

Caso clínico-dermatológico para diagnóstico

María Soledad Zegpi T.,¹ Ximena Echeverría P.,¹
Claudia Salomone B.,² Juana Benedetto E.¹

CASO CLÍNICO

Paciente escolar de 10 años de edad, sexo masculino, cursando 4º básico, previamente sano, que consultó por la presencia de manchas rojas en muslos y región genital, no pruriginosas, de 5 semanas de evolución. Había sido evaluado por médicos pediatra y dermatólogo, formulándose el diagnóstico de tiña cruris y había recibido múltiples tratamientos con antimicóticos tópicos y sistémicos sin notar mejoría.

Al examen destacaba un paciente eutrófico, en buenas condiciones generales, que presentaba múltiples lesiones en placa, eritematosas, redondeadas y ovaladas, bien delimitadas, confluentes, con un collarite descamativo periférico, localizadas en región genital, sacroglútea y cara interna de los muslos (Figura 1). Las mucosas estaban indemnes y al examen no se pesquisaron adenopatías.

Se solicitó un examen micológico directo y un cultivo para hongos que resultó ser negativo.



Figura 1.

¿Cuál es su diagnóstico?

1. UDA, Unidad de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

DIAGNÓSTICO

Pitiriasis rosada de localización atípica
(*Pitiriasis circinata et marginata de Vidal*)

DISCUSIÓN

La pitiriasis rosada es una enfermedad aguda, autolimitada, que se caracteriza por una erupción cutánea eritematodescamativa y síntomas constitucionales mínimos^{1,2,3}.

La pitiriasis rosada es un trastorno común, dando cuenta de aproximadamente el 1 a 2% de las consultas en dermatología. Si bien se han descrito casos de pitiriasis rosada en pacientes en edades extremas, la mayoría de los casos de pitiriasis rosada afecta a pacientes entre los 10 y 35 años de edad. No parece existir una susceptibilidad genética ni racial¹. Algunos estudios han reportado una relación mujer/hombre de 1,5/1, aunque otros con un mayor número de pacientes han demostrado que afecta por igual a ambos sexos^{1,2,4}.

La causa de la pitiriasis es desconocida. Durante muchos años se la consideró como una reacción inespecífica frente a diversos factores, como picaduras de insecto, mala higiene o estrés emocional. Sin embargo, diversas características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad sugieren una etiología infecciosa⁵. Se ha observado, por ejemplo, que existe una mayor incidencia en familias o en centros educacionales, y también en dermatólogos, que están más en contacto con pacientes con pitiriasis rosada, que en médicos de otras especialidades^{2,6,7,8}. Además, la enfermedad se presenta con una variación estacional, siendo más frecuente en invierno, otoño y primavera; su incidencia es variable de año a año. Hasta 12% de los pacientes presentan una infección respiratoria alta durante los 3 meses previos al inicio de la erupción^{1,2}.

Otras características de la pitiriasis rosada que son propias de varias enfermedades de etiología infecciosa conocida son la historia natural de la enfermedad, con una lesión primaria que se ha considerado puede corresponder al sitio de inoculación, luego una erupción generalizada secundaria después de un período de latencia, un curso autolimitado y la baja incidencia de segundos episodios, los que ocurren en aproximadamente un 2% de los casos, con un intervalo de meses a años^{1,8}.

Se han propuesto diversos agentes infecciosos como microorganismos causales de la pitiriasis rosada, entre los que se encuentran hongos, estreptococos, *Mycoplasma*, *Legionella* y espiroquetas, no habiéndose logrado confirmar su presencia en estudios sucesivos. Se han investigado múltiples virus en muestras de pitiriasis rosada, incluyendo Ebstein Barr, Echovirus 6 y otros, siendo el virus Herpes 7 la etiología que actualmente se considera como más probable, aunque se han reportado hallazgos contradictorios en distintos estudios^{1,2,8}.

