

Pitiriasis Rosada de Gibert Atípica.

A propósito de un caso

Atypical Presentation of Pityriasis Rosea of Gibert.

Case Report

^aLenny Gutierrez¹, ^bArnaldo Aldama¹, ^cGraciela Gorostiaga¹, ^eVictoria Rivelli¹,
^dGloria Mendoza¹, ^dCamila Montoya¹

¹Hospital Nacional. Servicio de Dermatología. Itauguá, Paraguay.

RESUMEN

La Pitiriasis Rosada de Gibert es una enfermedad eritemato-escamosa, frecuente, de inicio repentino, etiología desconocida y evolución autolimitada. El diagnóstico es clínico, considerando la morfología, topografía y la evolución de las lesiones. Sin embargo, existen formas atípicas, al variar alguna de estas características.

Se presenta el caso de un adolescente con el diagnóstico clínico-patológico de Pitiriasis Rosada de Gibert de distribución blaschkoide, en miembro superior derecho y unilateral en el tórax del mismo lado. Una patología común, en este caso con una presentación atípica, que representa un desafío diagnóstico.

Palabras claves: Pitiriasis Rosada de Gibert, líneas de Blaschko, placa heráldica, eritema, descamación.

SUMMARY

Gibert Pityriasis Rosea is an acute erythematous-squamous disorder of unknown and self-limited etiology. It can be diagnosed by its clinical features. It has a very distinctive topography. There are some variations in shape, size, number, symptoms and course of development.

We report a case of an adolescent with the diagnosis of Gibert's Pityriasis Rosea with Blaschko-linear distribution. The lesions are located in the upper limb and the right chest. It is a very common disease, but in this particular case it presents atypical and challenging characteristics for clinical diagnosis.

Keywords: Gibert's pityriasis rosea, lines of Blaschko, heraldic plaque, erythema, peeling.

INTRODUCCIÓN

La Pitiriasis Rosada de Gibert es una dermatosis eritemato-escamosa de aparición repentina y evolución autolimitada.

El diagnóstico es clínico. Los estudios laboratoriales y la anatomía patológica sirven fundamentalmente para descartar otras patologías. Sin embargo, existen dos formas de presentación de la PRG: la forma clásica con la topografía y morfología características descritas y la forma atípica con lesiones de diferente distribución, morfología y evolución.¹

Esta patología no precisa de un tratamiento específico, más que explicar al paciente el curso benigno de la enfermedad. Si presenta prurito, se

^aResidente de Dermatología

^bJefe de Servicio

^cDermatólogo

^dDermatopatólogo

Autor correspondiente:

Lenny Gutiérrez

E-mail: lennyguti@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

pueden prescribir antihistamínicos orales a dosis habituales, emolientes y/o esteroides locales de baja potencia con resultados variables.²

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico clínico y anatomo-patológico de Pitiriasis Rosada de Gibert con una presentación clínica atípica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años, sexo masculino, procedente de Itá (Paraguay), acude a consulta por lesiones en miembro superior derecho y región lateral del tronco del mismo lado, de 4 días de evolución.

Se inician como “manchas rojizas” en hombro derecho y se extienden en forma lineal a miembro superior y a región lateral torácica del mismo lado, levemente pruriginosas. Niega consumo de medicamentos previamente y haber realizado algún tratamiento. No refiere antecedentes patológicos personales y familiares relevantes.

Al examen físico se constatan pápulas y placas eritemato-descamativas, redondeadas que oscilan de 0.5 a 1.5 cm de diámetro aproximadamente, monomorfas, que siguen un trayecto lineal a lo largo de la línea de Blaschko en miembro superior derecho (Figura 1) y región lateral del tórax del mismo lado (Figura 2).

Clínicamente se plantean los diagnósticos de: Pitiriasis Rosada de Gibert, Liquen Estriado, Liquen Plano, Erupción Liquenoide.

Estudios complementarios: Se realiza biopsia de una de las lesiones del brazo, observándose en la anatomía patológica epidermis con moderada acantosis e hiperqueratosis. Dermis superficial con moderado infiltrado linfocitario peri-vascular (Figura 3). A mayor detalle: en ambas imágenes se constata, epidermis con espongirosis. Dermis papilar con capilares dilatados y congestivos, con extravasación de eritrocitos y migración focal a la epidermis. En la imagen de la derecha acúmulos de células paraqueratóticas (Figura 4).



Figura 1: PRG atípica. Lesión a lo largo de la línea de Blaschko, en miembro superior derecho.

