

Pitiriasis de Gilbert, una dermatosis poco reconocida en el primer nivel de Atención. Revisión de un Caso.

Fernández Martínez Sergio Carlos, Palma Jiménez Imelda, Domínguez Pech Ricardo de Jesús,
Bustos Muñoz Ana Karen, Meneses Lara José Eduardo

Unidad de Medicina Familiar Número 22. IMSS Teziutlán Puebla.

Resumen

La Pitiriasis de Gilbert (PG) es una dermatosis inflamatoria, aguda, benigna y que se resuelve de manera espontánea en 4 a 12 semanas. Su incidencia es de 85 a 170 por cada 100 mil habitantes con predominio en primavera y otoño. Corresponde del 0.5 al 2% de las causas de consultas dermatológicas. No se ha determinado su etiología, pero existen teorías correspondientes al Virus del Herpes Humano 6, fármacos y estrés.

Se caracteriza por la aparición de lesión única "Medallón Heráldico" que precede a la erupción de abundantes placas más pequeñas, eritematosas, escamosas, ovales, distribuidas en cuello, tórax, abdomen, extremidades y espalda. Suelen ser asintomáticas, aunque puede existir prurito leve de predominio nocturno y ante temperaturas cálidas. El diagnóstico es clínico con un correcto diagnóstico diferencial frente a otras dermatitis con características similares.

El tratamiento se enfoca en la educación al paciente informando que es una enfermedad benigna autolimitada. Se puede otorgar tratamiento para la sintomatología y prevención de secuelas o cicatrices dermatológicas. No se ha establecido un tratamiento definitivo contra la causa etiológica, pero se ha demostrado mejoría con el uso de Aciclovir y exposición a radiación ultravioleta.

Abstract

Gilbert's Pityriasis is an inflammatory dermatosis, acute, benign that resolves spontaneously in 4 to 12 weeks. Its incidence is 85 to 170 per-100,000 habitants. It has a predominance in spring and autumn seasons and corresponds 0.5 to 2% of the causes of dermatology's medical consultation. Its etiology has not been determined, but there are theories corresponding to Human Herpes Virus 6 and 7, drugs and stress states. It is characterized by the appearance of a single lesion calls "Heraldos medallion" and secondary eruption of abundant smaller, erythematous, scaly, oval plaques, distributed on the neck, thorax, abdomen, on the back with a characteristic distribution resembling the branches of the "Christmas tree" and root of the limbs. They are usually asymptomatic; however, some patients experience slight itching predominantly at night and is accentuated in warm temperatures. The diagnosis is clinical based on the natural history of the disease and making a correct differential diagnosis against other dermatitis with similar characteristics. Treatment focuses on patient education and informing that it is a self-limited benign disease; Treatment can be given for the patient's symptoms and prevention of dermatological sequelae or scars. A definitive treatment against the etiological cause has not been established, but improvement has been shown with the use of Acyclovir and exposure to ultraviolet radiation.

Palabras claves: Dermatitis, Pitiriasis, Rosada, Gilbert, Medallón Heráldico.

Keywords: Dermatitis, Pityriasis, Rosada, Gilbert, Heraldos Medallion.

1. PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de femenina de 28 años originaria de Cuernavaca, Morelos con residencia actual en Teziutlán Puebla, que acude al servicio de consulta externa por presentar exantema, de manera progresiva desde hace dos semanas. Refiere haber iniciado con lesión única en el cuadrante inferior izquierdo de mama derecha (figura 1). La cual se describe como una placa bien delimitada por halo eritematoso, de tamaño aproximado de 5 cm por 3 cm, no dolorosa, no pruriginosa, para la cual no utilizo tratamiento. Diez días después sufre accidente automovilístico en Puebla por lo que es hospitalizada y tratada con fármacos intravenosos como alprazolam,

tramadol, dexketoprofeno, clonixinato de lisina y metamizol; es egresada a los 3 días con tratamiento oral a base de paracetamol y tramadol.



Figura 1. Placa única con halo eritematoso.
Fotografía tomada por el autor.

