

## Ponencias

Josep Malveyh  
Actitud del pediatra frente  
a los nevus

Mario Cutrone  
Alteraciones dermatológicas  
en el neonato

Ramon Grimalt  
Dermatitis seborreica:  
¿error diagnóstico?

Aurora Guerra  
Acné: enfoque práctico

Eudald Sellarés  
Dermatología pediátrica  
en la piel de color

Eulalia Baselga  
Toxicodermias en el niño

## 7º Curso de Dermatología Pediátrica para Pediatras y Dermatólogos en Formación

[www.dermopediatrics.com](http://www.dermopediatrics.com)

**COORDINADORES:**

**Juan Ferrando y Ramon Grimalt**

*Servicio de Dermatología.*

*Hospital Clínic. Universidad de Barcelona*

# Índice

p. 1

Introducción

p. 2

Actitud del pediatra frente a los nevos  
Josep Malveyh

p. 4

Alteraciones dermatológicas en  
el neonato  
Mario Cutrone

p. 7

Dermatitis seborreica:  
¿error diagnóstico?  
Ramon Grimalt

p. 10

Acné: enfoque práctico  
Aurora Guerra

p. 12

Dermatología pediátrica en la  
piel de color  
Eudald Sellarés

p. 15

Toxicodermias en el niño  
Eulalia Baselga

p. 17

Entrevistas

# introducción

Dermopediatrics VII, el Séptimo Curso de Dermatología para Pediatras y Dermatólogos en formación, congregó en Barcelona a más de 400 especialistas que debatieron sobre un amplio abanico de patologías dermatológicas que afectan a nuestros niños, desde las más frecuentes y banales hasta las más raras y graves.

Como en ediciones anteriores, el curso, patrocinado por Ferrer y con el soporte de la Asociación Española de Dermatología y Venereología (AEDV), tuvo una orientación eminentemente práctica, con exposiciones apoyadas en abundante material gráfico, y dirigida a la actualización de conocimientos.

El acto inaugural de la jornada, acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, contó con la participación de la *consellera* de Salud de la Generalitat de Catalunya, Marina Geli; Jordi Ramentol, consejero delegado de Ferrer, y la Prof.<sup>a</sup> Teresa Estrach, catedrática de Dermatología de la Universidad de Barcelona.

En su alocución, la *consellera* reconoció la presión asistencial que sufren los pediatras españoles y abogó por un mayor intercambio entre los hospitales y los centros de atención primaria mediante herramientas como la teledermatología. Por su parte, Jordi Ramentol destacó la apuesta decidida de su compañía por la formación continuada de los pediatras.

Este curso, dirigido por los Dres. Juan Ferrando y Ramon Grimalt, del servicio de Dermatología del Hospital Clínic de Barcelona, contó con seis ponencias y dos sesiones interactivas de casos clínicos, incluyendo la participación del Dr. Mario Cutrone (Venecia), uno de los mayores expertos en dermatología neonatal.

En la jornada se abordaron la actitud del pediatra frente a los nevos, con especial énfasis en los criterios de derivación de las lesiones sospechosas de melanoma; las alteraciones dermatológicas y el cuidado de la piel del neonato; la dermatitis seborreica y su posible condición de etapa previa a la dermatitis atópica o la psoriasis; el acné, desde una perspectiva muy práctica y con el objetivo de disipar algunos mitos recurrentes; la atención dermatológica en los niños de raza negra, y las toxicodermias en el niño, aprendiendo a diferenciar las reacciones banales de las potencialmente graves.

Josep Malveyh  
**Jefe de la Unidad de Lesiones  
Pigmentadas del Servicio  
de Dermatología**  
Hospital Clínic de Barcelona



El número de nevos es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de melanoma

La decisión de extirpar un nevos de forma preventiva no debe fundamentarse sólo en el examen visual

# Actitud del pediatra frente a los nevus

El Dr. Josep Malveyh, jefe de la Unidad de Lesiones Pigmentadas del Servicio de Dermatología del Hospital Clínic de Barcelona, abrió el turno de ponencias refiriéndose a los nevos y al riesgo de melanoma en población pediátrica, aclarando determinados mitos y ofreciendo claves para identificar los casos a derivar al dermatólogo.

