

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Pitiriasis rosada: enfoque actualizado sobre etiopatogenia, manifestaciones clínicas y diagnósticos diferenciales

**Pityriasis rosea: an updated approach to etiopathogenesis, clinical
manifestations, and differential diagnoses**

Annamaría Monastoque Silva

annamariams@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-1368-2561>

Universidad de Ciencias Médicas

Heredia – Costa Rica

Meir Mendelewicz Montero

mmendelewicz@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-3572-2785>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

Jorge Merren Gallegos

jorgeimg777@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4369-4775>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

Fiorella Morera Vásquez

fiorellamova28@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-2052-4616>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

José Manuel Morales Mena

josemlmorales@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-7184-0357>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4242>

Artículo recibido: 30 de junio de 2025

Aceptado para publicación: 25 de julio de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4242>

Pitiriasis rosada: enfoque actualizado sobre etiopatogenia, manifestaciones clínicas y diagnósticos diferenciales

Pityriasis rosea: an updated approach to etiopathogenesis, clinical manifestations, and differential diagnoses

Annamaría Monastoque Silva¹

annamariams@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-1368-2561>
Universidad de Ciencias Médicas
Heredia – Costa Rica

Jorge Merren Gallegos

jorgejmg777@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-4369-4775>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Fiorella Morera Vásquez

fiorellamova28@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-2052-4616>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

José Manuel Morales Mena

josemlmorales@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-7184-0357>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Meir Mendelewicz Montero

mmendelewicz@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-3572-2785>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Artículo recibido: 07 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 25 de julio de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La pitiriasis rosada (PR), conocida como pitiriasis de Gibert, es una erupción pápulo escamosa frecuente y autolimitada manifestada en tres fases clínicas: aparición del “medallón heráldico” (lesión inicial, generalmente en el tronco); erupción secundaria con múltiples placas ovaladas descamativas; y resolución espontánea. En algunos casos se presenta un pródromo similar a un resfriado con síntomas como cefalea, fatiga, anorexia y malestar general. La erupción puede tardar entre 8 y 12 semanas, incluso desaparecer hasta el quinto mes. Afecta habitualmente a niños, adultos jóvenes, con ligero predominio en el género femenino, siendo poco frecuente en adultos mayores de 35 años. Aunque su etiología es idiopática, suele asociarse a infecciones respiratorias altas. Su patrón estacional indica un posible origen viral, con sospechas de implicación de los herpes virus humanos tipo 6 y 7. Se han descrito formas semejantes a PR en pacientes con COVID 19, lo que sugiere relación adicional con el SARS CoV 2. Al ser una entidad benigna, autolimitada y no contagiosa, el manejo se

¹ Autora de correspondencia.

basa fundamentalmente en la educación y tranquilidad del paciente, se sugieren baños y lubricantes suaves que contribuyan al alivio de la piel. En caso de prurito intenso, se recomienda antihistamínicos orales y corticoides tópicos. La evidencia respalda el uso de aciclovir en la fase inicial para disminuir la duración de la enfermedad. Importante recalcar que la pitiriasis rosada no es contagiosa y por lo que no es necesario aislar al paciente, se debe recomendar evitar la exposición solar prolongada.

Palabras clave: pitiriasis rosada, medallón heráldico, Gilbert, dermatosis autolimitada, erupción papuloescamosa, y erupción en árbol de navidad

Abstract

Pityriasis rosea (PR), also known as Gibert's pityriasis, is a common, self-limiting papulosquamous eruption that progresses through three clinical phases: the appearance of a "herald patch" (an initial lesion, typically on the trunk); a secondary eruption with multiple oval, scaly plaques; and spontaneous resolution. In some cases, a prodromal phase resembling a cold may occur, with symptoms such as headache, fatigue, anorexia, and general malaise. The eruption may last between 8 and 12 weeks, occasionally persisting up to five months. PR primarily affects children and young adults, with a slight female predominance, and is rare in individuals over 35 years of age. Although its etiology remains idiopathic, it is often associated with upper respiratory tract infections. Its seasonal pattern suggests a viral origin, with human herpesviruses 6 and 7 implicated as possible causative agents. PR-like eruptions have also been reported in patients with COVID-19, suggesting a possible link to SARS-CoV-2. As a benign, self-limited, and non-contagious condition, management is mainly based on patient education and reassurance. Gentle bathing and moisturizers are recommended to relieve skin discomfort. In cases of intense pruritus, oral antihistamines and topical corticosteroids may be used. Evidence supports the use of acyclovir in the early phase to reduce disease duration. It is important to emphasize that PR is not contagious, and patient isolation is not required; however, prolonged sun exposure should be avoided.

