

Histopatología de la Pitiriasis Rosada

Histopathology of Pitiriasis Rubra Pilaris

Alex Ventura-León¹, Elizabeth Guevara-Sánchez²

DEFINICIÓN

La Pitiriasis Rosada (PR), es una enfermedad pápulo escamosa autolimitada. El término *pitir* procede del griego *πίτυρον*: que significa *salvado de cereal*, lo cual se refiere a la escama fina, observada en la superficie de las lesiones y *asis*, que significa enfermedad. El latín *rosea* traduce el color rosado de las lesiones.

Es una enfermedad exantemática, aguda, asociada con la reactivación sistémica endógena del virus herpes humano 6 y/o 7. Es frecuente en individuos entre los 10 y 35 años, así como en las estaciones de otoño e invierno.

CLÍNICA

En cuanto a las manifestaciones clínicas, éstas van a ser divididas en presentaciones típicas y atípicas. Dentro del primer grupo, el rash inicia con una lesión única de aproximadamente 3 cm, tipo placa eritematosa ovalada, en cuya superficie se puede observar una escama fina, la cual en la periferia de la lesión, forma un collarite descamativo, mientras que en el centro de la lesión es más adelgazada con cierta depresión, dicha lesión inicial (placa heraldo) es rodeada posteriormente por lesiones más pequeñas de similares características, cuyo eje mayor, se localiza paralelo y siguiendo las líneas de clivaje del tronco, de forma simétrica y bilateral, adoptando una configuración en “árbol de navidad”, sin embargo esta lesión inicial suele estar ausente en muchos casos (12 a 90 % de pacientes) (Figura N° 1 y 2).



Figura N° 1. Distribución de lesiones en tronco y extremidades, siguiendo las líneas de Langer. Observamos una placa ovalada en miembro superior izquierdo (placa heraldo)

Tomado de: Li Ang, Ping Li Recurrent pityriasis rosea: A case report HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS 2018, VOL. 14, NO. 4, 1024-1026

La duración del exantema puede variar desde 2 a 6 semanas y en algunos casos es precedido o simultáneamente acompañado por síntomas como malestar, cefalea, náuseas, hiporexia, alteraciones gastrointestinales, artralgias, odinofagia, adenomegalias, fiebre y síntomas respiratorios altos (hasta en un 69%). El prurito es leve a moderado en 50% de los casos, severo en 25% y ausente en 25%. Así mismo se reporta que un 16 %, presenta compromiso en mucosa oral, lo cual incluye: Erosiones o ulceraciones (más frecuente), hemorragias puntiformes, máculas eritematosas, lesiones anulares eritematosas y placas eritematosas. Las lesiones duran aproximadamente en promedio 45 días, luego posteriormente regresionan lentamente sin dejar cicatriz.

Dentro del segundo grupo, la Pitiriasis Rosada de presentación atípica, se puede manifestar según la

1. Médico Patólogo del Hospital Cayetano Heredia y del Laboratorio Unilabs. Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Dermatóloga Asistente en el Hospital Regional de Lambayeque. Egresada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Especialización en Dermatología).



Figura N° 2. Se observan placas eritematosas con una escama fina superficial que en la periferia forma un collarete descamativo, mientras que en el centro de la lesión es más adelgazada con cierta disminución del eritema. Tomado de: Li Ang, Ping Li Recurrent pityriasis rosea: A case report HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS 2018, VOL. 14, NO. 4, 1024–1026

variación de sus lesiones: Ya sea la *morfología* (vesicular, purpúrica, hemorrágica o urticariana), *tamaño* (lesiones grandes en la que se denomina PR Gigante de Darier o hasta más pequeñas como en la PR papular), *número* (Pitiriasis Marginata et circinata de Vidal que exhibe grandes placas localizadas en axilas o región inguinal con cursos prolongados por meses, que sugieren más un eritema anular centrífugo) *localización* (atípica en cara, axila o ingle, en la que se denomina PR inversa) *severidad de síntomas* concomitantes (PR irritata, en la cual hay sensación severa de prurito y ardor) y *curso de*

la enfermedad (PR Recurrente, la cual recurre usualmente dentro del año de la presentación inicial, posiblemente debido a una caída temporal en la inmunidad celular, debido a algún factor estresante; PR Persistente, aquella cuya duración es de 12 semanas a más).

