

Formulación al día

Pitiriasis

La palabra *pitiriasis* designa varias patologías dermatológicas caracterizadas por la presencia de una descamación furfurácea.



Pitiriasis alba



Pitiriasis versicolor



Pitiriasis rosada

Pitiriasis alba

Definición y etiología:

También conocida como pitiriasis simple, darte volante, impétigo seco o furfuráceo. Es una de la dermatosis hipocromiantes más comunes, de causa desconocida, crónica y benigna que afecta principalmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes sobre todo de piel oscura.

Clínica:

Aparecen inicialmente unas placas hipopigmentadas asintomáticas, generalmente múltiples, que miden de 0,5 a 2 cm o más, irregulares o redondeadas, de bordes difusos y a veces ligeramente eritematodescamativas. En la mayoría de los casos aparecen después de la exposición al sol en la cara, cuello, parte superior del tronco y partes externas de los brazos y aunque se puede encontrar en pacientes con dermatitis atópica también afecta a niños normales. Se cree que influyen factores ambientales como el sol y el polvo. Si es seguro que nada tiene que ver con parásitos ni con la anemia.

Normalmente la acromía es el motivo de consulta, ya que las lesiones no se broncean durante el verano, provocando un problema estético.

La duración de la patología es variable, normalmente dura meses y las formas faciales más de un año.

Diagnóstico:

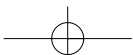
El diagnóstico es clínico y debe diferenciarse del vitiligo, pitiriasis versicolor o dermatitis solar hipocromiante, etc. Para el diagnóstico se puede utilizar una lámpara de luz de Wood o luz ultravioleta.

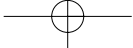
Tratamiento:

Su tratamiento no es fácil y suele ser decepcionante ya que la pigmentación tarda mucho en aparecer, por lo que se debe advertir al paciente.

Medidas higiénico-dietéticas:

- Evitar el sol.
- No abusar de los jabones, ni del contacto con el agua.
- Hidratar la piel con cremas emolientes.





Medidas farmacológicas:

1. *Queratolíticos*: Ácido salicílico (2%-3%), urea (20%), Ácido retinoico (0.025%).
2. *Antibióticos tópicos*: Ácido fúcido, mupirocina (2 veces al día)
3. *Breas*: Tar distillate doak, Coalatar saponinado etc.
4. *Corticoides de baja potencia*: Hidrocortisona (0.5 %)
5. *Precipitado blanco de mercurio*.

Fórmula magistral

Salicílico ácido	1,5%
Mercurioso cloruro precipitado	1,5%
Tardoak	3%
Crema base lanettecsp	100 g

Modus operandi:

- En mortero pulverizamos el cloruro mercurioso y el salicílico. Añadimos unas gotas de glicerina para formar una pasta.
- Incorporamos dicha pasta a la crema lanette ya elaborada.
- Finalmente añadimos el Tardoak, poco a poco, homogeneizamos y envasamos

Pitiriasis versicolor

Definición y etiología

Es una micosis superficial, leve, crónica y normalmente asintomática, causada por el crecimiento en la capa más superficial de la piel o estrato córneo del hongo lipofílico saprofítico endógeno *Malassezia furfur*. Predomina en adultos y jóvenes de ambos sexos, tiene difusión mundial, aunque es más frecuente en climas húmedos y tropicales. Existen además una serie de factores predisponentes:

- *Factores exógenos* como las altas temperaturas y humedad relativa, la oclusión de la ropa y la utilización de aceites, hacen también que esta micosis se presente más en verano.
- *Factores endógenos* como la hiperhidrosis, piel seborreica, embarazo, disminución de la inmunidad, predisposición genética, diabetes, malnutrición, tratamiento con fármacos inmunosupresores y corticoides sistémicos, etc.

