

Pitiriasis alba

Fecha de la última revisión: **15/09/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Cuando hablamos de pitiriasis alba nos referimos a un trastorno adquirido de hipopigmentación cutánea en forma de máculas de tamaño variable localizadas con mayor frecuencia en la cara, el cuello, parte superior del tronco y extremidades.

Afecta mayormente a preadolescentes con edades comprendidas entre los 3 y los 16 años. La incidencia varía del 1,9% al 5,2%, siendo más alta en la población con fototipo de piel más oscura (Miazek N, 2015; Jadotte YT, 2011).

Su etiología es desconocida (In SI, 2009). Los factores de riesgo implicados son:

- Dermatitis atópica: se identificó en el 85% de los pacientes (Vinod S, 2002).
- Exposición solar (Blessmann Weber M, 2002).
- Hábitos de higiene inapropiados: baños frecuentes, largos y con agua caliente, uso de jabones (Jadotte YT, 2011).
- Nivel socioeconómico bajo.
- Xerosis.
- Deficiencia mineral: se encontraron niveles séricos bajos de cobre (Galadari E, 1992).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico. Se trata de máculas de tamaño variable (0,5 a 5 cm de diámetro) con bordes bien definidos y límites difuminados que se localizan preferentemente en cara (frente, región malar) y cuello y con menor frecuencia en tronco y extremidades. En estadios iniciales pueden presentarse como máculas rosadas que se van decolorando con el paso de las semanas.

Suelen ser asintomáticas y en número de 2 ó 3. Pueden perdurar durante años.

El análisis histológico no es específico, varía en función de los diferentes estadios de la pitiriasis (Jadotte YT, 2011).



Debe hacerse el diagnóstico diferencial con (Miazek N, 2015; Jadotte YT, 2011):

- Vitíligo: se presenta como máculas hipopigmentadas, bien definidas, confluyentes, no descamativas, con predilección por la región distal de extremidades, perioral y periocular. Las máculas del vitíligo presentan una pérdida total de melanocitos.
- Tiña versicolor: son máculas descamativas redondeadas u ovals que pueden converger hasta cubrir grandes áreas de la superficie corporal. Se localizan en tórax, espalda, parte superior de los brazos, axilas e ingles. La preparación con hidróxido de potasio revela esporas e hifas. El examen con lámpara de Wood muestra una fluorescencia amarilla.
- Psoriasis: el diagnóstico diferencial se basa en la historia clínica del paciente y la presencia de pápulas características de la psoriasis.
- Nevus despigmentado: mácula hipopigmentada que a menudo está presente desde el nacimiento y se hace más visible a partir de los 3 años de edad. La localización más frecuente es la espalda y las nalgas.
- Nevus anémico: enfermedad congénita pediátrica.

- Micosis fungoide: son lesiones eritematosas e infiltrativas no descamativas. Presentan un número excesivo de linfocitos T epidérmicos.
- Otros: eccema numular, lepra, hipopigmentación iatrogénica por administración de peróxido de benzoílo.

¿Cómo se trata?

Aunque las lesiones pueden perdurar durante meses o años, la pitiriasis alba mejora espontáneamente y en general responde bien al control y la prevención de los factores de riesgo implicados en su desarrollo (Miazek N, 2015; Blessmann Weber M, 2002):

- Reducir la exposición solar.
- Proteger con filtro solar las zonas afectadas.
- Disminuir la frecuencia de los baños.
- Se pueden utilizar cremas emolientes en pacientes con antecedentes de atopía.
- Hidratación correcta de la piel.

En general el tratamiento farmacológico no es necesario. En caso de prurito intenso pueden usarse corticoides tópicos de baja o mediana potencia durante períodos cortos de tiempo. Además los corticoides tópicos pueden acelerar la repigmentación (Blessmann Weber M, 2002).

Otros tratamientos eficaces probados en ensayos con un número limitado de pacientes en estadios avanzados de la enfermedad, la mayoría con dermatitis atópica asociada, son el **tacrolimus tópico** 1% (Rigopoulos D, 2006) o el tratamiento con **calcitriol tópico** 0.0003% que es tan efectivo como el tacrolimus (Moreno-Cruz B, 2012).

Bibliografía

- Blessmann Weber M, Sponchiado de Avila LG, Albaneze R, Magalhães de Oliveira OL, Sudhaus BD, Cestari TF. Pityriasis alba: a study of pathogenic factors. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002;16(5):463-8. PubMed **PMID: 12428838**
- Fujita WH, McCormick CL, Parneix-Spake A. An exploratory study to evaluate the efficacy of pimecrolimus cream 1% for the treatment of pityriasis alba. Int J Dermatol. 2007;46(7):700-5. PubMed **PMID: 17614797**
- Galadari E, Helmy M, Ahmed M. Trace elements in serum of pityriasis alba patients. Int J Dermatol. 1992;31(7):525-6. PubMed **PMID: 1500254**
- In SI, Yi SW, Kang HY, Lee ES, Sohn S, Kim YC. Clinical and histopathological characteristics of pityriasis alba. Clin Exp Dermatol. 2009;34(5):591-7. PubMed **PMID: 19094127**
- Inanir I, Sahin MT, Gündüz K, Dinç G, Türel A, Oztürkcan S. Prevalence of skin conditions in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factors. Pediatr Dermatol. 2002;19(4):307-11. PubMed **PMID: 12220273**
- Jadotte YT, Janniger CK. Pityriasis alba revisited: perspectives on an enigmatic disorder of childhood. Cutis. 2011;87(2):66-72. PubMed **PMID: 21416771**
- Miazek N, Michalek I, Pawlowska-Kisiel M, Olszewska M, Rudnicka L. Pytiriasis Alba--Common disease, Enigmatic Entity: Up-to-Date Review of the Literature. Pediatr Dermatol. 2015;32(6):786-91. PubMed **PMID: 26477326**
- Moreno-Cruz B, Torres-Álvarez B, Hernández-Blanco D, Castanedo-Cazares JP. Double-blind, placebo-controlled, randomized study comparing 0.0003% calcitriol with 0.1% tacrolimus ointments for the treatment of endemic pityriasis alba. Dermatol Res Pract. 2012;2012:303275. PubMed **PMID: 22577371**. **Texto completo**
- Rigopoulos D, Gregoriou S, Charissi C, Kontochristopoulos G, Kalogeromitros D, Georgala S. Tacrolimus ointment 0.1% in pityriasis alba: an open-label, randomized, placebo-controlled study. Br J Dermatol. 2006;155(1):152-5. PubMed **PMID: 16792767**
- Vinod S, Singh G, Dash K, Grover S. Clinico epidemiological study of pityriasis alba. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2002;68(6):338-40. PubMed **PMID: 17656993**. **Texto completo**

Más en la red

- Lin RL, Janniger CK. Pityriasis alba. Cutis. 2005 Jul;76(1):21-4. PubMed **PMID: 16144284**
- Miazek N, Michalek I, Pawlowska-Kisiel M, Olszewska M, Rudnicka L. Pytiriasis Alba--Common disease, Enigmatic Entity: Up-to-Date Review of the Literature. Pediatr Dermatol. 2015;32(6):786-91. PubMed **PMID: 26477326**

Autora

- Isabel Álvarez Moital Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Urgencias. Hospital Virxe da Xunqueira. Servicio Galego de Saúde. Cee (A Coruña). España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