DIAGNÓSTICO

En cuanto al diagnóstico, éste se basa *principalmente* en las características clínicas; en cuanto a la búsqueda del agente causal, se podría solicitar al paciente PCR para virus herpes 6 y 7, lo cual nos indicaría el nivel de viremia en sangre y tiene alta sensibilidad y especificidad; la biopsia de piel ayudaría sobre todo en las manifestaciones atípicas para excluir diagnósticos diferenciales.

HISTOPATOLOGÍA

Los hallazgos histológicos suelen ser los de una dermatitis espongiótica subaguda o crónica (dependiendo del estadio de la lesión).

A un menor aumento podremos observar que los principales cambios se dan a nivel de la epidermis en donde destacan la acantosis y paraqueratosis. Figura N° 3

Luego, a un mayor acercamiento Figura N° 4, podemos notar también la espongiosis que suele ser leve a moderada. Nótese además que la paraqueratosis suele ser en “montes”, lo que significa que hay pequeños focos de paraqueratosis a lo largo de un estrato corneo que en las áreas no afectadas permanecerá en canastilla.

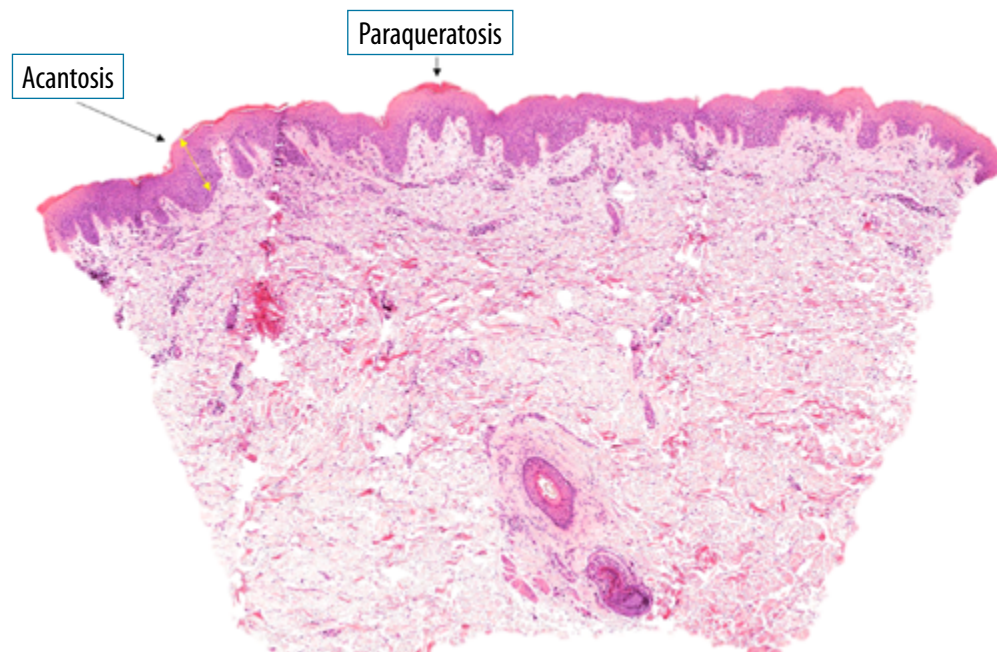


Figura N° 3. Imagen histológica a menor aumento.

