

# Síntomas menores en dermatología infantil

## 1. CUIDADOS PROPIOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO

Las principales funciones de la piel son: mantenimiento de la homeostasis de agua y electrolitos, termorregulación, defensa antimicrobiana, protección contra agresiones (traumatismos, toxinas ambientales, radiación ultravioleta), síntesis hormonal, vigilancia inmunológica, función cosmética y percepción sensorial.

La piel del recién nacido (RN) tiene una estructura similar a la del adulto, pero con algunas características que la hacen diferente y que da lugar a una serie de implicaciones (tabla 1).

**TABLA 1** Características de la piel del recién nacido y sus implicaciones

Diferencias piel del RN y adulto	Implicaciones
Más delgada y menos elástica	Protección menos eficaz Mayor permeabilidad a sustancias Mayor pérdida de agua transepidermica
Mayor proporción superficie corporal/peso	Facilita la adquisición de infecciones a través de la piel Mayor riesgo de toxicidad al aplicar sustancias tópicamente
Estrato córneo más permeable y barrera epidérmica menos desarrollada	Mayor pérdida de agua transepidermica Mayor absorción percutánea Mayor inestabilidad térmica Mayor susceptibilidad a agentes infecciosos Mayor reacción a sustancias irritantes Mayor maceración ante la humedad
Menor cohesión entre dermis y epidermis	Facilidad de formación de ampollas si hay inflamación cutánea o traumatismos
Escaso funcionamiento de las glándulas sebáceas	Mayor facilidad de sequedad cutánea Menor defensa a agentes químicos y microbianos
Menor función de las glándulas sudoríparas	Peor control de la temperatura corporal
pH neutro con menor contenido de ácidos grasos libres	Los jabones y productos de limpieza pueden alterar el manto ácido y causar mayor sequedad de la piel y lesiones cutáneas. Menor resistencia a infecciones
Menor producción de melanina	Mayor susceptibilidad a rayos ultravioleta

La higiene y cuidado de la piel del RN tienen importancia porque al ser más frágil hay más facilidad a la infección e irritación. Por ello hay que hacer énfasis en ciertos principios como limpieza suave, hidratación y humidificación adecuada, evitar la fricción y maceración en pliegues cutáneos y protección de irritantes y luz solar.

### **Vérnix caseosa**

La vérnix caseosa es una sustancia rica en lípidos pegada a la piel del RN, compuesta por células epiteliales muertas, lanugo y secreción sebácea. Sus funciones son: evitar la pérdida de agua, regular la temperatura, barrera contra agentes infecciosos y favorecer la curación de heridas. Actualmente se recomienda no retirar la vérnix de la piel al nacer y que se vaya perdiendo a lo largo de la primera semana de vida.

### **Baño**

Se recomienda que el primer baño se haga unas 2-6 horas después del nacimiento, una vez ya se ha estabilizado su temperatura corporal. Es frecuente que el primer baño en bañera se retrase hasta que haya caído el cordón umbilical, pero no hay ninguna razón importante que lo justifique.

En general, no es necesario bañar al RN todos los días. Se recomienda bañarlo 2 ó 3 veces a la semana o cada 2 días. Algunas zonas (anogenital, pliegues axilares e inguinales, manos, secreciones orales y nasales) se deben limpiar cuantas veces sea necesario. El abuso de jabones y la excesiva temperatura, frecuencia o duración de los baños eliminan la capa lipídica, favoreciendo la sequedad de la piel y la dermatitis irritativa.

El pH de la piel es ácido (entre 4,5 y 6). Al nacer el pH es neutro y después se acidifica. El uso de jabones alcalinos aumenta transitoriamente el pH cutáneo, favoreciendo la irritación y las infecciones. Se aconseja el uso de jabones neutros o ligeramente ácidos y sin perfume ni color, que contengan un surfactante suave y un emoliente. Se aplican en poca cantidad, con la mano o esponja suave.

La limpieza de la piel con toallitas en el primer mes de vida se asocia con un aumento de la pérdida de agua transepidermica y disminución de la hidratación del estrato córneo en comparación con empapar en agua.

En el RN prematuro hay que evitar los agentes de limpieza en las dos primeras semanas y limpiar la piel sólo con agua tibia.

El baño con agua templada es más reconfortante que la ducha. Se puede hacer a cualquier hora del día. Antes de alimentarlo es un buen momento. Puede ser buena costumbre bañarlo por la tarde como parte de un ritual previo a dormir, sobre todo si el baño suele relajar al bebé.

La temperatura del agua debe ser de unos 35-37°C o bien notarla tibia con la muñeca o el codo. La temperatura en la habitación será de unos 25°C y se evitará corriente de aire. Para evitar accidentes, no se debe dejar solo al bebé ni un instante. Asimismo hay que sostener siempre su cabeza durante el baño y sujetarlo firmemente.

### Cómo bañar al bebé:

- Preparar todo lo necesario antes de empezar.
- Lavarse las manos. Usar un paño limpio.
- Llenar la bañera para bebés o lavabo con agua tibia.
- Probar la temperatura del agua.

- Desnudar al bebé y envolverlo en una toalla. Mientras se le sujeta en brazos, lavarle la cara con un paño húmedo sin jabón.
- Después se mete en la bañera y se lava suavemente el resto del cuerpo. Utilizar un jabón de bebé.
- La duración no debe superar los 5 minutos. Después se le coloca sobre una toalla y se le seca suavemente, sin restregar. No utilizar secador de aire para el cabello para evitar quemaduras.

### Limpiezas especiales:

- Los ojos se limpian con agua y un paño limpio. Se comienza por el ángulo interno del ojo en dirección hacia el externo.
- Las orejas se limpian con el meñique envuelto en un paño húmedo. No se debe usar hisopo dentro del oído.
- La nariz se puede limpiar con un algodón enrollado. El roce le puede hacer estornudar, lo que facilita la expulsión del moco.

### **Cuidados del área del pañal**

Se deben realizar cambios frecuentes de pañal, como mínimo en cada toma. La limpieza de la zona se puede hacer con agua tibia o un jabón suave y algodón. Después se hará un secado exhaustivo.

Una crema barrera protege de irritaciones al mantener la zona aislada de la humedad y evitar el contacto con sustancias orgánicas irritantes. Estas cremas llevan agua, glicerina, talco y óxido de zinc (pasta al agua). Conviene comprobar que no llevan sustancias sensibilizantes como lanolina, extractos de plantas, bálsamo del Perú o conservantes. Por tanto, no se debe prescribir productos que no especifiquen su composición química.

### **Cuidados del cuero cabelludo**

La mayoría de RN no necesita que se lave su cabello. Si se decide utilizar champú, se usará uno muy suave, lo menos posible y con poca frecuencia. El pH debe ser próximo al de las lágrimas y no irritar los ojos.

Es mejor lavar el cabello por encima de la bañera y antes de su baño, ya que de otro modo el bebé se encontraría sumergido en un baño de champú y podría resecarle la piel.

### **Cordón umbilical**

Para que no se infecte, lo más importante no es la forma de curarlo sino mantenerlo siempre limpio y seco. Los antisépticos más usados son el alcohol de 70° y la clorhexidina al 0,5%. Se suelen poner 2 veces al día, hasta 48 horas después de la caída del cordón, aplicándolos sobre la zona de transición entre el cordón y la piel normal. La gasa que protege el cordón no debe estar mojada. No se deben usar productos con yodo (puede alterar la función tiroidea), mercurocromo (riesgo de sensibilización al mercurio) ni polvos de talco (riesgo de granuloma a cuerpo extraño).

### **Cuidado de las uñas**

Las uñas del RN son muy blandas y posiblemente no sea necesario cortarlas en los primeros meses. Aun así es más suave "pelar" la punta de la uña a medida que sea necesario. Se usarán unas tijeras de puntas romas y redondeadas (por seguridad) o un cortauñas especial para bebés.

## Síntomas menores en dermatología infantil

La uña del RN puede ser plana o incluso en forma de “cuchara”; se conseguirá la forma curva normal a los 3-4 años.

### Emolientes

Los emolientes suavizan, hidratan y nutren la piel. Principalmente sirven en la piel del RN para disminuir la descamación y sequedad, mantener la función de barrera, reducir la irritación del área del pañal y ayudar en el masaje del bebé. Normalmente se aplican después del baño con la piel húmeda. Cuanto más graso es, más poder hidratante tiene, pero su cosmética se acepta peor que si son emulsiones de aceite en agua o lociones. Se aconseja que no contengan perfumes, colorantes ni conservantes. Cuando hace calor los emolientes se deben usar con moderación porque pueden favorecer la oclusión de las glándulas sudoríparas y foli-culitis irritativas.

### Preguntas frecuentes

#### ¿Qué pasa si el RN llora cuando se le baña?

El baño suele ser una experiencia agradable, pero es posible que llore las primeras veces ya que es una experiencia nueva. Normalmente se irá acostumbrando. Sin embargo, si comienza a llorar repentinamente durante el baño, hay que asegurarse de que el agua no está muy fría o muy caliente, o que le haya entrado jabón en los ojos.

#### ¿Qué ropa es aconsejable para el RN?

Conviene que sean vestidos holgados y de algodón, sin etiquetas ni adornos que puedan irritar la piel. Es mejor evitar ropa de lana en contacto directo con la piel porque puede ser irritante. Se debe abrigar al bebé en forma proporcional a un adulto. En climas cálidos se evitará el uso de gorros, guantes o fajeros.

La ropa del bebé debe lavarse con jabón de pasta, evitando detergentes, suavizantes y cloro, que pueden irritar la piel e incluso ocasionalmente ser tóxicos.

#### ¿Se puede usar polvos de talco para el cuidado de la piel?

Aunque son útiles para absorber la humedad cuando el tiempo es húmedo y caliente y previenen la maceración en los pliegues cutáneos, es mejor evitarlos. Su uso excesivo puede obstruir los poros de las glándulas sudoríparas y producir una miliaria (dermatitis vesiculosa o pustulosa secundaria a la retención intraepidérmica de la secreción glandular equina). La inhalación accidental es otro peligro potencial.

#### ¿Cuándo hay que consultar por un problema con el ombligo?

Se consultará con su pediatra si a las 3 semanas no se ha desprendido el cordón (normalmente lo hace entre el 5º-10º día) o si a los 4 días de caer aún mancha la gasa. Se acudirá urgentemente si se observan secreciones amarillentas o malolientes, la piel de alrededor se enrojece o duele, o si sangra de modo continuo.

### Bibliografía y páginas web

- Hernández A. La piel del recién nacido. En: Torrelo A, editor. Dermatología en Pediatría General. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 15-38.

- Salcedo Abizanda S, Ribes Bautista C, Moraga Llop FA. Recién nacido: cuidado de la piel. Protocolos de Dermatología. Asociación Española de Pediatría; 2003 [consulta el 16 de noviembre de 2011]. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>

## 2. DERMATITIS ATÓPICA

### ¿Qué es la dermatitis atópica (DA)?

La DA entra dentro de un término más amplio denominado atopia, que se usa para definir una condición con una gran predisposición genética, modulada por factores climáticos y que acarrea alteraciones inmunológicas, caracterizadas por la tendencia personal y/o familiar a sensibilizarse y producir anticuerpos IgE frente a alérgenos comunes. Engloba tres procesos patológicos, conocidos como triada atópica: rinoconjuntivitis, asma y dermatitis atópica. Por lo tanto la DA es la manifestación en la piel de la atopia.

La DA es una enfermedad inflamatoria cutánea crónica, de carácter recurrente (con periodos de empeoramiento y de mejoría), con predominio en la infancia, con una distribución típica de las lesiones según la edad, que se caracteriza por la presencia de: prurito intenso (condición *sine qua non* para el diagnóstico de DA), xerosis (sequedad cutánea), eritema o enrojecimiento, exudación, descamación, excoriaciones (signos de rascado).

### ¿Por qué es tan conocida esta enfermedad?

Se trata de la enfermedad dermatológica más frecuente de la infancia; su prevalencia ha ido aumentando a lo largo de los años. En 1960 la sufrían un 3% de la población, a día de hoy alcanza valores del 30% en toda la población. En la actualidad, aproximadamente 1 de cada 20 niños sufren DA.