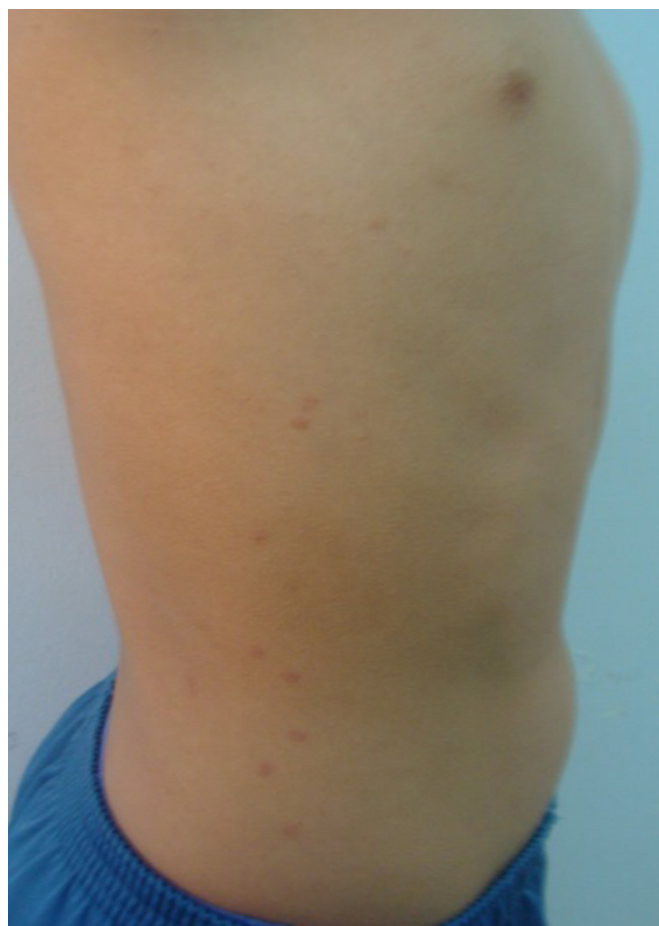


Figura 2: PRG atípica. Lesión unilateral en tórax.

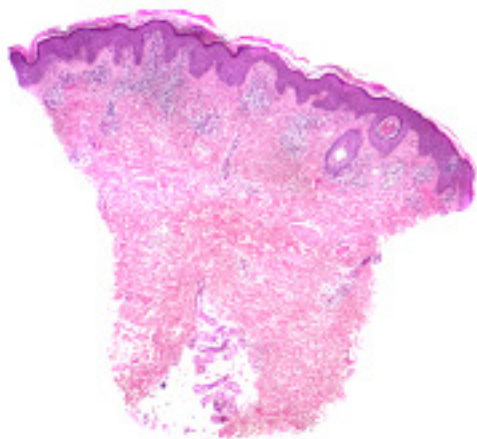


Figura 3: Anatomía patológica: Epidermis con moderada acantosis e hiperqueratosis. Dermis superficial con moderado infiltrado linfocitario perivascular.

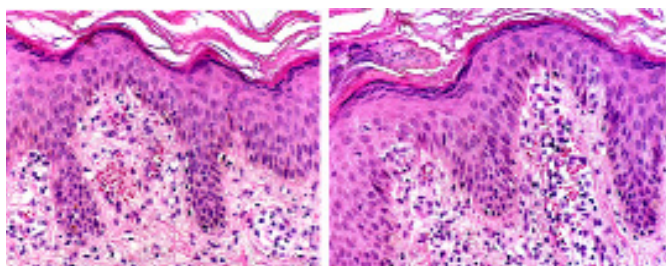


Figura 4: Anatomía patológica a mayor detalle: Epidermis con espongirosis. Dermis papilar con capilares, dilatados y congestivos, extravasación de eritrocitos y migración focal a la epidermis. En la imagen de la derecha acúmulos de células paraqueratósicas.

Se concluye el diagnóstico de Pitiriasis Rosada de Gibert. Se realiza tratamiento con emolientes. Retorna a la semana de la consulta, constatándose mejoría de las lesiones (Figura 5).

COMENTARIOS

La etiología es desconocida. La aparición de síntomas prodrómicos de predominio respiratorio en el 70% de los casos días o semanas previos, y su presentación clínica generalmente en una única ocasión, orientan a un posible origen infeccioso, sin que se haya podido demostrar. Los agentes relacionados son: virus HHV-6, HHV-7 y HHV-8, así



Figura 5: PRG atípica. Mejoría a la semana de tratamiento.

como el virus de influenza H1N1. También agentes no virósicos como *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y *Mycoplasma pneumoniae*. Además se la asocia al uso de ciertos fármacos.³⁻⁷

El cuadro clínico clásico se inicia con una lesión generalmente única llamada placa madre o heráldica, asintomática, más frecuente en el tronco.

