



Clínica cotidiana

Pitiriasis rosada de Gilbert: presentación poco habitual

Eva Gordo Romero, Nagore García Pipaón, Antonio Miguel Redondo Horcajo*,
 Ana María Cayuela Mate, Antonio Gómez García

Centro de Salud Santa Isabel. Leganés (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de agosto de 2022

Aceptado el 29 de febrero de 2024

On-line el 29 de mayo de 2024

Palabras clave:

Pitiriasis

Exantema

Atípica

Atención primaria

Keywords:

Pityriasis

Exanthema

Atypical

General practice

R E S U M E N

La pitiriasis rosada es una enfermedad frecuente que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Se presenta como un exantema agudo papuloescamoso, autolimitado, cuya forma clásica es fácil de diagnosticar por sus características clínicas. Puede manifestarse con formas atípicas, menos conocidas, y en algunos casos puede ser difícil de diagnosticar y llega a confundirse con otras entidades.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Pityriasis rosea of Gilbert: an unusual presentation

A B S T R A C T

Pityriasis rosea is a common disease that mainly affects adolescents and young adults. Presenting as an acute papulosquamous exanthema, self-limited, whose classic form is easy to diagnose due to its clinical characteristics. However the disease can also manifest in atypical forms, less known, and that in some cases it can be difficult to diagnose and confuse doctors with other illnesses.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.redondo@salud.madrid.org (A.M. Redondo Horcajo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.017>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 22 años de edad, que consulta por aparición desde hace un mes y medio de lesiones que se han ido extendiendo por las piernas y los antebrazos, sin picor ni otra clínica acompañante. Niega consumo de fármacos, drogas, ni relaciones sexuales de riesgo. No están afectados otros convivientes ni ha presentado cuadro sistémico previamente.

Durante la exploración clínica se observan placas maculares bilaterales simétricas, de color rojo parduzco, no descamativas en los miembros superiores e inferiores, siguiendo las líneas de tensión (figura 1). No existe afectación palmoplantar ni cefálica.

Aunque las lesiones se asemejaban a las de la pitiriasis rosada, dada la presentación atípica se le remite a la consulta de Dermatología.

Allí, ante la misma duda (se plantean como diagnóstico diferencial pitiriasis rosada atípica o exantema viral), se realiza una biopsia cutánea de una de las lesiones del brazo y una analítica [hemograma, bioquímica básica y serología para virus (parvovirus B19, CMV, VEB, VIH, SARS-CoV-2) y lúes].

Las serologías son negativas; el hemograma y la bioquímica, normales.

El estudio de anatomía patológica muestra en la dermis superficial un infiltrado inflamatorio perivascular y leve intersticial, con presencia de exocitosis, leve espongirosis, extravasación hemática y hematíes intraepidérmicos. Se trata de hallazgos histológicos compatibles con pitiriasis rosada.

Las lesiones desaparecieron al cabo de 12 semanas de la aparición

diagnostica entre los 10 y los 35 años^{3,4}. Su aparición es más frecuente en primavera y otoño^{1,5}. La prevalencia en la población general se estima en 0,13-0,14 %⁵; la incidencia estimada es de 0,39-4,8 % de los pacientes dermatológicos^{2,4}.

Su etiología es desconocida. Aunque se sospecha un origen infeccioso, presumiblemente vírico^{1,4,5,6} (herpes virus tipo 6 y 7, principalmente), no se ha podido demostrar ningún agente causal hasta el momento. También se ha relacionado con causa psicógena¹ o con ciertos fármacos^{1,6}.

La forma típica (presente hasta en el 80 % de las ocasiones) se manifiesta como un exantema papuloescamoso, autolimitado, distribuido principalmente en el tronco y la parte proximal de las extremidades^{1,3}. Suele comenzar con una primera lesión macular en el tronco o el cuello (denominada placa heraldo); pocos días después aparece una erupción secundaria, con placas de menor tamaño, con una distribución simétrica característica a lo largo de las líneas de tensión del tronco^{1,3,4,5,6} (líneas de Langer). Ello le confiere una configuración que semeja un "árbol de navidad".

Suele ser asintomática o presentar picor de diferente intensidad (grave hasta en el 25 % de los casos^{5,7}). En general, la erupción dura 4-8 semanas, aunque puede persistir hasta 5 meses¹.