### ¿Por qué ha aumentado tanto el número de pacientes?

Está ligado a varias causas, entre ellas podemos destacar: estilo de vida occidental (higiene), aumento de la edad materna, polución ambiental (existe cierto predominio en zonas urbanas), tabaquismo materno y reducción de la lactancia materna (supone una disminución de transferencia de IgA/IgG al bebé).

### ¿Cuándo suele aparecer?

La edad de comienzo de la enfermedad es en el 60% de los casos en el primer año de vida y en el 30% entre el primero y quinto año. Es excepcional que comience en el primer mes o al final de la vida adulta; sólo un 2% de los casos aparecen pasados los 20 años, pero suelen ser más severos.

### ¿Cuáles son las causas?

La dermatitis atópica no tiene una causa precisa conocida, es un proceso multifactorial, en el cual se conoce que juegan un papel diferentes factores como son:

- **Predisposición genética:** existen polimorfismos en determinados genes que actúan en la diferenciación epidérmica, la inflamación y la atopia. Un porcentaje muy elevado de atópicos tienen antecedentes familiares con alguna de las patologías que engloban la denominada triada atópica.

## Síntomas menores en dermatología infantil

- **Alteraciones inmunológicas:** respuesta inmunológica alterada tanto a nivel humoral (niveles de IgE aumentados) como celular (aumento en la activación y proliferación de las células T, que produce un desequilibrio entre Th1/Th2).
- **Alteraciones vasculares:** los pacientes con DA tienen una tendencia paradójica a la vasoconstricción periférica, ante circunstancias que producen vasodilatación.
- **Disfunción de la barrera cutánea:** la piel de los pacientes atópicos presenta una serie de trastornos en el metabolismo de los lípidos de membrana.
- **Alteración en los lípidos que forman el estrato córneo:** disminución en la concentración de los ácidos grasos esenciales (ácido linolénico, ácido linoleico...), imprescindibles para la correcta funcionalidad cutánea.
- **Diminución del enzima 6 desaturasa:** responsable de la transformación de ácido linoleico en ácido linolénico, que contribuye a la formación de la barrera cutánea.
- **Menor actividad de la esfingomielinasa epidérmica:** que produce una reducción en el contenido de ceramidas del estrato córneo.
- **Aumento de la colonización por *S. aureus*:** el cual es productor de ceramidasa que contribuye a la destrucción de la barrera epidérmica, aumentando la permeabilidad. Además es productor de una enterotoxina con capacidad de comportarse como superantígeno facilitando sensibilización e inflamación.
- **Mutaciones en el gen que codifica para la filagrina:** proteína epidérmica fundamental que facilita la diferenciación terminal de la epidermis y la formación de la barrera cutánea. Cumple la función de agregarse a la queratina y mantener unidos sus filamentos. También es precursora del **Factor Natural de Hidratación (FNH)** el cual ayuda a mantener una presión osmótica adecuada. En pacientes con DA, se produce una pérdida de agua a través de la epidermis (xerosis) lo cual supone que el parámetro **TEWL (Transepidermal Water Loss - Pérdida de agua transepidérmica)** esté aumentado; éste se utiliza para medir la pérdida transdérmica de agua, siendo el parámetro más importante para evaluar la eficacia de la función barrera de la piel.

### ¿Cómo se manifiesta?

En la DA las manifestaciones cutáneas se modifican continuamente, tanto en distribución corporal, como en los signos y síntomas. De esta manera podemos clasificar a la DA dentro de tres etapas evolutivas, que guardan relación con la edad del paciente, que a su vez se caracterizan por periodos de remisión y exacerbación. Estas fases son la del **lactante** (afectación de mejillas, cuello y superficies de extensión), **infantil** y del **adulto** (las dos con manifestaciones típicas de la DA, afectación de superficies de flexión). Todas ellas vienen acompañadas de otras, denominadas atípicas o menores, que son: **xerosis**, **pitiriasis alba** (manchas blanquecinas, sin prurito, en ocasiones precedidas por lesiones eccematosas, que predominan en cara y extremidades), **prurigo atópico** (erupción de pápulas muy pruriginosas que por el rascado evolucionan a escoriaciones), **acrovesiculosis** (lesiones vesiculosas en los dedos de las manos y los pies), **dermatitis plantar juvenil**, **eritrodermia** (enrojecimiento generalizado de la piel, con intenso prurito, edema, exudación y descamación, es la forma más grave de DA), **dermatitis irritativa** (obedece a un mecanismo irritativo, químico o físico).

### ¿Cómo se diagnostica?

Es una enfermedad de diagnóstico eminentemente clínico. Existen diferentes estudios que establecen criterios mayores y menores de la enfermedad (tabla 2):

- Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka (1980).
- Criterios diagnósticos de Williams (1994).

**TABLA 2** Criterios diagnósticos utilizados en la dermatitis atópica

**HANIFIN Y RAJKA (1980)** (los pacientes deben tener tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores)

*CRITERIOS MAYORES*

1. Prurito.
2. Dermatitis crónica recurrente.
3. Morfología típica y distribución.
4. Adultos: liquenificación flexural y linealidad. // Niños: afectación facial y áreas extensoras.
5. Historia personal o familiar de atopía: asma, dermatitis atópica, rinitis.

*CRITERIOS MENORES*

1. Xerosis.	8. Conjuntivitis.	16. Prurito en la sudoración.
2. Test cutáneos positivos.	9. Pliegue de Dennie Morgan.	17. Intolerancia a la lana o disolventes de lípidos.
3. IgE sérica elevada.	10. Queratocono.	18. Acentuación perifolicular.
4. Inicio en edad temprana.	11. Cataratas subcapsulares anteriores	19. Intolerancia a los alimentos.
5. Tendencia a infecciones cutáneas.	12. Oscurecimiento orbital.	20. Curso influenciado por factores ambientales.
6. Dermatitis de las manos y de los pies.	13. Eritema o palidez facial.	21. Dermografismo blanco.
7. Eczema del pezón.	14. Pitiriasis alba.	
	15. Pliegues anteriores del cuello.	

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS WILLIAMS (1994)** (los pacientes deben presentar el criterio mayor y tres o más criterios menores)

*CRITERIO MAYOR ÚNICO*

1. Prurito.

*CRITERIOS MENORES*

1. Historia de compromiso flexural.
2. Afectación visible de los pliegues cutáneos (en menores de 4 años: frente, mejillas y superficies de extensión).
3. Asma o rinoconjuntivitis alérgica (en menores de 4 años, antecedentes familiares de atopía).
4. Piel seca durante el último año.
5. Inicio antes de los 2 años de edad.

### ¿Qué tratamientos existen?

Antes de iniciar un tratamiento debemos ser capaces de explicar con detalle a los cuidadores en qué consiste la DA, y qué se puede esperar del tratamiento. Debemos conseguir dejar claras las posibles medidas preventivas tanto higiénico-dietéticas, como de vestimenta y en el ambiente del hogar, que alargarán en gran medida los brotes. Deben evitar tejidos sintéticos o de lana, que incrementan la temperatura corporal y acentúan el picor; es preferible elegir prendas que favorezcan la transpiración. La temperatura y humedad del hogar han de ser constantes, evitando en general cambios bruscos en la temperatura. En cuanto a la higiene, es preferible el baño a la ducha, siempre en baños cortos (5 a 10 min) y con agua templada. El baño alivia el prurito, hidrata, limpia la posible exudación y las posibles costras, favoreciendo la penetración de la medicación tópica si fuese el caso. Debemos hacer hincapié en la importancia de la higiene (jabones sobregrasos, sin tensioactivos fuertes) y de la emoliencia e hidratación corporal, que se recomienda aplicar después de secar suavemente y a “toquecitos” con la toalla, dejando la piel algo húmeda, beneficiándonos de un poro más abierto y mejorando la penetración. Este punto es uno de los más importantes en la prevención y tratamiento coadyuvante de la DA.

## Síntomas menores en dermatología infantil

Como **tratamientos tópicos** podemos destacar el uso de **corticoides tópicos**, siendo estos el tratamiento de primera elección. Se utilizan corticoides de baja a mediana potencia, aplicándolo en las lesiones activas, en general en una sola aplicación única nocturna, hasta la resolución del eczema. Una buena alternativa a estos en niños mayores de 2 años son los **inmunomoduladores tópicos** (inhibidores de la calcineurina); el pimecrolimus puede utilizarse en las fases prodrómicas de la enfermedad evitando la progresión del brote y el tacrólimus está más indicado en casos refractarios a los corticoides. Los **antibióticos tópicos** solo deben usarse en caso de impetiginización de las lesiones (sobreinfección bacteriana); si es el caso, suelen elegirse presentaciones en pomada (ya que el excipiente graso colabora a reblandecer la costra) de mupirocina o fusidato.

Como **tratamientos sistémicos** es habitual el uso de **antihistamínicos H1** de primera generación, que si bien no tienen por sí solos actividad para hacer disminuir el eczema, pueden mejorar el sueño nocturno y por tanto el rendimiento escolar, en aquellos casos en los que el picor sea tan intenso que afecte a la calidad de vida del niño. Los **corticoides orales** sólo están indicados en casos rebeldes a los tratamientos citados (siendo un tratamiento excepcional) y durante periodos cortos, siendo preferible el empleo de prednisona o metilprednisolona antes que dexametasona. Si no fuese suficiente, se puede recurrir a la administración de inmunosupresores (ciclosporina, metotrexato, azatioprina, tacrólimus, etc.). En niños mayores de 13 años puede valorarse la fotoquimioterapia (PUVA).

### Signos de alarma. Criterios de derivación al pediatra o a urgencias

Son criterios de gravedad y por lo tanto casos de derivación al pediatra:

- Extensión de las lesiones (si ésta afecta a una superficie grande del cuerpo).
- Alteración del sueño nocturno.
- No respuesta al tratamiento ya instaurado.
- Exacerbación de las lesiones (cara, párpados...).
- Sospecha de sobreinfección (costras, exudación abundante, fiebre, etc.).
- Varicela: si el paciente presenta brotes de atopía conjuntamente con varicela es causa de derivación urgente al pediatra.

### Preguntas frecuentes

#### ¿Cuál es el ambiente ideal para los niños con DA?

Es preferible un ambiente no excesivamente caluroso para evitar la sudoración. También se deben evitar la sequedad o la humedad excesivas. El exceso de calefacción incrementa la xerosis y el prurito, causando alteraciones en el sueño nocturno.

#### ¿Es contagiosa?

No, la DA se debe a una anómala estructura de la capa córnea de la piel: cemento lipídico de mala calidad y anómala síntesis de determinadas proteínas estructurales (filagrina).

#### ¿Baño o ducha?

Es preferible el baño a la ducha, ya que éste alivia el prurito, hidrata y permite limpiar la exudación y las posibles costras. Se recomiendan baños de 5 a 10 min, con agua templada, siempre utilizando jabones sobregrasos y con tensioactivos adecuados.

**El pediatra le ha recetado un corticoide tópico a mi hija, ¿puedo utilizarlo cada día?**  
Siempre se ha de seguir la pauta establecida por el pediatra, y nunca superar el tiempo estimado de tratamiento. En ningún caso se deberán utilizar estos corticoides como medida preventiva para evitar la aparición de brotes.

#### **Puntos clave**

- La DA es una enfermedad inflamatoria cutánea crónica, con alta predisposición genética y de predominio en la infancia, que se caracteriza por la presencia de: prurito intenso, xerosis, eritema, exudación, descamación y excoriaciones.
- Se trata de un proceso multifactorial en el cual se conoce que juegan un papel diferentes factores, como predisposición genética, alteraciones inmunológicas y vasculares y una alteración de la función de la barrera cutánea.
- La higiene adecuada y la emoliencia son los puntos más importantes del día a día de un paciente atópico; de esta forma ayudaremos a espaciar los brotes de DA.