Posteriormente, viaja a Morelos y al llegar a su domicilio nota la aparición de eritema habonoso multiforme escaso no pruriginoso, no doloroso y algunos con ligera descamación central, distribuido en cuello y pliegues infra mamarios (figura 2), con buen estado clínico a expensas de lesiones secundarias al accidente automovilístico, por lo que se sospecha de una reacción adversa a algún medicamento, indicando dexametasona intramuscular en dosis única, loratadina e hidroxicina sin mejoría.



Figura 2. Eritema habonoso multiforme.
Fotografía tomada por el autor

A los 4 días dichas lesiones se incrementan en número en todo el cuello respetando cara por lo que se sospecha de una dermatitis atópica indicando hidrocortisona al 2%, uso de emolientes Al paso de 2 días las lesiones se multiplican y se extienden en tórax, espalda, cara interna de ambos miembros superiores en su tercio superior (figura 3) se agrega prurito escaso de predominio nocturno por lo que se sospecha de una probable escabiasis.

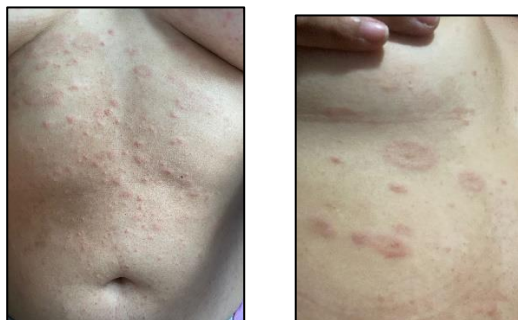


Figura 3. Aparición de lesiones similares a la placa inicial, pero de menor tamaño. *Fotografías tomadas por el autor.*

Se indica aislamiento en habitación separada, lavado de ropa de cama y ropa personal con remojo durante 12 horas y posteriormente lavado con agua a 60° C, uso de almohadas hipoalergénicas y tratamiento a base de

ivermectina de 200 mg 1 vez por semana por dos semanas, permetrina tópica al 0.5% en zonas afectadas dos veces al día, se realiza prueba de Cinta adhesiva (Figura 4) donde se observó únicamente descamación de las lesiones y fue negativa al microscopio para localización de *ácaro Sarcoptes*.



Figura 4. Prueba de Cinta adhesiva realizada en lesiones.

Diez días después, las lesiones se hicieron más evidentes, algunas con habón similar a la lesión inicial, pero de menor tamaño, con extensión hacia abdomen hasta nivel del pubis (figura 5) respetando cara, miembros inferiores, y tercio medio e inferior de miembros superiores, refiere insomnio secundario a aumento del prurito nocturno y afectación en su calidad de vida. Acude a valoración por dermatólogo el cual la diagnóstica como **Pitiriasis Rosada o de Gilbert**, se indica Aciclovir de 800 mg 5 veces al día por 7 días, loratadina por las noches, emolientes tópicos y protector solar. La paciente presentó mejoría evidente a los 5 días con disminución en número y tamaño de las lesiones.

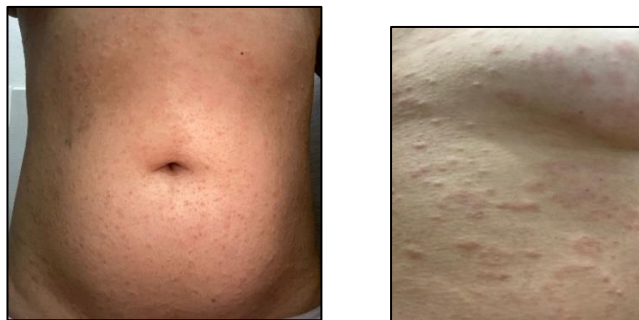


Figura 5. Exantema difuso localizado en abdomen hasta región suprapúbica, Lesiones habonosas similares a la inicial, pero de menor tamaño. Fotografías tomadas por el autor.

Se cita para revaloración a las 5 semanas en la cual se observan escasas pápulas involucionadas únicamente localizadas en cuello (figura 6). Se indica uso de protector solar en dicha zona y se suspende tratamiento sintomático. Se vuelve a revalorar a las dos semanas con desaparición completa de las lesiones.



