

## Máculas y pápulas eritematosas con costra hemática central en rostro y dorso

Erythematous macules and papules with central hematic crust in face and back

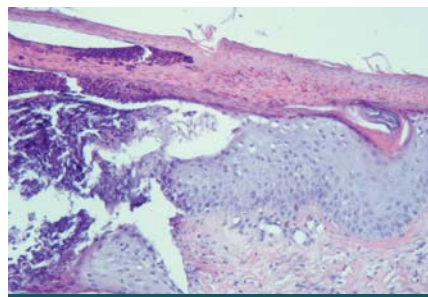
Luciana Frontino<sup>1</sup>, Enrique Valente<sup>2</sup>, María Kurpis<sup>3</sup> y Alejandro Ruiz Lascano<sup>4</sup>



**FOTO 1:** Máculas y pápulas eritematosas, algunas con costra hemática central en rostro.



**FOTO 2:** Pápulas eritematosas y cicatriz deprimida en dorso.



**FOTO 3:** (H-E 40x). Epidermis hiperplásica con hiperparaqueratosis. Tejido necrótico, detritus y exudado fibrinoleucocitario.

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 22 años, sin antecedentes personales patológicos, consultó a nuestro Servicio por presentar múltiples máculas y pápulas eritematosas, asintomáticas; algunas con costra hemática central de 2 meses de evolución, estaban localizadas en rostro y dorso y dejaban cicatrices deprimidas. (Fotos 1 y 2). El estudio histopatológico de una lesión úlcero necrótica, con tinción de hematoxilina-eosina informó epidermis con leve hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis. En un sector de la toma se destacaba la presencia de necrosis de queratinocitos, detritus y abundante exudado fibrinoleucocitario. (Foto 3). En el resto de la dermis moderado edema e infiltrado inflamatorio predominantemente mononuclear al que se adicionan polimorfonucleares neutrófilos con exocitosis marcada hacia los focos de necrosis epidérmica. Se pautaó tratamiento con linciclina 300 mg/día con remisión completa de las lesiones a los 2 meses.

(*Dermatol. Argent.*, 2014, 20(1): 63-64).

**Fecha de recepción:** 14/2/2013 | **Fecha de aprobación:** 6/2/2014

<sup>1</sup> Médica dermatóloga.

<sup>2</sup> Médico de planta del Servicio de Dermatología.

<sup>3</sup> Médica de planta del Servicio de Anatomía Patológica.

<sup>4</sup> Jefe del Servicio de Dermatología y Director de la Carrera de Posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba. Hospital Privado de Córdoba, Naciones Unidas 346, CP 5016, Córdoba, Argentina.

Correspondencia: l.frontino@hotmail.com

## Diagnóstico

Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda.

## Comentarios

La pitiriasis liquenoide (PL) representa un grupo único de trastornos inflamatorios de la piel que incluyen pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA), enfermedad febril úlcero-necrótica de Mucha-Habermann (un subtipo de PLEVA) y pitiriasis liquenoide crónica.<sup>1,2</sup>

Su estudio comienza a fines del siglo XVIII, cuando Neisser describe su forma aguda.

Mucha en 1916 separa las formas agudas de las crónicas, luego Habermann las llama PLEVA y por eso suele denominárselas con el epónimo de enfermedad de Mucha-Habermann a las formas agudas de PL. No obstante, en 1966, describen un subtipo de PLEVA úlcero-necrótica con fiebre alta, al que, en la actualidad se lo conoce como enfermedad febril úlcero-necrótica (en ocasiones "fulminans") de Mucha-Habermann.<sup>1,3</sup>

La pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda se produce en todos los grupos de edad, pero se encuentra con mayor frecuencia en pacientes en la segunda o tercera década de la vida y tiende a ser ligeramente más frecuente en hombres.<sup>3</sup>

