



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:
Luciano Domínguez Soto

José Luis Arredondo García
Jorge Alberto Castañón González
Luciano Domínguez Soto
Emilio García Procel
Julio Granados Arriola
Gerardo Guinto Balanzar
Gerardo Heinze Martín
Mariano Hernández Goribar
Enrique Hong Chong
Carlos Ibarra Pérez
Carlos Lavallo Montalvo
Alberto Lifshitz Guinzberg
Armando Mansilla Olivares
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Manuel Morales Polanco
Jorge Moreno Aranda
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
Ma. Eugenia Ponce de León
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Juan José Luis Sienna Monge
Manuel Sigfrido Rangel
Manuel Torres Zamora
Juan Urrusti Sanz
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica®

VOL. XVIII, NÚMERO 5 SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2009

Contenido

El concepto de Leucoplasia como lesión precancerosa de la mucosa bucal y su diagnóstico diferencial.....	1
Las principales dermatosis eritemato-escamosas.....	5

El concepto de Leucoplasia como lesión precancerosa de la mucosa bucal y su diagnóstico diferencial

La aparición de lesiones blancas en la mucosa bucal puede ocurrir como consecuencia de la acumulación de restos celulares o microbianos (“materia alba”, *debris* blanquecino que se acumula en pacientes con deficiente higiene y falta de lubricación), esfacelación de la mucosa por quemaduras, formación de pseudo-membranas por colonias microbianas (por ejemplo candidosis pseudo-membranosa) o por engrosamiento epitelial y queratosis que pueden tener base genética, o como ocurre más comúnmente, ser lesiones adquiridas.

La importancia de diagnosticar adecuadamente a estas últimas reside en que algunas de ellas poseen riesgo de transformación maligna.

El cáncer bucal en la actualidad sigue siendo un problema de gran importancia debido no solo a su elevada mortalidad sino a las diversas consecuencias que su tratamiento produce.

De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias, en México 1

de cada 100 casos de cáncer se desarrolla en la región bucal, y la gran mayoría de neoplasias en esta región anatómica corresponde a carcinomas escamocelulares que se originan a partir del epitelio superficial.

Lamentablemente, resulta paradójico que al ser la cavidad bucal un sitio fácilmente accesible a la exploración clínica, y por ello propicio para detectar a las lesiones malignas en etapas tempranas, la realidad revela que al ser el cáncer bucal asintomático en sus inicios, el diagnóstico y tratamiento suele realizarse en etapas en que ya existe invasión a tejidos profundos y en muchas ocasiones metástasis, lo que complica su manejo y empeora el pronóstico drásticamente.

Por otra parte, se sabe que un número significativo de carcinomas bucales se desarrolla a partir de lesiones precursoras o precancerosas.

Al respecto se reconocen dos tipos de lesión precancerosa en boca: la leucoplasia y la eritroplasia. Ya que la primera es mucho más común, el

propósito de este artículo es describir los aspectos fundamentales que favorecen el realizar su diagnóstico y el tratamiento adecuado, así como enfatizar los criterios clínicos que permiten diferenciarla de otras lesiones blancas que afectan a la mucosa de la cavidad bucal.

Leucoplasia (Leucoplaquia)

Es una lesión predominantemente blanca de la mucosa bucal, la cual no puede ser caracterizada como alguna entidad definida.

Este es un término clínico sin connotación histológica que se utiliza para definir a las lesiones blancas que no desprenden al raspado y que no poseen características distintivas de entidades específicas.

La leucoplasia es un diagnóstico por exclusión que implica haber descartado a las otras lesiones blancas que se pueden presentar en la boca (Cuadro I) y su importancia clínica es que tiene un reconocido potencial de malignización.