Keywords: pityriasis rosea, Herald patch, Gilbert, self-limiting dermatosis, papulosquamous eruption, Christmas tree pattern rash

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Monastoque Silva, A., Merren Gallegos, J., Morera Vásquez, F., Morales Mena, J. M., & Mendelewicz Montero, M. (2025). Pitiriasis rosada: enfoque actualizado sobre etiopatogenia, manifestaciones clínicas y diagnósticos diferenciales. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (3), 3955 – 3964. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4242>

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rosada (PR), también conocida como pitiriasis de Gilbert, es una dermatosis inflamatoria aguda, benigna y autolimitada, que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, con un pico de incidencia entre los 10 y 35 años. Se estima que representa entre el 0,5% y el 2% de las consultas dermatológicas anuales, siendo más frecuente en mujeres y en ciertas estaciones como la primavera y el otoño debido a una posible asociación con infecciones virales que podrían ser más frecuentes en estas épocas del año. Aunque se ha descrito como una afección cutánea autolimitada y no contagiosa, su presentación clínica variable puede generar preocupación tanto en pacientes como en profesionales de salud, por lo cual es importante realizar un diagnóstico amplio y acertado que identifique su identidad (Fernandez, et al., 2021; Goldstein & Goldstein, 2023; Saavedra, et al., 2023).

La enfermedad se manifiesta típicamente con la aparición inicial de una placa solitaria, ovalada y descamativa —conocida como “medallón heráldico”— localizada en el tronco y en algunos casos extremidades superiores. Posteriormente, entre una y dos semanas después, se desarrolla una erupción secundaria compuesta por múltiples placas más pequeñas localizadas en las líneas de tensión cutánea, adoptando el clásico patrón en “árbol de Navidad”. Aunque en la mayoría de los casos la enfermedad es asintomática o presenta prurito leve, pueden observarse formas clínicas atípicas con lesiones invertidas, vesiculosas, palmo plantares, orales, o con curso persistente o recurrente, lo que dificulta el diagnóstico (Goldstein & Goldstein, 2023; Shah & Adeel, 2024).

La etiología de la PR aún no está completamente esclarecida. Se ha propuesto una posible asociación con los herpesvirus humanos tipo 6 y 7 (HHV-6/7), así como con otros agentes virales como el virus ECHO-6. Más recientemente, se ha planteado una potencial relación con la infección por SARS-CoV-2, tanto por efecto directo como por reactivación viral secundaria, o por mecanismos inmunológicos desregulados. Esto ha aumentado el interés clínico en esta dermatosis, especialmente en contextos pandémicos y en poblaciones con inmunidad alterada (Birlutiu et al., 2021; Enguix et al., 2020; Fernández, et al., 2021).

El diagnóstico de la PR es eminentemente clínico, pero su presentación puede simular otras enfermedades dermatológicas, lo que obliga a considerar un diagnóstico diferencial amplio. Entre las principales entidades que deben ser descartadas se incluyen la tiña corporis, la psoriasis guttata, la dermatitis atópica, la pitiriasis versicolor, las erupciones inducidas por fármacos, la sífilis secundaria y la escabiosis. Una evaluación clínica cuidadosa, apoyada en la historia del paciente y, en algunos casos, en pruebas complementarias, es fundamental para un diagnóstico certero (Shah & Adeel, 2024).

METODOLOGÍA

Se realizó una lectura exhaustiva de literatura científica con el objetivo de proporcionar una perspectiva general, objetiva y completa sobre la pitiriasis rosada. Específicamente respecto a su epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, presentaciones atípicas, diagnóstico, asociación con SARS-CoV-2, implicaciones en el embarazo, diagnósticos diferenciales, tratamiento y pronóstico. Se realizaron consultas de bases de datos como lo son UptoDate, PubMed, y revistas como Medicine, Dermatology, Journal of Medical and Allied Sciences, Pathology and Laboratory Medicine, International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies, American Family Physician, InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice y Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Adicionalmente, para conseguir una mejor comprensión de las manifestaciones clínicas y de la dermapatología se consideró pertinente realizar una revisión de libros como “Fitzpatrick’s Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology” 9ª edición. Se utilizaron palabras clave como pitiriasis rosada, medallón heráldico, Gilbert, dermatosis autolimitada, erupción papuloescamosa, y erupción en árbol de navidad. En total, se seleccionaron 12 fuentes bibliográficas cuya información fue sintetizada para cumplir con el objetivo de este trabajo.

