

# Pitiriasis alba: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos

Luisa Helena Díaz Uribe, MD\*

## Resumen

La pitiriasis alba es una dermatosis que afecta a un gran número de pacientes, especialmente en edad escolar. Se caracteriza por la presencia de máculas hipopigmentadas, descamativas de formas ovaladas, su localización más frecuente son las áreas de exposición solar prolongada, dentro de las que se pueden mencionar cara y brazos. Es una patología de curso benigno y de buen pronóstico, sin embargo de difícil tratamiento. Ha recibido otros nombres como eczemátide acromiante o dermatitis solar acrómica. (Díaz LH. *Pitiriasis alba: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos*. MedUNAB 2003; 6:168-72).

**Palabras clave:** Pitiriasis alba, exposición solar, hipopigmentación.

## Introducción

La pitiriasis alba (PA) fue descrita en la literatura por primera vez por Gilbert en 1860.<sup>1</sup> En la actualidad se clasifica como una dermatosis inflamatoria benigna. A pesar de no revestir gravedad clínica, esta enfermedad toma importancia al comprometer el aspecto estético de quien la padece y en algunos casos de difícil manejo terapéutico.<sup>1,2</sup> Además, su presentación en edad preescolar y escolar es un motivo de preocupación para los padres, principalmente por sus manifestaciones clínicas.<sup>2</sup> La dermatitis atópica tiene una importante relación en lo que se refiere a etiología de esta dermatosis.<sup>2,3</sup> La hipocromía de la Pitiriasis Alba se debe a un bloqueo de la transferencia de los melanosomas de los melanocitos a los queratinocitos por un mecanismo poco conocido.<sup>4</sup> La exposición solar es el principal factor desencadenante, pero también los

baños prolongados y algunos tipos de jabones favorecen la resequedad en la piel perpetuando esta patología.<sup>1,2</sup> Las lesiones se localizan frecuentemente en tronco, cara y extremidades superiores y generalmente son asintomáticas. El diagnóstico diferencial más importante es la pitiriasis versicolor. Dentro del enfoque terapéutico es de fundamental importancia educar al paciente respecto a los factores desencadenantes de la enfermedad e igualmente sobre la utilización de un adecuado filtro solar y cremas hidratantes, los cuales contribuirán a una respuesta terapéutica satisfactoria.<sup>2,3</sup>

Con el objetivo de comprender aún más esta entidad dermatológica y facilitar tanto su abordaje diagnóstico como su manejo terapéutico, en el presente artículo se presentan algunos datos epidemiológicos, los factores desencadenantes involucrados en su génesis, cuadro clínico y propuestas terapéuticas.

## Epidemiología

Los datos epidemiológicos disponibles actualmente en la literatura médica sobre PA son escasos debido al subregistro de esta patología. Los datos existentes varían en cuanto a edad de presentación, sexo y fototipo. La frecuencia es desconocida tanto en Estados Unidos como en nuestro medio.<sup>3,5-7</sup>

La pitiriasis alba tiene su inicio generalmente en la edad preescolar y escolar entre los 6 y los 16 años de edad.<sup>1,2,3,5</sup> Las lesiones en los pacientes más jóvenes son menos severas y tienen una localización principalmente en cara.<sup>1,2,5</sup> En pacientes mayores se manifiestan como placas extensas.<sup>1,2</sup>

En relación al sexo, aún no hay criterios unificados al respecto, dado que algunos autores refieren que los hom-

\* Médica Dermatóloga, consultorio particular.

**Correspondencia:** Luisa H Díaz, Centro Comercial Cabecera III Etapa, consultorio 317, Bucaramanga, Colombia. E-mail: luisahdiaz@terra.com  
Artículo recibido: 14 de mayo de 2003; aceptado: 12 de noviembre de 2003.

bres son los más afectados, mientras otros, sin embargo, afirman que son las mujeres quienes más padecen dicho trastorno o que ambos sexos son igualmente susceptibles de presentarla.<sup>2, 3, 7</sup> En relación al fototipo de piel, la frecuencia de las lesiones parece ser igual, pero los portadores de PA con pieles más oscuras, consultan de manera más temprana que los pacientes de pieles claras quienes presentan lesiones menos aparentes.<sup>2, 4, 6, 7</sup>

