



CASOS CLÍNICOS EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

GUÍA VISUAL DE APOYO
PARA USO EN CONSULTA

INTRODUCCIÓN

La presente recopilación de **CASOS CLÍNICOS EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA** pretende ser un modesto material de ayuda para la práctica clínica del pediatra en consulta.

La **elección de los casos clínicos** se ha llevado a cabo **en función de su interés**, según criterio de las autoras, aportando datos que faciliten su diagnóstico o manejo. Este material puede ser interpretado como un boceto, un estímulo para conocer mejor algunas **enfermedades cutáneas de los niños**, en cuyo manejo juega un papel trascendental el **pediatra**, primer especialista en la cadena asistencial de los pequeños.

La **redacción y revisión** de este trabajo ha corrido a cargo de:

- **Dra. Aurora Guerra**
Jefe de Sección de Dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.
Profesora Titular de Dermatología de la Universidad Complutense de Madrid.
- **Dra. Elena González Guerra**
Médico Adjunto de Dermatología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.
Profesora Asociada de Dermatología de la Universidad Complutense de Madrid.

ÍNDICE DE CASOS CLÍNICOS

1. Dermatitis del pañal	7
2. Impétigo contagioso	11
3. Herpes simple labial	15
4. Tiña del cuerpo	19
5. Dermatitis atópica	23
6. Acrodermatitis papulosa infantil	27
7. Vitíligo	31
8. Miliaria rubra	35
9. Edema agudo hemorrágico	39
10. Liquen estriado	43



1 DERMATITIS DEL PAÑAL



DESCRIPCIÓN

Una **niña de 7 meses** acude a consulta para revisión general. La madre no refiere ninguna alteración en su hija, salvo una **intensa irritación en la zona del pañal** que no sabe cómo combatir, y que provoca que la niña se muestre últimamente irritable, inquieta y lllore con facilidad. Efectivamente, al comenzar a desnudarla empieza el llanto, que cede cuando se encuentra totalmente desnuda.

Observamos en la exploración **eritema en vulva**, sobre todo en **labios mayores**, y también en **nalgas**, con **microvesículas y alguna zona liquenificada**. En la zona de las nalgas, las alteraciones son más intensas, con erosiones y maceración. Todas las **lesiones** se presentan en la **región tapada por el pañal**.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

El diagnóstico es sencillo: se trata de una **dermatitis del pañal**, leve, pero que produce molestias subjetivas en la niña que repercuten en su bienestar.

Se explica a la madre las **medidas higiénicas pertinentes** y la necesidad de aplicar durante unos días una **crema medicamentosa específica que contenga corticoides de baja potencia, antifúngico y antibiótico**, para yugular la evolución a la cronicidad del cuadro y **evitar complicaciones infecciosas**. Una vez mejorada la zona, deberá continuar solamente con la prevención y medidas generales explicadas.

A las **2 semanas** del tratamiento, la niña **no presentaba lesiones cutáneas** y se mostraba alegre y feliz.

COMENTARIO

El **proceso cutáneo más frecuente de la primera infancia es la dermatitis del pañal**. Se llama así porque estas sencillas palabras describen a la perfección en qué consiste: una **inflamación de la piel** localizada en la **zona cubierta por el pañal**.

Su causa no es única: la maceración de la piel por la oclusión de los pañales, la fricción, y el contacto con la orina y las heces son los principales factores. La **microflora cutánea se altera**

apareciendo con facilidad infecciones, fundamentalmente por *Candida albicans* entre los hongos y *S. aureus* entre las bacterias, que incrementan y perpetúan la dermatitis. También influyen los restos de sustancias como jabones, detergentes y otros cosméticos.

Se calcula que un **40% de los bebés han tenido alguna vez dermatitis del pañal**. La **forma leve** se presenta como un **eritema difuso de bordes mal definidos**, que abarca las superficies convexas de la región cubierta por el pañal, quedando libre el fondo de los pliegues y de la región anal. Es lo que se denomina "**eritema en W**". En la **forma grave** surgen, sobre el eritema, **pápulas, vesículas, pústulas, erosiones e incluso úlceras** que pueden dejar cicatrices.

Las **medidas higiénicas generales** preventivas se basan en **mantener la zona limpia** usando cosméticos específicos con nula agresividad, **evitar la humedad** con cambios frecuentes y **cremas con acción barrera**.

El **tratamiento médico** en los casos más intensos o persistentes se basa en **corticoides tópicos de baja potencia y, en caso de sobreinfección por hongos o bacterias**, se aplicará un tratamiento con **antifúngicos y antibióticos de uso tópico**. El uso de corticoides de alta potencia en la dermatitis del pañal puede favorecer la aparición del granuloma glúteo infantil, complicación que implica nódulos violáceos de consistencia firme.



BIBLIOGRAFÍA

1. Coughlin CC, Eichenfield LF, Frieden IJ. Diaper dermatitis: clinical characteristics and differential diagnosis. *Pediatr Dermatol.* 2014;31 Supl 1:19-24.
2. Dey S, Kenneally D, Odio M, Hatzopoulos I. Modern diaper performance: construction, materials, and safety review. *Int J Dermatol.* 2016;55 Supl 1:18-20.
3. Escalas-Taberner JL, González-Guerra E, Guerra-Tapia A. Sensitive skin: a complex syndrome. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(8):563-71.
4. González Guerra E, Guerra Tapia A. La dermatitis del pañal y procesos relacionados. En: *El manual de Puericultura y Pediatría.* Madrid: Ed. Sociedad Española de Puericultura; 2015. p. 375-82.
5. Guerra Tapia A, González Guerra E. Algoritmos terapéuticos en Dermatología básica. España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2013.

2 IMPÉTIGO CONTAGIOSO



DESCRIPCIÓN

Llega a consulta una **niña de 5 años** de edad porque sus abuelos, con los que está pasando el fin de semana, han descubierto en **el antebrazo izquierdo una zona roja** que, según creen, ha aparecido de forma brusca. Los últimos días ha estado jugando en el parque con otros niños de edades similares.