Clínica:

Adquiere mayor relevancia en nuestro medio en los meses de verano, ya que la presencia del hongo sobre la piel evita que se pigmente, apareciendo manchas redondeadas, solitarias o confluentes de color blanco, que en invierno son de color pardo, y cubiertas de escamas furfuráceas que se sitúan en la parte superior del pecho y de la espalda, cuello, hombros, etc. Por este cambio de calor en las lesiones se denomina versicolor. Destacamos que esta micosis no se contagia ni directa ni indirectamente por las escamas. El hongo, favorecido por la humedad y el calor, puede atravesar el estrato córneo e introducirse en el interior de los folículos pilosos, dando lugar a una "foliculitis" con lesiones pápulo-pustulares que pueden producir picor.

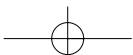
Diagnóstico:

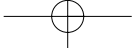
Además de observar las características típicas de las lesiones, se realiza el "signo de la uñada" que consiste en raspar con la uña, o mejor con cucharilla las lesiones para ver cómo se desprendan las escamas aglutinadas en forma de láminas. La utilización de la lámpara de luz de Wood o luz ultravioleta determina una fluorescencia rosada o amarillenta en las lesiones. En algunas situaciones, puede ser necesario confirmar la presencia del hongo, mediante el examen directo de las escamas al microscopio, donde se observan células en gemación y cortas hifas. No debe confundirse con la pitiriasis rosada de Gibert, vitiligo o con una *Tinea corporis* superficial.

Tratamiento:

Medidas farmacológicas tópicas

1. *Sulfuro de selenio en champú*: Lavados los 3 primeros días manteniendo la espuma 15 min. o lavados diarios du-





rante un mes hasta dos-tres veces al mes como mantenimiento una vez curado. Se combina con:

2. *Solución de hiposulfito sódico*: Aplicada inmediatamente después de 1.
3. *Antifúngico en crema o solución o champú*: Miconazol, bifonazol, clotrimazol, econazol, ciclopiroxolamina o tolnaftato. Aplicado a las 12 horas después de 1 ó 2.
4. *Queratolíticos*: Ácido salicílico, Crisarobina.

Como en la pitiriasis alba, debemos advertir al paciente que las lesiones, una vez curadas, pueden seguir hipopigmentadas y tardar en volver a pigmentarse.

Medidas farmacológicas orales:

- *Antifúngicos*: Ketoconazol (200 mg/día); Itraconazol (200 mg/día/5-7días), etc.
- Contraindicados muchas veces por sus efectos hepáticos y por motivos económicos.

Pitiriasis rosada de Gibert

Definición y etiología:

Dermatosis aguda, benigna, autolimitada, en la que aparecen lesiones de color rosado amarillento, ligeramente eritematoescamosa que se extiende por el tronco y otras zonas no expuestas del cuerpo. La causa todavía se desconoce, pero se cree que pueden estar implicados los herpesvirus. Afecta a jóvenes de ambos sexos principalmente en primavera y otoño.

Clínica:

El proceso comienza con una primera lesión o "medallón heráldico" de Brocq en forma de placa ovalada de 2-10 cm. de diámetro, de color rosado amarillento en el centro, rodeada por un halo eritematoso, ligeramente descamativo y que dura de 1 a 2 semanas. Pueden aparecer otros síntomas como fatiga, cefalea, náuseas, fiebre, prurito, etc.

A los pocos días se desarrollan de manera progresiva, descendente y con cierta simetría por el tronco (raíces de las extremidades y cuello lesiones eritematoescamosas, parecidas al "medallón", pero de menor tamaño (2-10 mm de diámetro). Estas lesiones siguen las líneas de la piel distribuyéndose en "árbol de navidad", suelen ser asintomáticas, salvo ligero prurito y desaparecen sin secuelas a las 4-6 semanas, aunque a veces pueden quedar acromias o hiperpigmentaciones.

Diagnóstico:

Su diagnóstico es clínico y no debe confundirse con procesos como dermatitis seborreica, sífilis secundaria, herpes, psoriasis, liquen plano, etc.