En un estudio retrospectivo publicado en 1995, que buscaba determinar la frecuencia de las enfermedades de la piel en la población infantil del Hospital General de México, se analizaron los diagnósticos hechos en pacientes de primera vez durante el período de 1990-1994. Estas dermatosis fueron analizadas en cuanto a su predominio por edad, sexo y estacionalidad. Las cinco afecciones detectadas con mayor frecuencia fueron: dermatitis atópica, verrugas, pitiriasis alba, prurigo por ectoparásitos y vitiligo. Nuestros hallazgos en la práctica diaria son similares a los detectados en otras instituciones pero no contamos con estadísticas propias.<sup>8</sup>

## Etiología

A pesar de ser ampliamente estudiada su etiología no ha sido completamente establecida. Los primeros estudios para encontrar un agente etiológico fueron hechos por Unna;<sup>9</sup> este autor encontró *Pityrosporum ovale* en estas lesiones y las relacionó con dermatitis seborréica. Posteriormente han sido aislados de lesiones de pitiriasis alba otros agentes biológicos, como *Aspergillus* y *Streptococcus*.<sup>9</sup>

El estudio más reciente realizado sobre la microbiología de las lesiones, data de 1992 cuando Abdalla<sup>9</sup> demostró la presencia de *Staphylococcus aureus* como elemento importante en el desencadenamiento de manifestaciones clínicas de pitiriasis alba. Este autor encontró esta bacteria en 34% de las lesiones y en 64% en las fosas nasales de los mismos pacientes, en comparación con el grupo control en que el hallazgo de esta bacteria fue de 4% en la piel y 10% en fosas nasales.<sup>5, 6, 9</sup>

Sin embargo, está comprobado actualmente que no es sólo el germen contaminante el causante de esta afección, otras situaciones tales como estado nutricional, hábitos de higiene y factores ambientales contribuyen de una manera importante al apareamiento de las lesiones.<sup>5, 6, 9</sup>

Respecto a la situación nutricional, la avitaminosis A y B o polivitaminosis se consideran posibles factores etiológicos asociados.<sup>5, 6</sup> Galadari et al relatan recientemente una diferencia significativa en los niveles séricos de cobre de pacientes portadores de pitiriasis alba comparado con un grupo control, sin embargo esta diferencia puede estar relacionada con el nivel socio económico de los pacientes y sus hábitos de higiene, pues parece haber una mayor incidencia de PA en pacientes pobres.<sup>10</sup> La asociación de

pitiriasis alba con parasitosis intestinales parece pertenecer a creencias populares pues hasta el momento no hay estudios que confirmen esta hipótesis.<sup>5</sup>

Son muchos los factores comprometidos en la génesis de la pitiriasis alba, entre éstos, los factores ambientales son importantes desencadenantes o perpetuadores de esta, entre los más importantes están: cambios de temperatura, cambios de altitud y exposición solar. Este último factor ha sido el más relacionado con la aparición de pitiriasis alba.<sup>1, 2</sup>

Los hábitos de higiene que causan resecaamiento de la piel, como el uso excesivo de jabones abrasivos, esponjas y duración prolongada del baño, hábitos muy frecuentes en niños, favorecen la presencia de estas lesiones.<sup>5, 9, 11</sup>

Las características individuales de los pacientes que presentan pitiriasis alba, representan otro punto clave en lo que se refiere a la etiología de esta afección.<sup>6</sup> Se ha descrito como la dermatitis atópica tiene una importante relación en la génesis de la pitiriasis alba (PA),<sup>4, 6</sup> algunos autores encontraron historia familiar de atopia en 75% de estos pacientes. La xerodermia es uno de los hallazgos frecuentes en los pacientes atópicos y es señalada como rasgo característico en los portadores de PA.<sup>2, 4, 6</sup> Sin embargo, aunque la pitiriasis alba se ha relacionado como manifestación de dermatitis atópica, es cierto que también se presenta en individuos no atópicos.<sup>3, 12</sup> La verdad es que su etiología continua siendo desconocida en parte.<sup>3</sup>

## Cuadro clínico

La pitiriasis alba se caracteriza clínicamente por placas hipopigmentadas, ligeramente descamativas. En general estas lesiones adoptan formas ovaladas algunas veces de bordes irregulares, los bordes bien definidos especialmente en pacientes de piel oscura, la coloración de dichas lesiones pueden iniciar con un eritema y progresar a un blanquecino característico.<sup>12</sup> La cara es el sitio más frecuentemente comprometido en niños principalmente alrededor de la boca, mejillas y mentón (figura 1), pero pueden ser vistas lesiones en otras áreas como tronco y áreas extensoras de las extremidades (figura 2).<sup>1, 2, 3, 12</sup> Los parches usualmente son múltiples entre cuatro a cinco o hasta más de veinte, su tamaño oscila entre 0.5 a 2 cm de diámetro, los parches localizados en el tronco suelen ser más grandes. El curso de la enfermedad suele ser variable, la mayoría de los casos se presentan por varios meses pero algunos persisten hasta más de un año. Es frecuente observar la recurrencia de los parches.<sup>3, 12</sup>

La hipocromía resultante de estas lesiones puede ser el resultado de la descamación de la piel, posterior a la exposición solar,<sup>12</sup> igualmente la acción directa de los rayos solares sobre los melanocitos inducen a alteraciones en su función que como consecuencia llevan a modificación



Figura 1. Lesión en la mejilla.