DESARROLLO

A continuación, se presentan los principales hallazgos derivados del análisis de la literatura revisada, organizados por temática relevante

Epidemiología

Esta patología afecta a jóvenes y adultos sanos entre 10 y 35 años de edad, con un pico de incidencia en la adolescencia. Es muy raro encontrar esta patología en extremos de edad como en menores de 2 años o mayores de 65 años. Tiene una incidencia de 85 a 170 por cada 100 mil habitantes. Se estima que representa entre 0,5% a 2% de las consultas dermatológicas anuales. Tiene una prevalencia mayor en el género femenino y afecta a cualquier raza, pero se ha mostrado con mayor frecuencia en afroamericanos. A su vez, tiende a presentarse más en primavera y otoño, así como la exacerbación clínica en climas cálidos. Las mujeres embarazadas que desarrollan esta patología tienen mayor riesgo de aborto durante el primer trimestre del embarazo por esta razón es importante la referencia oportuna a ginecología apenas se confirme el diagnóstico (Drago, et al., 2015; Fernández, et al., 2021; Wenger-Oehn et al., 2022).

Etiología

Desde el punto de vista etiopatogénico, se considera idiopática, aunque frecuentemente se asocia con infecciones respiratorias altas, lo que sugiere una posible etiología viral. Este enunciado se respalda principalmente por la presencia del pródromo en algunos casos y la ausencia de recurrencia en hasta el 98% de los pacientes. También se respalda debido a que microscópicamente se han observado partículas virales intranucleares y citoplasmáticas, y un aumento en linfocitos CD4+. Y células de Langerhans en la dermis. Adicionalmente, se ha propuesto una relación con los herpes virus humanos tipo 6 y 7 (HHV-6 y HHV-7) y con el virus ECHO 6 que podrían desencadenar una respuesta inmunitaria inflamatoria cutánea, aunque esta asociación no está completamente confirmada. Los virus HHV-6 y HHV-7 están estrechamente relacionados entre sí y son los únicos integrantes del género Roseolavirus. Ambos son virus linfotrópicos T, lo que significa que tienen afinidad por las células T, aunque también pueden infectar otros tipos celulares. El HHV-6 pertenece a la familia Herpesviridae y a la subfamilia Betaherpesvirinae. De acuerdo con estudios epidemiológicos, la infección por este virus ocurre a edades tempranas, con una alta prevalencia mundial. Se estima que más del 95% de los adultos a nivel global han sido infectados por HHV-6. Es un virus ADN de doble cadena, con simetría icosaédrica y una envoltura lipídica. Su partícula viral mide entre 160 y 200 nanómetros, y su genoma contiene aproximadamente 160 a 170 kilobases. Una característica clave de este virus es su capacidad para permanecer latente tras la infección primaria, integrándose al genoma humano. Esto significa que, en situaciones como inmunosupresión o estrés físico o emocional intenso, puede producirse una reactivación viral o una co-reactivación con otros virus. Así mismo, se ha descrito relación con el uso de diversos fármacos como el bismuto, captopril, mercuriales orgánicos, barbitúricos, metronidazol y ketoprofeno. (Goldstein & Goldstein, 2023; Pavel, 2022; Ramos et al., 2023)

Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico puede comenzar con un pródromo inespecífico o síntomas respiratorios leves como malestar general, cefalea, náuseas, pérdida de apetito, fiebre, artralgias; a ello le es seguido en el plazo de un mes la aparición de una lesión única: el medallón heráldico, que suele localizarse en el tronco. La placa primaria, denominado también parche heráldico, se presenta como una lesión solitaria que mide entre 2 a 4 centímetros, es de forma ovalada o redonda, con un color pardo asalmonado o violáceo, que aparece comúnmente en el tronco. Tiene un borde bien delimitado, en el centro presenta descamación fina con apariencia de papel de cigarrillo y el borde tiene un anillo escamoso. El medallón heráldico puede durar en el tronco desde 2 días hasta 2 meses. Es importante resaltar que no siempre

se presenta un pródromo ni otros síntomas típicos de un síndrome viral y que tampoco todos los pacientes presentan la lesión inicial (Fernández, et al., 2021; Goldstein & Goldstein, 2023; Pavel, 2022; Shah & Adeel, 2024)