**COMENZÓ** señalando que los nevos son un motivo de consulta muy frecuente en el ámbito pediátrico y que el número de nevos es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de melanoma, una variedad de cáncer de piel cada vez más prevalente.

Un estudio en el que participaron dermatólogos y pediatras de los hospitales Clínic y Sant Joan de Déu de Barcelona, publicado en *Dermatology*, ofrece una visión general de la prevalencia y distribución de los nevos y los factores de riesgo asociados. Se incluyeron 180 niños de 1 a

15 años que acudieron a consulta dermatológica o a control pediátrico.

Entre los resultados del estudio destaca la frecuencia, con una media de 17,5 nevos por niño, llegando a 30 nevos entre los 12 y 15 años, lo que evidencia el aumento con la edad. El 31% de los nevos eran congénitos y las localizaciones más frecuentes fueron cabeza y cuello (61%), acral (19%) y nalgas (17%). Los nevos fueron más frecuentes en niños que en niñas –“un dato que desconocíamos”, reconoció el Dr. Malveyh- y los factores de riesgo de un número elevado de nevos fueron la presencia de efélides faciales, la historia familiar de cáncer de mama y la existencia de quemaduras solares.

Sobre este último factor de riesgo, el ponente subrayó que, además del número de nevos, la exposición solar del niño condiciona el riesgo de cáncer de piel en la edad adulta y que “nuestros niños no se protegen adecuadamente del sol, a diferencia de lo que pasa en otros países”.

## Mitos en torno a los nevos

En los nevos concurren diversos mitos que conviene aclarar. El más extendido es el del beneficio de su extirpación preventiva, pero en la infancia son muy pocos los nevos tributarios de exéresis. Según un estudio norteamericano, basado en modelos matemáticos, deberían extirparse 200.000 nevos de forma preventiva para conseguir identificar un solo melanoma en personas de 40 años. Por lo tanto, la extirpación preventiva de estas lesiones no está indicada, tampoco porque sean más o menos irregulares: “hay que saber con certeza qué nevos debemos extirpar”, subrayó el Dr. Malveyh.

Además, la decisión de extirpar de forma preventiva un nevos no debe estar fundamentada en el examen visual, ya que éste es muy limitado en las lesiones

pigmentadas. Las técnicas de imagen, en concreto la dermatoscopia, facilitan una evaluación mucho más completa de los nevus y sus patrones en la infancia y permiten identificar adecuadamente las lesiones sospechosas, mejorar el diagnóstico y reducir el número de exéresis innecesarias.

Otros mitos en torno a los nevus tienen que ver con su localización. Sí es cierto que los niños con nevus en la cabeza, el cuero cabelludo o las nalgas tienen mayor probabilidad de presentar más nevus en la edad adulta, pero ello no implica mayor riesgo de malignidad. No es cierto que los nevus acrales, en palmas de las manos y plantas de los pies, deban extirparse, ni en ni niños ni en adultos.

Los nevus en las uñas de los niños exigen una evaluación adecuada de su

La dermatoscopia permite identificar los nevus sospechosos y reducir el número de exéresis innecesarias



patrón y una actitud conservadora, por lo que no es necesaria ni tan siquiera hacer una biopsia en la mayoría de los casos. Los nevus en la cabeza suelen ser indicativos de más nevus en la adolescencia, en algunos casos clínicamente atípicos, pero eso no comporta mayor necesidad de exéresis.

### Nevus congénitos

En realidad, los nevus pueden clasificarse fácilmente en adquiridos o congénitos, dependiendo de su momento de aparición. Clásicamente los congénitos se han dividido en función de su tamaño en pequeños (<2cm), medianos y gigantes (>20 cm), "pero es algo absurdo –protestó el ponente- ya que lo que nos interesa saber es el riesgo concreto de cada individuo y de cada lesión".