Figura 2. Lesión en la espalda.

espongiosis de mediana intensidad con hiperqueratosis moderada y paraqueratosis focales. Hay también disminución en el número de melanocitos, sin alteración de su funcionalidad.<sup>3, 11, 12</sup>

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de la pitiriasis alba es básicamente clínico, rara vez es necesario solicitar exámenes de laboratorio. La lista de diagnósticos diferenciales es amplia. Entre los diagnósticos diferenciales principales que debemos tener en cuenta tenemos los siguientes:

**Pitiriasis versicolor.** Es una infección micótica superficial crónica y recidivante producida por la *Malassesia furfur*, afecta a adolescentes y adultos jóvenes con máculas bien delimitadas con una descamación furfurácea, típicamente numulares, solitarias en tronco y dorso. El color de las escamas puede variar desde el ocre pálido hasta el marrón y si el paciente se expone a la luz, la piel afectada adquiere una coloración hipocrómica.<sup>13</sup> Se diferencia clínicamente de la pitiriasis alba por tener los bordes mejor definidos, así como mayor descamación y realizamos un examen micológico directo. La iluminación con la lámpara de Wood da una fluorescencia amarilla pálida.<sup>1, 2, 13</sup>

La lámpara de Wood es una fuente de luz ultravioleta de onda larga (300-360 nm), la cual es filtrada por vidrio de silicato de bario, que contiene un 9% de óxido de níquel. Esta luz aplicada a las lesiones de piel y anexos va a producir una fluorescencia característica según la dermatosis que estemos analizando.<sup>14</sup> Este examen debe realizarse en un cuarto oscuro, donde la luz ultravioleta se emita sobre el área de interés, la lámpara de Wood se mantiene de 10 a 12 cm sobre el área que se va a estudiar, luego se observará la piel para identificar el cambio o no de color. En el caso de pitiriasis alba la piel lesionada al ser expuesta a la lámpara de Wood no presenta ningún cambio en la coloración, se observa la hipocromía que ya había sido vista con la luz visible.<sup>14</sup>

del color en las lesiones.<sup>4</sup> La mayoría de las lesiones son asintomáticas, pero de manera ocasional pueden ser pruriginosas.<sup>3, 5, 12</sup>

Es posible dividir los cuadros de pitiriasis alba en dos formas diferentes de presentación clínica:<sup>11</sup> una forma localizada y otra forma generalizada (tabla 1).

Las alteraciones histopatológicas de la pitiriasis alba no son concluyentes. Se puede evidenciar acantosis y

Tabla 1. Formas clínicas de la pitiriasis alba.

Características	Forma clínica	
	Forma localizada	Forma generalizada
Incidencia	Es la más común	Menos común
Edad de aparición	Niños	Adolescentes y adultos
Número de lesiones	Múltiples, Ejm: 5	Única placa extensa
Localización	Cara	En cualquier zona
Clínica	Asintomática	Idiopática y pruriginosa relacionada con dermatitis atópica.
Repuesta al tratamiento	Adecuada	Pobre

**Vitiligo.** Enfermedad multifactorial que se caracteriza por la pérdida de los melanocitos de la piel, por tal se caracteriza clínicamente por la presentación de máculas acrómicas.<sup>13</sup> Se presenta en sitios no comunes para pitiriasis alba, los bordes de la lesión son muy bien delimitados y pueden presentar un halo hiperacrómico. La iluminación con la lámpara de Wood muestra pérdida total de pigmento, resaltando la acromía de las máculas.<sup>1, 2</sup>

**Despigmentaciones pos-inflamatorias.** Su diagnóstico se realiza a través de la historia clínica, evidenciando una lesión inflamatoria previa en el área de la hipocromía.<sup>1, 2</sup>

**Hipocromía debido a agentes despigmentantes.** Existe el antecedente de exposición a compuestos fenólicos presentes en insecticidas, cosméticos, detergentes.<sup>1, 2</sup>