Figura 6. Involución significativa de las lesiones. Fotografía tomada por el autor.

2. INTRODUCCIÓN

La pitiriasis Rosada, pitiriasis de Gilbert o Enfermedad de Gilbert fue descrita por primera vez en 1860 en Francia por el dermatólogo Camille Melchior Gilbert (1797-1866), en su libro llamado “*Traité pratique des maladies spéciales de la peau*”, misma que describió como un trastorno papuloescamoso de la piel que afectaba a pediátricos, adolescentes y jóvenes adultos [1]

Es una dermatosis inflamatoria, aguda, benigna y que se resuelve de manera espontánea en 4 a 12 semanas, aunque puede durar hasta 5 meses. Su nombre proviene del griego *pityriasis* que significa “fina escama” y del latín *rosea* que significa “rosa” [2].

Se caracteriza por la aparición inicial de una lesión única y erupción secundaria de abundantes placas más pequeñas, eritematosas, escamosas, ovals, distribuidas en cuello, tórax, abdomen, espalda y raíz de las extremidades [3].

Es una entidad de etiología desconocida, aunque hay muchos estudios que documentan que probablemente se deba a un agente infeccioso, pero esto no ha podido ser demostrado [4].

3. EPIDEMIOLOGÍA

Ambos géneros se ven afectados en proporciones similares con ligero predominio del femenino. La edad de presentación generalmente va de los 10 a los 35 años con una frecuencia de 14% en menores de 10 años, afectando a cualquier raza, pero se ha mostrado mayor frecuencia en afroamericanos [5].

Su incidencia es de 85 a 170 por cada 100 mil habitantes. En México se han reportado casos con predominio en estados donde el clima es cálido como Guerrero, Morelos, Sonora, Sinaloa, Quintana Roo y Chihuahua, aunque es difícil determinar a ciencia cierta una cifra exacta debido a la falta de notificación epidemiológica [6].

Tiene un predominio en estaciones de primavera y otoño, así como exacerbación de la clínica en climas cálidos. Corresponde del 0.5 al 2% de las causas de consulta a dermatología, con presentación tardía debido a un incorrecto diagnóstico y tratamiento [4].

4. ETIOLOGÍA

A pesar de que su causa aún es desconocida, existen factores clínicos que sugieren un origen infeccioso, como lo es el hecho de que en la mayoría se presenta una sola vez en la vida, excepcionalmente dos veces debido a que se cree que deja inmunidad permanente.

En la mayoría de los casos existen pródromos de infección en vías aéreas superiores [4].

Una de las teorías más aceptadas propone que es causada por algún tipo de virus por su predominio de determinados periodos del año. Dentro de los virus más sospechosos son los Virus del Herpes Humano 6 y 7, aunque también se ha asociado un virus ECHO 6 [7].

5. HERPESVIRUS HUMANO 6 Y 7

Están íntimamente relacionados y son los únicos miembros de género Roseolavirus. Se sabe que ambos virus son T- linfotrópicos, aunque pueden afectar otras series celulares [7].

El Herpes Virus Humano 6, es miembro de la familia Herpesviridae y subfamilia Betaherpesviridae; estudios epidemiológicos demuestran que el HHV-6 es adquirido en edades tempranas, presenta una elevada prevalencia en la población y se estima que un porcentaje mayor al 95% de los adultos a nivel mundial se encuentran infectados. [8]

Es un virus DNA bicatenario, de simetría icosaédrica y provisto de envoltura. El diámetro de la partícula vírica es de 160-200 nm y su genoma tiene aproximadamente 160-170 pares de kilobases [9].

Se caracteriza por permanecer latente después de la primoinfección, ya que tiene la capacidad de integrarse al genoma humano, lo que implica que la persona infectada es susceptible de desarrollar reactivación viral o co-reactivación con diferentes virus, por ejemplo, durante un evento de inmunosupresión o de estrés agudo intenso [8].