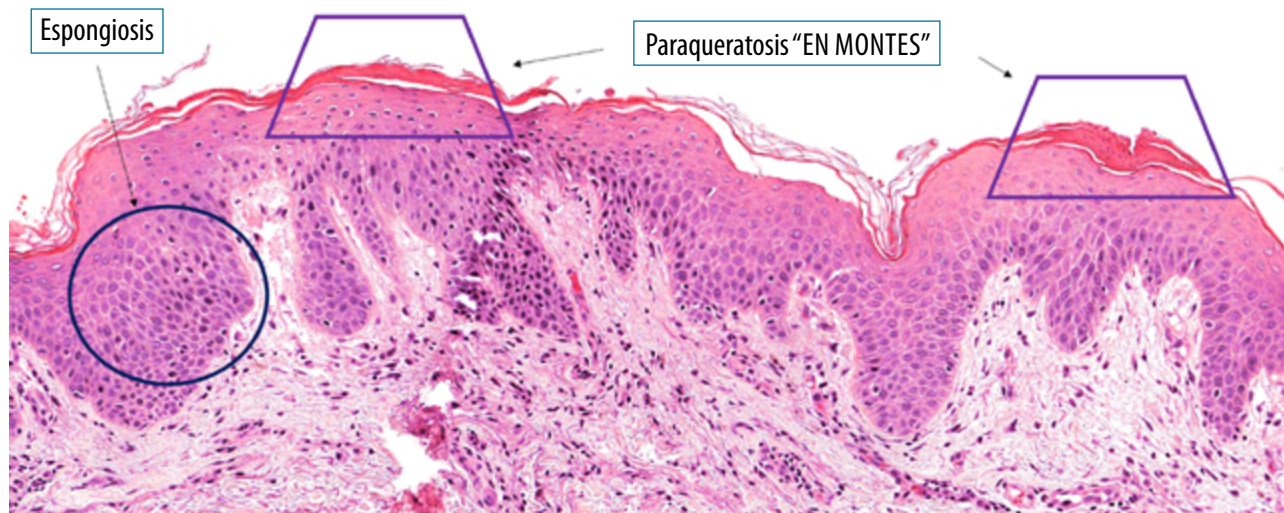


Figura N° 4. Se observa espongiosis y paraqueratosis en montículos.

A nivel de la dermis observaremos un leve infiltrado perivascular superficial de linfocitos que se acompaña de extravasación de glóbulos rojos y en ocasiones se pueden observar algunos eosinófilos. Figura N° 5

La placa heraldica es rara vez biopsiada (el paciente no suele acudir en etapas tan tempranas) pero cuando es posible biopsiarla se describe como hallazgos mas significativos (añadidos a los ya mencionados) una hiperqueratosis con disminución de la capa granulosa.⁶

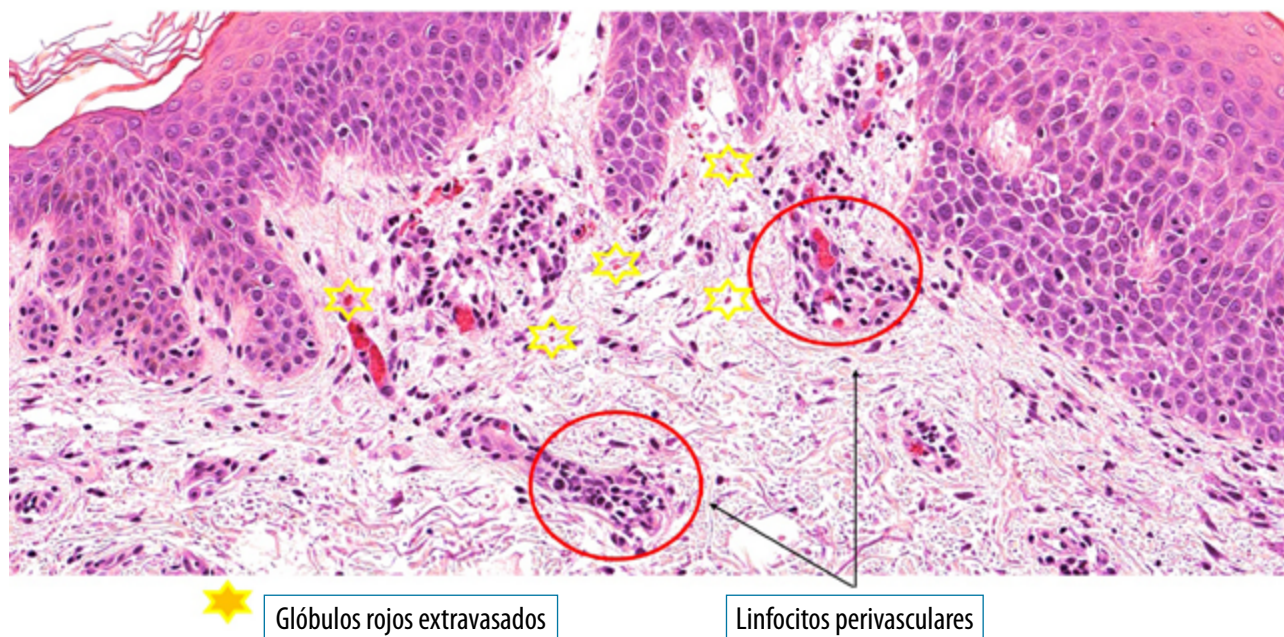


Figura N° 5. Presencia de infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular y extravasados de eritrocitos.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES CLÍNICOS