**Lepra o Hanseniasis indeterminada.** En el área hipocrómica hay alteración de la sensibilidad.<sup>1, 2, 13</sup>

**Nevus anémico.** Caracterizado clínicamente por una mácula hipocrómica, como resultado de una alteración local de la reactividad vascular alterada localmente, se distingue de la PA porque el nevus anémico desaparece con la digitopresión.<sup>14, 16</sup>

**Micosis fungoide hipocromiante.** Esta entidad poco frecuente en la edad pediátrica, edad en que se presenta la pitiriasis alba, se caracteriza por una proliferación atípica de linfocitos T, con frecuencia CD4+, debe sospecharse en casos de no respuesta terapéutica, en cuyo caso está indicada la biopsia de piel.<sup>2, 7, 12</sup>

## Tratamiento

Esta dermatosis puede presentar alteraciones estéticas bastante importantes que interfieren con la calidad de vida del paciente, lo que hace necesario la adopción de medidas preventivas. Se debe orientar a los padres de los niños que padecen de pitiriasis alba respecto a la demora en la respuesta terapéutica, explicando que no se trata de vitiligo y que no reviste riesgo de contagiosidad.<sup>1, 2, 5</sup>

Los individuos portadores de pitiriasis alba tienen poca tolerancia a varios irritantes del medio ambiente. Deben ser evitadas todas aquellas prácticas que ocasionen resecaimiento de la piel como el uso de sustancias abrasivas y jabones durante baños prolongados. Los baños no deben demorar más que 5 minutos y no deben ser muy calientes. Los jabones deben ser no irritantes y aun así ser utilizados en cantidades limitadas; la aplicación de emolientes luego del baño disminuye los efectos irritantes y resecaentes. El contacto con otros agentes irritantes como perfumes y productos que contengan solvente también debe ser evitado.<sup>1, 2, 5</sup>

La exposición solar excesiva contribuye y perpetúa el aspecto clínico de la enfermedad, por tanto se recomienda la

utilización de filtros solares, asociado al uso de medios de barrera como sombreros, camisetitas, sombrillas, etc.<sup>5</sup>

La hidratación cutánea puede efectuarse con el uso constante de emolientes y lubricantes. La aplicación de estos productos debe efectuarse después del baño, aumentado así su efectividad.<sup>2, 5</sup>

Los alfa-hidroxiácidos tienen cualidades hidratantes especiales, su actividad queratolítica favorece el control de la hiperqueratosis, da más flexibilidad a la piel, aumenta la unión entre queratinocitos, mejora la función de barrera de la capa córnea y disminuye la penetración de irritantes externos.<sup>1, 2, 7</sup>

Algunas veces no se observa mejoría con el uso simple de productos hidratantes, en estos casos se recomienda el uso de queratolíticos suaves como ácido láctico o la úrea en vehículos con la menor cantidad posible de estabilizantes o preservativos.<sup>1, 2, 5, 11</sup>

En los pacientes que presentan la forma generalizada idiopática de PA está indicada la terapia con psoralenos (8-metoxipsoraleno) y PUVA.<sup>5, 14</sup> La administración de psoralenos orales seguidos de UVA (PUVA) es una opción terapéutica a considerar en niños con dermatitis atópica grave y PA extensa.<sup>17</sup>

Desde hace siglos se conoce el efecto beneficioso de la luz solar en determinadas dermatosis. El poder terapéutico de esta luz se debe fundamentalmente a los rayos ultravioleta B (UVB, 250-315 nm) y, en menor grado, a los ultravioleta A (UVA, 315-400 nm). Cuanto mayor es la longitud de onda de la radiación ultravioleta (RUV), mayor es la profundidad que alcanzan en la dermis. Los UVB actúan fundamentalmente sobre las células epidérmicas, en especial, sobre los queratinocitos, los melanocitos y las células de Langerhans.<sup>17, 18</sup>

Los psoralenos, especialmente el 8-metoxipsoraleno (8-MOP), son capaces de absorber determinadas longitudes de onda, especialmente UVA de 365 nm. Su administración por vía tópica u oral, seguida de la exposición incontrolada a RUV, daba lugar a reacciones fototóxicas, similares a quemaduras solares intensas. Aprovechando todos estos efectos, las radiaciones emitidas por tubos fluorescentes, administradas aisladamente (fototerapia UVB) o en combinación con psoralenos tópicos o sistémicos (fotoquimioterapia o PUVA) que potencian sus efectos, se utilizan con fines terapéuticos con buenos resultados en diversos procesos tumorales e inflamatorios.<sup>17, 18</sup>