Asimismo, se ha indagado sobre posibles orígenes bacterianos como *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*, aunque aún no hay suficiente evidencia de los mismos (6). Se han descrito relación con diversos fármacos (Tabla 1), situaciones que condicionen estado de estrés e inmunocompromiso [4].

Fármacos probablemente relacionados con la aparición de Pitiriasis Rosada.	
Bismuto	Barbitúricos
Captopril	Oro
Mercuriales Orgánicos	Metronidazol
D- penilamida	Ketoprofeno

Tabla 1. Fármacos probablemente relacionados con la aparición de PR [4].

6. CUADRO CLÍNICO

Existen dos formas de presentación de pitiriasis rosada. La forma clásica que tiene topografía y morfología características y la forma atípica que puede presentar lesiones con diferente distribución, morfología o ambas.

La forma clásica se observa en un 94% de los casos, donde las lesiones se localizan en el tronco y en el tercio superior de las extremidades con lesiones muy particulares. Se ha notificado el antecedente que puede ir de 2 días hasta 2 meses de un leve cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior, aunque en la mayoría de los casos pasa desapercibido [9].

Durante este tiempo se hace presente una lesión única eritematosa asalmonada bien delimitada, de dos a cuatro centímetros de diámetro, con un fino halo escamoso interino de elementos hipocrómicos, dicha lesión lleva por nombre “Medallón heráldico” y está localizada generalmente en cuello o tórax anterior [10].

El medallón heráldico permanece aislado de ocho a quince días; posteriormente, aparecen de forma súbita múltiples lesiones de menor tamaño (aproximadamente de 0.5 a 1.5 cm) de color rosado pálido con un halo de

descamación fina en el caso de personas de color clara, sin embargo, en personas con tez oscura únicamente se aprecian lesiones con borde eritematoso y el centro claro [4]. Respetan sitios anatómicos como cara, tercios medios e inferiores de miembros torácicos y pélvicos, así como manos y pies [5].

Las lesiones comienzan en cuello y cara anterior de tórax, pero al cabo de unos días aparecen a lo largo de las líneas de clivaje o de Langer (que corresponden a los pliegues de la piel) son líneas inclinadas y parten de la línea central del tronco semejando la forma de ramas del “árbol de Navidad” [10].

Mismas lesiones suelen ser asintomáticas, sin embargo, algunos pacientes experimentan ligero prurito de predominio nocturno y se acentúa en temperaturas cálidas [7].

Otros síntomas que pueden presentar son fiebre, cefalea, malestar general, artralgias, síntomas gastrointestinales o afección ungueal [4].

La forma atípica que corresponde cerca del 20% de los casos se conforma por una aparición doble o múltiple del medallón heráldico, inclusive puede estar ausente. Las lesiones se presentan en la periferia y no son concéntricas afectando cara, palma de las manos, cara plantar de los pies y mucosas, mismo cuadro atípico puede diferenciarse de la siguiente forma [3]:

Pitiriasis Rosada Inversa: Más frecuente en la población pediátrica, con lesiones situadas en cara, pliegues inguinales, axilares, cuello, y porción distal de los miembros superiores e inferiores.

Pitiriasis Rosada Unilateral: Las lesiones se localizan en un área bien delimitada por la línea media corporal, no hay preferencia por hemicuerpo derecho o izquierdo.

Pitiriasis circinada et marginata de Vidal: Se observa principalmente en la población adulta, las lesiones son escasas y de mayor tamaño mayormente localizadas en Pitiriasis Rosada Inversa: Más frecuente en la población pediátrica, con lesiones situadas en cara, pliegues inguinales, axilares, cuello, y porción distal de los miembros superiores e inferiores.

Pitiriasis Rosada Unilateral: Las lesiones se localizan en un área bien delimitada por la línea media corporal, no hay preferencia por hemicuerpo derecho o izquierdo.

Pitiriasis circinada et marginata de Vidal: Se observa principalmente en la población adulta, las lesiones son escasas y de mayor tamaño mayormente localizadas en axilas y región inguinal. Las lesiones tienden a confluir y pueden persistir durante meses.