Entre una y dos semanas después de la aparición de la lesión inicial, suele desarrollarse una erupción secundaria o clásica, compuesta por múltiples pápulas o placas de menor tamaño, con un diámetro aproximado de 0,5 a 1 centímetro, hiperpigmentadas y con descamación superficial. Estas lesiones se disponen típicamente siguiendo las líneas de tensión cutánea de Langer, conformando el característico patrón en “árbol de Navidad” en la región posterior del tronco, con disposición descendente que recuerda a las ramas de un abeto. Adicionalmente, pueden agruparse en el abdomen inferior y en la región púbica, respetando habitualmente zonas anatómicas como la cara, las palmas de las manos, las plantas de los pies, así como los tercios medios e inferiores de los miembros superiores e inferiores. En individuos con fototipos oscuros, las lesiones pueden presentarse con un borde eritematoso bien definido y un centro hipopigmentado. En la población pediátrica, es posible observar una forma denominada pitiriasis rosada invertida, caracterizada por la afectación predominante de los pliegues de las extremidades. Estas manifestaciones cutáneas suelen ser asintomáticas o escasamente pruriginosas, con prurito de predominio nocturno y exacerbación por el calor. La resolución clínica suele ocurrir de manera espontánea en un lapso de 4 a 12 semanas, sin dejar cicatrices, aunque en ciertos casos pueden observarse alteraciones pigmentarias post-inflamatorias, tanto hipo como hiperpigmentación. Las lesiones hiperpigmentadas o de tonalidad violácea son más frecuentes en personas con piel oscura. Cuando ocurre en niños afrodescendientes, se ha descrito una presentación más extensa, con compromiso de la cara y el cuello (Drago et al., 2015; Goldstein & Goldstein, 2023; Ramos et al., 2023; Saavedra, et al., 2023; Shah & Adeel, 2024).

Presentaciones atípicas

Las presentaciones atípicas pueden representar un reto diagnóstico, y se estima que son cerca del 20% de los casos. Estas variantes se caracterizan por diferencias en la morfología, la distribución de las lesiones y el curso clínico de la enfermedad. Existen variantes atípicas menos comunes de esta enfermedad como la pitiriasis rosada inversa o invertida, la cual se caracteriza por presentarse en la población infantil pero también puede presentarse en adultos, con una placa heráldica y múltiples placas localizadas en cara, pliegues corporales, en la porción distal de las extremidades y en las áreas intertriginosas. Por otro lado, también existe la pitiriasis rosada unilateral la cual no atraviesa la línea media del cuerpo y las lesiones son eritema escamosas en un área limitada. La PR circinada de Vidal es común en adultos y se presenta con placas lesionales escasas, de gran tamaño, agrupadas que se localizan en axilas y en pliegues inguinocrurales. Se puede presentar una PR que involucra cavidad oral con placas eritematosas elevadas, o manchas con puntos hemorrágicos en lengua, carrillos y mucosa yugal que se pueden acompañar con ganglios linfáticos de la garganta inflamados. Una variante atípica e infrecuente de esta enfermedad es la pitiriasis rosada palmoplantar o acral, en la cual hay lesiones palmo plantares con dermatosis típicas en tronco, pero no en las flexuras (Drago et al., 2015; Fernández, et al., 2021; Gavvala & Gavvala, 2021; Goldstein & Goldstein, 2023; Ramos et al., 2023; Shah & Adeel, 2024).

Algunos pacientes presentan lesiones palmo plantares, sin presencia de eritema o escama, pero sí con vesículas y también otros en las que solo afecta palmas y plantas sin afectar tronco y con el aspecto típico de las lesiones de esta patología. Otros ejemplos de estas presentaciones es la PR recurrente, esta ocurre durante el primer año después de un primer episodio y suele presentarse sin la placa heráldica. Las lesiones secundarias tienden a ser más pequeñas y menos numerosas. También puede haber una variante con síntomas duraderos superiores a los 3 meses, denominada PR persistente. Las erupciones pueden durar entre 3 y 6 meses, e incluir lesiones orales como lengua aframbuesada, lesiones máculo-eritematosas o lesiones vesiculosas. Los casos atípicos pueden ser derivados al

servicio de Dermatología para apoyo diagnóstico, incluyendo evaluaciones dermatoscópicas con fuente de luz triple y biopsia cutánea (Fernández, et al., 2021; Shah & Adeel, 2024).