Cuadro I.
Principales causas de lesiones blancas en la mucosa bucal

Infecciosas	Enfermedades mucocutáneas inflamatorias por trastornos inmunológicos	Neoplásicas y precancerosas
<p>Candidosis pseudomembranosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asociada a inmunosupresión. - Desprende al raspado. <p>Leucoplasia Velloso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asociada a VIH/SIDA o a estados de inmuno-supresión severa. - Usualmente bilateral en bordes linguales (Fig. 4). - Positividad para virus de Epstein – Barr. - Responde a tratamiento antirretroviral y agentes antiherpes (valacyclovir y famcyclovir). 	<p>Liquen plano</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pápulas blancas que forman patrones reticulares (Fig. 5). - Lesiones ubicadas sobre mucosa eritematosa o erosionada (Fig. 6). - Lesiones múltiples y bilaterales (mas comunes en carrillos, encías y bordes linguales). - El diagnóstico se confirma por biopsia. - Aprox. 10% de los pacientes tienen lesiones cutáneas. - Tratamiento a base de esteroides. - Curso crónico con remisiones y recidivas frecuentes. 	<p>Carcinoma escamocelular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Áreas queratóticas de extensión variable asociadas a proliferación, infiltración y ulceración. - Puede haber linfadenomegalia por extensión regional de la neoplasia. - Diagnóstico por biopsia. - Tratamiento depende de la etapa clínica. <p>Leucoplasia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión predominantemente blanca que no puede ser caracterizada clínicamente como alguna de las lesiones blancas definidas (diagnóstico por exclusión).
Trastornos genéticos	Otras causas	
<p>Nevo blanco esponjoso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presente desde la infancia. - Afección familiar frecuente (trastorno autosómico dominante). - Gruesas placas hiperqueratóticas asintomáticas de extensión variable y simétrica en múltiples zonas de la boca (Fig. 7). - Puede haber lesiones similares en otras mucosas (nasal, laringea, esofágica y anogenital). - Condición benigna que no requiere tratamiento. <p>Disqueratosis congénita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad muy rara con predominio en hombres (recesiva ligada al cromosoma X). - Se manifiesta antes de los 10 años. - Leucoplasias secundarias a atrofia y ulceración crónica de la mucosa lingual y carrillos. - Transformación maligna hasta en 30% de las leuoplasias al cabo de 10 a 30 años. - Pigmentación cutánea, displasia ungueal, trombocitopenia y anemia aplásica son hallazgos comunes. - Pronóstico reservado. - Requiere manejo multidisciplinario. 	<p>Quemaduras</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de contacto con agente físico o químico causal. - Escara blanco-amarillenta sobre base erosiva inflamada y dolorosa de corta duración. - Autolimitada, resuelve al cabo de pocos días sin tratamiento. <p>Injertos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedente quirúrgico. <p>Leucoedema</p> <ul style="list-style-type: none"> - Velo blanco grisáceo bilateral en mucosa de carrillos. - Desaparece transitoriamente al traccionar la mucosa. - Variante de la normalidad, no requiere tratamiento. <p>Queratosis friccional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionada a traumatismo crónico directo (Fig. 8). - Desaparece al eliminar la causa. - No tiene potencial de malignización. <p>Línea alba oclusal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión lineal localizada en mucosa de carrillo a nivel de la zona de oclusión dental (Fig. 9). - Asintomática, asociada al contacto del borde de las arcadas dentales. <p>Morsicatio buccarum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Placas blancas de superficie irregular, con zonas de erosión traumática y base eritematosa (Fig. 10). - Asociada a ansiedad que genera hábito de succión y mordisqueo constante. - Desaparece al cesar el hábito o con protectores bucales. 	



Fig. 1. Leucoplasia homogénea



Fig. 2. Leucoplasia exofítica



Fig. 3. Leucoplasia nodular



Fig. 4. Leucoplasia vellosa



Fig. 5. Liquen plano, patrón reticular

En términos generales se estima que la tasa de transformación maligna de las leucoplasias varía entre 1% y 15%, dependiendo de sus aspectos etiológicos y clínicos.

Asimismo, la prevalencia e incidencia de leucoplasia varía en diferentes partes del mundo, ya que su origen está relacionado en muchos casos a ciertos hábitos que inducen daño por agentes físicos y aplicación de sustancias carcinógenas como tabaco en sus distintas presentaciones, nuez de betel, alcohol, cal, etc.

Recientemente también se ha observado el desarrollo de estas lesiones en personas que utilizan el extracto de la planta *Sanguinaria canadensis*, presente hasta hace poco en productos comerciales para el aseo bucal en los E.U.A., de donde fue retirado del mercado por dicha razón al final de la década pasada.