En la exploración se observa en la zona afectada una **placa redondeada eritematosa** con algunas **vesículas y pequeñas costras** de tono amarillento. La abuela refiere que tenía muchas más costras, pero que tras bañarla y limpiarla intensamente, algunas han desaparecido.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

Tanto la clínica como la rápida evolución sugieren un **impétigo contagioso**. Se pauta tratamiento con **pomada antibiótica tópica**, recomendando **descostrar tras fomentos antisépticos** templados para aumentar la eficacia del tratamiento.

En pocos días la lesión apenas era perceptible, continuando el tratamiento hasta la total curación.

COMENTARIO

El **impétigo contagioso** o no ampolloso es la **infección bacteriana superficial más prevalente en la infancia**, sobre todo entre **los 2 y los 6 años** de edad. Afecta de preferencia a la cara, alrededor de orificios naturales y a las extremidades, aunque puede presentarse en cualquier lugar de la economía cutánea.

A menudo existe una puerta de entrada (erosión, herpes simple, dermatitis atópica...) en la zona de la lesión. Cursa con una rápida extensión y es de **fácil contagio** y autocontagio. **Los microorganismos implicados son *Staphylococci* y/o *Streptococci*.**

Las **lesiones clínicas** están compuestas por **una o varias placas formadas por vesículas superficiales** que rápidamente se transforman en **costras de color miel** o melicéricas. Puede haber adenopatías regionales. No se acompaña de otra repercusión general o síntomas subjetivos, y cura sin dejar cicatriz.

El **tratamiento tópico con mupirocina o ácido fusídico** es eficaz, pero es **fundamental descostrar** adecuadamente, previo reblandecimiento de las costras con fomentos antisépticos. El **tratamiento** tópico debe **mantenerse hasta la total desaparición** de las lesiones, pues un tratamiento corto favorece la recidiva.

Los **antibióticos sistémicos** están indicados en las **formas de lesiones múltiples o de gran extensión**, en localizaciones difíciles de tratar (zonas periorales, pliegues), **o si existen factores subyacentes** como dermatitis atópica o enfermedades sistémicas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Geria AN, Schwartz RA. Impetigo update: new challenges in the era of methicillin resistance. *Cutis*. 2010;85(2):65-70.
2. Guerra Tapia A, González Guerra E. Algoritmos terapéuticos en Dermatología Básica. España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2013.
3. Guerra Tapia A, González-Guerra E. Dermatitis en atención primaria. Guía práctica. Barcelona: Edikamed S.L.; 2004.
4. Ki V, Rotstein C. Bacterial skin and soft tissue infections in adults: A review of their epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and site of care. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2008;19(2):173-84.
5. Larru B, Gerber JS. Cutaneous Bacterial Infections Caused by *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pyogenes* in Infants and Children. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(2):457-78.
6. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum RS, Fridkin SK, Gorwitz RJ, et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. *Clin Infect Dis*. 2011;52(3):e18-55.

3 HERPES SIMPLE LABIAL



DESCRIPCIÓN

Acude a Urgencias un **niño de 11 años** que refiere, desde hace 48 horas, **picor y escozor en el labio inferior y mentón**. Cree que al rascarse le han salido “pupas” que se han extendido por la zona. El padre se ocupa del niño desde su divorcio hace pocos meses y no recuerda datos previos al respecto. Sin embargo, preguntado el niño, refiere que esto **le ha pasado ya otras veces**. No padece ninguna otra enfermedad y el estado general es bueno.

En la exploración se observan, en el borde de la semimucosa del labio inferior y zona próxima, **lesiones vesiculosas agrupadas en pequeñas áreas** redondeadas eritematosas. Alguna de las vesículas presenta inicio de una **costra central**.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

El diagnóstico de las lesiones y antecedentes lleva a la conclusión de que se trata de un **herpes simple labial recidivante**. Se recomiendan **fomentos antisépticos varias veces al día**. A los 10 días, el proceso ha remitido sin secuelas.

COMENTARIO

El **herpes simple labial** es una infección producida por el **virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1)** de la familia de los *Herpesviridae*, a la que también pertenecen los VZV (virus varicela zóster), citomegalovirus, Epstein-Barr, VHS-2, VHS-6, VHS-7 y VHS-8. Las lesiones por VHS-1 pueden aparecer en cualquier lugar del tegumento, pero la mayor parte de las veces se presentan en la **zona orolabial**. Es una infección sumamente prevalente, presente aunque sea de forma latente en el **45% de la población**, pudiendo ocurrir que el paciente no recuerde haber tenido ningún brote. Se **transmite por contacto directo con las lesiones cutáneas o con la saliva**, con un periodo de incubación de 1 a 30 días. La secreción del virus persiste hasta 8 semanas más tarde. El **contagio** suele producirse **en la infancia**, entre los **6 meses y los 6 años**, la mayor parte de las veces por besos. Puede no dar síntomas y pasar desapercibido, o bien manifestarse con una **gingivoestomatitis herpética**, con lesiones vesiculosas agrupadas, dolorosas y llamativas. En pocos días las vesículas se rompen, dejando úlceras que forman

costras que se curan en unas 2 semanas. Es la **primoinfección herpética sintomática**. A partir de este momento, el VHS-1 viaja a través de los nervios y se mantiene latente en las neuronas ganglionares, reactivándose periódicamente. Es el **herpes labial recidivante**.

Los factores que pueden desencadenar el brote son muy variados: fiebre, estrés, traumatismos en la zona como una extracción dental, insolación... La inmunodepresión aumenta el riesgo de recidivas y diseminación. Estas **recurrencias se manifiestan con pródromos** (picor, dolor, escozor, hormigueo) 24 horas antes de la aparición de las lesiones, que se localizan en la misma zona y con la misma clínica de la primoinfección, pero con mucha menos intensidad. Por lo general, no precisa pruebas complementarias para su diagnóstico.