Diagnóstico

El diagnóstico de la pitiriasis rosada es eminentemente clínico, fundamentado en la anamnesis y en la exploración física, en la cual se identifica el antecedente de la aparición de una lesión inicial tipo “parche heráldico”, ocurrida días o semanas antes de la erupción generalizada de lesiones ovaladas con descamación periférica en forma de “collarete”, distribuidas según un patrón típico en “árbol de Navidad”, con o sin manifestaciones prodrómicas asociadas. En presentaciones atípicas o en situaciones en las que exista incertidumbre diagnóstica, puede indicarse una biopsia cutánea. Los hallazgos histopatológicos característicos incluyen paraqueratosis parcheada o difusa, ausencia focal o total de la capa granulosa, acantosis discreta, espongiosis focal y la presencia de pequeñas vesículas intraepidérmicas. De manera ocasional, se observan queratinocitos disqueratósicos con citoplasma homogéneo eosinofílico. En la dermis se aprecia edema e infiltrado inflamatorio perivascular predominantemente mononuclear. Con base en las observaciones registradas en estudios, puede concluirse que la dermatoscopia es una herramienta diagnóstica eficaz, accesible y de fácil utilización, que permite establecer un diagnóstico definitivo de la pitiriasis rosada. Además, actúa como un puente entre la evaluación clínica y la histopatológica, y resulta útil para diferenciar esta entidad de otras enfermedades papuloescamosas con manifestaciones clínicas similares. Asimismo, con el fin de excluir micosis superficiales como tiña versicolor o tiña corporis, puede recurrirse al examen directo con hidróxido de potasio (KOH). Este examen consiste en tomar una muestra de la piel afectada y tratarla con una solución de KOH, lo cual ayuda a visualizar las hifas fúngicas bajo el microscopio. Es una técnica sencilla y rápida que permite confirmar la presencia de hongos en la piel. En pacientes con lesiones en palmas y plantas o con antecedentes de actividad sexual reciente, se recomienda la realización de pruebas serológicas para descartar sífilis secundaria (Drago et al., 2015; Gavvala & Gavvala, 2021; Goldstein & Goldstein, 2023; Ramos et al., 2023; Saavedra, et al., 2023).

Asociación con SARS-CoV-2

La infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) se ha caracterizado por su capacidad de afectar múltiples órganos y sistemas, incluida la piel. Las manifestaciones cutáneas asociadas se han atribuido principalmente a una respuesta inflamatoria exacerbada mediada por citocinas o a fenómenos de microtrombosis a nivel dérmico. Las lesiones dermatológicas vinculadas a COVID-19 muestran una amplia heterogeneidad, incluyendo exantemas maculopapulares, urticaria, lesiones vesiculosas tipo varicela, patrones similares a eritema multiforme, rash purpúrico, livedo reticularis y lesiones tipo perniosis. En cuanto a la pitiriasis rosada, esta se ha considerado clásicamente como una consecuencia de la reactivación de infecciones por herpesvirus humano tipo 6 y 7 (HHV-6/7). Durante la pandemia, se observó un aumento significativo en los casos de esta dermatosis, lo que sugiere que la infección por SARS-CoV-2 podría actuar como factor desencadenante, ya sea directamente o por favorecer la reactivación viral latente, o incluso por factores psicoemocionales asociados al contexto pandémico (Birlutiu et al., 2021; Enguix et al., 2020; Goldstein & Goldstein, 2023; Ramos et al., 2023).

Implicaciones en el embarazo

La PR tiene mayor incidencia durante el embarazo. Aunque la mayoría de los casos cursan sin complicaciones, se ha informado una posible asociación con resultados adversos si la erupción se presenta antes de la semana 15 de gestación, si la erupción es prolongada, generalizada o se acompaña de síntomas extracutáneos. Esto puede desencadenar aborto espontáneo, parto pretérmino, bajo peso al nacer e hipotonía neonatal. Por ello, se recomienda derivar a las pacientes embarazadas con PR, independientemente de la edad gestacional, a servicios de atención prenatal especializada para seguimiento estrecho (Goldstein & Goldstein, 2023; Wenger-Oehn et al., 2022).

