligeramente inflamatorias en el tronco y las áreas proximales de las extremidades¹.

ETIOLOGÍA

La etiología de la enfermedad continúa siendo desconocida, habiéndose relacionado con infecciones virales. Esta suposición se apoya en el hallazgo de partículas virales en muestras de biopsia examinadas con el microscopio electrónico. Hay autores que la relacionan con la reactivación del herpesvirus humano 7 (HHV-7). Sin embargo, no se han podido detectar secuencias de ADN y antígenos de HHV-7 en un número significativo de casos. Algunos estudios también han implicado al HHV-6, HHV-8 y el virus de la gripe H1N1 2009-2010. No se ha demostrado que la pitiriasis rosada esté asociada con infecciones bacterianas o fúngicas. La aparición de las lesiones puede ir prece-

Cómo citar este artículo: Marín Andrés M, Cenarro Guerrero MT. Pitiriasis rosada. ¿Qué debemos saber? Form Act Pediatr Aten Prim. 2020;13(2):111-4.

dida de síntomas prodromicos y ocasionalmente se ha descrito agrupación de casos, sobre todo en familiares o en convivientes²⁻⁴.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La pitiriasis rosada afecta típicamente a niños mayores y adultos jóvenes. Es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres. En algunos casos se pueden presentar prodromos en forma de cefalea, malestar y faringitis. Durante la fase exantemática a excepción de un ligero prurito, la enfermedad suele cursar de forma asintomática. En una serie se han identificado lesiones orofaríngeas en el 30% de los pacientes, en forma de lesiones petequiales, maculares y papulares como hallazgos más comunes, sin encontrar relación con ningún patógeno en muestras de cultivo orofaríngeo⁵.

En el 50-90% de los casos, la erupción comienza con una lesión conocida como placa heraldo. Se trata de una lesión redonda u ovalada, bien delimitada, de unos 2-5 cm de diámetro, de color rosa o salmón, localizada en el pecho, el cuello o la espalda. La lesión posteriormente se vuelve escamosa y comienza a aclararse centralmente. Unos días o una o dos semanas después, aparecen múltiples lesiones papulosas, ovaladas, de similares características, pero de menor tamaño, en el tronco y las áreas proximales de las extremidades. Los ejes largos de estas lesiones ovales tienden a orientarse a lo largo de las líneas de tensión de la piel. Este patrón morfológico se ha denominado distribución en abeto o árbol de Navidad.

En la mayoría de los casos, las pápulas y las placas se resuelven en un periodo de 4-6 semanas. En ocasiones la enfermedad puede persistir varios meses. El eritema disminuye gradualmente, se completa la descamación y la erupción se desvanece, dejando pocos cambios residuales. A veces puede persistir cierta hiperpigmentación en individuos de piel oscura que se resuelve en varios meses^{1,3,4}.

En los niños, la distribución de las lesiones es a menudo atípica afectando la cara, el cuero cabelludo y las extremidades distales, sin afectar el tronco. Las lesiones también pueden concentrarse en las regiones pélvica, inguinal, axilar o presentarse de forma unilateral^{4,6}.

DIAGNÓSTICO

La presencia de la placa heraldo, la morfología y distribución características de las lesiones y la ausencia de otra sintomatología acompañante generalmente hacen que el diagnóstico sea fácil en la mayoría de los casos⁴.

La biopsia de piel en el estudio de la pitiriasis rosada rara vez es necesaria, reservando su uso para aquellos casos en los que el diagnóstico sea dudoso. En la biopsia se evidencia parakeratosis focal con o sin acantosis, espongiosis, un infiltrado perivascular de linfocitos e histiocitos, y ocasionalmente extravasación de glóbulos rojos. La imagen de la biopsia es característica, pero no patognomónica.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con:

- **Tiña corporis:** es una micosis superficial producida por un grupo de hongos, los dermatofitos, que son capaces de metabolizar la queratina, lo que hace que puedan colonizar el estrato córneo de la piel y anejos. La placa heraldo puede confundirse con la lesión característica de la tiña *corporis*, que también puede presentarse como una placa anular con descamación periférica. El examen con hidróxido de potasio (KOH) de las escamas en el caso de la tiña *corporis* permite detectar hifas dermatofitas.
- **Pitiriasis o tiña versicolor:** es una micosis superficial que afecta a la capa córnea de la piel de zonas corporales con abundantes glándulas sebáceas, y está causada por el género *Malassezia*. Este microorganismo forma parte de la flora cutánea saprofita. Afecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes y es poco frecuente en niños prepúberales. Las lesiones típicas son máculas bien delimitadas, cubiertas por una fina escama parduzca que se descama fácilmente (signo de la uñada). Las lesiones carecen del borde periférico que a menudo se objetiva en la pitiriasis rosada. El color puede variar desde máculas hipopigmentadas o hiperpigmentadas a ligeramente eritematosas y en individuos de piel clara pueden ser ligeramente marrones, de ahí el nombre de versicolor. Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en el cuello, hombros y el tronco. El examen con KOH de las escamas permite confirmar el diagnóstico de tiña versicolor.
- **Ecema numular:** es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica recurrente caracterizada por múltiples placas intensamente pruriginosas en forma de moneda, de tamaño variable entre 2 y 10 cm. Afecta fundamentalmente a las extremidades y con menos frecuencia al tronco, a diferencia de la pitiriasis rosada. Se presenta sobre todo en adultos de edad media, aunque también puede verse en la edad pediátrica. En la fase aguda las lesiones son exudativas y con costras. Con el tiempo, se vuelven más descamativas, en ocasiones con un halo central claro que conduce a lesiones anulares.