El brote **cura espontáneamente**, por lo que el **tratamiento específico pocas veces es necesario**. El tratamiento tópico con aciclovir o penciclovir no ha demostrado utilidad en el tratamiento del herpes simple. El tratamiento con antivirales orales está indicado en inmunodeprimidos, en recurrencias frecuentes y muy sintomáticas, y cuando se asocia a otras complicaciones como el eritema multiforme. Conviene usarlo antes de las 72 horas de inicio de lesiones. **En niños, en primoinfección sintomática se recomienda aciclovir oral, 15 mg/kg, 5 veces al día, 7 días, junto a tratamiento analgésico e hidratación**. En las **recurrencias leves** son suficientes **fomentos antisépticos repetidos**. Hay que tener en cuenta que los antivirales orales disminuyen el periodo sintomático de enfermedad y evitan la progresión, pero no eliminan el virus.



BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho García D, Pielasinski Rodríguez U, Requena Caballero L. Infecciones por virus herpes. En: González-Guerra E. Guerra Tapia A. Algoritmos terapéuticos en Dermatología Básica. España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2013. p.27-34.
2. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:737-63.
3. Goldman RD. Acyclovir for herpetic gingivostomatitis in children. *Can Fam Physician.* 2016;62(5):403-4.

4 TIÑA DEL CUERPO



DESCRIPCIÓN

Acude a la consulta un **niño de 8 años**, que hace 3 semanas comenzó con lo que él llama un granito, que ha ido creciendo de forma progresiva por el borde, mejorando por el centro. No le produce apenas molestias. Preguntado específicamente, reconoce haber jugado con un perro callejero unos días antes.

En la exploración **se observaba** en antebrazo derecho una **placa redondeada**, de unos 7 cm, con un **borde inflamatorio eritematoso vesiculoso y costroso**, de aspecto muy activo, que **rodea una zona escamosa con pequeñas vesículas y pústulas** dispersas en su interior. No había otras lesiones cutáneas.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

Para confirmar el diagnóstico, se pidió **cultivo microbiológico**, comenzando mientras de forma empírica con **crema de terbinafina** dos veces al día. A las 3 semanas creció un ***Microsporum canis***. Se **mantuvo el tratamiento tópico instaurado** y a las 4 semanas la lesión estaba curada.

COMENTARIO

Los **hongos dermatofitos** proceden de un reservorio exógeno (animales, tierra u otras personas), y **contagian la piel** produciendo las **micosis llamadas tiñas**. Son muy frecuentes durante la infancia, sobre todo entre **los 4 y los 14 años de edad**, pero no en el recién nacido. La clínica varía en función de la zona afectada, constituyendo formas clínicas especiales.

La **tiña del cuerpo** es la **infección de la piel lampiña por dermatofitos**, excluyendo, además de las zonas pilosas del cuero cabelludo y la barba, la cara, las manos, los pies y las ingles, que se consideran formas propias. En los niños es **frecuente el contagio a través de animales** como perros, gatos, roedores y más raramente caballos o ganado.

Clínicamente recuerda lejanamente a un eccema, caracterizándose por **lesiones redondeadas, anulares, solitarias o múltiples**, con un **borde sobreelevado** más o menos inflamado, seco o vesiculoso, que **crece excéntricamente**, aclarándose por el centro con aspecto de falsa curación. El grado de inflamación es variable y depende de la especie infecciosa y del estado inmunológico del paciente. Pueden acompañarse de un ligero prurito.

Conviene **identificar al agente causal mediante cultivo microbiológico**. Los agentes responsables **más frecuentes** son el *M. canis* y el *T. rubrum*. La identificación de la especie se basa en el ritmo de crecimiento, el aspecto macroscópico de las colonias, el comportamiento del hongo en los distintos medios y la morfología microscópica de sus elementos.

El **tratamiento tópico** suele ser suficiente con **antifúngicos** como la **terbinafina y los derivados imidazólicos**, salvo casos muy extensos o en pacientes inmunosuprimidos que requieren tratamiento sistémico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo-Erchiga V, Delgado-Florencio V. Micosis cutáneas. Med Clin. 2005;125:467-74.
2. Guerra Tapia A, González Guerra E. Algoritmos terapéuticos en Dermatología Básica. España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2013.
3. Gupta AK, Cooper EA, Ryder JE, Nicol KA, Chow M, Chaudhry MM. Optimal management of fungal infections of the skin, hair and nails. Am J Clin Dermatol. 2004;5(4):225-37.
4. Veraldi S, Giorgi R, Pontini P, Tadini G, Nazzaro G. *Tinea Imbricata* in an Italian Child and Review of the Literature. Mycopathologia. 2015;180(5-6):353-7.

5 DERMATITIS ATÓPICA



DESCRIPCIÓN

Acude a la consulta un **niño de 11 años** por presentar, desde hace 3 semanas, **placas eritematosas y escamosas en fosas antecubitales**, con algunas zonas liquenificadas y costrosas, junto a **prurito intenso** generalizado. Refiere la madre que desde los 7 años de edad presenta lesiones similares, también en huecos poplíteos, que se desarrollan en **brotes de unas 3 semanas de evolución**, cada 3-4 meses, y que trata con cremas emolientes y productos de herbolario. Carece de otros antecedentes de interés, salvo un episodio recortado de urticaria aguda que cedió con antihistamínicos en pocos días.

En la **exploración**, además de las lesiones referidas, se objetiva **piel seca** generalizada, **placas hipopigmentadas y escamosas** en planos de extensión de miembros (pitiriasis alba), y **signos de rascado con erosiones y costras** de forma dispersa.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

Se trata de una **dermatitis atópica**, una **enfermedad pruriginosa, inflamatoria y crónica** que cursa en brotes, en la que la **expresión morfológica predominante es el eccema**.