Diagnóstico Diferenciales

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentra la tiña corporis, que se define como infección fúngica superficial de la piel. Se puede asemejar clínicamente a la pitiriasis rosada, presenta características distintivas al manifestarse como placas redondeadas o anulares que crecen de forma centrífuga, con un borde activo ligeramente elevado, de aspecto pápulo-pustuloso. Inmediatamente detrás del borde, suele observarse una zona con escamas finas, mientras que el centro de la lesión tiende a aclararse, adoptando un aspecto más normal o en vías de resolución. Las lesiones suelen aparecer en áreas descubiertas del cuerpo (como brazos, piernas o cara) y su aparición puede ser repentina. En la pitiriasis rosada, la descamación no se extiende hasta el borde de la lesión como ocurre en la tiña corporis. Para confirmar el diagnóstico, es útil realizar un raspado de la lesión y examinarlo con hidróxido de potasio (KOH), donde pueden observarse hifas fúngicas. Alternativamente, el diagnóstico también puede establecerse mediante cultivo micológico de la piel afectada (Fernández, et al., 2021; Goldstein & Goldstein, 2023; Saavedra, et al., 2023; Shah & Adeel, 2024).

Otro diagnóstico para descartar es la dermatitis inducida por fármacos, la cual es producto de una reacción de hipersensibilidad retardada, apareciendo generalmente entre 24 y 48 horas después de la administración del fármaco implicado. Se manifiesta como un exantema maculopapular o como un eritema fijo medicamentoso, aunque también puede evolucionar hacia formas más graves con afectación sistémica (renal, pulmonar o cutánea severa). El diagnóstico se basa en la historia clínica detallada y puede complementarse con pruebas in vitro (IgE específica, activación de basófilos, transformación de linfocitos) o pruebas in vivo como las pruebas cutáneas y la prueba de provocación farmacológica, que es el estándar de oro. La elección de la prueba depende del fármaco implicado y del tipo de reacción. Los fármacos más comúnmente implicados son el captopril, metronidazol, la isotretinoína, los AINES, el omeprazol y la terbinafina. Para poder descartar este diagnóstico se debe realizar un interrogatorio dirigido en la historia clínica y así constatar el consumo de alguno de estos medicamentos (Fernández, et al., 2021; Goldstein & Goldstein, 2023; Saavedra, et al., 2023).

Algunas reacciones cutáneas que imitan la presentación clínica de la pitiriasis rosada pueden estar asociadas al uso de ciertos medicamentos, tales como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), la hidroclorotiazida, los barbitúricos, compuestos de oro, el metronidazol y el alopurinol. Este tipo de exantema tiende a resolverse tras la suspensión del fármaco implicado, lo que respalda su rol etiológico. Entre las características diferenciales de esta forma inducida por medicamentos, en comparación con la pitiriasis rosada clásica, se incluyen la ausencia de la placa heráldica inicial, la falta de síntomas prodrómicos, una mayor intensidad del prurito con escasa respuesta a antihistamínicos, lesiones cutáneas más inflamatorias y brillantes, así como un incremento de eosinófilos tanto en sangre periférica como en el infiltrado dérmico observado en estudios histopatológicos (Fernández, et al., 2021; Goldstein & Goldstein, 2023; Ramos et al., 2023; Shah & Adeel, 2024)).

Así mismo, se debe descartar la psoriasis guttata especialmente si hay antecedentes familiares o infecciones estreptocócicas previas. La psoriasis guttata se diferencia principalmente por la ausencia de la placa heráldica y por sus hallazgos histopatológicos, que revelan una distribución más uniforme de las lesiones y escamas blancas difusas, a diferencia de la distribución menos específica y las escamas pigmentadas en tonos marrones o blancos típicas de la pitiriasis rosada. El diagnóstico suele ser clínico (Saavedra, et al., 2023; Shah & Adeel, 2024).

Por otro lado, la dermatitis atópica se diferencia de la pitiriasis de Gilbert por el engrosamiento de la piel (liquenificación), aumento del reticulado cutáneo y prurito intenso. Las lesiones se ubican con mayor frecuencia en la nuca, manos y pies dorsales, caras flexoras de las muñecas y zonas extensoras de las piernas. Suele haber antecedentes personales o familiares de atopía desde la infancia. Fisiopatológicamente, se asocia a una respuesta inmunitaria Th2 exacerbada y niveles elevados de

IgE. El diagnóstico se basa en la clínica, antecedentes y distribución característica de las lesiones (Fernández, et al., 2021; Goldstein & Goldstein, 2023).