Se debe tener en cuenta algunos diagnósticos diferenciales infecciosos como: *Sífilis Secundaria*, en la cual se debe indagar la historia previa de una lesión ulcerada no dolorosa autolimitada en zona genital, las lesiones en piel son similares, pero más monomorfas, poco pruriginosas y generalmente hay compromiso palmo plantar y adenomegalias; *Exantema Viral por SARS Covid -19*, en el que se reportan casos clínicos de pacientes con lesiones tipo placas eritemato descamativas que inician en extremidad superior y se extienden al tronco, con la misma distribución, sin embargo los pacientes presentaron compromiso pulmonar con imágenes radiológicas con patrón en vidrio esmerilado, además de insuficiencia respiratoria y contacto con pacientes infectados por el virus COVID 19⁴ (Figura N° 6 y 7); *Dermatomicosis*, sobre todo en la fase inicial, cuando sólo está la placa heraldo inicial, sin embargo una lesión micótica se expande progresivamente y muestra un centro más claro con un borde periférico activo. Entre los diagnósticos diferenciales no infecciosos tenemos a las *reacciones adversas a medicamentos*, en la que además del antecedente de ingesta de drogas, las lesiones eritematopapulares son más confluentes y pruriginosas, comprometiendo además extremidades y a veces la cara, además hay ausencia de síntomas prodrómicos y puede existir la presencia de eosinofilia; *Dermatitis seborreica*,

en la cual las lesiones tipo placas eritemato descamativas son recurrentes, localizándose en pecho, espalda, cara, zona retroauricular y cuero cabelludo; *Eccema Numular*, el cual se presenta mediante placas eritematosas con aspecto de moneda con costras exudativas pruriginosas en piernas, dorso de manos; *Pitiriasis liquenoide crónica*, la cual tiene un curso crónico y con recaídas, y con ausencia de lesión tipo placa heraldo; *Eritema anular centrífugo*, en el que también se observan placas eritematosas forma anular con una escama superficial, sin embargo en esta entidad las lesiones son de mayor tamaño, que se extienden de forma centrífuga y en el centro tienden a aclararse, hallándose además en cualquier localización.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES HISTOLÓGICOS

Teniendo en cuenta que el patrón histológico de una pitiriasis rosada es espongiótico uno de los principales diagnósticos diferenciales será el de un *eccema subagudo*. Esta distinción solo será posible con una adecuada historia clínica ya que todos los hallazgos histológicos de una pitiriasis rosada, a excepción de los montes de paraqueratosis, pueden observarse en un *eccema subagudo*.

La *Pitiriasis Liquenoide Crónica* se diferencia histológicamente debido a que la paraqueratosis suele



Figura N° 6 y 7. Lesión tipo placa heraldo con descamación fina (Pityriasis rosea as a cutaneous manifestation of COVID-19 infection. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 May 2).

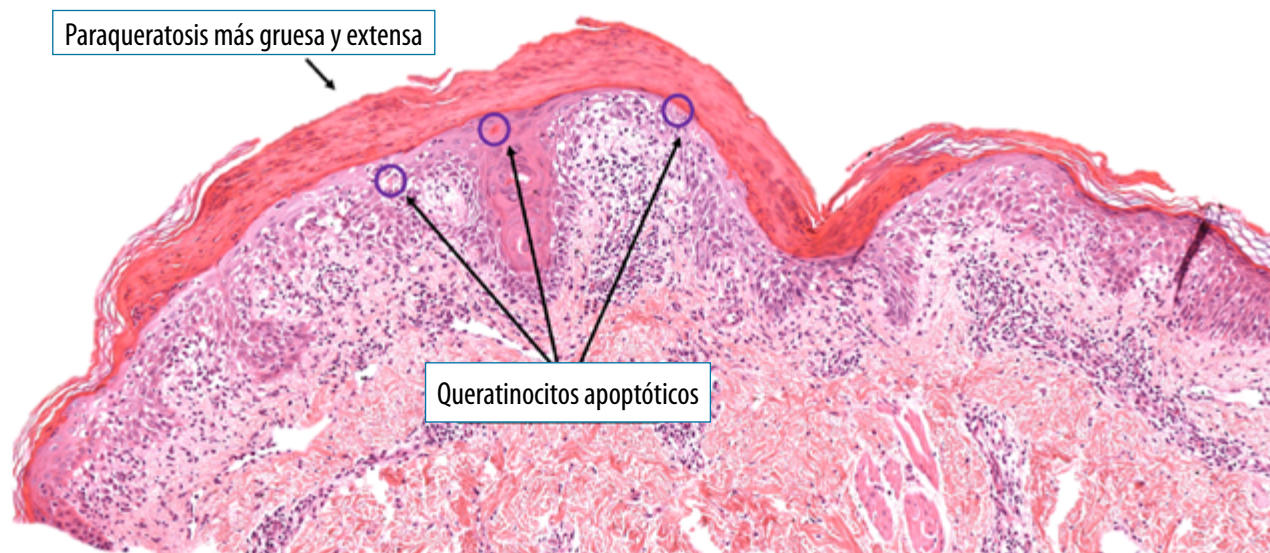


Figura N° 8. Imagen histológica de la pitiriasis liquenoide crónica.

