

CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

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)¹. 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 recurrencia². Las lesiones cutáneas 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

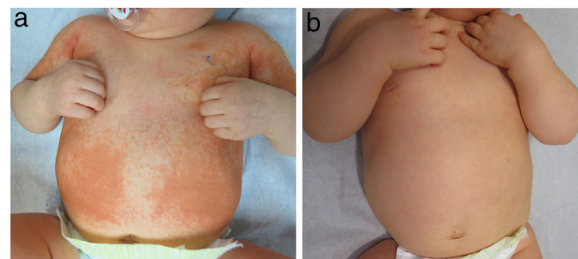


Figura 1 a) Cuadro clínico inicial con múltiples placas de color rosa salmón, en tronco y en ambos brazos. b) Respuesta completa después de 4 semanas de corticosteroides tópicos.

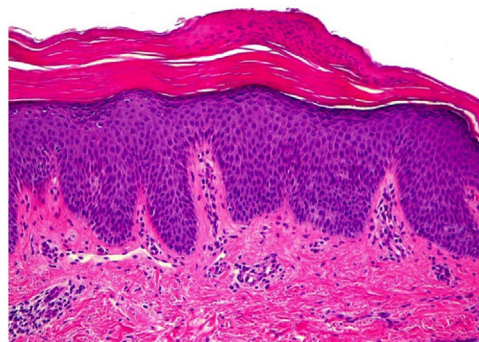


Figura 2 Ortoqueratosis alternando con focos de paraqueratosis (H-E, $\times 40$). La epidermis presenta regular acantosis e hiperplasia psoriasiforme. Dermis con escaso infiltrado inflamatorio.

tipos III y IV, los mejores resultados se han logrado con los retinoides sistémicos^{3,4}. El uso de vitamina A oral es controvertido, ya que se ha observado una buena respuesta en pocos pacientes⁵. 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 recibió un curso de 3 semanas de emolientes tópicos y ácido salicílico, con una respuesta completa².

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®) for an 18-month-old child. *J Dermatol.* 2015;42:1210–1.

M.S. Zegpi-Trueba^a, L. Navajas-Galimany^a, S. González^b y C. Ramírez-Cornejo^{a,*}

^a Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Dermatopatología SG, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

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

<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/>).

Pápulas rojizas centofaciales



Reddish Papules in the Center of the Face

Sr. Director:

Una mujer de 60 años, sin antecedentes personales de interés, acudió a la consulta de Dermatología por presentar múltiples lesiones rojizas de un año de evolución localizadas en ambas mejillas. La exploración física mostraba telangiectasias dispersas y varias pápulas eritematosas/rosadas en regiones malares, con una de mayor tamaño (6 × 5 mm), que se decidió biopsiar (fig. 1). En el estudio histopatológico se observó un denso infiltrado de linfocitos localizado en dermis papilar y reticular con un patrón de crecimiento mixto (nodular/difuso) y presencia de células de hábito centrocítico junto con otras ligeramente mayores de aspecto

centroblástico (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico evidenció positividad para CD10, CD20, CD79a, Bcl-2 y Bcl-6, mientras que los marcadores CD3 y ciclina D1 fueron negativos (fig. 2).

Por otro lado, se detectó reordenamiento monoclonal del gen *IgH* mediante PCR (*polymerase chain reaction*) y reordenamiento del gen *Bcl-2* mediante FISH (*fluorescence in situ hybridization*). La citometría de flujo fue normal. Se realizó un estadificación inicial con una tomografía axial computarizada toracoabdominal y estudios analíticos sanguíneos, incluyendo la lactato deshidrogenasa, sin evidenciar enfermedad sistémica. Por consiguiente, los hallazgos eran compatibles con un linfoma cutáneo primario de estirpe B centrofolicular (LCPCF), el cual se confirmó tras la ausencia de enfermedad sistémica pasados 6 meses. No se realizó biopsia de médula ósea debido al curso indolente de esta enfermedad y a los resultados de las pruebas complementarias.

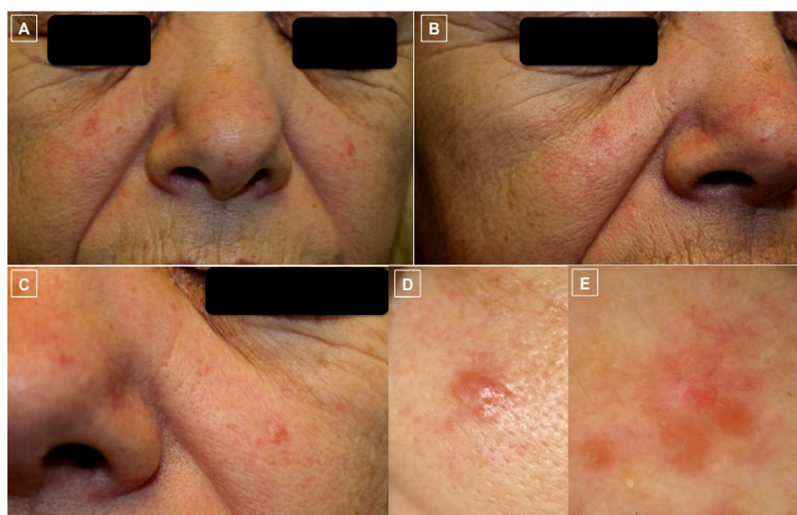


Figura 1 A-D) Fotos clínicas. Pápulas eritematosas bien delimitadas y telangiectasias dispersas en ambas mejillas y punta nasal (A-C). La pápula de mayor tamaño localizada en mejilla izquierda (D) fue la biopsiada. E) Foto dermatoscópica (E) que corresponde a la lesión previa donde se observan, en extremo superior, vasos lineales ramificados sobre un área sin estructura de coloración asalmonada y alguna zona blanquecina.