

Pitiriasis rosada

Fecha de la última revisión: 11/02/2018

Índice de contenidos

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

¿De qué hablamos?

La pitiriasis rosada es una enfermedad exantemática aguda autolimitada que cursa con lesiones maculopapulosas de aspecto asalmonado en áreas proximales de las extremidades y en tronco, donde se distribuyen de forma paralela a las líneas de la hendidura. No suele haber síntomas generales o son mínimos.

Es de causa desconocida. Existen algunas características que sugieren una etiología vírica (pródromos, evolución variable, ausencia de recaídas, hallazgos histológicos, etc.) que algunos autores relacionan con el herpes virus humano 6 y 7, aunque otros estudios lo cuestionan (Drago F, 2016; Chuh A, 2016).

Afecta con más frecuencia a niños mayores y jóvenes adultos (10-35 años). No parece haber una variación estacional clara ni un sexo predominante. La tasa de recurrencia a los 5 años es inferior al 2% (Harvell JD, 2016; Ganguly S, 2013; Chuang TY, 1982).

¿Cómo se manifiesta?

El cuadro típico se inicia con una lesión redondeada u oval de 4-8 cm, casi siempre única, generalmente situada en el tronco, de color asalmonado, discretamente descamativa y en ocasiones ligeramente pruriginosa, llamada “placa heraldo”. Puede acompañarse de síntomas generales leves: astenia, anorexia, odinofagia, cefalea y artralgias.

En 1-2 semanas esta lesión se torna más escamosa y clara en el centro al tiempo que aparecen otras de menor tamaño que se diseminan por las extremidades (áreas proximales) y por el tronco distribuyéndose simétricamente en forma arbórea a lo largo de las hendiduras costales. En la espalda es más evidente (“signo del árbol de Navidad”) (Drago F, 2009; Stulberg DL, 2004).

La evolución de las lesiones es similar a las de la lesión “madre” desapareciendo en 5-6 semanas, aunque en algunos casos puede permanecer más tiempo. Más del 80% se resuelven en 8 semanas. Pueden persistir temporalmente áreas hiper o hipo pigmentadas pero nunca dejan cicatriz (Eisman S, 2015). En menos del 20% pueden darse variantes atípicas que incluyen formas unilaterales, liquenoides, vesiculares, papulares, purpúricos, eritema multiforme y urticarial (Eisman S, 2015).



Pitiriasis rosada

Lesiones eritematoescamosas en espalda con distribución en forma de ramas de abeto



Pitiriasis rosada

Lesiones redondeadas y ovales de pequeño tamaño, en tronco, de color asalmonado, discretamente descamativas



Pitiriasis rosada

Lesiones similares a figuras previas

En 1-2 semanas las lesiones se tornan más escamosas y claras en el centro

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico. Debe recogerse con detalle el consumo de fármacos. No hay alteraciones específicas en las pruebas de laboratorio, que solo se utilizan para realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos. Por ejemplo serologías o examen de KOH en busca de escamas.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con:

- **Sífilis** secundaria: no respeta palmas y plantas, suele haber linfadenopatía. Algunos autores recomiendan realizar serología luética sistemática por la dificultad de diferencia clínica.
- **Psoriasis** en gotas: lesiones eritematoescamosas de 1-10 mm de diámetro de predominio troncal que presentan sangrado puntiforme de la dermis al raspar capas superiores. Suelen aparecer tras una infección respiratoria por estreptococo, en niños y adultos jóvenes y desaparecen espontáneamente a los 2-3 meses.
- Reacciones cutáneas a fármacos: hay un listado enorme de medicamentos que pueden producir una erupción similar a la pitiriasis rosada. Algunos autores incluso interpretan como pitiriasis rosada desencadenada por fármacos. Estos son algunos de los de uso más habituales: adalimumab, AINEs, IECAs, isotretinoína, lamotrigina, metronidazol, omeprazol, terbinafina y algunas vacunas.
- **Tiña**: aunque hay múltiples formas, en tronco suele formar medallones circulares u ovales de borde escamoso o vesiculoso, infiltrado con centro eritematoescamoso. Diagnóstico mediante examen microscópico de las escamas en una solución de hidróxido potásico (KOH) y cultivo.
- **Pitiriasis versicolor**: máculas levemente descamativas, redondas u ovales, hipo o hiperpigmentadas que pueden converger hasta cubrir grandes áreas de la superficie corporal. En lesiones de mayor tamaño la descamación puede aparecer sólo en el borde de la lesión.
- Otras patologías a tener en cuenta: seroconversión VIH, eczema numular y erupción polimorfa del embarazo.
- El diagnóstico puede confirmarse usando la luz de Wood o mediante examen microscópico de las escamas en una solución de KOH.