#### **Bibliografía y páginas web recomendadas**

- Guerra Tapia A, González-Guerra E. Dermatitis atópica [monografía en Internet]. Actualizaciones Aula de la Farmacia 2007. Disponible en: <http://www.auladelafarmacia.org/Documentos/doc/dermatitis.pdf>
- Herrero González, J.E, Moreno Fernandez, P. Protocolo de actuación en las consultas por dermatitis atópica en la farmacia comunitaria. Farmacéuticos comunitarios 2010;2(3): 116-121.
- Moraga Llop F, Fonseca Capdevila E. Protocolos de Dermatología 2ªEd, Dermatitis atópica [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica.pdf>

## **3. DERMATITIS DEL PAÑAL**

---

### **¿Qué es?**

La dermatitis del pañal es el proceso cutáneo irritativo e inflamatorio que se produce en la zona cubierta por el pañal. La piel toma un color rojo más o menos intenso y, a veces, aparecen úlceras en sacabocados (úlceras bien delimitadas con bordes elevados). Según la intensidad puede que al bebé le cause dolor, picor o escozor y lllore al orinar o defecar, al cambiarle el pañal o al bañarle.

### **Epidemiología**

Es muy frecuente en lactantes y niños pequeños. El 50% de los niños la padecen alguna vez en su vida. La mayor incidencia se da entre los 6 y 12 meses de edad. Es tres o cuatro veces más frecuente cuando hay diarrea. Afecta por igual a ambos sexos.

La impresión actual es la de que ha disminuido su incidencia, lo que podría ser por una mejor cultura e higiene o por el uso de pañales de mejor calidad.

### **¿Por qué se produce?**

No hay una única causa, se trata de una interacción de múltiples factores: la piel se irrita con la orina, las heces, la humedad, la fricción, el contacto con otras sustancias (detergentes, per-

## Síntomas menores en dermatología infantil

fumes, plásticos...) y el aumento del pH en la piel del área del pañal. Esta irritación se ve agravada por la oclusión que supone el pañal.

### Falsos mitos:

- Alergia a los pañales. Los pañales actuales están fabricados con sustancias hipoalergénicas. No existe por tanto alergia a los mismos, si bien algunos niños tienen mayor predisposición a padecerla.
- Está producida por la erupción de los dientes. Es falso que el inicio de la dentición lo produzca.

### **Manifestaciones clínicas**

Normalmente se presenta como un eritema (enrojecimiento) confluyente de la superficie de la piel que está más en contacto con el pañal. Las zonas "convexas" son las que más rozan con el pañal y, por tanto, las que más se irritan. Estas zonas son las nalgas, genitales, abdomen inferior y pubis. El fondo de los pliegues de las ingles no se suele irritar (tiene menor contacto directo con el pañal).

A veces la dermatitis progresa, se extiende y llega a incluir los pliegues inguinales, el eritema se hace más intenso y brillante, y aparecen pequeñas lesiones (pústulas satélite) por fuera de la periferia del eritema. Este aspecto es el típico de la sobreinfección por hongos (*Candida albicans*).

Otra forma de presentación menos frecuente es una dermatitis erosiva en la que aparecen ulceraciones redondeadas y profundas de bordes elevados (úlceras en "sacabocados").

### **¿Qué complicaciones tiene?**

Una vez la barrera de la piel se ha roto, cualquier sustancia, como el jabón, las cremas o los polvos, pueden agravar la irritación. Al estar la piel más frágil se puede producir una sobreinfección por bacterias o, más frecuentemente, por hongos (*Candida*). Otras posibles complicaciones son el escozor al orinar (sobre todo si los genitales están muy irritados) y la hipopigmentación postinflamatoria, especialmente llamativa en niños de razas de piel más oscura. El granuloma glúteo infantil se relaciona con el uso de corticoides tópicos de alta potencia y se caracteriza por nódulos violáceos o purpúricos de 2-3 cm.

### **¿Cómo se puede prevenir?**

Sin ninguna duda, el mejor tratamiento es la prevención. Los pañales desechables a base de materiales de gel muy absorbente y una mayor transpirabilidad (pañales superabsorbentes) han sido un verdadero avance en la reducción en frecuencia e intensidad de la dermatitis del pañal. Esto se debe a que mantienen la piel más seca y reducen el pH elevado de la zona del pañal. No existen pruebas sobre la mayor utilidad de unos sobre otros.

La limpieza y cuidado de la zona del pañal son muy importantes. Esta área ha de permanecer seca y limpia, y los pañales se han de cambiar con frecuencia (al menos 7-8 veces al día). Es conveniente que el bebé pase un rato cada día sin pañal puesto, con la zona "al aire".

En cuanto a la limpieza de la zona, es aconsejable que se haga con agua tibia sola o con un jabón ácido o neutro sin perfumes, evitando una fricción vigorosa durante el lavado o el secado con la toalla (podría irritar más la piel). Tampoco se aconseja realizar la limpieza con toallitas limpiadoras, ya que contienen detergentes y perfumes que contribuyen a irritar la piel. Sin embargo, puede ser útil el uso de toallitas impregnadas en aceite.

En cada cambio de pañal es conveniente utilizar una pomada o pasta al agua con óxido de zinc que sirve de barrera protectora entre la piel y el pañal.

No se recomienda el uso preventivo de desinfectantes, antisépticos ni colorantes, por su efecto irritativo y por su posible absorción sistémica, que podría causar efectos tóxicos multisistémicos.

### ¿Cuál es su tratamiento?

Si la dermatitis del pañal es leve, es suficiente con mantener las anteriores medidas de prevención y utilizar una pasta al agua con óxido de zinc. Cambiar el pañal con mayor frecuencia y dejar al bebé más tiempo sin pañal también contribuyen a la recuperación.

Si la dermatitis es más intensa se aplican cremas con corticoides de baja o moderada potencia dos veces al día, durante los días necesarios para inducir la desaparición de las lesiones, normalmente no más de una semana. Hay que ser cautos con la aplicación de corticoides tópicos ya que la absorción percutánea está incrementada al causar el pañal un efecto oclusivo. Se debe recordar a los cuidadores del niño que no son una "pomada para el cambio de pañal" y, por tanto, no se deben usar de forma rutinaria y por cuenta propia con el fin de evitar efectos secundarios de los corticoides. Si la dermatitis es más grave o exudativa se pueden aplicar compresas o fomentos astringentes con sulfato de zinc al 1/1000 o solución de Burow.

Si la evolución es tórpida, se debe sospechar una sobreinfección por *Candida albicans*. En este caso se aplican cremas antifúngicas hasta la curación del eritema, bajo la indicación del pediatra. Una fórmula útil sería una pasta al agua con 300.000 ó 400.000 U de nistatina en 100 gramos. Los antifúngicos se pueden asociar a corticoides tópicos si es preciso.

En caso de sobreinfección bacteriana (menos frecuente que la sobreinfección por *Candida*), se añadirá un antibiótico tópico o incluso sistémico si es preciso. No obstante, no se usarán con intención preventiva ya que no está demostrado su valor y su aplicación sobre piel irritada puede empeorar la dermatitis. Si están indicados, se pueden dar asociados a corticoides suaves o a corticoides y antifúngicos. En todo caso lo recomendable es usar el medicamento apropiado, bien solo o asociado, pero no de forma indiscriminada una crema que contenga todos los fármacos (corticoide, antifúngico, antibiótico).

### Signos de alarma y criterios de derivación al pediatra

#### ¿Cuándo hay que acudir al pediatra?

No siempre es necesario acudir al pediatra. Si es una dermatitis del pañal leve, se puede cuidar con las medidas preventivas descritas anteriormente y mayoría de las veces curará en pocos días.

## Síntomas menores en dermatología infantil

Tendrá que pedir cita con su pediatra si:

- La erupción empeora o no desaparece en 3 días a pesar de tomar las medidas apropiadas para su cuidado.
- La erupción se extiende fuera de la zona del pañal: a abdomen, espalda, brazos o cara.
- Se observan granos, ampollas, úlceras, protuberancias grandes o llagas con pus, o la piel sangra.
- Las molestias dificultan el sueño del bebé.
- Si el niño está tomando un antibiótico y le aparece una erupción del pañal de color rojo brillante con pequeñas lesiones en sus bordes (podría ser una sobreinfección por *Candida*).
- El bebé desarrolla una erupción en las 6 primeras semanas de vida.

### Signos de alarma

En el caso de que la piel se vuelva muy roja, caliente e hinchada y el niño tenga fiebre, será conveniente una valoración urgente por el pediatra, ya que podría tratarse de una sobreinfección bacteriana que necesite antibiótico por vía sistémica.

### Preguntas frecuentes. Recomendaciones

#### ¿Se pueden usar los polvos de talco en la zona del pañal?

Actualmente no se aconseja. Si se espolvorean, el bebé podría aspirarlos y resulta muy perjudicial para los pulmones. Además, si se aplican sobre piel lesionada (erosiones, úlceras...) puede producirse un granuloma por cuerpo extraño.

#### ¿Si un bebé tiene dermatitis del pañal es que tiene piel atópica?

Aunque los niños atópicos tienen tendencia a tener dermatitis del pañal, si un niño tiene una dermatitis del pañal no quiere decir que tiene piel atópica. Además la dermatitis atópica no se suele localizar en la zona del pañal, posiblemente porque la oclusión del pañal causa una hiperhidratación de la zona (recordar que la dermatitis atópica se caracteriza por la sequedad de la piel y, por tanto, es aconsejable hidratarla).

#### ¿La exposición al sol es buena para la dermatitis del pañal?

Dejar la zona al aire sí que se ha comprobado que es bueno, pero si la piel lesionada se expone directamente al sol puede empeorar el eritema.

### Puntos clave

- La dermatitis irritativa del pañal es una inflamación de la zona cubierta por el pañal muy frecuente en lactantes de 6 a 12 meses.
- El mejor tratamiento es una buena prevención: usar pañales superabsorbentes, mantener la zona seca y limpia con cambios frecuentes de pañal, dejar la zona al aire algún rato, limpiar la piel con agua tibia o jabón ácido o neutro, evitar las "habituales" toallitas limpiadoras con detergentes y perfumes y usar una pasta al agua con óxido de zinc. Las dermatitis leves se tratan con estas mismas medidas.
- En las dermatitis más severas se utilizan cremas de corticoides de baja potencia. Si hay sobreinfección por *Candida*, se usará una crema antifúngica.

**Bibliografía y páginas web**

- Fuente principal: Escribano Ceruelo E, Duelo M. Dermatitis del pañal. Guía para padres. AEPap. 2011.
- Zambrano Pérez E, Zambrano Zambrano A. Eczemas en la infancia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J., eds. Pediatría extrahospitalaria. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2008. p. 901-8.
- [www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis-panal.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis-panal.pdf)
- [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000964.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000964.htm)

**4. COSTRA LÁCTEA****¿Qué es la costra láctea?**

La costra láctea se integra dentro del término dermatitis seborreica (DS), que alude a una erupción peculiar de los lactantes, con rasgos característicos en morfología y distribución. Es una dermatosis inflamatoria frecuente que se caracteriza por la aparición de áreas eritematosas con descamación de consistencia más o menos grasa, localizadas en zonas seborreicas (surco nasogeniano, conductos auditivos, región retroauricular, el borde del pelo, frente y cejas, región centrotorácica y grandes pliegues). Cuando esta DS se manifiesta entre las dos primeras semanas de vida y los tres meses de edad se denomina costra láctea, caracterizada por placas hiperqueratósicas localizadas en el cuero cabelludo.

**¿Cuál es la causa?**

Se desconoce la verdadera causa de la dermatitis seborreica infantil (DSI); algunos autores la relacionan con la mayor actividad de las glándulas sebáceas en la infancia aumentada por la influencia androgénica de la madre.

En la DS del adulto juegan un papel muy importante las levaduras lipofílicas del género *Malassezia* en su etiología, pero en niños este hecho es más dudoso. Otros autores señalan la posibilidad de que sea la respuesta inmunológica al agente infeccioso la responsable del eccema seborreico, pudiendo incluso activar la vía alterna del complemento, originando una reacción inflamatoria cutánea.