COMENTARIO

La **dermatitis** es la **manifestación cutánea de un proceso global genéticamente determinado**, denominado **atopia**, con tendencia al **asma bronquial y rinoconjuntivitis alérgica**. La presentación clínica varía en función de la edad del paciente y del momento de inicio de la enfermedad, considerándose **varias etapas**.

La **primera etapa o fase del lactante**, suele comenzar hacia los **3 meses de edad** y se caracteriza por la **presencia de eccema** en cuero cabelludo, frente, mejillas, mentón, región retroauricular, cara anterior del tronco y dorso de manos y pies.

La **segunda etapa o fase infantil**, entre los **2 y los 15 años**, se caracteriza por la **afectación eczematososa** de los **pliegues de flexión**, y por otras manifestaciones cutáneas como la **queilitis descamativa**, la **pitiriasis alba** (máculas hipopigmentadas ligeramente escamosas) y la **dermatitis plantar juvenil**.

Hacia los 12-15 años, el 50% de los pacientes deja de tener brotes de lesiones de forma más o menos gradual. El resto continúa hacia la **tercera etapa o fase del adulto**, en la que las áreas más frecuentemente afectas son los **pliegues de flexión y las manos**.

Se consideran **características clínicas menores** las boqueras, el pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, la hiperlinealidad de las palmas, el signo de Hertoghe, la pitiriasis alba, las fisuras periauriculares, la hiperqueratosis folicular, el eccema del pezón y la ictiosis. No todos los pacientes pasan por las diferentes etapas, pudiendo empezar **el primer brote a cualquier edad**, aunque lo **más frecuente** es que debute en la **infancia**.

El **tratamiento** se basa en el **control de los factores que pueden desencadenar y perpetuar la dermatitis** (climáticos, estacionales, irritantes, alérgenos, calor, sudor o estrés emocional), en **restaurar la barrera epidérmica** mediante una correcta hidratación, y en **reducir la inflamación cutánea**. El tratamiento tópico se basa en las **cremas de glucocorticoides** y los **inhibidores de la calcineurina** (pimecrolimus, tacrolimus). En los casos graves se requiere tratamiento sistémico con glucocorticoides, ciclosporina, fototerapia y otros inmunosupresores.



BIBLIOGRAFÍA

1. Escalas-Taberner J, González-Guerra E, Guerra-Tapia A. Sensitive skin: a complex syndrome. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(8):563-71.
2. Guerra Tapia A, González Guerra E. Algoritmos terapéuticos en Dermatología Básica. España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2013.
3. Guerra-Tapia A, Lleonart M, Balañá M. Observational study to evaluate the impact of an educational/informative intervention in the emotional status (anxiety) of patients with atopic dermatitis [CUIDA-DEL]. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98(4):250-8.
4. Sathishkumar D, Moss C. Topical Therapy in Atopic Dermatitis in Children. *Indian J Dermatol.* 2016;61(6):656-61.
5. Kim YJ, Yun SJ, Lee JB, Kim SJ, Won YH, Lee SC. Four Years Prospective Study of Natural History of Atopic Dermatitis Aged 7-8 Years at an Individual Level: A Community-Based Survey by Dermatologists' Skin Examination in Childhood. *Ann Dermatol.* 2016;28(6):684-9.
6. Ortiz F, Guerra Tapia A, Zarco C. Medición de la prevalencia de la dermatitis atópica en una población escolar madrileña. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:458-63.

6 ACRODERMATITIS PAPULOSA INFANTIL



DESCRIPCIÓN

Desde el servicio de Urgencias se remite a consulta de Dermatología a una **niña de 36 meses** de edad, que ha desarrollado bruscamente una **erupción levemente pruriginosa** que afecta a **cara y a extremidades superiores e inferiores**, dejando libre el tronco.

Los padres se muestran asustados aunque la niña se encuentra bien, sin repercusión en su estado general o ánimo. No tiene antecedentes personales o familiares de interés, salvo un cuadro catarral de vías respiratorias altas que ha presentado hace unos 10 días.

En la exploración se observaron numerosas **lesiones papulosas y eritematosas**, de un tamaño oscilante entre **1 y 3 mm**, dispuestas simétricamente en mejillas, nalgas, antebrazos y piernas. Todas se encontraban en el mismo estadio evolutivo. En la palpación se detectaron pequeñas **adenopatías blandas y rodaderas de predominio inguinal**.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

El cuadro clínico se catalogó como una **acrodermatitis papulosa infantil**.

Se solicitó **analítica sanguínea básica y serologías virales** para hepatitis y para virus exantemáticos que fue **positiva para virus herpes 6-IgG**. La biopsia de una de las pápulas mostró acantosis, papilomatosis irregular y denso infiltrado linfocitario perivascular superficial. En 4 semanas las **lesiones se resolvieron favorablemente de forma espontánea**.

COMENTARIO

La **acrodermatitis papulosa infantil, síndrome de Gianotti-Crosti** (por los autores que describieron la enfermedad) o **acropapulosis infantil**, es una **erupción cutánea** considerada como un patrón de **respuesta a diferentes infecciones víricas**, propia de la primera infancia, entre **6 meses y 12 años** de edad, con el pico de máxima incidencia entre 1 y 6 años.

Se manifiesta por **pápulas eritematosas monomorfas**, simétricas, de disposición acral y de aparición brusca, junto a **poliadenopatías generalizadas**. Presenta **fenómeno de Koebner**, reproduciéndose las pápulas en zonas de presión o traumatismo. No suele haber repercusión general. La evolución es hacia la **curación en 2 o 3 semanas**, por lo que el **tratamiento** es únicamente **sintomático**. Es más frecuente en primavera y otoño. En algunas ocasiones va precedido por un proceso respiratorio de vías altas.

