

## CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

### Pitiriasis rubra pilaris aguda postinfecciosa: gran respuesta a emolientes y a corticosteroides tópicos



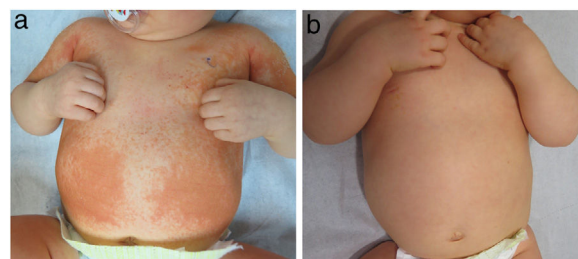
### Acute Postinfection Pityriasis Rubra Pilaris: Excellent Response to Emollients and Topical Corticosteroids

Sr. Director:

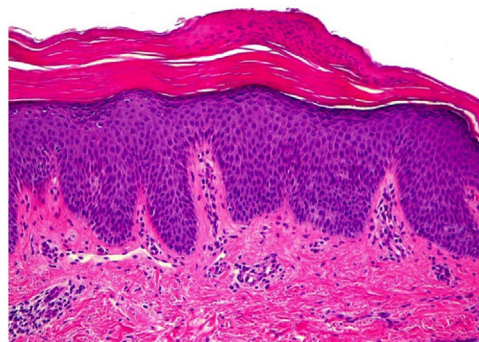
Un niño de 9 meses presentaba una erupción cutánea localizada en el abdomen y en las extremidades, que se había diseminado rápidamente en los últimos 2 meses, sin otros síntomas asociados. Tenía una historia de múltiples pielectasias tratadas con antibióticos profilácticos (cefadroxilo) hasta los 5 meses de edad. Antes del desarrollo de las lesiones cutáneas, el paciente tuvo múltiples infecciones virales y bacterianas del tracto respiratorio superior que requirieron antibióticos y corticosteroides. En el examen físico, se identificaron unas pápulas y placas de color rosa salmón, confluentes en el tronco y las extremidades (fig. 1a), con islotes de piel sana en ambas piernas. Las biopsias de las lesiones mostraron la presencia de una acantosis, con hipergranulosis, ortoqueratosis y paraqueratosis, y un infiltrado superficial leve, consistente con pitiriasis rubra pilaris (PRP) (fig. 2). El tratamiento tópico se indicó durante un mes, con acetónido de triamcinolona en crema al 0,05%, con una resolución completa de las lesiones (fig. 1b). Debido a la historia clínica de infecciones respiratorias recientes, la resolución temprana de las lesiones cutáneas y los hallazgos histológicos, se planteó el diagnóstico de PRP postinfecciosa aguda.

La PRP es una enfermedad cutánea poco común en los niños. En 1980, Griffiths propuso una clasificación de 5 tipos de PRP basada en aspectos clínicos, epidemiológicos y en la evolución clínica. Las variantes infantiles incluyen: clásica juvenil (tipo III), circunscrita juvenil (tipo IV) y atípica juvenil (tipo V)<sup>1</sup>. En 1983, Larregue describió una nueva variante llamada PRP postinfecciosa, basada en una serie de casos de niños mayores de un año y un historial de una o más infecciones respiratorias recientes. Estos pacientes presentaron unas lesiones cutáneas que eran similares al PRP clásico juvenil, pero tenían un inicio agudo, con un buen pronóstico y una tendencia baja a la recurrencia<sup>2</sup>. Las lesiones cutáneas pueden parecerse a otras dermatosis mediadas por superantígenos, pero su histología y tratamiento son diferentes.

Se han publicado pocos estudios acerca de la eficacia del tratamiento en niños con PRP. En el caso de los



**Figura 1** a) Cuadro clínico inicial con múltiples placas de color rosa salmón, en tronco y en ambos brazos. b) Respuesta completa después de 4 semanas de corticosteroides tópicos.



**Figura 2** Ortoqueratosis alternando con focos de paraqueratosis (H-E,  $\times 40$ ). La epidermis presenta regular acantosis e hiperplasia psoriasiforme. Dermis con escaso infiltrado inflamatorio.

tipos III y IV, los mejores resultados se han logrado con los retinoides sistémicos<sup>3,4</sup>. El uso de vitamina A oral es controvertido, ya que se ha observado una buena respuesta en pocos pacientes<sup>5</sup>. Ferrándiz-Pulido et al. publicaron una serie de 4 niños diagnosticados con PRP postinfecciosa, 3 de los cuales fueron tratados con corticosteroides tópicos. Solo un paciente respondió favorablemente al tratamiento de 5 semanas, mientras que los otros requirieron el uso de acetretina para lograr una respuesta clínica. El cuarto paciente recibió un curso de 3 semanas de emolientes tópicos y ácido salicílico, con una respuesta completa<sup>2</sup>.