Es claro, que existe una alteración en el componente lipídico de la piel, que puede estar producido por una deficiencia transitoria en la enzima delta-6-desaturasa (responsable del paso de ácido linolénico a gammalinolénico). Este hecho explicaría la acción beneficiosa del aceite de borraja en el tratamiento de la costra láctea, ya que se trata de un aceite muy rico en ácido gamma-linolénico. Esta deficiencia transitoria del enzima se soluciona normalmente en el 6º a 7º mes de embarazo.

**¿Cómo se manifiesta?**

La clínica aparece a las pocas semanas del nacimiento. De forma gradual, en el cuero cabelludo aparecen lesiones en placas eritematosas, con morfología redondeada, de bordes definidos, de aspecto grasiento, con escamas amarillentas untuosas adheridas a la piel, sin prurito aparente. Aparece sobre todo en el vértex pudiéndose extender hacia áreas frontales; es raro que ocupe una amplia superficie del cuero cabelludo.

### ¿Cómo se diagnostica?

Se trata de un diagnóstico eminentemente clínico. Se han de tener en cuenta:

- La edad del paciente (menor de 3 meses).
- Localización de las lesiones (cuero cabelludo).
- Presencia de una descamación untuosa no pruriginosa.

Es importante hacer un diagnóstico diferencial con:

- Dermatitis atópica (en ésta es característico el prurito).
- Psoriasis (la cual también cursa en placas).
- Otros trastornos metabólicos o inmunológicos severos, que pueden presentar una eritrodermia descamativa seborreiforme.

### ¿Qué tratamientos existen?

Ante todo debemos tener en cuenta que la DSI en su variedad de costra láctea tiene una evolución benigna y a veces con curación espontánea, por ello hemos de ser cautos en el tratamiento a escoger, teniendo en cuenta las especiales características de la piel del bebé. En muchas ocasiones la simple aplicación de vaselina pura no perfumada o de aceites (interesante el uso de aceite de borraja) durante 1 ó 2 horas, permite reblandecer las placas, que se irán desprendiendo de forma manual; de esta forma, si se requiere la aplicación de algún otro tratamiento éste se absorberá adecuadamente. Se pueden prescribir:

- **Corticoides tópicos:** tratamiento de elección, eligiéndose los de potencia moderada, durante pocos días.
- **Queratolíticos:** sirven para desprender la placa si no ha sido suficiente con la acción de los aceites. Suele tratarse de aplicaciones tópicas de ácido salicílico, en forma de vaselina salicílica en bajas concentraciones (3-5 %), o en forma de aceite salicílico. Esta opción será cuestionada por el pediatra valorando el riesgo beneficio del tratamiento.
- **Champús:** en el mercado existen todo tipo de presentaciones pediátricas que si bien no pueden ser considerados como tratamientos, sí mejoran notablemente la patología actuando como coadyuvantes de otros tratamientos tópicos. Suelen tener bajas concentraciones de keluamida (que actúa como exfoliante), caléndula, ácido salicílico y derivados del ácido undecilénico. Se recomienda que, una vez masajeados el cuero cabelludo, se deje actuar el producto unos minutos y después aclarar con abundante agua.
- **Cremas:** son de gran efectividad y menos incómodas en cuanto a aplicación y limpieza, presentaciones de keluamida al 10% en crema, en las que se recomienda aplicar una capa gruesa en la placa, dejar actuar 15 minutos y lavar con un champú suave que ayudará a desprender las placas que se han levantado.
- **Corticoides orales:** se reservan únicamente para casos muy generalizados, durante poco días, en dosis de 0,5 mg/kg/día de prednisona, y asociado a tratamiento tópicos.
- **Ketoconazol al 2%:** algunos autores recomiendan ketoconazol al 2% en crema (aplicado 2 veces al día durante 10-14 días) o en champú (2-3 veces por semana). No obstante puede producir irritación cutánea y no todos están de acuerdo en su eficacia.

### Signos de alarma. Criterios de derivación al pediatra

Son criterios de gravedad y por lo tanto casos de derivación al pediatra:

- Cuando exista picor o las placas no tengan el aspecto característico de la costra láctea, o bien las lesiones no mejoran o empeoran a pesar del tratamiento.

- Cuando pueda existir sobreinfección por *Candida* o bacterias.
- Cuando aparezcan manifestaciones no cutáneas: alteraciones en el crecimiento, alteraciones gastrointestinales (diarrea).

### Preguntas frecuentes

#### ¿Cómo puedo eliminar la costra láctea de mi bebé?

La aplicación de vaselina pura o aceites durante 15 minutos nos ayudará a eliminar eficazmente parte de las placas que existan en el cuero cabelludo. También son muy eficaces y menos engorrosas presentaciones comerciales de kelmamida al 15% que ayudan a eliminar las placas sin manchar tanto. En caso de que con esto no fuese suficiente, sería importante la valoración de las lesiones por su pediatra.

#### La costra láctea ¿se debe a una mala higiene?

No, la falta de higiene no es la responsable de esta patología, la cual está originada por una secreción excesiva de sebo en el cuero cabelludo del bebé, pudiendo proliferar un hongo sobre la superficie de la piel. Todo ello genera esas placas tan características.

### Puntos clave

- La costra láctea se integra dentro del término dermatitis seborreica, que alude a una erupción peculiar de los lactantes, con rasgos característicos en morfología y distribución.
- Se desconoce la verdadera causa de la dermatitis seborreica infantil algunos autores la relacionan con la mayor actividad de las glándulas sebáceas en la infancia aumentada por la influencia androgénica de la madre.
- Aunque existen muchos tratamientos eficaces, el primer paso es aplicar vaselinas o aceites, que nos ayudarán a retirar las placas, ya que la costra láctea se puede considerar *a priori* autolimitada, en caso contrario debe ser remitida al pediatra.

### Bibliografía y páginas web recomendadas

- Dermatitis seborreica, disponible en: <http://familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/seborrheic-dermatitis.html>
- Dermatitis seborreica, disponible en: <http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/dermatitis-Seborreica.asp>
- Zambrano Pérez E, Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Dermatitis Seborreica. Protocolos de Dermatología. 2ª Edición. 2007. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis-seborreica.pdf>

## 5. AFTAS O ÚLCERAS BUCALES

El término afta deriva etimológicamente del griego *áphtay*, que significa quemadura. Las aftas son pequeñas lesiones o úlceras de la mucosa bucal que producen una sensación de quemazón. Normalmente se presentan como "aftosis oral recurrente o estomatitis aftosa recidivante (EAR)", es decir, en brotes repetidos de úlceras bucales dolorosas.

Se define como aftosis simple cuando los ataques recurrentes tienen periodos libres de síntomas y está representada fundamentalmente por la EAR. La aftosis compleja se caracteriza por la presencia casi continua de tres o más aftas orales, o por aftas recurrentes orales y genitales.

### Epidemiología

Son muy frecuentes: el 20-40% de la población general ha tenido alguna vez un brote de aftas. En los niños es la forma más habitual de presentación de úlceras orales, de hecho la EAR suele comenzar en la infancia o adolescencia. Es más frecuente en el sexo femenino y nivel socioeconómico alto. Son menos frecuentes en individuos de raza negra o árabe. Tienen un ligero predominio por los meses de primavera y otoño.

### ¿Cuáles son las causas?

La causa de la aftosis simple es aún desconocida. Se piensa que intervienen múltiples factores:

- **Factores genéticos:** el 50% de los familiares de primer grado de pacientes con EAR también la padecen. Además, si hay antecedentes familiares, la suelen padecer más precozmente y con síntomas más intensos.
- **Factores inmunológicos:** los estudios sugieren que es una enfermedad inflamatoria de la mucosa oral producida por una respuesta inmunológica local mediada por linfocitos T.
- **Factores infecciosos:** de momento no se ha podido relacionar con virus ni bacterias.
- **Factores sistémicos:** algunos alimentos, el ciclo menstrual, el estrés o irritantes locales (traumatismos de la mucosa oral, dejar el tabaco, dentífricos con lauril sulfato sódico) pueden actuar como factor precipitante de las aftas.

Por tanto, se puede decir que hay personas susceptibles genéticamente en las que probablemente influyen factores inmunológicos. Estas personas producen aftas con más facilidad cuando actúan sobre ellas ciertos agentes desencadenantes (pequeños traumatismos bucales, alimentos, bebidas calientes, colutorios, etc.).

Algunas enfermedades sistémicas también pueden presentar aftas orales, pero generalmente es en forma de aftosis compleja:

- Enfermedades autoinmunes: enfermedad de Behçet, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Reiter, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, celiaquía.
- Deficiencias nutricionales: hierro, vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub> y B<sub>12</sub>, ácido fólico, zinc.
- Otras: neutropenia cíclica, síndromes mielodisplásicos, infección por VIH, etc.

### ¿Cuáles son los síntomas?

Las lesiones empiezan de forma súbita como una mancha enrojecida y dolorosa en la cavidad bucal. Posteriormente se formará una úlcera blanquecina muy dolorosa (es un dolor urente, a modo de quemazón), con un halo inflamatorio prominente. Aparecen en brotes recidivantes (se van repitiendo a lo largo del tiempo).

Según las manifestaciones clínicas, se distinguen tres formas clínicas de aftosis simple:

- **Aftas menores:** son las más frecuentes (75-80% de los casos). Son pequeñas úlceras de menos de 1 cm, redondeadas u ovaladas, bien delimitadas, poco profundas, de fondo blan-

co-amarillento, de bordes enrojecidos, únicas o múltiples, que curan sin cicatriz en 1-2 semanas. Suelen recidivar dejando periodos de tiempo sin síntomas. Se suelen localizar en la mucosa de mejillas, labios, suelo de la boca y lengua.

- **Aftas mayores** (10-15% de los casos): son úlceras de más de 1 cm, más profundas, a veces de fondo hemorrágico, suelen ser únicas, tardan más de un mes en curar y pueden dejar cicatriz. Los brotes de úlceras se repiten sin periodo libre de síntomas. Se localizan en la parte posterior de la boca, sobre todo en paladar blando y faringe.
- **Estomatitis aftosa herpetiforme** (5-10% de los casos): son aftas de tamaño muy pequeño, entre 1-2 mm, muy numerosas (50-200), muy dolorosas, duran unos 10-14 días y pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa oral. Tienen tendencia a unirse unas con otras formando lesiones más grandes e irregulares, que pueden simular una estomatitis herpética.

### ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico, se basa en la morfología típica de las úlceras, su curso recurrente y su localización.

Es recomendable descartar posibles enfermedades asociadas, tales como una deficiencia de hierro, vitamina B<sub>12</sub> o ácido fólico, malabsorción intestinal (enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal) y síndromes aftosos más complejos.

### ¿Cómo se trata?

La mayoría de tratamientos son de utilidad limitada porque no hay un tratamiento específico de la causa ya que es desconocida.

Si hay algún factor desencadenante conocido se intentará evitar. Asimismo si se sospecha alguna deficiencia habrá que suplementarla.

#### Evitar posibles desencadenantes:

- Evitar colutorios y dentífricos que contengan lauril sulfato sódico. Se han observado mejorías con colutorios con amiloglucosidasa y glucosa oxidasa.
- Evitar alimentos que se sospeche que puedan desencadenar un brote: chocolate, queso, nueces, cítricos, patatas, marisco, soja, vinagre, mostaza, etc.
- Evitar traumatismos de la boca: utilizar un cepillo de cerdas más blandas, cepillado dental suave, acudir al odontólogo si se tiene un diente afilado o roto, masticar lentamente.
- Evitar alimentos y bebidas muy calientes.
- Evitar el estrés emocional.
- Fomentar una nutrición completa y variada.
- Evitar ciertos medicamentos si es posible: captopril, nicorandil, tiroxina, ácido acetilsalicílico, barbitúricos, sales de oro, penicilamina, fenitoína, estreptomina, sulfamidas, metotrexato.

#### Tratamiento local:

- **Corticoides:** pilar básico del tratamiento. Los más usados son: **acetónido de triamcinolona** al 0,05-0,1% en orobase o solución acuosa, **acetónido de fluocinolona** al 0,05-0,1% en orobase, **propionato de clobetasol** al 0,025% en orobase e **hidrocortisona hemisuccinato** (Afta Juventus®, Aftasone Infantil®). En niños hay que reducir la concentración a la mitad.