La acrodermatitis papulosa infantil se describió inicialmente como respuesta al virus de la hepatitis B, pero no suele ser la causa en la actualidad desde la inclusión de este virus en el calendario vacunal, aunque podría presentarse como reacción a la propia vacuna. Es más frecuente el **virus de Epstein-Barr** u otros diversos (citomegalovirus Coxsackie, poxvirus, parvovirus humano, rotavirus, adenovirus, echovirus), o incluso como **reacción a las propias vacunas** antipoliomielítica, antitetánica o triple vírica.

El cuadro **se resuelve espontáneamente en un mes** o algo más, por lo que debe explicarse a los padres para evitar tratamientos innecesarios.



BIBLIOGRAFÍA

1. Chuh A, Zawar V, Sciallis GF, Kempf W, Lee A. Pityriasis Rosea, Gianotti-Crosti Syndrome, Asymmetric Periflexural Exanthem, Papular-Purpuric Gloves and Socks Syndrome, Eruptive Pseudoangiomatosis, and Eruptive Hypomelanosis: Do Their Epidemiological Data Substantiate Infectious Etiologies? *Infect Dis Rep.* 2016;8(1):6418.
2. Crosti A, Gianotti F. Dermatosis infantile eruttiva acroesposta de probabile origine virosica. *Minerva Dermatol.* 1956;31(suppl):483-6.
3. Fölster-Holst R, Zawar VP, Chuh A. Paraviral exanthems. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016;14(6):601-11.
4. Gianotti F. Rilievi di una particolari casistica tossinfettiva a focolai lenticolari, a sede elettiva acroesposta. *G Ital Dermatol.* 1955;96:678-97.

7 VITÍLIGO



DESCRIPCIÓN

Un **varón de 12 años** acude a consulta porque desde hace tiempo, cada vez que **se da un golpe o se hace una herida**, según refiere la madre, le **sale una mancha blanca** que no se quita. Al principio creía que era algo transitorio, pero nota que **cada vez son más numerosas** y que algunas van creciendo lentamente. Por lo demás, el chico crece normalmente y carece de otros síntomas o signos de enfermedad. Preguntada la madre, cree recordar que un **hermano de su marido también tiene algunas manchas blancas** en el dorso de las manos.

Explorada la piel por completo se objetivan varias **máculas blancas de bordes bien delimitados**, algunas dispuestas simétricamente en las zonas de las rodillas, en región medio esternal y en zona peribucal, de tamaños oscilantes entre **2 y 5 centímetros**. En el **interior** de algunas de ellas se observan **zonas puntiformes** redondeadas del **color normal de su piel**.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

Se explica a la madre que la impresión diagnóstica es de **vitíligo**. Esta enfermedad desarrolla el **fenómeno de isomorfismo o de Koebner**, por lo que donde hay un traumatismo aparece la mancha blanca, que es lo que ha notado ella, según cuenta en la anamnesis. Se solicita **analítica básica con estudio tiroideo y vitamina D** que resultó normal. Comentado con la madre, **se recomienda fotoprotección y abstención terapéutica por el momento**.

COMENTARIO

El **vitíligo** es un **trastorno de la pigmentación** consistente en la aparición de **manchas blancas por desaparición de los melanocitos** de la zona afectada. Suele comenzar **antes de los 20 años** y evoluciona de **forma crónica** dependiendo de los factores individuales. Un 30% de los casos tiene antecedentes familiares de la enfermedad, por lo que se considera que existe una **especial susceptibilidad genética**. La causa se desconoce,

pero el hecho de que existan **anticuerpos antimelanocíticos** y la frecuente **asociación con otras enfermedades autoinmunitarias** como tiroiditis, anemia perniciosa, diabetes mellitus, enfermedad de Addison, miastenia grave, alopecia areata, morfea y otras, apoya la existencia de una **alteración de la inmunidad global**.

Las **lesiones** son **máculas amelanóticas**, bien delimitadas, de distribución simétrica que pueden presentarse **en cualquier lugar de la piel**, pero de preferencia alrededor de la boca, ojos, genitales, rodillas, codos y manos. El **diagnóstico diferencial** debe plantearse con la pitiriasis alba, las lesiones hipocrómicas de la pitiriasis versicolor o la hipopigmentación postinflamatoria. En niños pequeños con lesión única, hay que pensar también en un nevo acrómico.

Hay que hacer un **estudio analítico general** que incluya estudio **tiroideo** y **vitamina D** (ya que los niveles bajos parecen asociarse a enfermedad inmunológica). La **evolución** es caprichosa e **impredecible**. Aunque no representa más que una alteración estética, su **impacto en la calidad de vida**, sobre todo en los fototipos oscuros, es **alto**.

El tratamiento pocas veces es eficaz, por lo que la **abstención terapéutica** es una buena opción, acompañada en todos los casos de **medidas de fotoprotección**, ya que se trata de una piel sin melanina protectora y tiene mayores riesgos frente a la radiación ultravioleta. Existen **posibilidades de mejoría** con glucocorticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina (indicación no aprobada), fototerapia, láser de excímeros 308 nm, autoinjertos, o incluso el trasplante de melanocitos autólogos cultivados. Todos **estos tratamientos tienen efectos secundarios más intensos en la infancia**, que se deben valorar cuidadosamente en cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dayal S, Sahu P, Gupta N. Treatment of Childhood Vitiligo Using Tacrolimus Ointment with Narrowband Ultraviolet B Phototherapy. *Pediatr Dermatol.* 2016;33(6):646-51.
2. González Guerra E, Guerra Tapia A, Rodríguez Peralto JL. Alteraciones de la pigmentación. En: Guerra Tapia A. Manual y atlas de las enfermedades de los genitales del varón. Ed. Glosa; 2008. p. 216-28.
3. Guerra-Tapia A, Asensio Martínez A, García Campayo J. The Emotional Impact of Skin Diseases. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:699-702.
4. Guerra-Tapia A, Isarría MJ. Periocular vitiligo with onset around a congenital divided nevus of the eyelid. *Pediatr Dermatol.* 2005;22(5):427-9.

