

## Pitiriasis rosada recurrente

C. Casaní Martínez

Pediatra. Doctora en Medicina.

CS de Burjassot, Burjassot, Valencia. Unidad de Neonatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:615-9

Carmen Casaní Martínez, camarcar@alumni.uv.es

### Resumen

La pitiriasis rosada de Gibert es una erupción frecuente, benigna, de etiología desconocida y curso autolimitado que afecta especialmente a niños y adultos jóvenes. Se caracteriza por una placa heraldo inicial seguida de una erupción generalizada que afecta fundamentalmente al tronco y la parte proximal de las extremidades. La frecuencia de recurrencias se ha estimado en varios estudios en alrededor del 2%, la mayoría de ellas únicas. Se describe el caso clínico de una niña de 8 años que presentó cuatro episodios de pitiriasis rosada con periodicidad anual.

**Palabras clave:** Pitiriasis rosada, Recurrencia.

### Abstract

Gibert's pityriasis rosea is a frequent, benign eruption of unknown aetiology and self-limited course that especially affects children and young adults. It is characterized by a primary herald patch followed by a generalized exanthema that involves especially the trunk and proximal zone of limbs. The frequency of recurrences has been estimated in various studies in about 2%, mostly unique. It is described the case of an 8 years old girl that suffered four episodes of pityriasis rosea with annual periodicity.

**Key words:** Pityriasis rosea, Recurrence.

### Introducción

La pitiriasis rosada de Gibert es una erupción frecuente, benigna, de etiología desconocida y curso autolimitado que afecta especialmente a niños y adultos jóvenes. Se caracteriza por una placa heraldo inicial seguida de una erupción generalizada, simétrica, que afecta funda-

mentalmente al tronco y la parte proximal de las extremidades de unas 2-12 semanas de duración<sup>1-3</sup>.

La frecuencia de recurrencias se ha estimado en varios estudios en alrededor del 2%, la mayoría de ellas únicas<sup>3,4</sup>.

Como pediatra del Centro de Salud de Soneja tuve ocasión de controlar a

una niña de 8 años que presentó, con periodicidad anual, cuatro episodios de pitiriasis rosada.

### Caso clínico

Niña nacida en 1988 que consulta en el centro de salud en octubre de 1997 por una lesión anular, redondeada, de un centímetro de diámetro y descamación periférica. Con sospecha de micosis, se prescribe tolnaftato tópico. Una semana después se establece el diagnóstico de pitiriasis rosada de Gibert tras la aparición de múltiples lesiones asalmionadas en tórax. La tabla I presenta los principales hallazgos clínicos de los sucesivos episodios. En el cuarto se remitió al servicio de dermatología del Hospital Universitario La Fe donde confirman el diagnóstico. Destaca que, en esta ocasión, la paciente no presentó lesiones generalizadas. Todos los episodios evolucionaron espontáneamente a la mejoría.

Su hermano, nacido en 1996, presentó en noviembre de 1997 una lesión subclavicular izquierda compatible con placa heraldo que alcanzó un tamaño de 1,5 x 1 cm, resuelta en tres semanas y que no se acompañó de lesiones generalizadas. No presentó nuevos episodios.

Establecido un contacto telefónico en diciembre de 2003, enero de 2005 y enero de 2006, la paciente no ha presentado recurrencias. Se solicita el consentimiento de la interesada y de sus padres para la publicación como caso clínico.

### Discusión

La pitiriasis rosada ha sido objeto de múltiples investigaciones. Un estudio epidemiológico basado en la población estableció una incidencia anual media de 172,2 por 100.000 personas/año, con predominio de mujeres (1,5/1,0) y más del 75% de los pacientes entre 10 y 35 años<sup>4</sup>.

Tabla I. Principales hallazgos clínicos de los diferentes episodios de pitiriasis rosada

Episodios	Fecha de inicio	Duración hasta la resolución	Localización de la placa heraldo	Tamaño máximo de la placa heraldo (cm)	Lesiones generalizadas
1.º	Oct/1997	18 días	cara anterior del tórax	1,5 x 1,5	sí
2.º	Nov/1998	32 días	hombro izquierdo	3 x 1	sí
3.º	Sep/1999	42 días	espalda	2 x 1	sí
4.º	Dic/2000	35 días	cuello	3 x 1,5	no

El mayor número de recurrencias documentadas ha sido de siete<sup>4</sup> y, más recientemente, se publicó el caso de una mujer que presentó cinco episodios<sup>3</sup>. El número de recurrencias puede ser infravalorado por la ausencia de estudios de seguimiento y de nuevas consultas de los pacientes al considerarla una enfermedad banal y autolimitada<sup>3</sup>. No así en el presente caso; la madre mostró gran interés por conocer la enfermedad de la niña y consultó en cada ocasión tras la aparición de la placa heraldo.

Se ha descrito una mayor incidencia de pitiriasis rosada en otoño, invierno y primavera<sup>3</sup> o en los meses fríos<sup>4</sup>, coincidente con las recurrencias de septiembre a diciembre de nuestra paciente.

El curso clínico, la ausencia de recurrencias para la mayoría de los pacientes y la presencia de un agrupamiento temporal de los casos apoyan una etiología infecciosa. También la variación estacional y la asociación con infecciones del tracto respiratorio, el aumento de casos en niveles sociales o económicos desfavorecidos y los antecedentes de contacto con pacientes con pitiriasis rosada<sup>5</sup>. El papel del herpesvirus 6 y herpesvirus 7 permanece controvertido, con estudios tanto a favor de una asociación causal<sup>6</sup> como en contra<sup>7,8</sup>. La pitiriasis rosada no se asocia con infecciones por citomega-

lovirus, virus de Epstein-Barr o parvovirus B19<sup>9</sup> ni por *Chlamydia*, *Legionella* o *Mycoplasma*<sup>10</sup>. La coincidencia de la enfermedad en los dos hermanos en un período inferior a un mes apoyaría la etiología infecciosa.