## Síntomas menores en dermatología infantil

- **Antisépticos:** se ha observado beneficio al utilizar **digluconato de clorhexidina** al 0,12-0,2% en colutorio (Bexident Encías® al 0,12% o 0,2%) o al 1% en gel, 3 veces al día (es el que mejor va en niños). También va bien el **hidroclorhídrico de benzidamida** (Tantum verde®) y el **triclosán** (Gingilacer®).
- En casos muy dolorosos, se puede aplicar antes de las comidas un anestésico local, como **lidocaína** al 2% en gel, **xilocaina** viscosa o **benzocaína** en gel (Nani Predental®).
- **Ácido hialurónico** (Aftex®, Aloclair Plus®, Oddent®): su aplicación local alivia el dolor y disminuye la inflamación, acelera la regeneración tisular, la cicatrización de las úlceras y disminuye la aparición de nuevas aftas. En formas localizadas se usa en gel y como profilaxis se usan soluciones orales o colutorios.
- Enjuagues de **doxiciclina**, 250 mg disueltos en 10 ml de agua, 3 veces al día. Muy útil en la estomatitis aftosa herpetiforme. Está contraindicado en niños menores de 8 años porque tiñe los dientes.
- Otros: **carbenoxolona** (Sanodin gel®), **amlexanox** en pasta al 5%.

En resumen, la conducta terapéutica básica en la EAR sería: primero intentar controlar los factores desencadenantes y después aplicar un tratamiento local con un corticoide local o con un colutorio o gel de clorhexidina.

### ¿Cuándo hay que derivar al pediatra?

- La úlcera empieza poco después de comenzar con un medicamento.
- Tiene manchas blancas en el paladar, la lengua y otras partes de la boca (podrían ser una candidiasis oral).
- La úlcera no se cura en dos semanas.
- El niño tiene una alteración del sistema inmunitario (cáncer, VIH...).
- Además de las aftas tiene otros síntomas como fiebre, erupción en la piel, babeo o dificultad para tragar.

### Preguntas frecuentes. Recomendaciones

#### ¿Las aftas son contagiosas?

No, las aftas recurrentes no son contagiosas y, por tanto, no se las puede "pasar" un niño a otro. En consecuencia no es necesario que el niño deje de asistir al colegio o guardería, y puede estar junto a otros niños.

#### ¿La aftosis oral recurrente es una enfermedad grave?

No, realmente no es un trastorno importante pero sí produce muchas molestias. La aftosis puede hacer que procesos indispensables y necesarios, como masticar, tragar o hablar, sean muy dolorosos.

#### Además del tratamiento farmacológico ¿puedo hacer algo más para aliviar las molestias de la úlcera?

Es conveniente evitar los alimentos o bebidas calientes, las comidas saladas o condimentadas, los alimentos ácidos o picantes y los que necesitan mucha masticación.

Es aconsejable una dieta fácil de digerir y ofrecer bebidas de su agrado para evitar la deshidratación. A los lactantes es mejor darles los líquidos en cuchara, jeringa o taza, ya que la teta del biberón puede causar más dolor.

Se pueden hacer enjuagues con agua fría, chupar helados o aplicar hielo, lo cual puede aliviar si se siente ardor en la boca.

#### Puntos clave

- La EAR es muy frecuente en la población, el 20-40% la ha padecido alguna vez y suele comenzar en la infancia o adolescencia. Es la forma más habitual de úlceras en la infancia.
- Al no conocerse la causa, no tiene un tratamiento específico, lo que obliga a usar tratamientos sintomáticos.
- Los corticoides locales son la base fundamental del tratamiento.

#### Bibliografía y páginas web

- Falgás Franco J, Parramón Cuadrado V. Patología bucal. *Pediatr Integral* 2007;11:33-41.
- García-Patos Briones V. Patología oral. *Protocolos de Dermatología. Asociación Española de Pediatría*; 2007 [consulta el 24 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>.
- Puyal Casado M. Aftas: etiopatogenia y tratamiento. [consulta el 24 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.infomed.es/amudenes/articulo7.pdf>
- [www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/3773](http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/3773)

## 6. PICADURAS

Las picaduras pueden causar lesión por su propio efecto mecánico y por la inyección de sustancias que actúan como irritantes y/o alérgenos. En nuestro país las lesiones por picadura son generalmente benignas y se pueden tratar en casa. Sin embargo, pueden ser más graves, por efecto tóxico del veneno o por una reacción inmunológica al mismo.

#### Epidemiología

La mayoría de las picaduras están causadas por artrópodos. Ocurren con más frecuencia en ambientes rurales, cálidos y húmedos, sobre todo en situaciones de poca higiene.

#### Causas: ¿quiénes las producen?

Pueden provocarlas insectos (moscas, mosquitos, tábanos, pulgas, chinches, avispas y abejas), arácnidos (arañas, escorpiones) y animales marinos.

#### ¿Qué lesiones producen los insectos?

- **Dípteros (mosca, mosquito y tábano):** pican generalmente en zonas descubiertas de la piel. Producen pequeñas lesiones papulosas o habonosas, no agrupadas, pruriginosas, a veces con formación de vesículas y ampollas, sobre todo en piernas. Si la picadura se produce en lugares como los párpados o los labios, la hinchazón puede ser bastante intensa, ya que se trata de tejidos blandos. En niños sensibilizados pueden producir edema de partes blandas.

## Síntomas menores en dermatología infantil

- **Afanípteros (pulgas):** son parásitos de animales salvajes y domésticos. Producen lesiones papulares, pruriginosas, agrupadas en fila, en las extremidades y en las nalgas. Suelen picar en zonas cubiertas del cuerpo.
- **Hemípteros (chinchas):** viven en colchones, almohadas, en hendiduras de techos y paredes y muebles viejos. Pican por la noche, produciendo lesiones pruriginosas, con punto hemorrágico central, agrupadas en zigzag, en zonas de piel expuestas por la noche.
- **Himenópteros (avispa, abejas, abejorros):** su picadura produce reacciones locales dolorosas por inoculación del veneno. Se produce un dolor punzante y ardiente, un rápido enrojecimiento e hinchazón, e incluso formación de una ampolla. Esta reacción local suele ser menor de 10 cm. Las avispas pueden picar varias veces con el mismo aguijón, pero las abejas mueren dejando incrustado el aguijón en la piel. Hay que tener cuidado cuando la picadura se produce en cuello o zona ocular, en mucosa oral, cuando son múltiples y en niños sensibilizados.

Si se sufren múltiples picaduras (más de 50), se puede provocar un edema generalizado, afectación renal, vasculitis e incluso shock.

Por el efecto sensibilizante del veneno, se pueden producir reacciones alérgicas locales: son de más de 10 cm, duran más de 24 horas y a veces se acompañan de cefalea y malestar. Las reacciones alérgicas sistémicas son menos frecuentes y si son leves se manifiestan como urticaria generalizada y angioedema, opresión torácica, náuseas y vómitos. Si son más graves, llegan a tener disnea, sibilancias, hipotensión e incluso shock anafiláctico.

- **Lepidópteros (orugas - procesionaria del pino):** producen habones muy pruriginosos por contacto o penetración de sus pelos en la piel.

### ¿Cómo prevenir?

- Utilizar repelentes de insectos: no se usan los mismos en niños que en adultos ni tampoco en viajes en España que en otros países. Hay productos a base de DEET o dietiltoluamida (Relec®, Goibi® antimosquitos, Mosquitomilk®), ácido 1-piperidincarboxílico, 2-(2-hidroxi-etil)-1-metilpropiléster o Bayrepel (Aután®) y permetrinas en presentaciones de adultos (no usar en niños menores de 2 años), o a base de IR3535, 3-(n-butil-N acetil)-aminopropionato de etilo (Relec infantil®) en presentaciones para niños. También hay repelentes naturales con aceite de citronela (Mustela® antimosquitos), de eucalipto (Mosquiguard®), poleo, limón, etc. que son más seguros para niños.
- Consejos en niños sensibilizados a las picaduras de himenópteros: no provocar a los insectos, no acercarse a colmenas o evitar movimientos bruscos cerca de ellas, no caminar descalzo en la hierba, no usar ropa muy colorida y estampada, evitar perfumes.

### Tratamiento

- Lavar la piel con agua y jabón.
- Aplicar frío local, excepto en las picaduras de avispas y abejas en que se aplicará calor local ya que destruye las toxinas termolábiles.
- Aplicar una loción de calamina para calmar el picor.
- Si la reacción es intensa, aplicar una crema de corticoides y tomar un antihistamínico oral para calmar la inflamación y el picor. No se aconsejan los antihistamínicos en crema, ya que pueden causar fotosensibilidad.
- Si hay una reacción alérgica local, a veces se da un ciclo corto de corticoides orales.
- Si se produce sobreinfección por el rascado, aplicar una pomada antibiótica.

- El aguijón de la abeja se extrae raspando con algún objeto de borde recto (tarjeta de crédito, DNI...). No se debe presionar la piel ni usar pinzas porque pueden apretar el saco de veneno y liberarse más.
- En el caso de las orugas se retiran los pelos con un tira de esparadrapo.
- En los niños sensibilizados a la picadura de avispas y abejas se debe tener a mano adrenalina autoinyectable, por lo que los padres deben estar instruidos en su uso.
- Si ha habido una reacción sistémica se debe dejar en observación al niño unas 6-8 horas por si hay una reacción anafiláctica tardía.
- Si la avispa o abeja pican en la boca o garganta, hay que dar corticoides sistémicos y mantener al niño en observación.

### ¿Cuáles son los signos de alarma? Criterios de derivación

- Si hay síntomas sistémicos (probable reacción alérgica grave) como broncoespasmo (disnea, tos, sibilancias, opresión en el pecho), urticaria generalizada, hinchazón en boca o cara, dificultad para tragar, debilidad, mareos, náuseas, vómitos, debe acudir o llamar a un servicio de urgencias.
- Una picadura de avispa o abeja en boca o garganta requiere atención médica urgente.
- Acudir al pediatra si se extiende la erupción en la piel, hay inflamación importante de la lesión o si dura más de 3 días (posible infección).

### ¿Qué lesiones producen los arácnidos?

- **Escorpiones:** las especies de nuestro medio producen una reacción local dolorosa (pápula eritematosa con centro necrótico y edema local). Sólo el escorpión amarillo (alacrán) y el negro de cola amarilla pueden producir reacciones sistémicas por su toxina como fiebre, cefalea, vómitos, sudoración, espasmos musculares, dificultad para tragar, arritmias...
- **Arañas:** normalmente producen habones pequeños, pruriginosos o dolorosos. En nuestro medio no suponen un riesgo especial para el hombre. Pocas veces ocasionan reacciones sistémicas (sobre todo la viuda negra y, a veces, la araña marrón o de los rincones).
- **Garrapatas:** se fija a la piel sin que la persona se dé cuenta. Produce una pápula pruriginosa que puede desaparecer en 48 horas o evolucionar a escara necrótica que se puede sobreinfectar.

### ¿Qué debemos hacer si nos pica un arácnido?

- Lavar la piel con agua y jabón. Desinfección con agente que no coloree.
- Aplicar frío local. Inmovilizar y elevar el miembro.
- Si hay dolor, dar analgésicos.
- Si hay síntomas locales importantes: antihistamínicos y corticoides orales.
- En caso de garrapata: tracción suave y firme con pinzas hasta que se desprenda (no retorcer ni mover bruscamente).

### ¿Cuáles son los signos de alarma? Criterios de derivación

- Si hay síntomas sistémicos con espasmos musculares, necrosis o dolor que no cede con analgésicos, el niño debe acudir con urgencia al hospital (probablemente ingresará).
- Deberá acudir a su pediatra si hay reacción local intensa o si una picadura no evoluciona bien (aumento de tamaño, mayor enrojecimiento, calor local, dolor).

## Síntomas menores en dermatología infantil

### ¿Qué lesiones producen los animales marinos?

En zonas del litoral podemos sufrir picaduras por animales marinos. Los que pican con más frecuencia son las medusas y el pez araña del mar.