8 MILIARIA RUBRA



DESCRIPCIÓN

Un **bebé de 5 meses** es traído a consulta por presentar desde hace 2 días una **erupción dispersa por el tegumento**. La madre no ha notado otros signos de enfermedad, y la alimentación y el sueño no se han alterado. Se observa que **el niño viene excesivamente tapado**. Son numerosas las prendas que hay que quitarle hasta ver la piel. En la exploración se aprecian de forma dispersa por tronco y extremidades **vesículas de 1 mm** rodeadas por un **halo eritematoso**.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

El diagnóstico es una **miliaria rubra**. Se comenta con la madre la naturaleza del proceso, explicando que la miliaria rubra que padece el niño se produce por un **exceso de temperatura corporal**, ya que las glándulas del sudor no están suficientemente maduras. Se recomienda **abrigar menos al niño y seguir con su vida normal**.

No se cita en revisión, pero preguntada la madre cuando acude por otro motivo meses después, refiere que **el proceso remitió en pocos días**, y que desde entonces mantiene a su hijo abrigado de forma menos intensa.

COMENTARIO

La **miliaria** es un proceso causado por la **obstrucción de los conductos de las glándulas sudoríparas eccrinas**, que suele aparecer en **neonatos o niños en primera infancia**.

Conviene recordar que las **glándulas sudoríparas eccrinas** son estructuras tubulares en forma de ovillo, que nacen en la parte profunda de la dermis y alcanzan la superficie de la piel. Su número total, entre 2 y 4 millones, está presente en el nacimiento, aunque **alcanzan su maduración después del periodo neonatal**.

Cuando la **obstrucción es superficial** se manifiesta por **vesículas traslúcidas**, de 1 a 2 mm de tamaño, sin inflamación perivesicular. Recuerdan a gotas de agua sobre la piel y se rompen con facilidad. Es la **miliaria cristalina o sudamina**. Cuando la **obstrucción del conducto es más profunda**, intraepidérmica, se manifiesta por **vesículas y pápulas con eritema** a su alrededor. Es la **miliaria rubra**.

Una forma menos frecuente y rara en neonatos es la **miliaria profunda**, que aparece cuando la **obstrucción del conducto** se sitúa en la **unión dermoepidérmica**. En este caso las **lesiones son papulosas y pustulosas**, e incluso con la presencia de algún nódulo.

Suele producirse en **verano**, en **climas húmedos**, o cuando el **niño está excesivamente abrigado**. La fiebre es una de las situaciones proclives a su aparición. Las zonas de elección son los **pliegues en la forma cristalina** y el **tronco en la forma rubra**, pero puede aparecer de forma dispersa en todo el tegumento.

El diagnóstico es fácil, tanto por la anamnesis como por la exploración clínica, no necesitándose exploraciones complementarias. **No requiere tratamiento**, salvo evitar los factores desencadenantes. Las cremas grasas empeoran el proceso.



BIBLIOGRAFÍA

1. Banerjee S, Gangopadhyay DN, Jana S, Chanda M. Seasonal variation in pediatric dermatoses. *Indian J Dermatol.* 2010;55(1):44-6.
2. González Guerra E, Guerra Tapia A. Erupciones acneiformes y procesos asociados, en pediatría. *Ped Rur Ext.* 2004;34(324):385-90.
3. Eichenfield LF, Frieden IJ, Zaenglein A, Mathes E. *Neonatal and infant Dermatology.* Editorial Elsevier; 2014.

9 EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO



DESCRIPCIÓN

Desde el servicio de Urgencias se remite a consulta de Dermatología a una **niña de 15 meses** de edad porque, desde hace 3 días, ha comenzado con unas **lesiones cutáneas llamativas en miembros y cara**. La madre ha esperado un tiempo antes de consultar ya que la niña se encontraba bien, sin fiebre y con buen ánimo, pero le han salido lesiones nuevas y ha comenzado a preocuparse. Hace una semana tuvo una bronquitis aguda, con fiebre de 39°C, que cedió con antibióticos.

En la exploración se observaban **placas eritematosas**, edematosas, algunas con vesículas en su centro y áreas purpúricas, que configuraban un **dibujo en escarapela** o diana con **bordes ondulados**, de tamaños oscilantes entre **2 y 10 cm de tamaño**, localizadas en **mejillas y miembros superiores e inferiores**.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

Con la presunción diagnóstica de **edema agudo hemorrágico del lactante**, se hizo una **biopsia** que fue informada como **vasculitis leucocitoclástica**. En la inmunofluorescencia directa no se evidenció depósito de IgA. Se realizó un **estudio analítico básico**, coagulación, serologías, autoinmunidad y crioglobulinas, resultando todo normal o negativo salvo una leucocitosis de 17.000/mL con neutrofilia. Se revisó a la paciente cada semana, **sin tratamiento**, comprobándose la **desaparición de las lesiones en la tercera semana** y la normalización de la fórmula sanguínea.

COMENTARIO

El **edema agudo hemorrágico del lactante** es una forma clínica de vasculitis leucocitoclástica con afectación exclusivamente cutánea, con **lesiones edematosas y purpúricas en forma anular de bordes festoneados**, datos que constituyen la característica clínica más llamativa.

Suele presentarse en **edades inferiores a los 2 años**, y se localiza en **cara y extremidades** de forma amplia. No existe afectación del estado general y la **evolución es benigna**. Aunque es de causa desconocida, se considera que el **factor desencadenante** de esta vasculitis mediada por inmunocomplejos es una **infección, vacuna** o, en último lugar, **medicamentos**. Es llamativo el contraste entre el **buen estado general del paciente** y la apariencia tan llamativa de las lesiones.

