

# Placas eritematoescamosas en tronco

---

Scaly erythematous plaques on trunk

---

María Moreno Kiernan,<sup>1</sup> María Emilia Fasano,<sup>2</sup> Mara Lorena Ivanov<sup>3</sup> y Guillermo Molins<sup>4</sup>

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia. Consultó por lesiones pruriginosas en tronco y raíz de miembros de un mes de evolución.

Examen dermatológico: múltiples placas eritematosas, de morfología anular, algunas con fina descamación periférica, otras de aspecto urticariforme, pruriginosas, distribuidas en tronco y región proximal de los miembros (fotos 1 y 2).

Exámenes complementarios: hemograma, hepatograma, glucemia, función renal, velocidad de eritrosedimentación, IgE total y orina completa dentro de parámetros normales. FAN: 1/40 patrón moteado fino, VDRL: no reactiva. FR: menor de 30 u/ml.

Estudio histopatológico: piel en la que se observa leve hiperqueratosis con paraqueratosis focal. Acantosis epidérmica leve y espongirosis. En dermis, leve infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial, vasocongestión y extravasación hemática focal (foto 3) (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(5): 365-368).

**Fecha de recepción:** 01/05/2013 | **Fecha de aprobación:** 04/06/2013

---

<sup>1</sup> Residente de 3º año, Servicio de Dermatología

<sup>2</sup> Jefe de Residentes, Servicio de Dermatología

<sup>3</sup> Médica de planta, especialista en Dermatología, Servicio de Dermatología

<sup>4</sup> Residente de 3º año, Servicio de Patología HIEA y C. San Juan de Dios, La Plata, Buenos Aires, República Argentina.

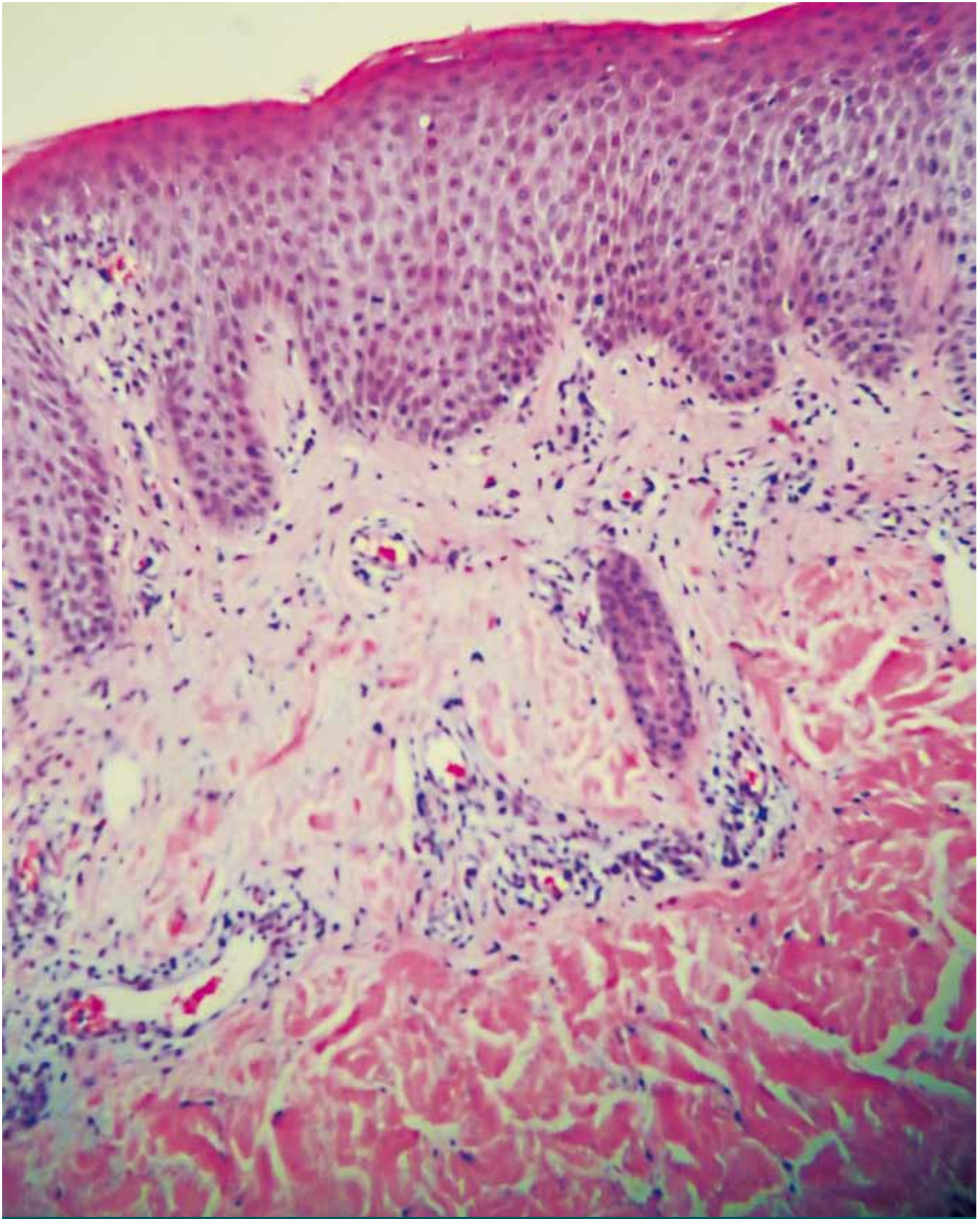
Correspondencia: María Moreno Kiernan. mariamkiernan@hotmail.com



**Foto 1.** Placas eritematodescamativas de morfología anular en tronco.



**Foto 2.** Mayor detalle de las placas eritematodescamativas.



**Foto 3.** (H-E 10x) Acanthosis con espongiosis y paraqueratosis focal. Infiltrado dérmico superficial linfocitario a nivel perivascular con extravasación hemática focal.



