



## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Pitiriasis rubra pilaris aguda postinfecciosa: gran respuesta a emolientes y a corticosteroides tópicos

#### Acute Postinfection Pityriasis Rubra Pilaris: Excellent Response to Emollients and Topical Corticosteroids

Sr. Director:

Un niño de 9 meses presentaba una erupción cutánea localizada en el abdomen y en las extremidades, que se había diseminado rápidamente en los últimos 2 meses, sin otros síntomas asociados. Tenía una historia de múltiples pielectasias tratadas con antibióticos profilácticos (cefadroxilo) hasta los 5 meses de edad. Antes del desarrollo de las lesiones cutáneas, el paciente tuvo múltiples infecciones virales y bacterianas del tracto respiratorio superior que requirieron antibióticos y corticosteroides. En el examen físico, se identificaron unas pápulas y placas de color rosa salmón, confluentes en el tronco y las extremidades (fig. 1a), con islotes de piel sana en ambas piernas. Las biopsias de las lesiones mostraron la presencia de una acantosis, con hipergranulosis, ortoqueratosis y paraqueratosis, y un infiltrado superficial leve, consistente con pitiriasis rubra pilaris (PRP) (fig. 2). El tratamiento tópico se indicó durante un mes, con acetónido de triamcinolona en crema al 0,05%, con una resolución completa de las lesiones (fig. 1b). Debido a la historia clínica de infecciones respiratorias recientes, la resolución temprana de las lesiones cutáneas y los hallazgos histológicos, se planteó el diagnóstico de PRP postinfecciosa aguda.

La PRP es una enfermedad cutánea poco común en los niños. En 1980, Griffiths propuso una clasificación de 5 tipos de PRP basada en aspectos clínicos, epidemiológicos y en la evolución clínica. Las variantes infantiles incluyen: clásica juvenil (tipo III), circunscrita juvenil (tipo IV) y atípica juvenil (tipo V)<sup>1</sup>. En 1983, Larregue describió una nueva variante llamada PRP postinfecciosa, basada en una serie de casos de niños mayores de un año y un historial de una o más infecciones respiratorias recientes. Estos pacientes presentaron unas lesiones cutáneas que eran similares al PRP clásico juvenil, pero tenían un inicio agudo, con un buen pronóstico y una tendencia baja a la recurrencia<sup>2</sup>. Las lesiones cutáneas

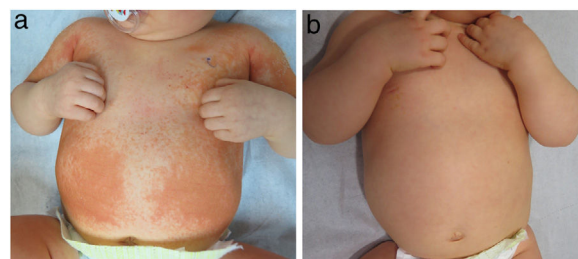


Figura 1 a) Cuadro clínico inicial con múltiples placas de color rosa salmón, en tronco y en ambos brazos. b) Respuesta completa después de 4 semanas de corticosteroides tópicos.

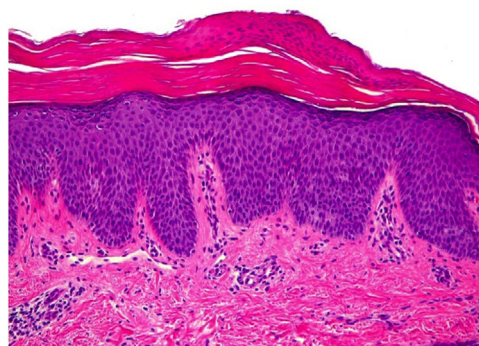


Figura 2 Ortoqueratosis alternando con focos de paraqueratosis (H-E, x40). La epidermis presenta regular acantosis e hiperplasia psoriasisiforme. Dermis con escaso infiltrado inflamatorio.

pueden parecerse a otras dermatosis mediadas por superantígenos, pero su histología y tratamiento son diferentes.

Se han publicado pocos estudios acerca de la eficacia del tratamiento en niños con PRP. En el caso de los tipos III y IV, los mejores resultados se han logrado con los retinoides sistémicos<sup>3,4</sup>. El uso de vitamina A oral es controvertido, ya que se ha observado una buena respuesta en pocos pacientes<sup>5</sup>. Ferrándiz-Pulido et al. publicaron una serie de 4 niños diagnosticados con PRP postinfecciosa, 3 de los cuales fueron tratados con corticosteroides tópicos. Solo un paciente respondió favorablemente al tratamiento de 5 semanas, mientras que los otros requirieron el uso de acitretina para lograr una respuesta clínica. El cuarto paciente

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.11.012>

0001-7310/© 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: M.S. Zegpi-Trueba, L. Navajas-Galimany, S. González et al., Pitiriasis rubra pilaris aguda postinfecciosa: gran respuesta a emolientes y a corticosteroides tópicos, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.11.012>

recibió un curso de 3 semanas de emolientes tópicos y ácido salicílico, con una respuesta completa<sup>2</sup>.

Los emolientes tópicos y el acetónido de triamcinolona fueron eficaces en el paciente, aunque no podemos descartar que la resolución fuera espontánea, dada la posible etiología postinfecciosa del cuadro.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Klein A, Landthaler M, Karrer S. Pityriasis rubra pilaris: A review of diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11:157–70.
2. Ferrándiz-Pulido C, Bartralot R, Bassas P, Bodet D, Repiso T, Aparicio G, et al. Acute postinfectious pityriasis rubra pilaris: A superantigen-mediated dermatosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:706–9.
3. Allison DS, El-Azhary RA, Calobrisi SD, Dicken CH. Pityriasis rubra pilaris in children. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:386–9.
4. Yang CC, Shih IH, Lin WL, Yu YS, Chiu HC, Huang PH, et al. Juvenile pityriasis rubra pilaris: Report of 28 cases in Taiwan. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:943–8.
5. Kan Y, Sumikawa Y, Yamashita T. Successful treatment of pityriasis rubra pilaris with oral Vitamin A in oil (Chocola A<sup>®</sup>) for an 18-month-old child. *J Dermatol.* 2015;42:1210–1.

M.S. Zegpi-Trueba<sup>a</sup>, L. Navajas-Galimany<sup>a</sup>, S. González<sup>b</sup> y C. Ramírez-Cornejo<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

<sup>b</sup> *Dermatopatología SG, Santiago, Chile*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [caramir3@uc.cl](mailto:caramir3@uc.cl) (C. Ramírez-Cornejo).