La placa heraldo se puede localizar en cualquier punto de la piel, su tamaño varía de 1 a 10 cm y la erupción evoluciona entre 2 y 12 semanas<sup>1</sup>, como sucedió en nuestra paciente. Sin embargo, en el cuarto episodio de la niña y en el único de su hermano, la placa heraldo no se siguió de una erupción generalizada. Se han descrito pitiriasis rosadas atípicas en forma de lesiones purpúricas, urticariales o úlceras hemorrágicas orales junto con la clásica erupción en tronco. Se aconseja no adscribir una erupción inusual o atípica a una pitiriasis rosada a menos que se hayan excluido otras patologías<sup>11</sup>. Pero en el contexto clínico de nuestros pacientes, una pitiriasis rosada "abortada" parece el diagnóstico más probable.

La placa heraldo se puede confundir con una micosis superficial<sup>1</sup>. De hecho, en el primer episodio se prescribió tratamiento antimicótico. La erupción generalizada se debe diferenciar de los exantemas medicamentosos y virales, la sífilis secundaria, la psoriasis en gotas, la parapsoriasis y los eccemas<sup>1,2</sup>. Erupciones similares a la

pityriasis rosada se han asociado con neoplasias graves<sup>12</sup> y vacunación<sup>13,14</sup>. Un tercio de los pacientes con esta patología refería historia de atopía<sup>4</sup>. En la anamnesis no se objetivó la toma previa de medicamentos, un proceso infeccioso reciente, la administración de vacunas ni antecedentes alérgicos. No se realizó estudio analítico ni cultivo micológico, ya que los hallazgos clínicos permiten el diagnóstico<sup>1</sup>.

No se precisa tratamiento en pacientes asintomáticos<sup>1</sup>. Los esteroides tópicos y sistémicos y los antihistamínicos se pueden usar para reducir el prurito<sup>2</sup>. La calidad de vida de los pacientes con pityriasis rosada se ve menos afectada que en la dermatitis atópica y no se correla-

ciona con la gravedad del exantema<sup>15</sup>. Algunos estudios recomiendan la administración de eritromicina oral<sup>2,16,17</sup> más por su efecto antiinflamatorio e inmunomodulador que por su acción sobre determinadas bacterias<sup>10</sup>.

Aunque la pityriasis rosada es una enfermedad frecuente, no lo son tanto las recurrencias y, desde luego, cuatro episodios en un mismo paciente pueden considerarse una rareza.

### Agradecimientos

A mis pacientes, a sus padres, a mis antiguos compañeros del Centro de Salud de Soneja, al Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Fe.

---

### Bibliografía

1. Behrman RE. Nelson Tratado de Pediatría. 14 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1993.
2. Stulberg DL, Wolfrey J. Pityriasis rosea. Am Fam Physician. 2004;69:87-91.
3. Halkier-Sorensen L. Recurrent pityriasis rosea. New episodes every year for five years. A case report. Acta Derm Venereol. 1990;70:179-80.
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. Chuh A, Chan H, Zawar V. Pityriasis rosea: evidence for and against an infectious aetiology. Epidemiol Infect. 2004;132:381-90.
6. Broccolo F, Drago F, Careddu AM, Foglieni C, Turbino L, Cocuzza CE, et al. Additional evidence that pityriasis rosea is associated with reactivation of human herpesvirus-6 and -7. J Invest Dermatol. 2005;124:1234-40.
7. Chuh AA, Chan HH, Zawar V. Is human herpesvirus 7 the causative agent of pityriasis rosea? A critical review. Int J Dermatol. 2004;43:870-5.
8. Yildirim M, Aridogan BC, Baysal V, Inaloz HS. The role of human herpes virus 6 and 7 in the pathogenesis of pityriasis rosea. Int J Clin Pract. 2004;58:119-21.
9. Chuh AA. The association of pityriasis rosea with cytomegalovirus, Epstein-Barr virus and parvovirus B19 infections: a prospective case

control study by polymerase chain reaction and serology. *Eur J Dermatol.* 2003;13:25-8.

10. Chuh AA, Chan HH. Prospective case-control study of chlamydia, legionella and mycoplasma infections in patients with pityriasis rosea. *Eur J Dermatol.* 2002;12:170-3.

11. Chuh A, Zawar V, Lee A. Atypical presentations of pityriasis rosea: case presentations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:120-6.

12. García F, Villalta MJ, Hernández-Núñez A, Córdoba S, Fernández-Herrera J, García-Díez A. Atypical pityriasis rosea and Hodgkin's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:81-2.

13. Sasmaz S, Karabiber H, Boran C, Garipardic M, Balat A. Pityriasis rosea-like eruption due to pneumococcal vaccine in a child with nephrotic syndrome. *J Dermatol.* 2003;30:245-7.

14. De Keyser F, Naeyaert JM, Hindryckx P, Elewaut D, Verplancke P, Peene I, et al. Immune-mediated pathology following hepatitis B vaccination. Two cases of polyarteritis nodosa and one case of pityriasis rosea-like drug eruption. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18:81-5.

15. Chuh AA, Chan HH. Effect on quality of life in patients with pityriasis rosea: is it associated with rash severity? *Int J Dermatol.* 2005;44:372-7.

16. Miranda SB, Lupi O, Lucas E. Vesicular pityriasis rosea: response to erythromycin treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:622-5.

17. 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.

