

Pitiriasis rosada eritrodérmica

Sr. Director:

La pitiriasis rosada es una dermatosis inflamatoria, autolimitada, de origen desconocido que típicamente se caracteriza por la aparición de una lesión primaria inicial de mayor tamaño seguida, 1 o 2 semanas después, por una erupción secundaria localizada en el tronco y las extremidades¹⁻³. Habitualmente es suficiente con un tratamiento sintomático y, aunque en los casos graves, algunos autores recomiendan el uso de corticoides sistémicos, éstos pueden ocasionar un agravamiento del cuadro^{4,6}.

Una mujer de 25 años, sin antecedentes personales de interés, acudió a nuestra consulta por la aparición de una erupción cutánea generalizada. Ésta comenzó por una lesión única, de mayor tamaño, localizada en el muslo derecho que fue tratada con corticoides y antifúngicos tópicos. A la semana, comenzaron a salir nuevas lesiones, de menor tamaño, en el tronco, la espalda y las extremidades, motivo por el cual la paciente acudió al servicio de urgencias donde se le administraron 80 mg de metilprednisolona por vía intramuscular. Sin embargo, la enferma sufrió un empeoramiento clínico importante; se produjo una confluencia de lesiones que se extendieron al resto de la superficie cutánea, junto con la aparición de prurito intenso, escalofríos y sensación distérmica. Excepto los antifúngicos y los corticoides tópicos que se administraron en la lesión inicial, no refería la administración de ningún otro medicamento por vía tópica, oral o intramuscular previa a la aparición de la lesión primaria ni de la erupción secundaria. En la exploración física la enferma presentaba en el 80 % de la superficie corporal una erupción eritematoescamosa producida por la confluencia de lesiones maculopapulosas eritematosas, con fina descamación blanquecina, y que era menos evidente en la zona distal de las extremidades (fig. 1). En la cara existía una descamación fina blanquecina más acentuada en los surcos nasogenianos y el espacio intercililar, con afectación del cuero cabelludo. En la región anterior del muslo derecho presentaba una placa ovalada de 2,5 x 1,5 cm de diámetro de coloración rosada, con un borde más eritematoso y descamativo (fig. 2). No se observaron lesiones palmoplantares ni en las mucosas. La temperatura corporal fue de 37,4 °C.

Los estudios complementarios incluyendo hemograma, bioquímica convencional, análisis de orina, radiología de tórax, serología luética y parásitos en heces fueron normales, excepto por la existencia de una eosinofilia moderada (2.300 eosinófilos/ μ l). Se realizó una biopsia cutánea en la que se observó



Fig. 1.—Lesiones maculopapulosas eritematosas confluentes en la espalda.



Fig. 2.—Placa ovalada eritematosa con un borde descamativo en el muslo.

una epidermis con paraqueratosis focal, acantosis leve y focos de espongirosis, así como un infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular superficial y eritrocitos extravasados en la dermis papilar. También se podía apreciar alguna célula disqueratósica aislada.

Se inició tratamiento con emolientes y dipropionato de beclometasona tópico hasta la mejoría de la eritrodermia, instaurándose entonces exposición solar progresiva. A las 4 semanas, la paciente presentaba leve descamación residual, y la curación completa se consiguió en 6 semanas.

El tratamiento de la pitiriasis rosada es sintomático y consiste en el uso de emolientes, o antihistamínicos orales y corticoides tópicos si se acompaña de prurito. Las radiaciones ultravioleta B aceleran la involución de las lesiones y reducen la gravedad del cuadro, sobre todo cuando se administran en la primera semana de la erupción^{7,8}. A pesar de que no existe en la literatura médica ningún estudio controlado que lo justifique,

se ha recomendado el uso de dosis bajas de glucocorticoides sistémicos en las formas graves y generalizadas de la enfermedad^{4,6}. Leonforte⁹ ha relacionado el uso de corticoides sistémicos en etapas iniciales de la erupción con un incremento en el número de las lesiones y del prurito. Este autor estudió 18 pacientes con pitiriasis rosada típica que habían recibido previamente corticoides sistémicos. Observó una exacerbación de las lesiones después de la administración de corticoides en la mayoría de los casos. Las manifestaciones clínicas más intensas se produjeron en aquellos pacientes que habían recibido corticoides sistémicos en dosis elevadas y en fases iniciales de la erupción.

La pitiriasis rosada es un cuadro benigno y autolimitado, y en la mayor parte de los casos es suficiente con realizar un tratamiento sintomático. Por ello, y debido a la posibilidad del agravamiento de la erupción tras la administración de corticoides sistémicos⁹, desaconsejamos el uso de éstos en el tratamiento de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chuang T, Ilstrup DM, Perry HO, Kurland LT. Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978: A 10-year epidemiologic study. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:80-9.
2. Björnberg A, Hellgren L. Pityriasis rosea. A statistical, clinical, and laboratory investigation of 826 patients and matched healthy controls. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1962; 42(Suppl 50):1-68.
3. Marrón Gasca J, Navarro Lucía M, Grasa Jordán MP, Giménez Serrano H, Murilll Sánchez P. Epidemiología de la Pitiriasis rosada de Gibert. *Actas Dermosifiliogr* 1979;70: 219-22.
4. Björnberg A, Tegner E. Pytiriasis rosea. En: Fitzpatrick TB, editor. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill, 1999; p. 541-46.
5. Arnold HL, Odom RB, James WD. Parapsoriasis, pitiriasis rosada, pitiriasis rubra pilaris. En: Arnold HL, Odom RB, James WD, editores. *Tratado de Dermatología*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993; p. 241-43.
6. Parsons JM. Pityriasis rosea update: 1986. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:159-67.
7. Leenutaphong V, Jiamton S. UVB phototherapy for pityriasis rosea: A bilateral comparison study. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:996-9.
8. Arndt KA, Paul BS, Stern RS, Parrish JA. Treatment of Pityriasis rosea with UV radiation. *Arch Dermatol* 1983;119: 381-2.
9. Leonforte JL. Pityriasis rosea: Exacerbation with corticosteroid treatment. *Dermatologica* 1981;163:480-1.

**Buenaventura Hernández-Machín,
Leopoldo Borrego y Buenaventura Hernández**
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario
Insular de Las Palmas de Gran Canaria. España.