## Diagnóstico

Pitiriasis rosada de Gilbert atípica.

## Comentarios

La pitiriasis rosada de Gilbert (PRG) es una dermatosis pápulo-escamosa, frecuente y autolimitada, que se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, con ligero predominio masculino. Fue descrita por Gilbert en 1860.

Si bien se desconoce la etiología de la PRG, se sospecha un probable origen viral (HHV-6, HHV-7), dado que muchos casos aparecen como pequeños brotes epidémicos en comunidades cerradas, en determinadas épocas del año (primavera-otoño), y presentan, la mayoría de ellos, un único episodio sin recidivas, sugiriendo que deja inmunidad.<sup>1-5</sup>

En su forma clásica, la erupción comienza con una placa única de morfología anular, bien delimitada, ovalada o redondeada, de color rosa asalmonada, eritematosa o hiperpigmentada, con una fina descamación periférica, que asienta en tronco o cuello, denominada placa heráldica o placa madre.<sup>1,2</sup>

En días o semanas aparecen pequeñas placas similares a la placa primaria, bilaterales y simétricas, con su eje mayor orientado según las líneas de tensión cutánea, lo que da la imagen en "árbol de Navidad". La cara, manos, pies y mucosas habitualmente no están afectados. La erupción secundaria se produce en brotes, alcanza su máxima intensidad en 14 días y se resuelve espontáneamente en 6 a 8 semanas.<sup>3</sup>

La mayoría de los pacientes no presenta síntomas sistémicos, las lesiones son levemente pruriginosas, aunque algunos pueden referir malestar general, cefaleas, febrícula y artralgias durante los primeros días de la evolución.<sup>1,3</sup>

La PRG puede presentar formas clínicas atípicas en un 20% de los casos, lo que dificulta su reconocimiento, y adopta variantes urticariformes, vesiculosas, purpúricas, unilaterales, símil eritema multiforme, invertida con afectación de pliegues axilares e inguinales o con la placa madre como única lesión.<sup>4</sup>

La histopatología es inespecífica y consiste en una dermatitis espongiótica con exocitosis discreta de linfocitos y focos de paraqueratosis. En la dermis papilar se observa un infiltrado linfohistiocitario perivascular superficial y hematíes extravasados.<sup>6</sup>

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El principal diagnóstico diferencial se plantea con la roséola sifilítica. Otras patologías a descartar son farmacodermias, psoriasis guttata, eccema numular, pitiriasis liquenoide crónica y tiña de la piel lampiña.<sup>7</sup>

Dado que las lesiones remiten espontáneamente, en la mayor parte de los casos no se requiere tratamiento alguno. En los pacientes sintomáticos el tratamiento consiste en aliviar el prurito con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, asociado a emolientes.<sup>3,7</sup>

Sobre la base de los hallazgos clínicos, la histopatología y los análisis de laboratorio, podemos aseverar que nuestro paciente presentó una forma clínica atípica de PRG. Se administró tratamiento sintomático con antihistamínicos y las lesiones remitieron a las dos semanas del diagnóstico.

## Bibliografía

- Martínez Casimiro L., Pérez Ferriols A. Pitiriasis rosada: una presentación atípica, *Semergen*, 2009, 35: 284-286.
- Centeno A., Danielo C., Consigli J., Campana R. Pitiriasis rosada atípica, *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 2007, 35:104-106.
- González L.M., Allen R., Janniger C.K., Schwartz R.A. Pityriasis rosea: an important papulosquamous disorder, *Int. J. Dermatol.*, 2005, 44:757-764.
- Buenaventura Hernández M., Borrego L. Pitiriasis rosada eritrodérmica, *Actas Dermosifiliogr.*, 2003, 94: 337-338.
- Grinspan Bozza N. Pitiriasis rosada de Gilbert: un nuevo enfoque sobre su etiopatogenia, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2008, 58: 121-123.
- Stulberg D.L., Jeff Wolfrey M.D. Pityriasis rosea, *American Family Physician*, 2004, 69: 87-91.
- Zegpi M.S., Echeverría X.P., Salomone C., Benedetto E. Caso clínico-dermatológico para diagnóstico, *Rev. Chil. Pediatr.*, 2003, 74: 87-90.

## RESPUESTAS DERMATOGRILLA

### VERTICALES

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Tabaquismo               | 11. Arboriforme          |
| 3. Queratinización          | 13. Xeroderma pigmentoso |
| 5. Iatropismo               | 14. Criocirugía          |
| 6. Superficial              | 15. Radioterapia         |
| 7. Acantolítica             | 16. Nodular              |
| 9. Periorificial            | 21. Quirúrgico           |
| 10. Carcinoma espinocelular | 23. Terebrante           |

### HORIZONTALES

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| 2. Queratosis actínica     | 20. HPV                     |
| 4. Imiquimod               | 22. Gorlin                  |
| 8. Glomerular              | 24. Queratoacantoma         |
| 12. Adenoide               | 25. HACRE                   |
| 17. CBC                    | 26. Eritroplasia de Queyrat |
| 18. Metatípico             | 27. Verrugoso               |
| 19. Radiación ultravioleta | 28. Esclerodermiforme       |