Existe, sin embargo, un elevado porcentaje de casos de leucoplasia en los que no se ha identificado ningún factor causal asociado y son por tanto designadas como leucoplasias idiopáticas.

Desde el punto de vista clínico, las leucoplasias se clasifican en homogéneas (placas blancas de contorno mas o menos definido y superficie uniformemente blanca) (Fig.1) y no homogéneas (aquellas que presentan zonas eritematosas erosivas, nodulares o exofíticas de aspecto verrugoso) (Fig.2).

Esta distinción es importante pues las leucoplasias no homogéneas poseen un riesgo de transformación maligna mucho mayor que las homogéneas. Asimismo, se sabe que el riesgo de malignización es mas elevado en las leucoplasias idiopáticas que en aquellas asociadas a tabaco.

Las características clínicas sugestivas de malignidad o de peor pronóstico son: 1. superficie eritroplásica nodular (Fig.3); 2. ulceración; 3. induración o 4: hemorragia sin causa aparente.

La localización anatómica es un factor relevante en términos de riesgo de malignización, pues diversos estudios han demostrado que las leucoplasias localizadas en el piso de la boca o vientre de la lengua (especialmente idiopáticas y no homogéneas) poseen mucho mayor riesgo de malignización (>25%) que las leucoplasias homogéneas localizadas en otros sitios.

Ante el diagnóstico de una leucoplasia, es indispensable la toma de una biopsia para determinar en el estudio histopatológico si existe algún grado de displasia

epitelial o incluso si ya hay datos de carcinoma *in situ* o invasor, lo cual determinará el manejo específico para cada caso.

El sitio adecuado para tomar la biopsia debe ser aquel que clínicamente sugiera mayor riesgo de malignización, es decir, se debe procurar incluir, en caso de estar presente en la lesión, una zona nodular, erosiva o eritroplásica, ya que se sabe que los cambios displásicos tienen mayor probabilidad de presentarse en estas zonas que en áreas queratósicas homogéneas (las cuales sin embargo no están exentas de dichos cambios).

Para su manejo, los pacientes con leucoplasias sin displasia o con displasia leve deben ser informados de la conveniencia de suspender cualquier hábito que implique traumatismo crónico o el consumo de sustancias asociadas a su desarrollo y el promover la ingesta de una dieta rica en frutas y vegetales, lo que de acuerdo con algunas series acelera la desaparición de las lesiones.

Algunas investigaciones sugieren que el consumo de *lycopene*, un carotenoide presente en jitomates y otros vegetales rojos, actúa como un potente antioxidante que favorece la desaparición de este tipo de lesiones, pero aún se estudia su posible mecanismo de acción y beneficio real.

Hasta la fecha, la presencia y grado de la displasia epitelial parecen ser los factores predictores más confiables de la transformación maligna, ya que hasta el 10% de los casos con displasia moderada y 25% de los casos con displasia severa desarrollan carcinoma en un período de 10 años (tasa anual de cancerización estimada en 1%).

Por lo tanto, la presencia de displasia debe ser tomada con seriedad y se debe realizar seguimiento cuidadoso de cada caso.

Por otra parte, también se sabe del desarrollo de carcinoma escamocelular en leucoplasias cuyas biopsias incisionales no habían presentado datos de displasia.

Por ello, muchos expertos sugieren que el tratamiento indicado en todos los casos es la remoción completa de la lesión con bisturí o con laser, en una o varias sesiones, dependiendo de la extensión de la lesión, condiciones generales del paciente, etc.

En ciertos casos también se puede utilizar crioterapia o la aplicación de agentes citotóxicos tópicos, como la bleomicina, sobretodo para lesiones extensas o altamente recurrentes.