Pitiriasis con involucre oral: Las lesiones papulares, vesiculares, pustulares y hemorrágicas que pueden aparecer en carrillos, lengua y mucosa yugal.

7. DIAGNÓSTICO

Es clínico, con alta sospecha por el antecedente de aparición del “medallón heráldico” días a semanas previas a la aparición de las lesiones, con o sin síntomas prodrómicos. Con leve en comparación de otras dermatitis, incluso puede estar ausente o únicamente presentarse con aumento de la temperatura ambiental [11].

Los exámenes de laboratorio generalmente no muestran alteraciones, aunque algunos estudios han evidenciado aumento de los eosinófilos. La biopsia no está indicada para el diagnóstico de la Pitiriasis Rosada, sin embargo, hay casos en los que se ha realizado evidenciando una epidermis con paraqueratosis focal, acantosis leve y focos de espongirosis, así como un infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular superficial, eritrocitos extravasados en la dermis papilar y células disqueratósicas aisladas [11].

8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Principalmente con dermatosis que cursan con placas anulares, con descamación fina, exantemas súbitos, dentro de los más comunes se encuentran: reacciones por fármacos, dermatitis atópica, psoriasis, sífilis, pitiriasis versicolor, tiña coporis, dermatitis seborreica, linquen plano, neurodermatitis, escabiosis e incluso neoplasias dermatológicas (Tabla 2).

Diagnósticos Diferenciales de la Pitiriasis Rosada		
Patología	Cuadro Clínico	Diagnóstico
Dermatitis por fármacos	Esta dada por una reacción de hipersensibilidad no inmediata inducida Generalmente que ocurre tras 24-48 horas de toma del fármaco. Se manifiestan con síntomas cutáneos como eritema maculo-papular, o exantema fijo, pero también pueden ser reacciones órgano-específicas con afectación renal, pulmonar o reacciones adversas cutáneas graves [12].	Se basa en la historia clínica, pruebas in vitro disponibles (IgE específica, test de activación de basófilos, test de transformación de linfocitos) y pruebas in vivo (pruebas cutáneas y prueba de provocación con fármaco). Las pruebas que hay que realizar dependen del fármaco implicado y el tipo de reacción, la provocación es el patrón oro en el diagnóstico [12].
Dermatitis Atópica	Se observan placas de liquenificación o liquen simple crónico, consistentes en un engrosamiento de la piel, con aumento de su reticulado normal. Se producen sobre todo en la nuca, el dorso de las manos y los pies, la cara de flexión de las muñecas y las zonas de extensión de las piernas [13].	Antecedente de cuadro clínico previo, principalmente en la infancia, el cuadro clínico con prurito intenso y el examen físico, así como el curso de la enfermedad. se presenta por una elevación sistémica de células Th-2 y elevación de IgE [14].
Psoriasis	Las lesiones son pápulas y placas eritematosas, descamativas muy bien definidas, de diferentes tamaños con una escama gris plateada que se puede eliminar con facilidad y se distribuyen simétricamente afectando las superficies de extensión de codos, rodillas y tronco. El rascado de las escamas da lugar a unos pequeños puntos sangrantes (signo de Auspitz) [15].	El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Pocas veces se precisará una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico. El diagnóstico diferencial en lactantes y niños pequeños incluye la dermatitis seborreica, eccema atópico y eccema numular y pitiriasis de Gilbert [15].
Pitiriasis Versicolor	Máculas ovales o redondas, discrómicas, que pueden confluir formando placas policíclicas con escama furfurácea en la superficie, la cual se hace más evidente al raspar la piel con la uña (signo de Besnier). La topografía más frecuente es el cuello, el tronco en su porción anterior y posterior, y las extremidades superiores. [16].	El diagnóstico es clínico con apoyo de métodos auxiliares como la luz de Wood, en la cual las lesiones aparecen a la fluorescencia color dorado o amarillo verdoso. El estudio micológico se confirma con un examen directo con hidróxido de Potasio al 20%, se observa al microscopio con tinta Parker azul, levaduras de 4 a 8 nm y filamentos fragmentados [16].
Escabiosis	Las lesiones patognomónicas son el surco (elevación lineal de la piel de pocos milímetros de longitud que corresponde al túnel subcórneo excavado) y al final del mismo existe una pápula o vesícula de 2-3 mm de diámetro, donde está el	El diagnóstico de certeza se basa en la visualización del ácaro, de sus heces (prueba de Müller) y mediante la prueba de la cinta adhesiva transparente en una zona escarificada previamente [18].