#### *Medusas:*

- Su picadura produce habones muy pruriginosos con disposición lineal, en forma de latigazos, y sensación quemante.
- Se debe lavar la herida, sin frotar, con agua salada (nunca agua dulce), suero fisiológico o vinagre durante 30 minutos. Posteriormente se puede aplicar frío seco, pero no directamente hielo salvo que sea de agua marina. Hay que retirar los filamentos adheridos a la piel con pinzas o con cuchilla de afeitar. Si la reacción es intensa se puede administrar una crema de corticoides y antihistamínicos orales. Si la sensación de quemazón o dolor es intensa se puede tomar un analgésico oral o aplicar un anestésico tópico (lidocaína).
- En caso de reacciones severas y extensas, el paciente debe ir al hospital.

#### *Pez araña:*

- Estos animales están semienterrados en la arena. Las lesiones se producen al pisarlos descalzos sobre la arena. Sus espinas son las que inoculan el veneno. Da lugar a reacciones intensas con edema de partes blandas y mucho dolor y picor, que puede durar 12-24 horas.
- Se debe lavar la herida con agua salada o suero fisiológico. Después sumergir el miembro afectado en agua caliente (45°) durante 30-90 minutos o hasta que desaparezca el dolor, con el fin de destruir el veneno. Hay que desinfectar con antiséptico local. Si persiste el dolor, se puede tomar un analgésico oral o aplicar un anestésico local.
- Es recomendable acudir a un centro médico para valoración.

## Preguntas frecuentes

### **Mi hijo ha tenido una reacción a las picaduras de insectos, ¿tiene que hacerse pruebas de alergia?**

Está indicadas si ha tenido una reacción sistémica moderada-grave y se va a plantear después inmunoterapia (vacunas contra la alergia). Por tanto, no se recomiendan en niños que han tenido una reacción local más o menos intensa.

### **Mi hijo ha tenido una reacción anafiláctica grave, ¿qué probabilidad hay de que tenga otra si le vuelva picar el insecto?**

No siempre ocurre, hay un riesgo del 35-60% si además asocia otros factores de riesgo: reacción sistémica grave previa, otros episodios de anafilaxia o picaduras múltiples.

#### **Puntos clave**

- La mayoría de las picaduras son inofensivas y se pueden tratar en casa.
- Ante una reacción local intensa o que no mejora en 3 días, acudir al pediatra.
- Si hay síntomas sistémicos, puede tratarse de una reacción alérgica grave, y se debe acudir o llamar a un servicio de urgencias.

**Bibliografía y páginas web**

- Fuente principal: García Suárez A. En guardia contra las picaduras. Guía para padres. AEPap. 2011.
- García Rebollar CA, Hernández Delgado MJ. Picaduras y mordeduras de animales. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J., eds. Pediatría extrahospitalaria. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2008. p. 1023-8.
- Mayol Canals LI. Lesiones producidas por insectos, arácnidos y anfibios. En Moraga F, editor. Protocolos de Dermatología; 2003 p. 261-71 [consultado 31/10/2011]. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/insec\\_arac\\_anf.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/insec_arac_anf.pdf).
- [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000033.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000033.htm).

**7. HERIDAS Y QUEMADURAS CUTÁNEAS LEVES****¿Qué es una herida?**

Una herida es una pérdida de continuidad de las partes blandas del organismo (piel o mucosas) que da lugar a una interrupción de su estructura y función normales. Como consecuencia se produce pérdida de esterilidad en el interior, lesiones en los tejidos u órganos adyacentes, pudiendo dar lugar a una hemorragia o una infección, puntos que hay que tener en cuenta a la hora de tratarlas.

**¿Qué tipos hay y cuáles son las causas?**

Vamos a clasificarlas según el agente causante, definiendo sólo los casos comunes.

- **Incisas:** originadas por la acción de un agente cortante, bien por presión y/o por tracción rápida del mismo. Los bordes suelen ser limpios y lineales, presentando una hemorragia variable según la profundidad.
- **Contusas:** son causadas más por la intensidad del golpe que por el propio objeto que las ha originado; son comunes en caídas, denominadas comúnmente como "brechas".
- **Rapaduras, excoriaciones o abrasiones:** son unas de las heridas más comunes en pediatría, producidas por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras o incluso tejidos, se caracterizan por un dolor tipo ardor, y una escasa hemorragia, se infectan con frecuencia. En algunas clasificaciones, se les considera quemaduras por fricción, teniendo un tratamiento más adecuado a esta clasificación.

**¿Qué es una quemadura?**

Las quemaduras son lesiones que se producen en la piel como consecuencia de la acción de agentes físicos, térmicos o químicos que producen desnaturalización de las proteínas, edema y/o pérdida de líquido intravascular, debido a un aumento de la permeabilidad capilar. Además se destruyen los lípidos y la queratina del estrato córneo que evitan la evaporación del agua cutánea, perdiendo calor corporal y desprotegiéndose frente a infecciones.

**¿Qué tipos hay y cuáles son las causas?**

Existen principalmente tres clasificaciones, teniendo en cuenta, el agente causal, la extensión y su profundidad. Según el agente causal tendremos quemaduras térmicas (por acción del calor o frío intenso) ya sean por contacto o por la inhalación de vapores o gases, quemaduras por radiación (ultravioleta, fuentes de rayos X...), quemaduras químicas (ácidos o bases) y quemaduras eléctricas (por contacto o por fogonazo). Para la clasificación por extensión se suele uti-

## Síntomas menores en dermatología infantil

lizar la regla de los 9 de Wallace en la que la superficie corporal se divide en áreas que representan el 9% o sus múltiplos (tabla 3). Se debe tener en cuenta que ese cálculo no es válido para bebés, por su mayor superficie craneal, extremidades más cortas y genitales más grandes en cuanto a proporción corporal. Según la profundidad tendremos quemaduras:

- **De primer grado:** superficiales y por ello las más leves, solo se ve afectada la epidermis. Se aprecia una superficie seca y un eritema doloroso. Suelen ser quemaduras solares o quemaduras por contacto con objetos no demasiado calientes.
- **De segundo grado:** se dividen en superficiales o profundas dependiendo de su profundidad, siempre presentarán ampolla y eritema. Son causa de derivación al pediatra siempre.
- **Tercer grado:** destrucción completa de todo el espesor de la piel. No duelen, precisan tratamiento quirúrgico.

**TABLA 3** Superficie corporal quemada (SCQ)

Área	% SCQ	
	Adultos y niños > 10 años	Niños*
Cabeza	9	19
Extremidades superiores	9	9
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Extremidades inferiores	18	13
Genitales	1	1

\* Son valores del lactante menor de 1 año. Por cada año el % SC de la cabeza disminuye un 1% y las extremidades inferiores aumentan un 0,5%.

### ¿Cómo se diagnostica?

Según la gravedad, las quemaduras son:

- **Leves:** 1<sup>er</sup> grado, 2<sup>o</sup> grado superficial con menos del 8% de SCQ.
- **Graves:** 2<sup>o</sup> grado con SCQ del 10-40%, 3<sup>er</sup> grado con SCQ del 2-10%, edad menor de 1 año, eléctricas graves, localización con riesgo de secuelas funcionales o estéticas o compromiso de funciones vitales (genitales, manos, pies, cara y cuello), sospecha de maltrato.
- **Críticas:** 2<sup>o</sup> grado con SCQ mayor del 40%, 3<sup>er</sup> grado mayor del 10%, compromiso respiratorio, asociada a traumatismo grave, eléctrica de alto voltaje.

Las heridas leves son las secundarias a golpes, heridas incisas pequeñas y raspaduras en la piel, las cuales requieren una atención menor. Están incluidas dentro de las heridas simples, es decir, las que afectan a la superficie cutánea sin lesionar estructuras en profundidad.

### ¿Cómo se trata?

Al ser tratamientos distintos los abordaremos de forma separada:

- **Heridas:** en primer lugar se debe limpiar la herida con suero fisiológico a chorro, el cual nos ayudará a eliminar restos de materia orgánica, sangre y posibles cuerpos extraños. En su defecto se puede indicar la limpieza de la herida con agua y jabón suave. A continuación se limpiará la herida con una gasa desde el centro hacia los bordes. Seguidamente se aplicará un antiséptico adecuado (povidona yodada o clorhexidina). Se aconseja aplicar antisépticos en gel ya que permiten observar la evolución de la herida y para mantenerla perfectamente hidratada; de esta manera hay menos riesgos de infección. Esto se debe a que

no permite que se seque rápidamente la herida, lo que retrasaría la cicatrización, ya que en ausencia de humedad, las células sanas se deshidratan, se necrosan y se forma una costra que se fija a los extremos inferiores de la herida mediante fibras de colágeno que impiden la aparición de tejido nuevo. Como en la mayoría de los casos, indicaremos que se cubra la herida con un apósito estéril seco.

- **Quemaduras:** para detener el proceso de la quemadura y aliviar el dolor, se debe enfriar la zona afectada sumergiéndola en agua fría o colocando apósitos estériles mojados en agua fría. Al tratar sólo quemaduras muy leves, debemos limpiar la quemadura con suero fisiológico o en su defecto con agua y jabón, aclarando en este caso con abundante agua. Posteriormente se aplicará un gel antiséptico tapando la zona con un apósito estéril. También es útil la aplicación de tules, que mantendrán la zona hidratada en todo momento. Para estos casos existen algunas presentaciones ya impregnadas en antiséptico (povidona yodada). Cuando la quemadura deje de doler, se deberá aplicar una crema cicatrizante, que puede contener centella asiática, aceite de rosa mosqueta, o simplemente moléculas emolientes como vaselina.

### ¿Cuándo debemos derivar al pediatra?

Debemos derivar al pediatra todas las heridas y quemaduras que presenten más de un 1% de la superficie corporal del niño, heridas que presenten signos de infección, cuando (aunque no sea lo común) exista ausencia de inmunización antitetánica, si tras siete días de tratamiento según indicación farmacéutica no presenten mejoría, cuando en el caso de una quemadura ésta no haya sido producida por calor, cuando la lesión afecte a cabeza, cuello, manos, pies, pliegues o genitales, cuando exista afectación del estado general. En este punto también cabe señalar la derivación al pediatra cuando la lesión nos genera dudas en cuanto a su etiología.

### Preguntas frecuentes

#### **Mi hijo tiene una herida, ¿es bueno que se la cure con pomada antibiótica para que no se le infecte?**

No, la cura en primer lugar siempre debe hacerse con un antiséptico, a no ser que su pediatra considere oportuna la aplicación de una pomada antibiótica u otro tipo de tratamiento. Se debe evitar el uso de antibióticos tópicos en las heridas, pues pueden provocar reacciones de hipersensibilidad, sobreinfecciones y resistencias.

#### **¿Es bueno curar las heridas con alcohol o agua oxigenada para desinfectarlas?**

El agua oxigenada sólo debe usarse cuando se sospecha la infección por anaerobios (caídas en parques donde hay perros o donde se ha abonado...), pero debemos tener en cuenta que puede producir quemaduras en los bordes de la herida, lo cual retrasa la cicatrización. El alcohol no debe aplicarse directamente en las heridas, ya que produce una gran irritación, altera los tejidos y precipita las proteínas formando una capa protectora bajo la cual pueden seguir creciendo microorganismos.

### Puntos clave

- Las heridas producen una pérdida de continuidad de la piel, que puede dar lugar a infección y hemorragia.

## Síntomas menores en dermatología infantil

- El principal riesgo de una quemadura leve es el de infección.
- No está aconsejado el uso de pomadas antibióticas en heridas y quemaduras leves; se debe indicar siempre un antiséptico.
- Se debe valorar siempre la curación en ambiente húmedo.
- Toda lesión que no sea leve o que nos genere dudas en cuanto a su evolución o etiología debe ser derivada al pediatra.

### Bibliografía y páginas web recomendadas

- En tu hogar – Quiérete mucho, Campaña quiérete mucho de Cruz Roja Española, disponible en: [http://www.cruzroja.es/prevencion/hogar\\_05.html](http://www.cruzroja.es/prevencion/hogar_05.html)
- González Hernández. P, Magro Horcajada C, Martín Oliveros A. Tratamiento de las Heridas y Quemaduras. Guía Práctica desde la Farmacia Comunitaria. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), 2010.