Para las formas extensas de PA se debe considerar el uso del 8-MOP, su presentación está disponible en tabletas de 10 mg y las dosis habituales son de 0.6 mg/kg en una toma 2 horas antes de la exposición a los UVA. Antes de iniciar cualquiera de estos tratamientos debe conocerse el fototipo del paciente, es decir cómo responde su piel al exponerse al sol en condiciones habituales, para administrar la dosis

de UVA correcta. Se suelen realizar dos o tres sesiones semanales y el día del tratamiento se deben emplear gafas protectoras que impidan el paso de UVA. Periódicamente es conveniente controlar la función hepática.<sup>17, 18</sup>

## Pronóstico

La pitiriasis alba tiene buen pronóstico, pero puede permanecer en actividad por tres o más años. Como es una patología autolimitada con el paso del tiempo las lesiones tienden a desaparecer espontáneamente. Sin embargo, los pacientes con formas generalizadas pueden permanecer con los síntomas por varios años, o mantenerse indefinidamente con recidivas posteriores a la exposición con los agentes desencadenantes.<sup>3, 12</sup>

## Conclusión

A pesar de los estudios realizados, la PA continúa siendo una patología de etiología desconocida. Hay varios factores desencadenantes como radiación solar, temperatura ambiente, humedad relativa, vientos, presencia de *Staphylococcus aureus*. Su relación con dermatitis atópica es un antecedente que puede o no estar presente. Es muy importante la realización de más estudios que determinen la etiología exacta de esta afección, pues esta información viabiliza la utilización de un tratamiento más eficaz y lo más importante prevenir con más efectividad su recurrencia.

## Summary

*Pityriasis alba: Epidemiological, clinical and therapeutics aspects.* Pityriasis alba is a dermatosis affecting a great number of patients, specially at school age. It is characterized by the presence of hypopigmented patches, desquamate, oval shaped, most frequently located at prolonged solar exposed areas, such as face and arms. This pathology has a benign course and good prognosis, yet it has a difficult treatment. It has received other names like eccematide acromiante or acromic solar dermatitis.

**Key words:** Pityriasis alba, solar exposition, hypopigmentation diseases

## Referencias

1. Sampaio S, Rivitti E. Dermatología. 1ª Edition. 1998:517-34.
2. Andrews D. Diseases of the skin. Clinical dermatology. 9ª edition. 2000:258.
3. Mohsin A, Bassam Z. Pityriasis Alba. In: www.E\_medicine.com/derm/topic333.htm. Consultado en Noviembre 30 de 2001.
4. Urano S, Tagami H. Functional and morphological analysis of the hony layer of pityriasis alba. Acta Dermat Venereol 1985; 65:164-7.
5. Blessman M, Sponchiado L. Pitiriasis alba. Anais Brasil Dermatol 2000;75:359-67.
6. Wells BT, White HJ. Pityriasis alba: ten year survey and review of the literature. Arch Dermatol. 1960; 82:183-9.
7. Galan EB. Pitiriasis alba. Cutis 1998; 61:11-2.
8. Magaña GM, Vázquez R, González CN. Dermatología pediátrica en el Hospital General. Frecuencia de las enfermedades de la piel del niño en 10,000 consultas, 1990-1994. Rev Med Hosp Gen Méx 1995; 58:124-30.
9. Unna PG, Abadía C. Pitiriasis Alba: estudo clínico e microbiológico. Tesis de maestrado. Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992:168.
10. Galadari E, Helmy M. Trace elements in serum of pytiriasis alba patients. Int J Dermatol 1992; 31:525-6.
11. Toit MJ, Jordan H. Pigmenting pityriasis alba. Ped Dermatol 1993; 10:1-5.
12. Champiom RH, Burton JL, Ebling F. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. In: Textbook of Dermatology. 5 ed, 1992; 1:570.
13. Larralde M. Dermatología neonatal y pediátrica. Buenos Aires, Ediciones Médicas, 1 ed, 1995:35.
14. Ruiz Ávila P, Tercedor J. Técnicas de diagnóstico. Utilidad de la luz de Wood en Dermatología. Piel 1994; 9:408-12.
15. Vargas-Ocampo F. Pityriasis alba: a histologic study. Int J Dermatol 1993;32:870-3.
16. Azulay RD. Dermatología. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 2 ed, 1997.
17. Zaynon S, Jaber L. Oral methoxalen photochemotherapy of extensive pityriasis alba. J Am Acad Dermatol 1986; 1:61-5.
18. Njoo MD, Bos JD, Weaterhof. Treatment of generalized vitiligo in children with narrow-band (TL-01) UVB radiation therapy. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 245-53.