Todos **estos datos la diferencian de otra forma de vasculitis infantil** (púrpura de Schönlein-Henoch), que aparece a mayor edad, con lesiones polimorfas limitadas a piernas y nalgas, en las que se determinan por inmunofluorescencia directa depósitos de IgA. No obstante, para algunos autores ambos procesos son variantes de una misma enfermedad.

Otros procesos a tener en cuenta son la **púrpura meningocócica**, el **eritema exudativo multiforme**, la **enfermedad de Kawasaki** o la **urticaria-vasculitis**.

La **evolución es benigna**, aunque puede haber varios brotes en el curso de la enfermedad, que no suele durar en total más de **4 semanas**, por lo que **no precisa tratamiento**. Por otra parte, ni los corticoides ni los antihistamínicos han demostrado modificar el curso de la enfermedad.



BIBLIOGRAFÍA

1. González-Guerra E, Guerra Tapia A. Edema agudo hemorrágico del lactante: una peculiar forma de vasculitis. *Ped Rur y Ext.* 2003;33 (311):249-52.
2. Mathur AN, Mathes EF. Urticaria mimickers in children. *Dermatol Ther.* 2013;26(6):467-75.
3. Serra E Moura Garcia C, Sokolova A, Torre ML, Amaro C. Acute Hemorrhagic Edema of Infancy. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2016;48(1):22-6.
4. Sorensen EP, Matiz C, Friedlander SF. An 8-month-old boy with purpuric skin lesions. Acute hemorrhagic edema of infancy. *Pediatr Ann.* 2014;43(1):e4-8.

10 LIQUEN ESTRIADO



DESCRIPCIÓN

Acude a consulta una **niña de 4 años** de edad, sin antecedentes de interés. Según refiere la madre, un mes antes había presentado de forma repentina una **erupción**, que progresó durante unas 2 semanas, permaneciendo estable desde entonces. La pequeña hacía vida normal sin manifestar ningún tipo de molestia.

En la exploración se observaba una **banda continua de pápulas** entre 2 y 4 mm, de tonalidad clara y superficie ligeramente escamosa, con una **disposición lineal y curva**, localizada en **cara anterior de tronco**, de forma unilateral.



¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO?

Dadas las características clínicas se sospecha el **diagnóstico de liquen estriado**, no recomendando tratamiento en espera de una evolución favorable.

3 semanas más tarde, y ante la insistencia y preocupación de la madre, se decide hacer una **biopsia con sacabocados de una pápula** que mostró **datos liquenoides**, tales como hiperplasia epidérmica con borramiento de la interfase dermo-epidérmica y un denso infiltrado linfocitario en distintos estratos de la epidermis. En dermis papilar existía un infiltrado inflamatorio con afectación de los folículos pilosos y de los conductos y glándulas sudoríparas.

Confirmado el diagnóstico de liquen estriado, se decide observar la evolución, **desapareciendo todas las lesiones a los 7 meses**.

COMENTARIO

El **liquen estriado es una dermatosis de fácil diagnóstico** en Dermatología: erupción lineal, unilateral, formada por pápulas dispuestas en bandas que dibujan las líneas de Blaschko o, lo que es lo mismo, las huellas de las células embrionarias cutáneas (queratinocitos) en su migración desde la cresta neural, generalmente en forma de V en la espalda y de S en el pecho. Este mosaicismo somático,

no metamérico, de causa desconocida, **desaparece espontáneamente tras unos meses sin dejar lesiones**, salvo una hipo o hiperpigmentación transitoria. Precisamente esta evolución autolimitada y la presencia de linfocitos T CD8+ en torno a los queratinocitos necróticos, sugieren una reacción inmunológica celular para eliminar los clones de queratinocitos mutados.

Aunque puede aparecer a cualquier edad, la **mayor incidencia** se encuentra en los **niños desde los 5 meses a los 15 años de edad**, y de forma más intensa entre los 9 meses y los 9 años, **predominando en niñas** en una proporción 2:1. **Dos tercios** de los casos se localizan **en piernas**, sin otros síntomas.

Se han descrito **casos de prurito**, justificado por la coincidencia con dermatitis atópica, que pueden alcanzar el **40% de los casos**. Las características histopatológicas son inespecíficas, siendo el cambio histológico más importante un infiltrado inflamatorio en torno a un vaso subpapilar, que se extiende a las papilas dérmicas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

El **diagnóstico diferencial debe hacerse con otros procesos con patrón lineal**, como poroqueratosis lineal, nevo epidérmico lineal inflamatorio, psoriasis o liquen plano lineal, entre otros. Dada la buena evolución **no es preciso ningún tratamiento**. Se ha referido en algunos casos mejoría con inhibidores de la calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus), tal vez por la relación en esos casos con una dermatitis atópica de base. **Lo más importante del liquen estriado es el diagnóstico**, para evitar pruebas o tratamientos innecesarios.



BIBLIOGRAFÍA

1. Day I, Lin AN. Use of pimecrolimus cream in disorders other than atopic dermatitis. *J Cutan Med Surg.* 2008;12(1):17-26.
2. González-Guerra E, Enguita Valls AB. Una niña con lesiones lineales en un antebrazo (*lichen estriatus*). *Más Dermatol.* 2011;13:14-6.
3. Hauber K, Rose C, Bröcker EB, Hamm H. *Lichen striatus* : clinical features and follow-up in 12 patients. *Eur J Dermatol.* 2000;10(7):536-39.
4. Kim GW, Kim SH, Seo SH, Jung DS, Ko HC, Kim MB, et al. *Lichen striatus* with nail abnormality successfully treated with tacrolimus ointment. *J Dermatol.* 2009;36(11):616-7.
5. Kruse LL. Differential Diagnosis of Linear Eruptions in Children. *Pediatr Ann.* 2015;44(8):e194-8.
6. Taniguchi Abagge K, Parolin Marinoni L, Giraldi S, Carvalho VO, de Oliveira Santini C, Favre H. *Lichen striatus*: description of 89 cases in children. *Pediatric Dermatol.* 2004;21(4):440-3.