Los emolientes tópicos y el acetónido de triamcinolona fueron eficaces en el paciente, aunque no podemos descartar que la resolución fuera espontánea, dada la posible etiología postinfecciosa del cuadro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Klein A, Landthaler M, Karrer S. Pityriasis rubra pilaris: A review of diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11:157–70.
2. Ferrándiz-Pulido C, Bartralot R, Bassas P, Bodet D, Repiso T, Aparicio G, et al. Acute postinfectious pityriasis rubra pilaris: A superantigen-mediated dermatosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:706–9.
3. Allison DS, El-Azhary RA, Calobrisi SD, Dicken CH. Pityriasis rubra pilaris in children. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:386–9.
4. Yang CC, Shih IH, Lin WL, Yu YS, Chiu HC, Huang PH, et al. Juvenile pityriasis rubra pilaris: Report of 28 cases in Taiwan. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:943–8.

5. Kan Y, Sumikawa Y, Yamashita T. Successful treatment of pityriasis rubra pilaris with oral Vitamin A in oil (Chocola A®) for an 18-month-old child. *J Dermatol.* 2015;42:1210–1.

M.S. Zegpi-Trueba<sup>a</sup>, L. Navajas-Galimany<sup>a</sup>, S. González<sup>b</sup> y C. Ramírez-Cornejo<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Dermatopatología SG, Santiago, Chile

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: caramir3@uc.cl (C. Ramírez-Cornejo).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.11.012>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Pápulas rojizas centofaciales



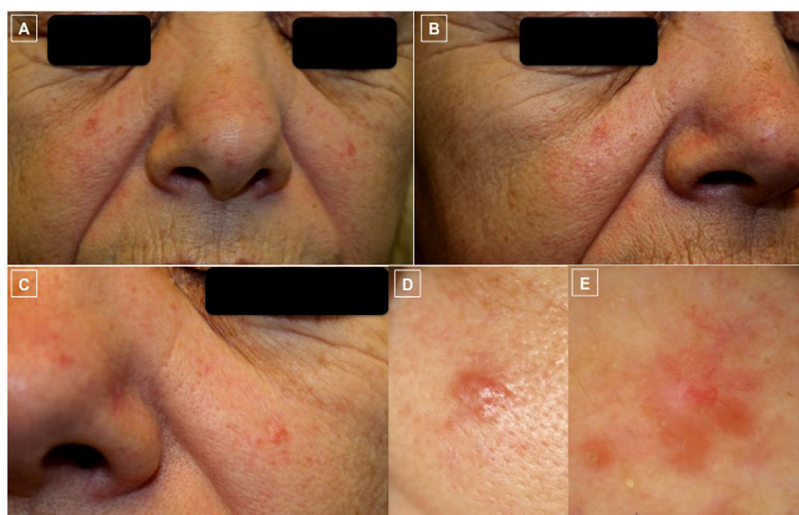
### Reddish Papules in the Center of the Face

Sr. Director:

Una mujer de 60 años, sin antecedentes personales de interés, acudió a la consulta de Dermatología por presentar múltiples lesiones rojizas de un año de evolución localizadas en ambas mejillas. La exploración física mostraba telangiectasias dispersas y varias pápulas eritematosas/rosadas en regiones malares, con una de mayor tamaño (6 × 5 mm), que se decidió biopsiar (fig. 1). En el estudio histopatológico se observó un denso infiltrado de linfocitos localizado en dermis papilar y reticular con un patrón de crecimiento mixto (nodular/difuso) y presencia de células de hábito centrocítico junto con otras ligeramente mayores de aspecto

centroblástico (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico evidenció positividad para CD10, CD20, CD79a, Bcl-2 y Bcl-6, mientras que los marcadores CD3 y ciclina D1 fueron negativos (fig. 2).

Por otro lado, se detectó reordenamiento monoclonal del gen *IgH* mediante PCR (*polymerase chain reaction*) y reordenamiento del gen *Bcl-2* mediante FISH (*fluorescence in situ hybridization*). La citometría de flujo fue normal. Se realizó un estadificación inicial con una tomografía axial computarizada toracoabdominal y estudios analíticos sanguíneos, incluyendo la lactato deshidrogenasa, sin evidenciar enfermedad sistémica. Por consiguiente, los hallazgos eran compatibles con un linfoma cutáneo primario de estirpe B centrofolicular (LCPCF), el cual se confirmó tras la ausencia de enfermedad sistémica pasados 6 meses. No se realizó biopsia de médula ósea debido al curso indolente de esta enfermedad y a los resultados de las pruebas complementarias.



**Figura 1** A-D) Fotos clínicas. Pápulas eritematosas bien delimitadas y telangiectasias dispersas en ambas mejillas y punta nasal (A-C). La pápula de mayor tamaño localizada en mejilla izquierda (D) fue la biopsiada. E) Foto dermatoscópica (E) que corresponde a la lesión previa donde se observan, en extremo superior, vasos lineales ramificados sobre un área sin estructura de coloración asalmonada y alguna zona blanquecina.