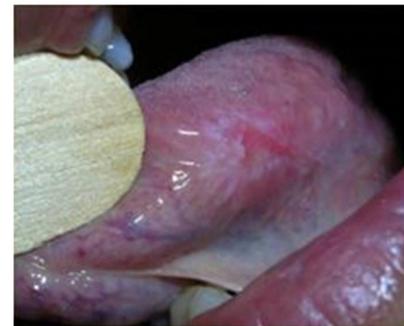


Fig. 6. Liquen plano, mucosa erosionada



Fig. 7. Placas hiperqueratósicas



Fig. 8. Queratosis friccional



Fig. 9. Línea alba oclusal



Fig. 10. "Morsicatio buccarum"

Las principales dermatosis eritemato-escamosas

INTRODUCCIÓN.

Tenemos que recordar que eritema, en términos generales, es una mancha, y que mancha es un cambio de color de la piel, en este caso hacia el color rojo, casi siempre en relación con procesos clinicopatológicos inflamatorios.

Al persistir la inflamación, se agrega posteriormente la lesión elemental secundaria, que es la escama, y así podemos tener lesiones papulosas eritematoescamosas; cuando estas pápulas confluyen forman placas, que por definición nos hablan de lesiones de mayor extensión.

Muchas son las dermatosis eritematoescamosas, pero en esta comunicación solo nos referiremos a las cinco más frecuentes, que serán las que enfrentará comúnmente el médico de primer contacto.

DERMATITIS ATÓPICA.

El sinónimo de Neurodermatitis es totalmente obsoleto, pues se presta a múltiples confusiones, ya que se trata de un padecimiento somatopsíquico y no psicossomático. Ya en una comunicación previa nos habíamos extendido en este aspecto etiopatogénico de las enfermedades cutáneas.

En términos generales la Dermatitis Atópica (DA) puede iniciarse en la infancia, con lo que se conoce como ECCEMA INFANTIL, que son placas muy superficiales, eritematosas y húmedas, que se localizan en las mejillas de los lactantes. Estos infantes también pueden presentar DERMATITIS DEL PAÑAL, y entonces se trata del mismo tipo de placas eccematosas solo que más amplias cubriendo precisamente el área del pañal, con las consecuentes complicaciones agregadas, impetiginización y/o candidosis.

En su etapa preescolar el paciente atópico va a presentar placas eritematosas, levemente escamosas y en ocasiones liquenificadas, en cualquier área aunque prefieren los HUECOS ANTECUBITALES Y POPLITEOS. (Fig.1-3). También, en términos generales, durante la adolescencia, si el enfermo atópico no tiene una fuerte expresividad de su afección, las manifestaciones dermatológicas suelen remitir en forma importante o total.

En la etapa adulta la DA puede manifestarse como ECCEMA DE LAS MANOS DE LAS AMAS DE CASA o bien como ECCEMA DISHIDRÓTICO. En el primer caso y como su nombre lo indica, se trata de amas de casa, que tienen necesidad de efectuar labores manuales constantes, como lavado de trastos, manejo de alimentos, contacto con detergentes, etc., y entonces aparecen lesiones que pueden mostrar una amplia gama en cuanto a intensidad y extensión, pero en concreto las placas son claramente eccematosas.

Tratándose del eccema dishidrótico las lesiones también aparecen en manos y con frecuencia son pápulas que rápidamente se transforman en vesículas subepidérmicas que pueden coalescer hasta cubrir por completo las palmas de las manos y/o plantas de los pies; ello se debe a obstrucción del poro sudoríparo, y aunque se puede observar en pacientes no atópicos, lo más común es que se trate de una manifestación de la DA en el adulto.

Es también muy constante el observar que el paciente atópico es poseedor de piel XERÓTICA (piel seca generalizada), que puede ser la primera manifestación para que aparezcan lesiones inflamatorias (pápulas y placas) en esa piel que pierde su capacidad de defensa. Será muy importante el investigar si ese paciente tiene

DERMATITIS ATÓPICA



Fig.1



Fig.2



Fig.3

antecedentes de otras enfermedades atópicas como son ASMA BRONQUIAL y RINITIS ALÉRGICA, en su persona o en su familia.

El tratamiento de la DA va a depender del estado en el cual se encuentre la dermatosis, es decir, si se trata de un paciente en etapa aguda o bien si es un enfermo cuyas lesiones ya pasaron a la fase crónica.

