

Pitiriasis Rosada

Algoritmo diagnóstico 1-página (PR vs. mimickers)

Uso clínico rápido.

INICIO

Exantema eritemato-escamoso reciente (días-semanas)

1) ¿Placa heraldo presente?

- ☐ Sí → Placa **oval** con **collarete periférico** ("hanging curtain").
- ☐ No → Mayor sospecha de **PR-like por fármacos** u otros mimickers (psoriasis guttata, tiña, sífilis, PLC/PLEVA).

2) ¿Distribución típica?

- ☐ Sí → **Tronco** ± raíces proximales; alineación en "**árbol de Navidad**" (líneas de Langer).
- ☐ No → Valorar mimickers / PR atípica.

3) ¿Collarete clínico/dermoscópico?

- ☐ Sí → Dermoscopia: **escama periférica** en collarete; fondo rojo-amarillento.
- ☐ No / Duda → Sumar otros datos; considerar KOH/biopsia si persiste la duda.

4) ¿Compromiso de palmas/plantas o mucosas?

- ☐ Sí → **Descartar sífilis** (ver Acciones).
- ☐ No.

5) Síntomas sistémicos

- ☐ Prurito **leve-moderado**, sin fiebre alta → orienta a PR clásica.
- ☐ **Fiebre alta** o malestar importante → replantear diferenciales / fármaco.

DECISIÓN

Si 1-3 positivos, 4 negativo y sin fiebre alta → PR CLÁSICA PROBABLE

→ **Manejo inicial:** educación, emolientes, corticoide tópico leve-medio, antihistamínico si prurito.

→ **Citas:** control 2-4 semanas (o antes si empeora).

Si atipía / dudas / evolución no habitual → Ampliar estudio (ver Acciones).

Criterios de atipia / "red flags"

- Ausencia de placa heraldo con **inicio tras fármaco nuevo** (1–8 sem).
 - Lesiones **purpúricas, vesiculares, ulceradas, o muy pruriginosas**.
 - **Palmas/plantas/mucosas**.
 - **Duración >10–12 semanas**, recurrencias.
 - **Fiebre alta** o estado general afectado.
 - Niños con patrón **papular** predominante + duda diagnóstica.
-

ACCIONES (según escenario)

A. KOH directo (raspado de escamas del borde activo)

- Indicado si **duda con tiña** corporal o patrón anular.
- Si **positivo** → tratar tiña; si **negativo** y clínica compatible → continuar evaluación PR vs. otros.

B. RPR/VDRL + prueba treponémica (TPPA/FTA-ABS/EIA)

- Indicado si **palmas/plantas/mucosa**, conductas de riesgo, síntomas sistémicos o hallazgos **no típicos**.
- Si **positivo** → tratar **sífilis secundaria** y notificar contactos.

C. Biopsia de piel (cuando procede)

- **Tipo: Punch 3–4 mm**, incluir **epidermis-dermis media**, desde **borde activo** con escama.
- **Hallazgos esperados en PR**: espongiosis leve, **montículos de parakeratosis** (signo del saludo), adelgazamiento de la capa granular, **extravasación de eritrocitos**.
- **Utilidad**: confirmar PR vs. **psoriasis guttata, PLC/PLEVA, tiña** (añadir **PAS** si se sospecha), **MF en parches**.

D. Otros (contexto-dependiente)

- **Historia farmacológica** 8–12 semanas (OTC, suplementos, tópicos). Si sospecha **PR-like**, **retirar/sustituir** y reportar.
 - Considerar **VIH/ETS** según riesgo.
 - **Dermoscopy** para reforzar el collarate.
-

SALIDAS del algoritmo

- **PR clásica** → Manejo sintomático; considerar **aciclovir** temprano si muy sintomática/extensa; **NB-UVB** en casos seleccionados.
 - **PR-like medicamentosa** → **Retiro** del sospechoso, soporte, evitar reexposición, reporte.
 - **Mimicker identificado** (tiña, sífilis, psoriasis guttata, PLC/PLEVA) → tratar según guía específica.
-