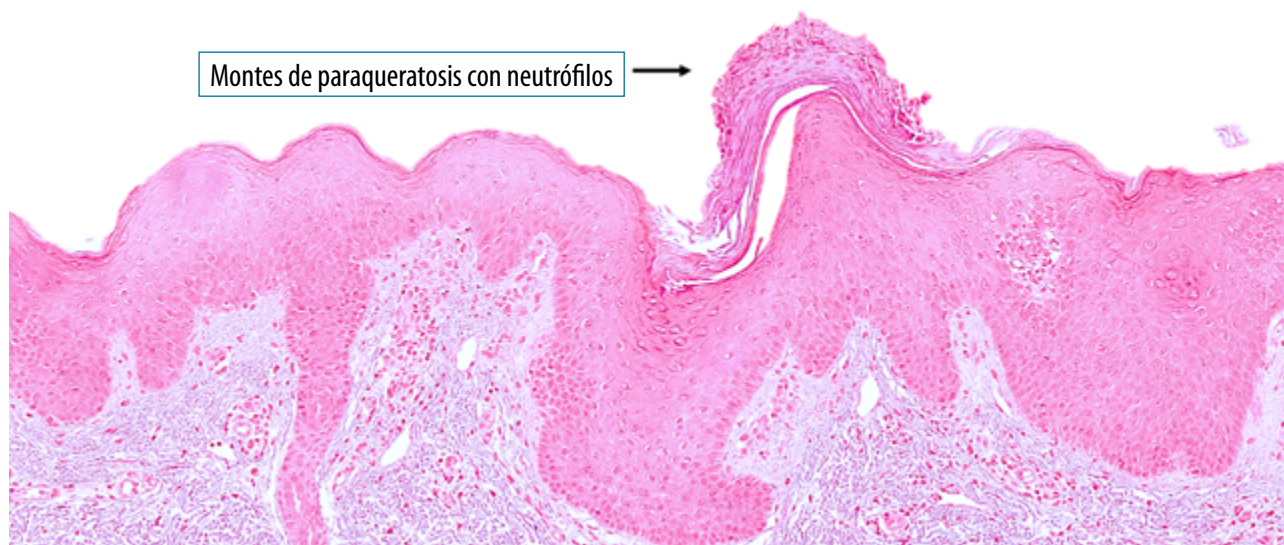


Figura N° 9. Imagen histológica de psoriasis en gota.

ser más extensa y la epidermis contiene queratinocitos apoptóticos. Hay además cambios de interfase en la unión dermo-epidérmica y el infiltrado es superficial y profundo (en cuña). Figura N° 8

Otro diagnóstico diferencial importante es la *Psoriasis Guttata* en donde también observaremos montes de paraqueratosis, pero con acúmulos de neutrófilos dentro de la misma. Además, la hiperplasia epidérmica suele ser más regular (psoriasisiforme). Figura N° 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drago F, Ciccarese F, Rebor A, Broccoli F, Parodi A. Pityriasis Rosea: A Comprehensive Classification. *Dermatology* 2016; 232:431–437
2. Drago F, Broccoli F, Rebor A: Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol* 2009; 61: 303–318.
3. Jose M. Villalon-Gomez, MD, MPH. Pityriasis Rosea: Diagnosis and Treatment. *January 1, 2018* ♦ Volume 97, Number 1. *American Family Physician*
4. Hooshang A. Nasimi M, Bigdelo Z. Pityriasis rosea as a cutaneous manifestation of COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 May 2.
5. Li Ang, Ping Li. Recurrent pityriasis rosea: A case report. *HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS* 2018, VOL. 14, NO. 4, 1024–1026
6. Prasad D, Mittal R R, Walia R, Popli R. Pityriasis rosea: A histopathologic study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2000; 66:244-6

Correspondencia: Dr. Alex Ventura-León
Email: alex.ventura.l@upch.pe

Dra. Elizabeth Guevara Sánchez
Email: eguevara198@hotmail.com