Si nos enfrentamos a una DA aguda, deberemos tratar primeramente el eccema, que seguramente tiene nuestro paciente y para ello resulta muy útil el empleo de fomentos secantes a base de sulfato de aluminio y acetato de calcio al 1 x 1000 (Agua de Alibour o Domeboro) para aplicar fomentos húmedos por 10-15 minutos, tres veces al día por 3 ó 4 días (cada sobre se disuelve en medio litro de agua).

Una vez dominada la fase aguda, deberemos pasar al empleo de cremas o ungüentos, y proceder a tratar las pápulas o placas en su etapa inflamatoria, y entonces se justifica el empleo de corticosteroides tópicos, cuya potencia será proporcional al grado de actividad de ese proceso inflamatorio, pero también del sitio anatómico a tratar; los corticosteroides tópicos de alta potencia, no deberemos emplearlos en sitios de gran absorción como la cara, pliegues y escroto.

El paso de esteroides de alta potencia a los de mediana o baja potencia va a depender de la evolución del problema, pero siempre teniendo en mente, que como la DA es un padecimiento crónico, deberemos de suspenderlos paulatinamente y pasar posteriormente al uso de cremas o ungüentos inertes, pero sobre todo no olvidar la explicación al paciente y/o su familiar del comportamiento recidivante de esta dermatosis.

PSORIASIS.

Esta otra entidad dermatológica también puede iniciar por eritema y descamación y, por lo general, se convierte rápidamente en placa eritematosa y escamosa, y el tipo de

esta lesión secundaria le confiere su característica principal, pues su grosor puede llegar incluso a tener consistencia “micácea”, la escama es muy adherente, de tal manera que al raspar o tratar de retirarla se puede observar un signo clásico de esta dermatosis que consiste en la aparición de un puntilleo hemorrágico (signo del rocío sangrante), que es patognomónico de esta afección.

La topografía clásica de la Psoriasis la constituyen las superficies extensoras, principalmente codos y rodillas (Fig. 4), pero puede aparecer en cualquier otra parte del tegumento.

Otro sitio de afección preferencial es la piel cabelluda (Fig. 5) y las uñas, en este último caso puede prestarse a confusión con onicomycosis, en particular cuando existe engrosamiento; en los casos de afección ungueal menos severos, aparecen los hoyuelos sobre la lámina ungueal (“pozos psoriásicos”).

Los principales tipos de psoriasis son:

GUTTATA (en gota) que predomina en forma casi exclusiva en los niños y con frecuencia se asocia a infecciones rinofaríngeas por estreptococo beta hemolítico; la más frecuente es la variedad en PLACAS (Fig. 6), cuyo tamaño, forma y extensión varían de un paciente a otro y la ERITRODÉRMICA, en la cual prácticamente todo el tegumento está afectado y constituye la forma más severa de esta dermatosis.

Mucho menos frecuente que las tres anteriores es la PUSTULOSA (enfermedad de Von Zumbusch).

En sus formas típicas la psoriasis se diagnostica clínicamente, pero en algunas ocasiones se requiere de efectuar biopsia, para diferenciarla de otras enfermedades como son la dermatitis seborreica, el liquen simple crónico o el liquen plano.

La psoriasis es un padecimiento controlable, pero no curable y esto es lo primero que deberá saber nuestro paciente. La remisión de los brotes puede prolongarse por años, incluso si el enfermo es un buen paciente.

PSORIASIS



Fig.4



Fig.5

LUPUS DISCOIDE



Fig.6

Son múltiples los tratamientos para la Psoriasis y van desde el empleo de queratolíticos (ácido salicílico) solamente o adicionados de alquitrán de hulla al 5% en "cold cream" o vaselina, para usarse por la mañana el primero y por la noche el segundo, pues mancha la ropa.

La exposición solar diaria por 20, 25 minutos, es muy importante y podrá efectuarse incluso dentro de la casa del paciente, cerca de la ventana abierta pues el efecto de las radiaciones solares, y en particular del espectro ultravioleta (UVA y B), es altamente benéfico.

Este tratamiento sencillo, puede, en la mayoría de los casos, ser de gran utilidad si el enfermo está bien compenetrado de que su constante cooperación con respecto al apego al tratamiento es fundamental.