	parásito localizadas en los espacios interdigitales de las manos, la superficie de flexión de las muñecas, los glúteos, la zona genital y la areola mamaria [17].	
Tiña Corporis	Hay presencia de placas circulares de crecimiento centrífugo, discretamente eritematosas y secas, cuyo borde activo es discretamente pápulo-pustuloso con un área con finas escamas, inmediatamente posterior a este borde. El centro de la lesión tiende a la curación y presenta una morfología normal. La aparición de las lesiones suele darse en partes descubiertas [19].	Cuadro clínico de inicio súbito. Asimismo, está la demostración de hifas en el preparado húmedo con Hidróxido de Potasio o con cultivo de la piel lesionada [20].

Tabla 2. Diagnósticos Diferenciales frente a la Pitiriasis Rosada o de Gilbert.

9. TRATAMIENTO

Se ha establecido que debido a que es una enfermedad autolimitada, el tratamiento únicamente es sintomático para todos aquellos pacientes que cursan con prurito, mialgias, artralgias, fiebre, etc.

Se han realizado estudios aleatorizados para comprobar la eficacia del uso de Aciclovir 800 mg, 5 veces al día por una semana frente a un placebo. Con resultado de mejoría del 26.54 ± 9.14 para el placebo y 33.29 ± 9.29 ($P = 0.7$) para el aciclovir [20].

En otro estudio aleatorizado donde se realizó la comparación entre dos poblaciones, la primera tuvo exposición a la luz Ultravioleta 5 veces a la semana por dos semanas frente al segundo grupo el cual no fue expuesto, demostrando que el 88.2% del primer grupo tuvo mejoría ($p = 0.0007$) de las lesiones, pero no se demostró mejoría del prurito [20].

Los esteroides tópicos y los antihistamínicos orales no se recomiendan porque no han demostrado resultados. La lubricación frecuente reduce el prurito y el baño debe ser con jabón suave para evitar más resequead y sin tallar la piel [4].

Es recomendable que el paciente evite la exposición directa al sol o uso de protector solar (≥ 50) en el sitio de las lesiones porque la escama de la placa evitará el bronceado y dejará una mancha hipocrómica en su lugar, aunque ésta es temporal y se resuelve espontáneamente es muy notoria en niños de tez oscura [5].

Por último, es importante la educación y la confianza para poder tranquilizar al paciente y hacerle entender que su padecimiento no es grave y que desaparecerá en un determinado tiempo sin dejar cicatrices o secuelas con las medidas adecuadas (uso de protector solar en zonas lesionadas y no manipular ni lesionar las erupciones) [7].

10. CONCLUSIÓN

La pitiriasis de Gilbert o pitiriasis rosada es una patología dermatológica poco frecuente, la cual puede ser confundida con facilidad con otras dermatitis y se puede agravar al indicar un tratamiento erróneo como corticoesteroides sistémicos, es importante que como primer nivel de salud logremos identificar sus

características y antecedentes lo cual traería un beneficio para el paciente y para la Institución debido a los múltiples fármacos otorgados sin éxito terapéutico para la enfermedad y sin mencionar, que la mayoría son de un precio elevado.

El tratamiento se enfoca en la sintomatología del paciente y en la prevención de secuelas o cicatrices dermatológicas. No se ha establecido un tratamiento definitivo contra la causa etiológica, pero se ha demostrado mejoría con el uso de Aciclovir, como lo fue en el caso de la paciente con mejoría evidente a los 5 días. Es importante explicarle al paciente y a su familia que es una enfermedad que se autolimita al cabo de 5 a 12 semanas, a pesar de que el cuadro puede ser muy aparatoso, no deja secuelas. Al momento, no se han notificado complicaciones graves de esta enfermedad, pero se necesitan más estudios sobre la enfermedad haciendo énfasis en la prevalencia, incidencia, etiología y tratamiento definitivo.