La pitiriasis versicolor es otro diagnóstico que se tiende a confundir con la PR, patología que cursa con máculas hipopigmentadas o hiperpigmentadas de forma ovalada o redonda, con posibilidad de confluir en placas policíclicas. Al rascar, se evidencia una escama fina tipo furfurácea (signo de Besnier). Las lesiones se localizan principalmente en cuello, tórax anterior y posterior, y parte proximal de extremidades superiores. El diagnóstico es clínico y puede confirmarse mediante la lámpara de Wood que evidencia una fluorescencia amarillo verdosa o con un examen directo de KOH al 20% y tinta azul, la cual revela levaduras e hifas cortas. Por otro lado, si el paciente es sexualmente activo y hay lesiones en palmas y plantas siempre debe considerarse sífilis secundaria como posible diagnóstico y realizar pruebas serológicas (Fernández, et al., 2021)

Por último, no se debe confundir con escabiosis ya que la lesión característica es el surco acarino, que se presenta como una línea ligeramente elevada de pocos milímetros sobre la piel, resultado del túnel subcórneo que excava el parásito. En el extremo del surco suele haber una pápula o vesícula pequeña (2–3 milímetros), donde se encuentra el ácaro. Las localizaciones más frecuentes incluyen los espacios interdigitales de las manos, las caras flexoras de las muñecas, los glúteos, la zona genital y la areola mamaria. El diagnóstico se confirma mediante la visualización directa del ácaro o de sus heces, ya sea mediante la prueba de Müller (raspado de la lesión y observación microscópica), o a través de la prueba de la cinta adhesiva transparente, que permite identificar el parásito al microscopio tras adherir y retirar la cinta de la lesión sospechosa (Fernández, et al., 2021; Goldstein & Goldstein, 2023)

Tratamiento

La pitiriasis rosada es una dermatosis autolimitada que, en la mayoría de los casos, remite espontáneamente en un periodo de uno a dos meses, aunque existen reportes de duración prolongada de hasta cinco meses. El tratamiento específico suele no ser necesario, siendo suficiente la observación clínica; no obstante, en ciertos casos puede considerarse la fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha, ya sea a través de exposición solar controlada o mediante sesiones en consultorio, con el fin de acortar el curso clínico. Para promover la resolución de las lesiones y mejorar la calidad de vida del paciente, se recomienda la aplicación tópica de agentes antiinflamatorios no esteroideos, como el bituminosulfonato de amonio en pomada. En presencia de prurito intenso, pueden indicarse antihistamínicos orales –tales como cetirizina o loratadina– o corticosteroides tópicos de baja a mediana potencia. Asimismo, se ha evidenciado que el uso de aciclovir oral a una dosis de 800 mg cinco veces al día durante siete días, iniciado en la primera semana de evolución, podría reducir la duración del cuadro clínico. Es recomendable además fomentar una adecuada hidratación cutánea, evitar la exposición solar directa y utilizar protector solar sobre las lesiones para prevenir hipopigmentaciones residuales. Se sugiere el uso de vestimenta holgada, transpirable y fabricada con algodón puro para minimizar la fricción sobre la piel. Dado que las lesiones pueden irritarse fácilmente con productos de higiene convencionales, se aconseja emplear limpiadores suaves, exentos de sulfatos, como los llamados “syndets”. Aunque en un principio se propuso la eficacia de los macrólidos orales –como eritromicina o azitromicina–, estudios recientes no han respaldado su uso terapéutico en esta patología. Es esencial proporcionar al paciente una explicación clara sobre la naturaleza autolimitada y no contagiosa de la enfermedad, así como sobre su posible evolución con alteraciones pigmentarias transitorias, especialmente en fototipos altos, y la escasa probabilidad de complicaciones severas, como infecciones bacterianas secundarias por rascado (Goldstein & Goldstein, 2023; Pavel, 2022; Ramos et al., 2023; Shah & Adeel, 2024; Villalon-Gomez, 2018).

Pronóstico

En cuanto al pronóstico de esta patología, dejando al lado que se esté presentado en una gestante, tiene excelente pronóstico debido a que es una enfermedad con resolución espontánea en un periodo de 2 meses. Las recaídas son poco frecuentes, y las complicaciones más comunes son los cambios pigmentarios residuales. Puede presentarse prurito intenso, que puede afectar significativamente la calidad de vida, pero no se esperan secuelas a largo plazo. La principal preocupación clínica es el diagnóstico erróneo, ya que otros exantemas con implicaciones más graves como la sífilis secundaria pueden imitar la PR y requerir un tratamiento diferente (Goldstein & Goldstein, 2023; Ramos et al., 2023; Villalon-Gomez, 2018).