De ahí surgen innumerables terapias, desde los retinoides, calcipotriol, pasando por la fototerapia (PUVA y NB-UVB) el metotrexate y llegando hasta los que solo serán empleados en casos excepcionales por el especialista como son los llamados genéricamente "biológicos", que tantos efectos colaterales poseen, además de su elevadísimo costo.

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE

En este caso se trata de pápulas, que también en corto tiempo se transforman en placas eritematosas, pero que tienen como característica muy importante el presentar ATROFIA, (depresión) en forma más o menos temprana.

Su localización casi exclusiva típica es la cara y puede ser una sola placa o dos o tres, con diámetros variables, pero siempre bien delimitadas y por lo general, no mayores de 1 2 cm. (Fig. 7). Cuando aparecen placas similares en otros territorios no faciales se puede hablar de LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE DISEMINADO.

Esta dermatosis es crónica y puede permanecer sin cambios ni progresión, aún sin tratamiento, por meses o años. Es muy raro que un Lupus discoide se transforme al paso de los años en LUPUS ERITEMATOSO

SISTÉMICO (se estima en un 56 %; aunque en un trabajo reciente aún no publicado, se encontró una frecuencia de hasta 15%). De todas formas es conveniente diagnosticar tempranamente esta posible transformación y para ello recurrir a las pruebas serológicas inmunológicas, efectuándolas periódicamente cada 6-8 meses.

El tratamiento de elección lo constituyen los antipalúdicos (cloroquinas), y deberá llevarse a cabo un estudio periódico de fondo de ojo por la posible afección a retina consecutiva al uso de estos medicamentos.

Obvio es que nuestro paciente requerirá del empleo constante de filtros solares adecuados, ya que estos enfermos presentan fotosensibilidad. Esta afección predomina claramente en el sexo femenino en proporción de 89:1.

LIQUEN PLANO

Esta otra entidad dermatológica es un ejemplo típico de las afecciones papulosas. La pápula del Liquen plano (LP) es de color rojo violáceo, que se cubre de una fina escama, que al confluir pueden dar lugar a placas brillantes cuando son típicas y patognomónicas de este padecimiento.

Se localizan en superficies extensoras y uno de los sitios preferenciales son las muñecas en cara anterior, aunque pueden afectar otros sitios de extensión, como muslos, piernas y resto del tegumento (Fig. 8) e incluso las uñas. En general las lesiones son múltiples y pueden tender a la simetría.

Las mucosas están afectadas hasta en un 40% o bien ser ésta su única localización. En la mucosa bucal se observan plaquitas blanquecinas que se disponen reticularmente (en encaje) o producir erosiones severas y, en la genital, en el hombre, sobre el glande, adoptan contornos geográficos característicos.

El LP es una dermatosis crónica y recidivante y su etiología no se conoce; se incluye entre las enfermedades cuya causa no está bien definida y en un número significativo de casos se ha asociado a ingestión de

LIQUEN PLANO



Fig.7

PITIRIASIS ROSADA



Fig.8



Fig.9

fármacos, solo que entonces estaríamos hablando más bien de DERMATITIS LIQUENOIDE por medicamentos y su histopatología presenta algunos datos diferentes a la del LP.

También pueden afectar la piel cabelluda y entonces nos va a dar placas, por lo general únicas, atróficas y con alopecia cicatricial. Las uñas pueden también estar afectadas y con distrofia en una, varias o en todas, tanto de manos como de pies; en estos casos éste puede ser el único anexo comprometido y no observarse lesiones en el resto del tegumento.

El prurito, en términos generales, está presente y puede ser moderadamente severo, pero pueden observarse pacientes asintomáticos.

Los esteroides tópicos de leve a moderada potencia son una buena opción de tratamiento, aunque habrá que tomar en cuenta que siendo el LP una dermatosis recidivante, los tendremos que usar de manera adecuada, es decir de forma progresivamente decreciente en frecuencia y potencia. Recientemente se han reportado al Tacrolimus y Pimecrolimus, como fármacos tópicos útiles en las diferentes presentaciones clínicas del padecimiento.

