

## Pediatría práctica

**Dermatología pediátrica: haga su diagnóstico***Dras. María L. Gioseffi\*, Margarita Giardelli\*, Roberta Calvano\*\* y Roxana Di Leo\*\*\****CASO CLÍNICO**

Paciente de sexo femenino, de 14 años de edad, que consulta por una erupción poco pruriginosa en el tronco, constituida por numerosas placas pequeñas y erite-

matosas, algunas con una discreta escama central. La distribución es centrípeta y se extiende hasta la raíz de los miembros. La paciente se encuentra afebril y en buen estado general.

FOTOS 1 Y 2. *Ver epígrafes en página siguiente*

**¿Cómo orienta el interrogatorio?**

Frente a un paciente en buen estado general, con una erupción eritemato-escamosa de distribución centrípeta, es importante interrogar sobre la existencia de la placa madre previa. Esta paciente sí la presentaba.

Afecta a ambos sexos por igual, con mayor incidencia en otoño y primavera; poco frecuente en los niños pequeños es más común en la adolescencia.

Esta enfermedad se asocia con la reactivación de los herpesvirus 6 y 7, ambos, agentes del exantema súbito.<sup>1</sup>

**¿Cuál es su diagnóstico?**

Pitiriasis rosada de Gibert.

**PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT**

Enfermedad exantemática benigna, autolimitada, del grupo de las dermatopatías eritematoescamosas. Su nombre proviene del griego, pityriasis (fina escama) y del latín rosea (rosa); fue descrita por Camilla Gibert.

**CLÍNICA**

La lesión inicial de la enfermedad es la "placa madre" o medallón heráldico, presente en el 70-80% de los casos. Es una placa oval o redonda, de 2-5 cm de diámetro, que se localiza en el tronco, el cuello o la raíz de los miembros. Su aspecto es rosado y en la periferia su aspecto es más eritematoso con una fina descamación.

Pasados 7-14 días aparece el exante-

\* Sección Dermatología Pediátrica.

\*\* Residente 3<sup>er</sup> Año de Pediatría.

\*\*\* Residente 4<sup>o</sup> Año de Pediatría.

Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia:  
lauragioseffi@fibertel.com.ar

ma, clásicamente con distribución centrípeta, en el tronco, las raíces de los miembros y el cuello. Es bilateral y simétrico, rara vez afecta la cara y está constituido por placas ovales, pequeñas (5-30 mm), inicialmente eritematosas. En el tronco se distribuyen con aspecto "en árbol de Navidad", con el eje situado a nivel de la columna vertebral.

Pocos días después, las pequeñas placas eritematosas adquieren aspecto rosado y una pequeña escama central, que no cubre la totalidad de la placa. Este aspecto de las lesiones es un valioso aporte clínico y permite hacer el diagnóstico de pitiriasis rosada frente al paciente.

El prurito es variable, muchas veces inexistente y, en pocos casos, más intenso. La afección de la mucosa oral es infrecuente.<sup>2,3</sup>

La erupción es benigna y dura 4-6 semanas; las lesiones desaparecen espontáneamente. Pueden dejar hiperpigmentación o hipopigmentación residual transitoria.<sup>2-5</sup>

En el 20% de los casos la presentación de la pitiriasis rosada es atípica y esta atipía involucra tanto a la placa madre como al exantema. Surgen así las siguientes variantes clínicas:

*Placa madre:* Puede estar ausente, ser la única manifestación o haber más de una (5% de los casos).

*Exantema:* Su aspecto puede ser vesicular, pustular, purpúrico o en grandes placas (similar al eritema multiforme).

Por su distribución puede adquirir las formas:

- invertida, de localización centrípeta (miembros y cabeza)
- flexural, en axilas e ingles
- en torno a la placa madre

### Diagnóstico diferencial:

*Exantema:*

Sífilis secundaria (considerar en adolescentes sexualmente activos o niños abusados), fácil de evaluar por serología. En el secundarismo es frecuente el compromiso palmo-plantar.

Psoriasis en gota

Pitiriasis liquenoide crónica

Erupción por drogas

*Placa madre:*

Dermatoficia de piel lampiña

Eccema numular

### TRATAMIENTO

Es innecesario, salvo cuando existe prurito. En este caso es sintomático: eventual antihistamínico y humectación.

Posee buena evolución con resolución espontánea en 4-8 semanas. El riesgo de contagio interhumano es bajo y el paciente puede continuar sus actividades habituales (colegio, deportes, etc.).

### Recordar:

*Pitiriasis rosada de Gibert*

- Placa madre
- Erupción eritematoescamosa con escama central
- Varones = mujeres
- Otoño y primavera
- Autorresolución

### CONCLUSIÓN

El motivo de esta presentación es ayudar al pediatra a diagnosticar la Pitiriasis Rosada de Gibert en el consultorio y recordar su forma clásica de presentación, aspecto clínico y evolución.

Se optimiza así la consulta pediátrica, y se evitan derivaciones a especialistas, costos innecesarios y ausentismo escolar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Broccolo F, Drago F, Careddu AM, et al. Additional evidence that pityriasis rosea is associated with reactivation of human herpesvirus-6 and -7. *J Invest Dermatol* 2005, 124(6):1234-1240.
2. Hogan P. Papulosquamous Disease. En: Schachner L, Hansen R. *Pediatric Dermatology*. Filadelfia: Mosby 2003:670-671.
3. Hurwitz S. Papulosquamous and Related Disorders. En: Hurwitz S. *Clinical Pediatric Dermatology*. Filadelfia: Saunders 1993:122-123.
4. Máximo J. Patología Exantemática. En: Pueyo S, Máximo J. *Dermatología Infantil en la Práctica Pediátrica*. Buenos Aires: Buschi 1999:173-174.
5. Rubinson R. Enfermedades Papuloescamosas. En: Larralde de Luna. *Dermatología Neonatal y Pediátrica*. Buenos Aires, Argentina: Edimed; 1995: 54-55.

FOTO 1. Panorámica de tórax anterior. Placa madre en hipocondrio derecho. Múltiples placas pequeñas rosadas, ovaladas, algunas con pequeña escama.

FOTO 2. Mayor aumento en hemiabdomen izquierdo. Se observa la escama fina sobre las pequeñas placas, sólo en su parte central, sin desbordarla.