## 8. PEDICULOSIS

---

La pediculosis es una infestación por un insecto, el piojo. Hay tres tipos: *Pediculus humanus capitis* (piojo de la cabeza), *Pediculus humanus corporis* (piojo del cuerpo) y *Pthirus pubis* (piojo del pubis o ladilla). Dada la baja frecuencia en niños de estos dos últimos, sólo trataremos aquí la pediculosis de la cabeza.

El piojo es un insecto sin alas (no vuela ni salta) y, por tanto, la transmisión es por contacto directo cabeza-cabeza y sólo raramente por objetos contaminados (peines, cepillos, gorros...), ya que no vive más de 2 días fuera del huésped. Es muy contagioso. Los animales domésticos no actúan como vectores.

Es un parásito humano obligado que se alimenta de sangre. La hembra adulta vive hasta un mes y deposita unos 6-10 huevos (liendres) al día, que se fijan cerca de la raíz del pelo con una sustancia viscosa. Las liendres eclosionan en 5-10 días dejando salir larvas que en 9-14 días pasan a estado adulto y así comienza otro ciclo. Estos huevos adheridos se van separando del cuero cabelludo conforme crece el pelo (0,4 mm al día). Por tanto, cualquier huevo situado a más de 1 cm del cuero cabelludo estará vacío.

### Epidemiología

La prevalencia es de un 5-14% y ocurre sobre todo en niños de 3 a 10 años. Es más frecuente en niñas (juegos más tranquilos y con contacto directo). Ocurre durante todo el año, pero los brotes son más comunes al inicio del curso escolar.

No se relaciona con la falta de higiene y afecta a todos los estratos sociales. Si se consulta rápidamente y se comunica pronto al colegio se erradicarán más fácilmente los focos de infestación.

### Factores de riesgo

No influye la longitud del pelo, el tipo de peinado ni la frecuencia del uso de champús. Ocurre más en cabellos limpios que sucios y en lisos que rizados.

**Manifestaciones clínicas**

El primer síntoma y el más frecuente es el prurito del cuero cabelludo, que puede tardar 4-6 semanas en aparecer. No obstante hay niños asintomáticos. Si el prurito es intenso puede haber excoriaciones por rascado, eccemas y sobreinfección bacteriana secundaria (impetiginización) con poliadenopatías occipitales y cervicales. Se suele localizar en la nuca y región retroauricular.

**Diagnóstico**

Se considera que hay infestación por piojos si las liendres están a menos de 6,5 mm del cuero cabelludo. Son de color blanco-grisáceo y, a diferencia de la caspa, no se desprenden fácilmente. La presencia de liendres sólo supone infestación activa en 1/3 de los casos, por lo que el diagnóstico definitivo requiere la observación del piojo vivo, pero es difícil de encontrar. Para ello, aparte de la inspección del cuero cabelludo, se debe hacer un peinado meticuloso con lendreras, mejor si el pelo está húmedo porque el piojo se mueve peor que si está seco. Se peina sobre una tela blanca o sobre un sanitario para poder observar los piojos. La lendreras se observa al trasluz para buscar liendres, huevos o piojos.

**Tratamiento**Piretrinas:

Se suelen utilizar los derivados sintéticos o piretroides (permetrina, fenotrina, tetrametrina, aletrina). A veces se asocian al butóxido de piperonilo que tiene efecto sinérgico con las piretrinas, aumentando su actividad en 2-12 veces.

La permetrina al 1% en loción o crema es el tratamiento de elección en nuestro país, aunque no se dispone de estudios sobre resistencias. Tiene gran eficacia, baja toxicidad y más poder ovicida que los otros piretroides. El tiempo de aplicación es controvertido. En entornos sin resistencias a la permetrina se recomienda una aplicación de 10-15 minutos, pero si es un entorno con resistencias se aconseja aplicar 8 horas.

**TABLA 4 Consideraciones generales del tratamiento**

- Tratar al niño adecuadamente lo más precozmente posible.

---

- No tratar si no es seguro el diagnóstico: confirmar con presencia de un piojo vivo.

---

- Los contactos cercanos deben ser informados y examinados pero no se tratan aunque se detecten liendres salvo que se aisle algún piojo vivo.

---

- No usar ningún pediculicida como prevención: no son eficaces y pueden producir efectos adversos y resistencias.

---

- El tratamiento con pediculicida se complementa con la retirada manual de las liendres, con lendreras o mejor incluso con la mano.

---

- No hay consenso sobre cuál es el mejor tratamiento pediculicida ni sobre la necesidad de tratar los objetos personales y de la casa.

---

- Ante una pediculosis persistente hay que plantearse un posible incumplimiento terapéutico, reinfestación o resistencia al tratamiento.

---

- Un brote en la escuela no implica que todos los niños están infestados. Hay que hacer un cribado con lendreras y no usar pediculicidas indiscriminadamente.

---

**TABLA 5** Utilización de los insecticidas y dimeticona

- Aplicar sobre cabello seco, cubriéndolo desde la raíz a la punta, evitando el contacto innecesario con piel y mucosas. No poner antes suavizantes (abrigan y protegen a los piojos contra el pediculicida). No frotar la piel.
- Usar guantes desechables para aplicar los productos.
- Los champús son menos eficaces que las lociones y cremas.
- Tras aplicar el pediculicida no cubrir el cabello con toallas (absorben el pediculicida), opcionalmente poner gorro de plástico para que el producto no entre en contacto con la cara.
- Dejar que se seque al aire (no con secador) durante el tiempo recomendado: siliconas (8 h), piretrinas\* (10-15 min), malatión\*\* (8-12 h).
- Después lavar el cabello con un champú normal (no de tratamiento).
- Repetir la aplicación a los 7-10 días.
- Utilizar lendreras para detección a los 2-3 días de terminar el tratamiento.
- Si no se ven piojos, repetir la detección con lendreras a los 8-10 días. El tratamiento habrá sido exitoso si no se encuentran piojos en ninguna de las dos sesiones.
- Si se ven piojos, el tratamiento ha fracasado. Si sólo hay piojos adultos sugiere una reinfestación y habrá que repetir el tratamiento. Si son piojos de diferentes tamaños sugiere resistencia al pediculicida y habrá que usar otro distinto.

\* Algunos autores consideran que se debe dejar 8 horas.

\*\* Algunos autores recomiendan que se puede dejar 10-20 minutos.

### Malatión al 0,5%:

Tiene una acción pediculicida muy rápida, gran poder ovicida y actividad residual de 4 semanas. Se recomienda una única aplicación y sólo se repite a la semana si se observan piojos y/o liendres. El tiempo de aplicación se ha dicho que es de 8-12 horas, pero algunos autores aconsejan tiempos más cortos (10-20 minutos). Las desventajas son: olor desagradable, es irritante, muy inflamable y produce distrés respiratorio si se ingiere. No se aconseja en menores de 2 años.

### Lindano al 1%:

No se recomienda su uso por tener alta toxicidad (vértigo, convulsiones, supresión de la médula ósea) y dar lugar a resistencias. Está especialmente contraindicado en embarazadas, menores de dos años y ancianos. Podría usarse con precaución en pacientes que no toleran o no responden a otros tratamientos.

### Dimeticona:

Es una silicona que actúa por acción física al recubrir el piojo y asfixiarlo. Es eficaz y segura, no tiene actividad insecticida, no causa resistencias y es menos irritante. La eficacia es similar a los piretroides. Algunos autores la consideran como tratamiento de elección en mayores de 2 años al igual que la permetrina.

### Extractos de plantas:

Se han descrito beneficios con aceites esenciales como el aceite de árbol de té (malaleuca), coco, ylang-ylang, neem, y diversas plantas aromáticas (anís estrellado, lavanda, menta, eucalipto...) que tienen efectos pediculicidas. No obstante, hay pocos estudios que apoyen su eficacia.

### Tratamientos orales:

En casos resistentes a los insecticidas tópicos se han utilizado: cotrimoxazol, ivermectina, albendazol y levamisol. El cotrimoxazol es más efectivo si se usa junto con permetrina tópica al 1%.

### Extracción manual o con lendrera:

Se usa después del pediculicida como control del tratamiento y para eliminar piojos, ninfas y liendres. Se debe peinar a días alternos hasta que no se vean huevos y liendres. La extracción mecánica como tratamiento único suele ser insuficiente. Estaría indicada cuando hay contraindicación al uso de pediculicidas y en menores de 2 años.

### Vinagre diluido (mezcla de agua y vinagre 1-2:1 o ácido acético al 3-5%):

No se aconseja antes del pediculicida (lo diluye) ni después (puede inactivarlo). Se usa para facilitar la eliminación de las liendres (ablanda el cemento que las une al pelo).

### **Prevención**

El cribado de las personas es el aspecto fundamental de la prevención. Por otro lado, como el piojo vive hasta 48 horas fuera del huésped, la ropa y objetos personales que puedan haber estado en contacto con piojos se lavarán con agua caliente (más de 55°C). Si no se puede, se meten en bolsa de plástico cerrada durante 2 semanas. Siempre que se pueda se planchará la prenda, especialmente las costuras. Los cepillos, gorros y cintas del pelo no se deben compartir.

Hay sustancias naturales repelentes. Sólo hay pequeños ensayos clínicos con citronella, que respaldan su uso. No usar un insecticida como repelente.

No se prohíbe a los niños ir al colegio, pero se deben tratar adecuadamente el mismo día que se descubre la pediculosis.

### **¿Cuándo acudir al pediatra?**

- Si hay prurito en la cabeza en las zonas típicas (nuca, retroauricular) pero no se han visto liendres ni piojos.
- Si hay eccema, sobreinfección (fiebre, costras, adenopatías) o alteración del ritmo del sueño.
- Si hay fracaso del tratamiento utilizado.

### **Preguntas frecuentes**

#### **Mi hijo tiene menos de 2 años ¿qué puedo hacer?**

No se recomienda usar ningún pediculicida, por lo que la primera opción es la extracción mecánica con lendrera o manual. Si es mayor de 6 meses, como alternativa está la dimeticona o, en último caso, permetrina al 1% (no más de 15 minutos de aplicación).

#### **Mi hijo tiene asma ¿qué tratamiento puede usar?**

Se recomienda la extracción mecánica o dimeticona. Es conveniente evitar el uso de soluciones alcohólicas (las lociones y cremas de permetrina los son).

#### **¿Qué hacer si hay pediculosis en las pestañas?**

Se aplica vaselina dos veces al día durante 10 días.

## Síntomas menores en dermatología infantil

### Puntos clave

- No se relaciona con la falta de higiene y afecta a todos los estratos sociales.
- Sólo iniciar tratamiento si se observan liendres o piojos. No usar pediculicidas con fines preventivos.
- El tratamiento de elección es la permetrina al 1% en crema o loción y, si hay clara sospecha de resistencia, usar una loción de malatión al 0,5%.
- Los tratamientos con pediculicidas se han de completar con extracción mecánica de las liendres.

### Bibliografía y páginas web

- Actualización del tratamiento de la pediculosis. INFAC. 2011;19(2). [consulta el 23 de noviembre de 2011]. Disponible en: [http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/infac\\_v19\\_n2.pdf](http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n2.pdf).
- Herranz Jordán B, Abad Irazusta E. Pediculosis de la cabeza. Rev Pediatr Aten Primaria 2008; 10:267-86.
- Gairí Tahull JM, Molina Morales V, Moraga Llop FA, Viñallonga Sardá X, Baselga Torres E. Pediculosis de la cabeza. Protocolos de Dermatología. Asociación Española de Pediatría; 2007 [consulta el 23 de noviembre de 2011]. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>.
- Pascual Pérez JM, de Hoyos López MC. Escabiosis y pediculosis. Pediatr Integral 2004; 317: 317-26.

## 9. URTICARIAS

---

### ¿Qué es la urticaria?

La urticaria es una erupción cutánea que se caracteriza por la presencia de habones o ronchas. Estas lesiones consisten en placas cutáneas sobreelevadas, eritematosas, que tienen carácter transitorio, evanescente y pruriginoso. Los habones individuales suelen permanecer menos de 24 horas en la misma localización y desaparecen sin dejar lesión residual. Suelen cursar por brotes.