Se postulan tres teorías que intentan explicar la patogenia de la PLEVA: 1) reacción inflamatoria gatillada por varios agentes infecciosos (*Toxoplasma gondii*, virus Epstein-Barr, HIV, Citomegalovirus, virus Varicela Zoster, Parvovirus B19, *Staphylococcus coagulans* positivo, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta-hemolítico* Grupo A; 2) respuesta inflamatoria ocasionada por una discrasia de células T; 3) vasculitis de hipersensibilidad mediada por complejos inmunes.<sup>1,4</sup>

Clínicamente se presenta por brotes que se suceden indefinidamente, variando de pocas semanas a meses o años. Individualmente, las lesiones son máculas de 2-3 mm que rápidamente progresan a pápulas con una fina escama micácea que permanece adherida centralmente o papulovesículas. Muchas veces la región central de la pápula sufre necrosis y se ulcera. En consecuencia pueden verse secuelas como cicatrices varioliformes e hipo-hiperpigmentación. Se localizan con mayor frecuencia en tronco, extremidades y zonas de flexión, pero también pueden ocurrir patrones difusos y generalizados.<sup>1</sup>

En la histopatología se puede hallar paraqueratosis confluyente, adelgazamiento de la capa granular, degenera-

ción y necrosis de los queratinocitos, borramiento difuso de la unión dermo-epidérmica, infiltrado linfocitario en cuña en la dermis superficial y profunda y edema dérmico.<sup>6</sup>

Los estudios de inmunohistoquímica señalan la predominancia de células T CD8+ en las lesiones de PLEVA.<sup>1,4,5</sup>

Los diagnósticos diferenciales incluyen papulosis linfomatoide, reacciones a artrópodos, varicela, otros exantemas virales, eritema multiforme, vasculitis, pitiriasis rosada, psoriasis en gotas, sífilis secundaria, entre otros.<sup>1-4</sup>

Existen muchas opciones de tratamiento incluyendo corticoides tópicos, antibióticos orales como tetraciclinas y eritromicina, inhibidores de la calcineurina tópicos, dapsóna, metotrexate, esteroides sistémicos y fototerapia con diferentes grados de éxito.<sup>1,7</sup> En la infancia la eritromicina es una opción de tratamiento efectiva.<sup>8</sup>

---

## Bibliografía

1. Bowers S., Warshaw E. M. Pitiriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 557-572.
2. Khachemoune A., Blyumin M. L. Pitiriasis lichenoides. Pathophysiology, classification and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2007; 8: 29-36.
3. Fernandes N. F., Rozdeba P. J., Schwartz R. A., Kihiczak G., et al. Pitiriasis liquenoides et varioliformis acuta: a disease spectrum. *Int J Dermatol* 2010; 49: 257-261.
4. Pérez O. G., Schroh R., Arra A. y Rodríguez M. Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda durante el embarazo. Presentación de un caso y estudio inmunohistoquímico. *Dermatol Argent* 2008; 14: 394-396.
5. Kim J. E., Yun W. J., Mun S. K., Yoon G. S., et al. Pitiriasis lichenoides et varioliformis acuta and pityriasis lichenoides chronica: comparison of lesional T-cell subsets and investigation of viral associations. *J Cutan Pathol* 2011; 38: 649-656.
6. Sciancalepore G. P., Cigna M. L., Yarza M. L., Grees S. A. Pitiriasis liquenoide: estudio retrospectivo clínico epidemiológico de 49 pacientes pediátricos. [online] *Rev Argent Dermatol* 2013; vol. 94, n.1. <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-300X2013000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2013000100002&lng=es&nrm=iso)>. [citado 2013-10-06], ISSN 1851-300X.
7. Farnaghi F., Seirafi H., Ehsani A. H., Agdari M. E., et al. Comparison of the therapeutic effects of narrow band UVB vs. PUVA in patients with pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011; 25: 913-916.
8. Ersoy-Evans S., Greco M. F., Mancini A. J., Subasi N., et al. Pitiriasis lichenoides in childhood: a retrospective review of 124 patients. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 205-210.