POSITON CREMA. COMPOSICIÓN. Cada 100 gramos contienen: Acetonido de Triamcinolona 100 mg. Neomicina (sulfato) 250 mg. Nistatina 10.000.000 U.I. **Excipientes:** Estearato de polioxila 40, monoestearato de glicerilo autoemulsionante, vaselina blanca, alcohol cetosteárico, hidróxido de aluminio (gel seco), dióxido de titanio, sorbitol solución, propilenglicol, diclorhidrato de etilendiamina, metilparabeno (E218), propilparabeno (E216), ácido sórbico (E200), dimeticona, agua, c.s.p. **ACCIÓN.** Positon Crema combina un corticoide antiinflamatorio (acetónido de triamcinolona), un antibiótico de amplio espectro antibacteriano (neomicina sulfato), y un antibiótico con excelentes propiedades antifúngicas (nistatina), preparado todo ello en una crema evanescente. **INDICACIONES.** Se utilizará en los procesos que a continuación se citan, especialmente cuando exista o haya riesgo de una infección bacteriana o moniliasis secundaria. Dermatitis (atópica, eczematoides, por estasis, numular, por contacto, exudativa, seborreica y neurodermatitis). Prurito anogenital. Eczema. Liquen simple crónico. Moniliasis cutánea. Infecciones bacterianas superficiales. **POSOLÓGIA Y MODO DE EMPLEO.** 2-3 aplicaciones diarias según criterio facultativo. **ADVERTENCIAS SOBRE EXCIPIENTES.** Por contener ácido sórbico como excipiente, en uso cutáneo puede causar dermatitis. **CONTRAINDICACIONES.** Tuberculosis cutánea activa. Manifestaciones cutáneas de la sífilis. Dermatitis por virus. Sensibilización al fármaco. **PRECAUCIONES.** No utilizar en terapia ocular ni en zonas próximas a los ojos. En embarazo evitar su aplicación en grandes dosis, zonas extensas o tratamientos prolongados. No aplicar vendaje oclusivo en zonas muy extensas de la piel, ya que puede producirse absorción sistémica con riesgo de toxicidad. Se recomienda suspender el tratamiento gradualmente. **INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES.** No se han descrito. **EFFECTOS SECUNDARIOS.** Reacciones de hipersensibilidad. En tratamiento prolongado, alteraciones atróficas de la piel, pérdida de colágeno y estrías dérmicas. En tratamiento con vendaje oclusivo puede producir efectos secundarios sistémicos. **INTOXICACIÓN.** En caso de sobredosis o ingestión accidental consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tlf. 915620420. **PRESENTACIÓN.** Tubos de 30 g y 60 g. **CON RECETA MÉDICA. LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.** FAES FARMA, S.A. Máximo Aguirre, 14 - 48940 Leioa.

POSITON UNGÜENTO. COMPOSICIÓN. Cada 100 gramos contienen: Acetonido de Triamcinolona 100 mg. Neomicina (Sulfato) 250 mg. Nistatina 10.000.000 U.I. Excipientes: Plastibase c.s.p. (Poliétileno bakelita y aceite mineral). **ACCIÓN.** Positon unguento combina un corticoide antiinflamatorio (acetónido de triamcinolona), un antibiótico de amplio espectro antibacteriano (neomicina sulfato), y un antibiótico con excelentes propiedades antifúngicas (nistatina), preparado todo ello en una base protectora (vehículo oleaginoso para unguentos). **INDICACIONES.** Se utilizará en los procesos que a continuación se citan, especialmente cuando exista o haya riesgo de una infección bacteriana o moniliasis secundaria: Dermatitis (atópica, eczematoides, por estasis, numular, por contacto, exudativa, seborreica y neurodermatitis). Prurito anogenital. Eczema. Liquen simple crónico. Moniliasis cutánea. Infecciones bacterianas superficiales. **POSOLÓGIA Y MODO DE EMPLEO.** 2-3 aplicaciones diarias, según criterio facultativo. **CONTRAINDICACIONES.** Tuberculosis cutánea activa. Manifestaciones cutáneas de la sífilis. Dermatitis por virus. Sensibilización al fármaco. **PRECAUCIONES.** No utilizar en terapia ocular ni en zonas próximas a los ojos. En embarazos evitar su aplicación en grandes dosis, zonas extensas o tratamientos prolongados. No aplicar vendaje oclusivo en zonas muy extensas de la piel, ya que puede producirse absorción sistémica con riesgo de toxicidad. Se recomienda suspender el tratamiento gradualmente. **INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES.** No se han descrito. **EFFECTOS SECUNDARIOS.** Reacciones de hipersensibilidad. En tratamiento prolongado, alteraciones atróficas de la piel, pérdida de colágeno y estrías dérmicas. En tratamiento con vendaje oclusivo puede producir efectos secundarios sistémicos. **INTOXICACIÓN.** En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tlf. 91-5620420. **PRESENTACIÓN.** Tubos con 30 g y 60 g. **CON RECETA MÉDICA. LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.** FAES FARMA, S.A. Máximo Aguirre, 14 - 48940 Leioa.

Bibliografía: 1. Prospecto Positon.

POSITON Triple acción

Indicado en el **tratamiento de la dermatitis**, en especial cuando exista o haya riesgo de **infección bacteriana o moniliásica secundaria**.¹



Corticoide antiinflamatorio
+
Antibiótico antibacteriano
+
Antimicótico¹

POSITON UNGUENTO

Para dermatitis secas¹



2-3
veces al día,
según criterio
facultativo¹

POSITON CREMA

Para dermatitis húmedas¹