REFERENCIAS

- [1] Arch Derm Syphilol. Camille Melchior Gilbert. Rev de la Academia Europea de Dermatología y Venereología. 2017;30 (1): 101-103.
- [2] Gioseffi M-L, Calvano R, Dileo R. Dermatología pediátrica: hada su diagnóstico. Argentina. Rev Arch Argent Pediatr. 2016; 105(3): 251-252.
- [3] Jiménez M-C, González S, De la Torre Y. Pitiriasis Rosada: aspectos generales, bases para el diagnóstico y tratamiento. México. Rev Instituto Mexicano del Seguro Social. 3(26):101-104.
- [4] López C-I, Durán MC, Sáez MM. Pitiriasis Rosada: un exantema que debe ser reconocido por el médico de primer contacto. Estudio de 30 casos. México. Rev. Pediátrica. 2016;35(4): 289-294.
- [5] González L-M, Allen R, Janniger CK. Pityriasis rosea: An important papulosamous disorder. EUA. Int J of Dermatol. 2017; 26: 750-751.
- [6] Casani C. Pitiriasis Rosada Recurrente. Rev Pediatr Aten Primaria. México. 2016; 8(6): 15-19.
- [7] Wolff K. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2017. p. 65-7.
- [8] Agut H, Bonnafous P. Laboratory and Clinical aspects of human herpesvirus 6 infections. Clinical Microbiology reviews. 2015; 28(2): 313-335.
- [9] Pumarola ST, Hernández NB, Marcos MA. Diagnóstico de la Infección por el virus del Herpes Humano tipo 6. Rev Clinica de Infección e inmunología. Barcelona. 2017; 3(14): 17-24.
- [10] Perez E-A, Lenin O-O, Contreras G-C. Pitiriasis rosada de Gilbert: una breve revisión de un exantema común. Rev Arch Inv Materno Infantil. México. 2015; 7(1): 27-29.
- [11] Buenaventura H-M, Borrego L. Pitiriasis rosada Eritrodérmica. Rev Actas Dermo-Sifiliog. Hospital Universitario Las Palmas de Gran Canaria. España. 2016;94(5):337-8338982003; 94 (5): 337-338.
- [12] Muñoz Román C, Vilá Indurain B. Reacciones adversas a medicamentos: alergia a antibióticos, AINE, otros. Criterios de sospecha y actitud a seguir por el pediatra. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:297-314.
- [13] Fonseca C-E. Dermatitis Atópica. Rev Dermatología Pediátrica. Madrid. 2019; 2(1): 83-88.
- [14] Rivero G-J. Dermatitis Atópica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII. Costa Rica. 2016; 4(2): 711-716.
- [15] Ward-Van der Spek FB, Orange AP. Psoriasis. En Harper J, Orange A, Prose N. Eds. Textbook of Pediatric Dermatology. Oxford Edición 2, 2016:777-785.
- [16] Ramírez G-J, Carreño G-E, Soto O-J. Pitiriasis versicolor: una actualización. Rev Med Cutan Iber Lat Am, México. 2018; 46 (3): 166-175.
- [17] Plascencia G-A, Proy T-H. Escabiosis: Una Revisión. Rev Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. México. 2016; 11 (3): 217-224.
- [18] Arndt KA, Bowers KE, Chuttani AR. Manual of dermatologic therapeutics. Little, Brown and Company. Boston 2019; 1(22):120-127.
- [19] Sánchez JL, Blanca M. Las Tiñas. Rev de Dermatología, consorcio. Hospital General Universitario. España. 2017; 5(2): 114-117.
- [20] Singh S, Anurag, Tiwary N. Acyclovir is not effective in pityriasis rosea: Indian J Dermatology Venereol Leprol. 2016;82:505.

Correo de Autor: sergio.fernandezm@imss.gob.mx