No se sabe con certeza qué porcentaje de estos nevus van a desarrollar un melanoma maligno, pero sí que es muy infrecuente en niños con un nevus congénito pequeño. El riesgo suele establecerse en la tercera década de la vida. Son nevus que pueden ser de color más claro u oscuro, y también es otro mito que los más oscuros sean más peligrosos.

Los nevus congénitos gigantes son relativamente poco frecuentes (aunque se desconoce su prevalencia real), presentan un riesgo de melanoma maligno del 5% al 20%, dependiendo de las series, pueden comportar melanosis neurocutánea y su evaluación requiere de equipos multidisciplinares. Por motivos estéticos, en niños muy pequeños podría ser útil el uso de técnicas como el láser para eliminar mucho componente del nevus.

Otras lesiones que conviene reconocer son el nevus de Spitz pigmentado, o nevus de Reed, que presenta un crecimiento muy rápido, un comportamiento distinto al de otros nevus y se recomienda

Los nevus congénitos gigantes tienen un riesgo de melanoma maligno del 5% al 20%

la extirpación a partir de los siete años. Por el contrario el nevus de Sutton, o halo nevus, es una lesión benigna con una reacción inflamatoria que puede mostrar una despigmentación de la lesión y de la piel de alrededor en forma de halo. Si el caso está bien orientado, no está justificada la biopsia, y en un 20-30% de los pacientes se asocia vitíligo.

El síndrome del nevus displásico conlleva un riesgo incrementado de desarrollo de melanoma, pero no en la edad pediátrica. Son pacientes con muchos nevus y atípicos, es decir, irregulares y de múltiples colores, y que en muchas ocasiones tienen antecedentes familiares de melanoma. Los pacientes con más de 50 nevus tienen un riesgo relativo del 5%, que llega al 10% si hay antecedentes personales de melanoma, al 15% si hay antecedentes en familiares de primer grado y al 25% si se dan ambos antecedentes.

### Claves diagnósticas

El criterio para la detección visual de las lesiones sospechosas de melanoma y la posterior indicación de exéresis ha sido clásicamente el método ABCDE (por las siglas en inglés de *assymetry*, *borders*, *colors*, *diameter* y *enlargement*), impulsado en Estados Unidos en la década de 1970 y que cambió el panorama a la hora de describir el melanoma.

Así, las lesiones asimétricas, de bordes irregulares, de dos o más colores, con un diámetro superior a 5 mm y que crecen pueden ser malignas. Sin embargo, la realidad muestra que muchas lesio-

nes ABCDE positivas son absolutamente benignas y no deben ser extirpadas.

Otro método visual, el conocido como “el patito feo”, puede ayudar a identificar lesiones peligrosas en pacientes con muchos nevus. Parte del hecho de que el patrón de los nevus es homogéneo en el mismo paciente y que las lesiones muy distintas de las otras pueden ser peligrosas. Es una norma que puede ser útil, pero frente a ella se posicionó el Prof. Mascaró, del Hospital Clínic de Barcelona, hablando de “la caperucita roja”, para significar que hay melanomas que parecen idénticos a los otros nevus.

Por tanto, más allá del ojo clínico son necesarias herramientas para una correcta evaluación de los nevus. La dermatoscopia permite hacer un seguimiento digital de las lesiones, tomando registros que permiten saber cuáles están cambiando de forma inadecuada. La “regla de los tres puntos” de la dermatoscopia es un método simplificado que ha demostrado su utilidad en el ámbito de la atención primaria. La lesión que cumple con tres criterios –presencia de color blanco y azul, asimetría y retículo pigmentado atípico- debería remitirse con cierta urgencia al especialista.

El Dr. Malvey se mostró muy favorable a la implementación de la dermatoscopia en la atención primaria para discriminar las lesiones sospechosas de las no sospechosas. Según la experiencia en este nivel asistencial impulsada desde su centro, el valor predictivo negativo de la técnica fue del 98%. “Es un dato muy esperanzador, porque nos deja muy tranquilos pensar que no nos dejamos sin remitir al especialista lesiones potencialmente malignas”, subrayó.