El 50% de los casos de urticaria se asocia a una tumefacción localizada en ciertas zonas del cuerpo que se llama **angioedema** (por eso muchas veces se habla de "urticaria-angioedema"). El angioedema es una manifestación equivalente a la urticaria pero que, en lugar de estar situado en la dermis superficial, afecta a la dermis profunda y tejido subcutáneo. Por eso se presenta como una tumefacción o hinchazón de tejidos blandos, no produce prurito, pero sí una sensación de opresión. Las causas, mecanismos y tratamientos son los mismos, sólo se diferencian en la profundidad de la afectación de la piel.

Según la duración de los brotes de urticaria se clasifica en **urticaria aguda** (el episodio dura menos de 6 semanas) y **urticaria crónica** (dura más de 6 semanas).

La urticaria se puede desencadenar por mecanismos inmunológicos (mediados por IgE o por activación del complemento) o no inmunológicos. En ambos casos, el resultado final es la degranulación de los mastocitos y liberación de varios mediadores químicos, fundamentalmente histamina, que es la principal responsable de la formación del habón.

**Epidemiología**

Es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Aproximadamente el 20% de los niños habrán sufrido al menos un episodio de urticaria antes de la adolescencia.

**¿Cuáles son las causas?**

La urticaria aguda puede deberse a múltiples causas: alimentos, aditivos, medicamentos, transfusiones, contrastes radiográficos, látex, picaduras de insectos, tejidos, cremas, jabones, animales, plantas, alergenitos inhalados, infecciones (bacterias, hongos, virus) o infestaciones parasitarias. No obstante, lo más habitual es que no se consiga identificar la causa.

La causa más frecuente en las urticarias agudas en los niños son las infecciones virales benignas, a menudo asociadas a toma de medicamentos (60%). Le siguen en frecuencia la intolerancia farmacológica (10%) e intolerancia alimentaria (5%).

La causa más frecuente de **urticaria crónica** son las enfermedades autoinmunes, especialmente la tiroiditis autoinmune. La segunda en frecuencia son los estímulos físicos externos (tabla 6). No obstante, en la mayoría de las urticarias crónicas se desconoce la causa.

**TABLA 6** Urticarias físicas

Dermografismo	Significa "escritura en la piel". Reacción habonosa transitoria (20-30 minutos) tras leve presión sobre la piel: rascado, frotar con toalla, presión de etiqueta o pliegue de ropa.
Urticaria por frío	Desencadenada por contacto con el frío: agua, aire, bebidas, alimentos y objetos fríos. Se suelen ver en zonas expuestas al frío. Es muy pruriginosa. En casos graves, causa síntomas en mucosa oral tras la ingestión de bebidas frías o helados.
Urticaria colinérgica	Erupción generalizada de habones múltiples pequeños (1-3 mm), de predominio en tronco y muy pruriginosos, tras exposición a calor (baño caliente, ducha), ejercicio intenso, estrés o en cara (por llanto tras rabieta).
Urticaria acuagénica	Por exposición al agua, independientemente de su temperatura.
Urticaria solar	Por exposición al sol, en los primeros 5 minutos. Aparece prurito y eritema, que dura unas 2-3 horas.
Urticaria retardada por presión	Aparece en zonas de presión (palmas, plantas, cintura...) después de unas horas del estímulo. Desaparece en 24-48 horas.

**¿Qué son los desencadenantes?**

Independientemente de la causa de una urticaria determinada, durante el brote la piel está más reactiva y algunas circunstancias que aumentan la temperatura corporal (ejercicio, fiebre, exposición solar, abrigarse en exceso...) contribuyen a que los habones aparezcan con más facilidad. Sin embargo, estas mismas circunstancias, fuera del brote, no son capaces de provocar habones.

**¿Qué síntomas tiene?**

El signo característico de la urticaria son los **habones**, que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, tienen una forma variable, irregular, con tendencia a confluir (unirse unos con otros

formando unas ronchas más grandes, a veces tienen aspecto de “mapas”). Generalmente son pruriginosos. Suelen desaparecer a la digitopresión (es decir, si presionamos con el dedo el habón se blanquea). Los habones suelen desaparecer en poco tiempo (minutos, horas, a veces un día), pero van apareciendo otros nuevos en otras zonas del cuerpo, van “cambiando de localización”.

El **angioedema** se localiza sobre todo en cara (párpados, labios, lengua), genitales y zonas distales de extremidades. El aspecto es de hinchazón de la zona afectada. El niño se queja de dolor o sensación de opresión. Si el angioedema se localiza en la glotis puede aparecer dificultad respiratoria grave.

### ¿Cómo se diagnostica?

Si los síntomas ya son conocidos por los padres, no es necesario acudir de urgencias al pediatra, salvo que haya duda con el diagnóstico, la urticaria sea muy extensa o haya algún signo de alarma (ver más adelante).

El diagnóstico se hace a simple vista o por descripción de las lesiones. En los casos menos usuales es necesario que el pediatra vea las lesiones. La evanescencia o fugacidad de las mismas se puede comprobar marcando el borde de un habón con tinta y volviéndolo a ver a las 24 horas (lo normal es que ese habón desaparezca y aparezcan otros nuevos).

En cuanto al diagnóstico de la causa, se basa fundamentalmente en realizar una anamnesis completa y una exploración física. Se buscará una posible relación con alguna infección vírica o su tratamiento, algún alimento nuevo (sobre todo en lactantes), etc.

### ¿Cuándo nos planteamos intentar averiguar la causa?

Cuando los síntomas han sido graves y ha existido riesgo vital, el estudio hay que hacerlo sin demora. Si no hay gravedad, pero la urticaria es frecuente, intensa, afecta la actividad diaria, se hace crónica, etc. también es conveniente su estudio.

Si estamos ante un episodio agudo, leve, y no hay una clara sospecha de relación causal con fármacos o alimentos, no se debe realizar estudio alergológico ni pruebas complementarias. Si sospechamos algún agente causal, podría beneficiarse de un estudio que nos lo confirme o descarte.

### ¿Cómo se trata?

En primer lugar se tratará la causa si es posible: en caso de que el desencadenante sea un alérgeno, se tomarán las medidas necesarias para evitarlo.

En cuanto al tratamiento farmacológico, va dirigido a tratar el prurito y la inflamación de la piel:

- **Antihistamínicos:** son el tratamiento de elección en la urticaria y el angioedema. Se utilizan los de 1ª generación (hidroxicina, clorfeniramina, ciproheptadina) cuando interesa sedar un poco al niño para facilitar el sueño nocturno ya que el prurito a veces causa una cierta inquietud. Los de 2ª generación (cetirizina, levocetirizina, loratadina, desloratadina, ebastina...) se pueden utilizar cuando no busquemos ese efecto sedante. Conviene mantener el tratamiento hasta al menos 3-4 días después de la desaparición de los síntomas para evitar un efecto rebote.

- **Corticoides:** no están indicados en las urticarias simples no complicadas, sólo en caso de que se acompañe de angioedema moderado o en casos de urgencias vital (asociados a adrenalina).

En las urticarias crónicas o repetidas, a veces se utiliza tratamiento preventivo, sobre todo antihistamínicos y, con menos frecuencia, antileucotrienos y corticoides.

### Signos de alarma. Criterios de derivación al pediatra o a urgencias

#### ¿Un episodio de urticaria es grave?

Generalmente no es grave. Si no hay complicaciones la urticaria es molesta, produce mucho picor, afecta la actividad diaria e interfiere con el sueño. El angioedema es muy llamativo, sobre todo el la cara, donde produce una cierta "deformidad", se hinchan los párpados, la conjuntiva de los ojos parece de gelatina, etc. pero no es grave si sólo se localiza ahí.

Puede ser grave si el edema afecta a las vías respiratorias, ya que podría causar dificultad respiratoria con riesgo vital. También es grave si la urticaria es el primer síntoma de una reacción anafiláctica.

#### ¿Cuándo hay que acudir a un servicio de urgencias?

Cuando un episodio pueda ser grave: el niño tenga dificultad para respirar, tenga ronquera, pitos o dolor en el pecho, no pueda tragar o babee mucho, no se encuentre bien, esté mareado o se le hinche la cara, la lengua o los labios (por si asocia edema de vías respiratorias); también cuando la urticaria aparezca después de una picadura o haber comido un alimento que le había dado alergia previamente.

### Preguntas frecuentes. Recomendaciones

#### ¿Siempre aparecen los habones típicos?

No. A veces aparecen unas manchas no sobreelevadas y sin relieve (como el habón) y que no producen casi picor. Otras veces aparecen unas lesiones de forma anular, con bordes enrojecidos y aclaramiento en la parte central.

Hay otra variedad de urticaria en la que los habones no desaparecen a la presión y permanecen fijos varios días, se llama urticaria-vasculitis.

#### ¿Esto es una alergia?

Cuando un agente causante entra en contacto con el cuerpo (al tomarlo, tocarlo o respirarlo), el cuerpo reacciona liberando algunas sustancias, sobre todo histamina, y esto produce la urticaria-angioedema. Esta reacción también ocurre en otras enfermedades alérgicas (asma, rinitis...). Sin embargo, en la urticaria, a veces intervienen mecanismos alérgicos, es decir, con anticuerpos, y otras veces los mecanismos no son alérgicos, es decir, sin anticuerpos.

#### ¿Cuánto puede durar un episodio de urticaria?

La duración es muy variable. Puede durar sólo unos minutos u horas, o bien puede durar días, semanas o incluso meses de forma intermitente (los habones van apareciendo y desapareciendo).

## Síntomas menores en dermatología infantil

do). Normalmente en una urticaria aguda, debida a una sola causa inicial, probablemente haya desaparecido en 7-8 días.

### **Aparte del tratamiento con fármacos, ¿podemos hacer algo más?**

Lo primero será evitar la causa si la conocemos. Además de esto, para intentar evitar el picor, es recomendable evitar ponerse ropa ajustada, áspera o poco transpirable, no frotar la piel del niño, no aplicar polvos o cremas sin consultar con el pediatra y evitar ambientes húmedos y/o calurosos. Se puede aplicar alguna compresa fría. También se recomienda evitar algunos fármacos, como antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos.

Puede comer su comida habitual. Si se sospecha que la causa es algún alimento en concreto, se debe evitar hasta que se confirme o descarte. Generalmente se recomienda evitar algunos alimentos (fresas, chocolate, piña, mariscos, huevo, tomate, alimentos en conserva...), aunque no está claro que esto sea útil.

### **¿Cómo puede evolucionar la urticaria?**

Depende sobre todo de la causa. Los episodios **agudos** duran de minutos a varios días, alternando aparición y desaparición de los habones.

La urticaria **crónica** puede durar meses o años. Si la causa es alérgica y se puede evitar, no aparecerán nuevos episodios. Si se mantiene contacto, obviamente habrá nuevos brotes. Si la causa es una enfermedad interna, la evolución depende de la enfermedad de base. Si es una urticaria física, la urticaria aparecerá cada vez que ocurra el estímulo físico, aunque a veces, con los años, se pueden ir tolerando mejor los estímulos. Si la causa es desconocida, la evolución es imprevisible, aunque la tendencia es a que con el tiempo desaparezca.

### **Puntos clave**

- La urticaria es una erupción que se caracteriza por la aparición de habones.
- Puede producir mucho picor y ser muy molesta. La gravedad depende de si hay afectación de las vías respiratorias o forma parte de una reacción alérgica generalizada (anafilaxia).
- El tratamiento fundamental son los antihistamínicos.

### **Bibliografía y páginas web**

- Bilbao Aburto A, De la Fuente Jausoro E, Maturana San Pedro. Urticaria aguda y crónica. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J., eds. Pediatría extrahospitalaria. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2008. p. 909-12.
- Eseberri Asín JL. Urticaria. Protocolos de Dermatología. Asociación Española de Pediatría; 2003 [consulta el 20 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>.
- Ibáñez Sandín MDP. Urticaria y angioedema. *Pediatr Integral* 2005;9:595-606.
- [www.seicap.es/urticaria](http://www.seicap.es/urticaria).