PITIRIASIS ROSADA (DE GIBERT)

Dentro de las dermatosis eritematoescamosas y en placa, esta es la más benigna, pues es auto-limitada, en un lapso de 810 semanas. Es una dermatosis propia de los adolescentes, siendo excepcional observarla más allá de los 40 años o antes de los 10. Prefiere el tronco anterior y posterior, así como las raíces de los miembros superiores e inferiores (Fig.9). Es simétrica casi siempre y puede iniciarse con una lesión que es una plaquita rosada levemente escamosa, que por lo general es de mayor tamaño de las que aparecerán posteriormente y puede permanecer solitaria por varios días ("placa heraldo"), para después dar paso a la aparición del resto de las lesiones, que pueden ser poco o muy numerosas.

Las placas son tan superficiales que en ocasiones se tienen que observar tangencialmente, pues en algunos enfermos, además, el cambio de color es muy discreto también. Es muy llamativo que aunque esta dermatosis pueda ser muy florida, es por lo general, asintomática.

En cuanto a su etiopatogenia, existen estudios no del todo concluyentes, pero es muy probable que el virus del herpes tipo VII, esté implicado en ella. De todas formas la dermatosis excepcionalmente repite y no deja ninguna secuela.

El diagnóstico diferencial es importante, pues incluye la tiña corporal y la roséola sifilítica. En casos de duda el raspado de las lesiones para llevar a cabo la búsqueda de dermatofitos resultará negativo y en el segundo, habrá que tener en cuenta primero la clínica, ya que el secundarismo sifilítico (roséola) va a presentarse en particular en cara, palmas y plantas en forma predominante. Si la duda persiste la serología será positiva, en tratándose de lúes.

Tomando en cuenta que la pitiriasis rosada es asintomática, no requiere más que una explicación bien detallada del proceso evolutivo y si acaso la aplicación de una crema inerte, para que el enfermo no aplique algún tópico que pueda provocar dermatitis por contacto.

Pies de Figura:

Fig. 1. Niño de 7 años de edad con Dermatitis Atópica fotosensibilizada; es notable el respeto de la región sana, que constituye un signo importante para distinguir esta afección de otras fotodermatosis.

Fig. 2. Lesiones papulosas y pequeñas placas eccematizadas en mano y antebrazo de un niño con Dermatitis Atópica.

Fig. 3. Otro sitio clave en cuanto a la topografía de la Dermatitis Atópica en la edad preescolar lo constituyen los huecos popliteos, como lo muestran estas pápulas implantadas en esta área.

Fig. 4. Paciente con diagnóstico de Psoriasis en placa sobre antebrazo y codo. Es notable la escama gruesa y adherente.

Fig. 5. Psoriasis Guttata. La formulología a base de innumerables pápulas pequeñas (3-5 mms de diámetro) cubiertas por escamas es típico y propio de los niños que la padecen.

Fig. 6. Paciente del sexo masculino de 24 años de edad con lesiones en placa, atróficas y perpigmentadas, en la región preauricular y en la concha del pabellón auricular típicas de Lupus Eritematoso Discoide.

Fig. 7. Paciente masculino de 35 años de edad con lesiones papulosas eritemato-violáceas en las muñecas, típicas de liquen plano.

Fig. 8. Mujer de 21 años de edad con Pitiriasis Rosada presentando lesiones en placas superficiales, eritemato escamosas muy numerosas en tronco anterior y posterior, así como en la parte proximal de los miembros superiores.

Fig. 9. Detalle de éstas mismas lesiones en donde se puede observar que se trata de lesiones muy superficiales rosadas o levemente eritematosas.



Mesa Directiva 2009 - 2010

Dr. Manuel H Ruiz de Chávez <i>Presidente</i>	Dr. David Kershenobich <i>Vicepresidente</i>
Dr. Armando Mansilla Olivares <i>Secretario General</i>	Dr. Javier Mancilla Ramírez <i>Tesorero</i>
Dr. Pablo A. Kuri Morales <i>Secretario Adjunto</i>	

Editor
Dr. Juan Urrusti Sanz

Diseño y Formación
Patricia Herrera Gamboa

Impresión y Difusión
Germán Herrera Plata

R.04-2007-062510263000-106

Boletín
I.C.T.
2009
Vol. XVIII
No. 5