La pitiriasis rosada puede producir leucocitosis y VSG aumentada (Drago F, 2009).

¿Cómo se trata?

Es una enfermedad que requiere una detallada explicación acerca de su causa, contagio, posibles tratamientos y pronóstico ya que produce gran preocupación al paciente y a su entorno familiar.

Habitualmente no precisa tratamiento alguno ya que es una enfermedad autolimitada y no hay evidencias sólidas para recomendar ningún fármaco (Chuh AA, 2007). La **eritromicina** oral disminuyó el picor en un estudio con pocos casos. Un trabajo más reciente, con más casos, no encontró beneficio (Rasi A, 2008). Otros macrólidos no demostraron ningún efecto beneficioso (Singh S, 2016; Ahmed N, 2014).

En algunos casos pueden utilizarse corticoides tópicos de potencia baja o antihistamínicos orales para aliviar el picor si éste fuera intenso, no combinados (Browning JC, 2009; Chuh AA, 2007).

La utilidad del **aciclovir** es controvertida. Aunque no parece tener eficacia significativa, algunos autores encuentran que es efectivo para lograr la regresión de la erupción y disminuir el prurito y lo recomiendan en casos potencialmente graves. Dosis bajas (400 mg 3 veces al día durante 7 días) son tan eficaces como dosis altas (Chuh A, 2016; Singh S, 2016; Drago F, 2009). Existe una revisión sistemática en marcha sobre la eficacia del aciclovir en este proceso (Rodríguez Zúñiga M, 2016).

Bibliografía

- Ahmed N, Iftikhar N, Bashir U, Rizvi SD, Sheikh ZI, Manzur A. Efficacy of clarithromycin in pityriasis rosea. J Coll Physicians Surg Pak. 2014;24(11):802-5. PubMed **PMID: 25404436**
- Browning JC. An update on pityriasis rosea and other similar childhood exanthems. Curr Opin Pediatr. 2009;21(4):481-5. PubMed **PMID: 19502983**
- Chuang TY, Ilstrup DM, Perry HO, Kurland LT. Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. J Am Acad Dermatol. 1982;7(1):80-9. PubMed **PMID: 6980904**
- Chuh A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. A position statement on the management of patients with pityriasis rosea. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(10):1670-81. PubMed **PMID: 27406919**
- Chuh AA, Dofitas BL, Comisel GG, Reveiz L, Sharma V, Garner SE, Chu F. Interventions for pityriasis rosea. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(2):CD005068. PubMed **PMID: 17443568**
- Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. J Am Acad Dermatol. 2009;61(2):303-18. PubMed **PMID: 19615540**
- Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Broccolo F, Parodi A. Pityriasis Rosea: A Comprehensive Classification. Dermatology. 2016;232(4):431-7. PubMed **PMID: 27096928. Texto completo**
- Eisman S, Sinclair R. Pityriasis rosea. BMJ. 2015;351:h5233. PubMed **PMID: 26514823**
- Ganguly S. A clinicoepidemiological study of pityriasis rosea in South India. Skinmed. 2013;11(3):141-6. PubMed **PMID: 23930352**
- Harvell JD, Selig DJ. Seasonal variations in dermatologic and dermatopathologic diagnoses: a retrospective 15-year analysis of dermatopathologic data. Int J Dermatol. 2016;55(10):1115-8. PubMed **PMID: 27061329**
- Pandhi D, Singal A, Verma P, Sharma R. The efficacy of azithromycin in pityriasis rosea: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2014;80(1):36-40. PubMed **PMID: 24448121. Texto completo**
- Rasi A, Tajziehchi L, Savabi-Nasab S. Oral erythromycin is ineffective in the treatment of pityriasis rosea. J Drugs Dermatol. 2008;7(1):35-8. PubMed **PMID: 18246696**

- Rodríguez Zúñiga M, Torres Panduro N, García Pedromo H. Effectiveness of acyclovir in the treatment of Pytiriasis rosea: a systematic review and meta-analysis. PROSPERO 2016 CRD42016049318. [Texto completo](#)
- Singh S, Anurag, Tiwary NK. Acyclovir is not effective in pityriasis rosea: Results of a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2016;82(5):505-9. PubMed [PMID: 27212277](#). [Texto completo](#)
- Stulberg DL, Wolfrey J. Pityriasis rosea. Am Fam Physician. 2004;69(1):87-91. PubMed [PMID: 14727822](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Chuh A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. A position statement on the management of patients with pityriasis rosea. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(10):1670-81. PubMed [PMID: 27406919](#)
- Eisman S, Sinclair R. Pityriasis rosea. BMJ. 2015;351:h5233. PubMed [PMID: 26514823](#)

Autor

■ Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



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](#) |