- *Psoriasis guttata*: es una variante de la psoriasis que afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes y que con frecuencia se asocia con una infección estreptocócica previa. Las placas pequeñas, eritematosas y escamosas se distribuyen principalmente en el tronco. La escama tiende a ser más gruesa que la asociada con la pitiriasis rosada, y la placa heraldo no precede a la erupción.
- *Pitiriasis liquenoide crónica*: la pitiriasis liquenoide crónica es un trastorno cutáneo inflamatorio adquirido poco frecuente que afecta a niños y adultos jóvenes. Se caracteriza por pápulas escamosas, eritematosas-pardas en el tronco y las extremidades proximales. Las lesiones pueden ser asintomáticas o pruriginosas y desaparecer espontáneamente en el transcurso de semanas o meses. La afección generalmente tiene un curso recurrente que persiste durante meses o años.

Otros trastornos que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de la pitiriasis rosada son la enfermedad de Lyme, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la sífilis secundaria y las reacciones farmacológicas (omeprazol, terbinafina, naproxeno, captoperil, isotretinoína, interferón alfa-2a)^{4,7,8}.

TRATAMIENTO

En primer lugar, es fundamental informar al paciente y a su familia de la benignidad de la entidad, explicando que el cu-

adro habitualmente se resuelve espontáneamente en el plazo de 2 o 3 meses, que la probabilidad de transmisión es muy baja y que no hay recurrencias en la mayoría de los pacientes.

En el caso de presentar prurito, es útil el uso de corticoides tópicos de potencia media. Se pueden aplicar en las áreas pruriginosas 2 o 3 veces al día durante 2 o 3 semanas.

Las lociones tópicas que contienen pramoxina o mentol y los antihistamínicos orales también pueden ser útiles para reducir el prurito.

Aunque la gran mayoría de los pacientes con pitiriasis rosada no requieren tratamiento o únicamente un tratamiento para controlar el prurito, existe cierta evidencia de que el aciclovir oral y la luz ultravioleta pueden acelerar la mejoría clínica. No se recomienda el tratamiento de rutina con estas intervenciones porque los datos de eficacia son limitados. Se reserva la terapia con aciclovir o con luz ultravioleta para pacientes con síntomas graves asociados con un efecto negativo significativo en la calidad de vida^{4,9,10}.

No se recomienda el uso de antibióticos orales como la eritromicina y otros macrólidos (azitromicina, claritromicina), ya que los datos de eficacia son contradictorios. Tampoco se recomienda el tratamiento de rutina con corticoides sistémicos debido a que los datos de eficacia son limitados y por el mayor riesgo de recaída después del tratamiento^{2,4}.



CUADERNO DEL PEDIATRA

- El diagnóstico de la pitiriasis rosada es clínico con la identificación de la placa heraldo.
- La placa heraldo puede confundirse inicialmente con la lesión característica de la tiña corporis.
- La probabilidad de transmisión de la pitiriasis rosada es muy baja y no suele haber recurrencias.
- La mayoría de los pacientes no requieren tratamiento. Los pacientes con prurito leve pueden recibir corticoides tópicos de potencia media o antihistamínicos orales.
- Es fundamental informar al paciente y a su familia de la benignidad de la entidad, explicando que el cuadro habitualmente se resuelve espontáneamente en el plazo de 2 o 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. World J Clin Cases. 2017;5:203-11.

2. Mahajan K, Relhan V, Relhan A, Garg V. Pityriasis rosea: an update on etiopathogenesis and management of difficult aspects. Indian J Dermatol. 2016;61:375-84.

3. García D, Márquez P, Pedrazas López D. Pitiriasis rosada de Gibert en paciente de raza negra. Rev Pediatr Atención Primaria. 2015;17:155-7.

4. Goldstein AO, Goldstein BG. Pityriasis rosea. En: UpToDate [en línea] [consultado el 22/09/2020]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/pityriasis-rosea
5. Ciccarese G, Broccolo F, Rebora A, Parodi A, Drago F. Oropharyngeal lesions in pityriasis rosea. J Am Acad Dermatol. 2017;77:833-837.e4.
6. Zawar V. Unilateral pityriasis rosea in a child. J Dermatol Case Rep. 2011;4:54-6.
7. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Broccolo F, Parodi A. Pityriasis Rosea: a comprehensive classification. Dermatology.2016;232:431-7.
8. Browning JC. An update on pityriasis rosea and other similar childhood exanthems. Curr Opin Pediatr. 2009;21:481-5.
9. Rodríguez-Zúñiga M, Torres N, García-Perdomo H. Effectiveness of acyclovir in the treatment of pityriasis rosea. A systematic review and meta-analysis. An Bras Dermatol. 2018;93:686-95.
10. Jairath V, Mohan M, Jindal N, Gogna P, Monnappa P, Kaur S, et al. Narrowband UVB phototherapy in pityriasis rosea. Indian Dermatol Online J. 2015;6:326.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Goldstein AO, Goldstein BG. Pityriasis rosea. En: UpToDate [en línea] [consultado el 22/09/2020]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/pityriasis-rosea
- Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. World J Clin Cases. 2017;5:203-11.