En un 20 % de los casos, se presenta con unas características clínicas atípicas^{1,4,5} que dificultan su diagnóstico. Estas formas atípicas se clasifican según la morfología, tamaño y localización de las lesiones y el curso de la enfermedad^{2,4,5,7}. Así, puede presentarse como pápulas, pústulas, psoriasiformes, foliculares, vesiculares, purpúricas o hemorrágicas, hipopigmentadas; las lesiones pueden ser grandes (pitiriasis rosada gigante de Darier) o muy pequeñas. Las localizaciones atípicas de las lesiones son la cara, la cavidad oral, el cuero cabelludo, las palmas de las manos y las plantas de los pies, los miembros superiores e inferiores, las axilas y las ingles.

Según el curso de la enfermedad puede ser recurrente, recurrente y persistente y persistente. Por lo general, la enfermedad recurre en menos de un año desde el primer episodio en 2,8-3,7 % de los pacientes^{4,7}. Las recaídas suelen

Comentario

La pitiriasis rosada fue descrita por primera vez en 1860 por Camille Gilbert (a quien debe su nombre) como una descamación rosada^{1,2}.

Suele afectar principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, por igual en ambos sexos. Un 75 % de los casos se



Figura 1

mostrar ausencia de placa heraldo, y el tamaño y número de lesiones secundarias es menor. La duración de este episodio es más corto.

Hasta ahora también se ha descrito como una forma atípica de pitiriasis rosada un *rash* exantemático inducido por múltiples medicamentos (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antiinflamatorios no esteroideos, omeprazol, metronidazol, D-penicilamina, isotretinoína, terbinafina, barbitúricos...). Suele cursar sin placa heraldo y la erupción es monomorfa. En la actualidad este tipo de *rash* debe ser considerado una entidad clínica distinta e independiente^{2,4,7}.

El diagnóstico de la forma típica es clínico^{1,4,6,8} y fácilmente reconocible. Se basa en el antecedente de una primera lesión, su morfología, coloración y tamaño, seguidos de la aparición brusca del resto de las placas y la distribución típica. Las pruebas de laboratorio no son necesarias, ya que no muestran alteraciones, incluso en las formas atípicas⁵. La biopsia para el estudio histopatológico de las lesiones se reserva para llegar al diagnóstico en las presentaciones atípicas.

En las presentaciones atípicas (según tamaño, morfología, extensión y localización de las lesiones) hay que hacer diagnóstico diferencial con distintas patologías dérmicas, incluidas todas las dermatosis y exantemas que cursan con placas anulares y descamación fina. Entre los diagnósticos diferenciales^{1,3,4,6,8} a realizar, se encuentran la sífilis secundaria (si hay afectación palmoplantar), dermatofitosis, erupciones por fármacos, psoriasis gutata, liquen plano, eccema numular y dermatitis seborreica.

Al ser una enfermedad autolimitada, y en general con escasos-nulos síntomas, tanto la forma típica como las atípicas no requieren tratamiento^{1,3,4,5,8}. En caso de prurito intenso o descamación excesiva, se utilizan antihistamínicos orales y emolientes.

Se han empleado diferentes tratamientos (corticoides tópicos y orales, aciclovir, fototerapia...), cuyos resultados son

causa de controversia^{1,3,4,8}. Aunque hay estudios a favor del uso de eritromicina por vía oral^{1,3,5,8} (cuando se administra en la primera semana parece disminuir el tiempo de evolución de la pitiriasis⁸), hay otros con resultados no tan evidentes⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Casimiro L, Pérez Ferriols A. Pitiriasis rosada: una presentación atípica. *Semergen*. 2009; 35(6): 284-6.
2. Chuh A, Zawar V, Lee A. Atypical presentations of pityriasis rosea: case presentations. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2005; 19(1): 120-6.
3. Martín Alcalde J, Elosua González M, Pinedo Moraleda FJ, López-Estebananz JL. Pitiriasis rosada atípica palmoplantar. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2021; 112(4): 370-83.
4. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. *World J Clin Cases*. 2017; 5(6): 203-11.
5. Centeno A, Danielo C, Papa M, Consigli J, Campana R. Pitiriasis rosada atípica. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2007; 35(2): 104-6.
6. Daze RP, Dorton D. An atypical presentation of pityriasis rosea localized to the extremities. *Cureus*. 2020; 12(8): e9765.
7. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Broccolo F, Parodi A. Pityriasis rosea: A comprehensive classification. *Dermatology*. 2016; 232(2): 431-7.
8. López Carrera I, Durán McKinster C, Sáez de Ocariz MM, Orozco Covarrubias L, Palacios López C, Ruiz Maldonado R. Pitiriasis rosada: un exantema que debe ser reconocido por el médico de primer contacto. Estudio de 30 casos. *Acta Pediatr Mex*. 2014; 35(4): 289-94.