CONCLUSIÓN

La pitiriasis rosada es una dermatosis aguda, benigna y autolimitada, cuya causa exacta aún no se ha determinado, aunque se ha vinculado con la reactivación de los herpesvirus humanos tipo 6 y 7 y con el SARS-CoV-2, lo cual sugiere un componente inmuno infeccioso en su patogenia. Su curso clínico típico, caracterizado por la aparición de un “medallón heráldico” seguida de una erupción en patrón de árbol de Navidad, permite realizar un diagnóstico principalmente clínico, sin necesidad de estudios invasivos en la mayoría de los casos.

Si bien su presentación suele ser característica, es fundamental considerar un amplio diagnóstico diferencial que incluya entidades como sífilis secundaria, psoriasis, tiña corporis, dermatitis inducida por fármacos, dermatitis atópica, pitiriasis versicolor e incluso escabiosis, todas con manifestaciones cutáneas que pueden simular la pitiriasis rosada. La distinción adecuada de estas entidades requiere una evaluación clínica minuciosa, apoyada en la historia del paciente, la distribución de las lesiones, y en algunos casos, pruebas complementarias específicas.

El manejo se basa en la reafirmación al paciente sobre la naturaleza autolimitada de la enfermedad y en el tratamiento sintomático, dirigido especialmente al control del prurito y la mejora del confort cutáneo. Aunque el tratamiento es principalmente sintomático y no se asocia con secuelas graves, su manejo debe considerar las formas atípicas, la posible implicación viral y las implicaciones en contextos especiales como el embarazo. Los médicos deben estar atentos en pacientes embarazadas, ya que la aparición temprana o la gravedad de la enfermedad pueden estar asociadas con complicaciones obstétricas significativas. En casos severos, persistentes o atípicos, puede ser necesario el uso de tratamientos más específicos como corticosteroides tópicos, antihistamínicos, aciclovir y fototerapia con luz UVB.

REFERENCIAS

- Birlutiu, V., Birlutiu, R. M., & Iancu, G. M. (2021). Pityriasis rosea gibert triggered by SARS-COV-2 infection. *Medicine*, 100(14), e25352. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025352>
- Drago, F., Ciccarese, G., Broccolo, F., Cozzani, E., & Parodi, A. (2015). Pityriasis rosea in children: Clinical features and laboratory investigations. *Dermatology*, 231(1), 9–14. <https://doi.org/10.1159/000381285>
- Enguix, D. M., Salazar Nievas, M. del C., & Martín Romero, D. T. (2020). Erupción tipo pitiriasis rosada de Gibert en una paciente asintomática con positividad para COVID-19. *Medicina Clínica. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.024>
- Fernández, S. C., Jiménez, I., Domínguez, R. de J., Bustos, A. K., & Meneses, J. E. (2021). Pitiriasis de Gilbert, una dermatosis poco reconocida en el primer nivel de Atención. *Revisión de un Caso. Innovación y Desarrollo Tecnológico*, 13(4).
- Gavvala, M., & Gavvala, M. (2021). Diagnosis of pityriasis rosea using a triple light source dermoscope. *Journal of Medical and Allied Sciences*, 11(1), 51–55. <https://doi.org/10.5455/jmas.125665>
- Goldstein, A. O., & Goldstein, B. G. (2023, March). Pityriasis rosea. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/pityriasis-rosea>
- Pavel, K. (2022). Pityriasis rosea Gibert: Disease history and new findings. *Pathology and Laboratory Medicine*, 6(1), 7–10. <https://doi.org/10.11648/j.plm.20220601.12>
- Ramos, M. E., Guevara, M. R., & Tenorio, S. K. (2023). Pityriasis rosea of Gibert: A comprehensive review of a common, self-limiting dermatologic entity. *International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies*, 03(08), 1532–1535. <https://doi.org/10.47191/ijmscrs/v3-i8-11>
- Saavedra, A., Roh, E., & Mikailov, A. (2023). *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology* (9.^a ed., pp. 67–69). McGraw Hill.
- Shah, M., & Adeel, S. (2024). Pityriasis rosea. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*, 17(11–12), 483–487. <https://doi.org/10.1177/17557380241277097>
- Villalon-Gomez, J. M. (2018). Pityriasis rosea: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 97(1), 38–44.
- Wenger-Oehn, L., Graier, T., Ambros- Rudolph, C., Müllegger, R., Bittighofer, C., Wolf, P., & Hofer, A. (2022). Pityriasis rosea in pregnancy: A case series and literature review. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 20(7), 953–959. <https://doi.org/10.1111/ddg.14763>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 