Generalmente bien delimitada, de 2 a 4 cm de diámetro, eritematosa, color salmón o hiperpigmentada, presenta un collarite periférico escamoso. En días y hasta 3 semanas comienza la segunda fase, con la aparición de numerosas lesiones, de aspecto similar pero más pequeñas, localizadas en tronco y raíz de extremidades con una distribución metamérica y simétrica, en tronco, con aspecto en árbol de navidad. La erupción típicamente dura 5 semanas, pero puede durar hasta 5 meses. La lesión inicial, la morfología, la topografía, y la evolución son de mucha utilidad para orientar el diagnóstico.^{3,8}

Entre las dos formas de presentación de la PRG se encuentra la forma clásica o típica que se observa en la mayoría de los casos. Las lesiones se localizan en el tronco, con el patrón denominado en árbol de navidad, y en el tercio proximal de las extremidades; en cambio la forma atípica no presenta estas características en el tronco, predomina en las extremidades, o incluso se presenta en otras localizaciones por lo que se le ha denominado invertida.⁹

El caso presenta dos patrones atípicos de Pitiriasis Rosada de Gibert: en el miembro patrón blaschkoide y en el tórax distribución unilateral.

Las líneas de Blaschko son determinadas embriológicamente por migraciones de clones celulares genéticamente diferentes, produciendo mosaicismos, que se ponen en evidencia en determinadas genodermatosis o en enfermedades inflamatorias como el liquen estriado, el liquen plano, el lupus eritematoso entre otras.¹⁰

Esta distribución blaschkoide es excepcional en la Pitiriasis Rosada de Gibert, son escasas las referencias de esta forma clínica, una de ellas en una mujer adulta con lesiones en la pierna derecha sin confirmación histológica y con resolución completa en dos semanas.¹² Se especula que la típica distribución en árbol de navidad de la Pitiriasis Rosada de Gibert se debe al mosaicismo, por lo que tal vez su importancia sea decisiva en la topografía de la Pitiriasis Rosada de Gibert.¹⁰

Esta distribución obliga a varios diagnósticos diferenciales, en primer lugar con el liquen estriado pero la anatomía patológica fue compatible con Pitiriasis Rosada de Gibert.

Si bien la biopsia no se indica de forma habitual por no ser conclusiva, se sugiere como herramienta útil para casos atípicos de difícil diagnóstico clínico y descartar otros diagnósticos diferenciales posibles.

CONCLUSIÓN

La Pitiriasis Rosada de Gibert es un trastorno dermatológico común, siendo el diagnóstico facilitado por las características clínicas típicas

presentes en la mayoría de los casos. Sin embargo, debemos estar siempre atentos ante las formas atípicas de presentación por los diagnósticos diferenciales que pueden plantearse. Entre estos uno de los menos frecuentes es el de distribución blaschkoide.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González LM, Allen R, Janniger CK, Schwartz RA. Pityriasis rosea: An important papulosquamous disorder. *Int J Dermatol*. 2005;44(9):757-64.
2. Perez-Elizondo A, Ortiz-Ortega L, Contreras-Guzmán C. Pitiriasis rosada de Gibert: una breve revisión de un exantema común. *Arch Inv Mat Inf*. 2015;7(1):27-29.
3. Percival GH. Pityriasis rosea. *Br J Dermatol*. 1932; 44:241-53.
4. Casaní Martínez C. Pitiriasis rosada recurrente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8:615-9.
5. Rebora A, Drago F, Broccolo F. Pityriasis rosea and herpesviruses: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010; 28(5):497-501.
6. Kwon NH, Kim JE, Cho BK, Park HJ. A novel influenza A (H1N1) virus as a possible cause of pityriasis rosea? A comment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(8):991-2.
7. Chuh AA, Chan HH. Prospective case-control study of chlamydia, legionella and mycoplasma infections in patients with pityriasis rosea. *Eur J Dermatol*. 2002;12(2):170-3.
8. Eisman S, Sinclair R. Pityriasis rosea. *BMJ*. 2015 29;351:h5233.
9. Stulberg DL, Wolfrey J. Pityriasis rosea. *Am Fam Physician*. 2004; 69(1):87-91.
10. Centeno A, Danielo C, Papa M, Consigli J, Campana R. Pitiriasis rosada atípica. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007;35(2):104-106.
11. Bravo F. La distribución lineal de las lesiones cutáneas. *Folia dermatol. Perú* 2009; 20 (3):119-120.