La pitiriasis rosada no presenta, en general, síntomas prodrómicos, pero cuando los hay son leves, y consisten en compromiso del estado general leve, náuseas, disminución del apetito, cefalea y artralgias². Otros autores afirman que los síntomas prodrómicos se presentan en igual frecuencia en pacientes con pitiriasis rosada y controles sanos al ser interrogados dirigidamente¹. La primera manifestación de la enfermedad es usualmente la aparición de la placa heráldica, la que se observa en el 80% de los casos^{1,2}. Esta placa es de mayor tamaño que las lesiones de la erupción más tardía, y se localiza generalmente en muslo, brazo, tronco o cuello, siendo menos frecuente su localización en cara, cuero cabelludo o pene. La lesión consiste en una placa ovalada o redondeada, de color rojo brillante, cubierta por escamas finas y muy bien delimitada por un margen descamativo más oscuro. Su tamaño promedio es de 2 a 5 centímetros de diámetro, pudiendo alcanzar dimensiones mucho mayores. Aunque es raro, se describen casos con más de una placa heráldica. La placa heráldica puede pasar desapercibida por el paciente, ya que no es pruriginosa ni se asocia a otros síntomas^{1,2,3}.

Después de un período de latencia, que usualmente varía entre 5 y 15 días, con un rango de unas pocas horas a 2 meses, la erupción comienza a aparecer en brotes, separados por 2 ó 3 días, durante 10 días. Es menos frecuente que nuevas lesiones continúen apareciendo durante varias semanas. La erupción clásica consiste en placas ovaladas de 0,5 a 3 centímetros de diámetro, de color rosado pálido, cubiertas por una descamación fina, seca, de color grisplateado. El centro tiene tendencia a la curación y adquiere un aspecto arrugado y atrófico, con un collarate marginal de escamas unidas en la periferia, con el borde li-

bre de escamas hacia el centro de la lesión. Hasta el 75% de los niños presentan prurito asociado a la erupción generalizada^{1,2} (figura 2).

Las lesiones se distribuyen principalmente en el tronco, con su eje mayor paralelo a las costillas, siguiendo un patrón en "árbol de Navidad". Las áreas más frecuentemente afectadas son el tronco, la base del cuello y el tercio superior de brazos y muslos. Las lesiones en palmas son excepcionales. El compromiso de mucosas se observa hasta en 16% de los pacientes, principalmente en niños, en forma de una mácula eritematosa, una erosión, una bula o una úlcera².

Las lesiones frecuentemente se desvanecen luego de 3 a 6 semanas, pero algunas desaparecen durante las primeras 1 ó 2 semanas de evolución y otras persisten hasta por 2 meses. Es muy inusual que la enfermedad sea más prolongada. Puede existir hipo o hiperpigmentación residual, pero es más frecuente que las lesiones desaparezcan sin dejar rastro^{1,2}.

La pitiriasis rosada puede ser atípica en cuanto a la apariencia y distribución de sus lesiones, o en su evolución. La placa heráldica está ausente o no se identifica en un 20% de los casos. La erupción puede ser

generalizada o bien puede estar limitada sólo a algunas escasas lesiones, frecuentemente localizadas alrededor de la placa heráldica. En ocasiones la erupción está confinada a una sola área, o bien puede ser máxima en extremidades y respetar el tronco. Se ha reportado también pitiriasis rosada unilateral. Especialmente en niños, las lesiones pueden ser predominantemente papulares o urticariales en etapas tempranas, adquiriendo luego el anillo de escamas finas. Se han descrito también lesiones purpúricas, papulovesiculares, hemorrágicas y pustulosas^{1,9,10}.

La *pitiriasis circinada et marginata de Vidal* es una variante de pitiriasis rosada que se observa principalmente en adultos, las lesiones son escasas y de mayor tamaño, y frecuentemente se localizan en sólo un área de la superficie corporal, especialmente axilas y región inguinal. Las lesiones tienden a confluir y pueden persistir durante varios meses^{1,2,11}.

En los casos típicos, el diagnóstico de pitiriasis rosada es fácil de hacer en base a la morfología y distribución de las lesiones y a la ausencia de síntomas constitucionales. En la gran mayoría de los casos los exámenes de laboratorio están dentro de límites normales².

La placa heráldica y las formas localizadas de pitiriasis rosada son frecuentemente confundidas con tiña corporis. Las lesiones micóticas son eritematosas y edematosas, y pueden presentar un borde con microvesículas. Con un examen micológico directo y un cultivo para hongos, una infección micótica superficial puede ser fácilmente descartada^{1,2,3}.