Tratamiento:

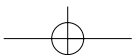
La abstención terapéutica es lo más aconsejable por ser una dermatosis que se resuelve espontáneamente a las 4-6 semanas. No obstante puede emplearse fármacos.

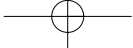
Medidas farmacológicas:

- Cremas o lociones emolientes con corticoide de baja potencia y/o antihistamínicos orales para el picor.
- Antibióticos orales: Eritromicina (250 mg/6 horas/2 semanas)

Bibliografía:

- F. Camacho, J. C. Moreno. Micosis. Dermatosis fitoparasitarias: Pitiriasis versicolor. En M. Armijo, F. Camacho. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Medica, S.A.; 1998 p.720-721.
- M. Armijo, A. Ledo. Pitiriasis rosada. Psoriasis. Parapsoriasis: Pitiriasis rosada de Gibert. En M. Armijo, F. Camacho. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Medica, S.A.; 1998 p.171-173
- F. Camacho, M. Armijo. Vasculitis. Paniculitis: Pitiriasis liquenoide. En M. Armijo, F. Camacho. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Medica, S.A.;1998 p.306-307
- A. Macaya. Guía de tratamientos dermatológicos. 2ª. Edición. 2005. Abaco Soluciones Editoriales, S.L.
- L. Domínguez-Soto, A. Saúl. PAC MG-1. Parte C libro 3. Dermatología: Discromías. Disponible en: <http://www.drmsoc.com/privado/pac/generales/dermatologia/Portac3.html>
- Instituto Químico Biológico. IQB. [portal en Internet]. Atlas de dermatología: Pitiriasis. Disponible en: <http://www.iqb.es/diccionario/pi.html>
- www.pediatraldia.com. [portal en Internet]. P. Barreda. Tinea de color o Pitiriasis Versicolor. Actualizado 10/2004. Aproximadamente 4 pantallas. Disponible en: http://www.pediatraldia.cl/pitiriasis_versicolor.htm
- www.gabinetedermatologico.com. [portal en Internet]. Pitiriasis versicolor. Actualizado 02/2003. Disponible en: <http://www.gabinetedermatologico.com/inform/pitiriasis/pitiriasisfaq.jsp>





Pitiriasis liquenoide (Parapsoriasis en gotas)

Definición y etiología:

Dermatosis poco frecuente en la que aparecen lesiones superficiales papulares, ovaladas, eritematoescamosas, algo deprimidas por el centro. Estas lesiones se distribuyen por muslos, tronco y brazos, mientras que no queda afectada las palmas de las manos, plantas de los pies, cara y mucosas. Afecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes. La etiología es desconocida pero se cree es consecuencia de una vasculitis por hipersensibilidad vírica.

Clínica:

Distinguimos la forma aguda de la crónica.

En la forma aguda o *pitiriasis liquenoide varioliforme aguda* las lesiones evolucionan a vesículas purpúricas, necróticas y costrosas que involucionan espontáneamente en 3-4 semanas dejando cicatrices varioliformes.

En la forma crónica o *pitiriasis liquenoide crónica*, más frecuente, las lesiones son benignas, de tipo papular, rojas, prominentes, de pequeño tamaño y descamativas (la escamas se desprenden como un fragmento de mica, "en oblea").

Diagnóstico:

Su diagnóstico es clínico y no debe confundirse con la varicela, sífilis secundaria, psoriasis, liquen plano, pitiriasis versicolor, etc.

Tratamiento:

- *PUVA o UVB*: Es la terapia de elección.
- *Antiinflamatorios y corticoides orales*: En el caso de la modalidad ulceronecrotica hipertérmica.
- *Antibióticos*: Tetraciclinas, macrólidos.
- *Corticoides tópicos*: Para las lesiones individuales.
- *Inmunomoduladores*: Tacrólimus.

Francisco Etchaberry

Farmacéutico. Miembro de AEF 2.

Vitoria