La dermatitis seborreica no presenta placa heráldica, las lesiones se desarrollan más lentamente, son más frecuentes en el tronco próximas a la línea media y en cuero cabelludo, y son de coloración más pálida, con escamas más gruesas y grasosas. En adolescentes, las lesiones de dermatitis seborreica son más persistentes si no son tratadas¹.

El diagnóstico diferencial de pitiriasis rosada incluye además: erupción por medicamentos, la que en general se presenta de forma súbita, sin placa heráldica; *psoriasis guttata*, en la que las lesiones están cubiertas por escamas plateadas; sífilis secundaria, diagnóstico que debe tenerse siempre en consideración^{1,2}.

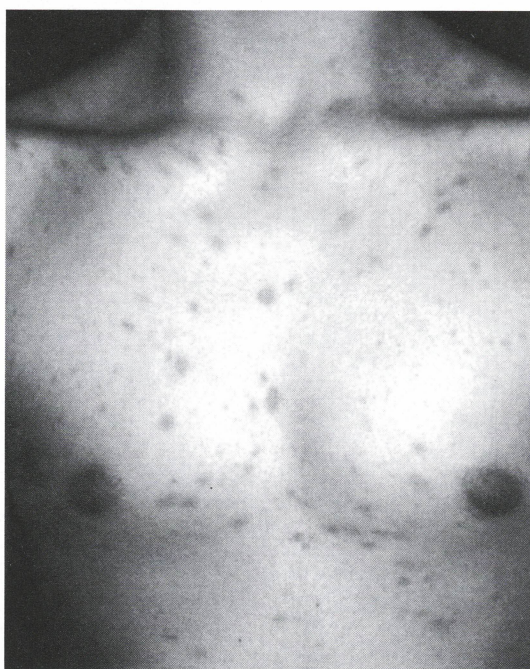


Figura 2. Pitiriasis rosada típica.

En general, la pitiriasis rosada, asintomática y autolimitada, no requiere tratamiento. Lo más importante es educar a los padres acerca de la naturaleza benigna de la enfermedad, y explicar la evolución natural de las lesiones. Sólo en casos de prurito intenso o por motivos estéticos, se sugiere el uso de un esteroide tópico, de moderada potencia, o radiación ultravioleta (UVB)^{1,2,3}.

REFERENCIAS

1. *Sterling JC, Kurtz JB*: Viral infections. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG: Textbook of Dermatology. 6ª ed by Blackwell Science, 1998; 995-1095.
2. *Metzker A*: Pityriasis rosea. En: Harper J, Oranje A, Prose N: Textbook of pediatric dermatology. Ed by Blackwell Science 2000; 670-4.
3. *Caputo RV*: Papulosquamous disease. En: Schachner LA, Hansen RC: Pediatric Dermatology. New York, 2ª edición by Churchill Livingstone 1995; 723-65.
4. *Chuang TY, Ilstrup DM, Perry HO, Kurland LT*: Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. J Am Acad Dermatol 1982; 7: 80-9.
5. *Parsons JM*: Pityriasis rosea update: 1986. J Am Acad Dermatol 1986; 15: 159-67.
6. *Messenger AG, Knox EG, Summerly R et al*: Case clustering in pityriasis rosea: support for role of an infective agent. Br Med J 1982; 284: 371-3.
7. *Mc Pherson A, Mc Pherson K, Ryan T*: Is pityriasis rosea an infectious disease? Lancet 1980; 1077.
8. *Kempf W, Burg G*: Pityriasis rosea -a virus- induced skin disease? An update. Arch Virol 2000; 145: 1509-20.
9. *Del Campo DV, Barsky S, Tisocco L, Gruszka RJ*: Pityriasis rosea unilateralis. Int J Dermatol 1983; 22: 312-3.
10. *Pierson JC, Dijkstra JW, Elston DM*: Purpuric pityriasis rosea. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 1021.
11. *Du Vivier A, Mc Kee PH*: Atlas de Dermatología Clínica. 2ª edición por Mosby Doyma Libros, 1995; 61-4.

AVISO A LOS AUTORES

Se recuerda a los autores que los trabajos enviados para poder ser considerados deben cumplir con el *Reglamento de Publicaciones* y con las *Instrucciones a los Autores* que se editan en cada número de la Revista.