Mario Cutrone  
**Director de la Unidad de  
 Dermatología Pediátrica**  
 Hospital dell'Angelo  
 Venecia (Italia)



El pediatra extrahospitalario es el especialista que debe encargarse del cuidado de la piel de los bebés

Las manchas salmón son lesiones vasculares benignas presentes en el 30% de los recién nacidos

# Alteraciones dermatológicas en el neonato

Cada vez son más las consultas sobre el cuidado de la piel de los bebés, y muchas lesiones pueden pasar inadvertidas al neonatólogo. El pediatra extrahospitalario es el especialista al que recurren los familiares en un primer momento. Estos aspectos centraron la conferencia del Dr. Cutrone, director de la Unidad de Dermatología pediátrica del Hospital dell'Angelo de Venecia.

**LA DERMATOLOGÍA** neonatal ha sido considerada durante muchos años una rama de superespecialización de la dermatología o la neonatología, alejada de la pediatría práctica. ¿Pero qué especialista debe encargarse del cuidado de la piel de los bebés? Lo cierto es que el dermatólogo del adulto visita muy raramente

a los recién nacidos, mientras que el neonatólogo atiende poco a la piel de los neonatos sanos.

Para el Dr. Mario Cutrone, director de la Unidad de Dermatología Pediátrica del Hospital dell'Angelo de Venecia (Italia), el especialista indicado es el pediatra

extrahospitalario, ya que, por un lado, algunas manifestaciones dermatológicas en el recién nacido no están presentes en las primeras horas y aparecen cuando el niño ya está en casa, y por otro lado, algunas alteraciones ya existen al nacimiento, pero no les son indicadas a los padres, que las descubren por sí mismos. En ambas situaciones el pediatra es el especialista al que recurren los familiares en un primer momento.

Ambas situaciones centraron esta ponencia, conjuntamente con las lesiones iatrogénicas y las que requieren una vista de segundo nivel. Sobre las alteraciones dermatológicas que comparecen al nacimiento, el Dr. Cutrone señaló que la piel del recién nacido es muy roja, por lo que las manchas rosas y rojas pueden pasar inadvertidas al neonatólogo, aunque la mayoría son fisiológicas y bien reconocibles por su localización.

### **Lesiones presentes al nacer**

Las llamadas manchas salmón son lesiones vasculares benignas que están presentes en el 30% de recién nacidos y se

**Tras el alta hospitalaria los consejos sobre la higiene del neonato debe ofrecerlos personal preparado**

aclaran progresivamente. Su resolución es distinta según su localización: entre los 6 y 12 meses en los párpados, entre 5 y 6 años en la frente y hasta la mayoría de edad en la mitad de casos de manchas en el cogote.

Otras manchas rojas planas que se acompañan de un halo blanquecino son las precursoras de hemangioma, es decir, de una tumefacción. Estas manchas experimentan un crecimiento tridimensional rápido hasta el hemangioma durante los primeros 3 meses de vida, luego el crecimiento es más lento durante otros 4-5 meses y con posterioridad entran en una fase de lenta remisión durante varios años.

Las malformaciones vasculares capilares pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, no tienen halo blanquecino y persisten planas indefinidamente. Cuando se localizan en el rostro tienen una distribución asimétrica típica, a diferencia de las manchas salmón (simétrica), mientras que la lesión de media cara obliga a realizar una resonancia magnética para excluir un síndrome de Sturge-Weber (angiomatosis encefalotrigeminal) y es tributaria de tratamiento con láser (dye laser) antes del periodo escolar.

La mancha mongólica es de color azul grisáceo, de tonalidad y tamaño variables, predomina en extremidades y en pocas ocasiones afecta a la cara. Ya está presente al nacer, suele desaparecer en los primeros 2 años y raramente persiste hasta la adolescencia. Los datos epidemiológicos indican que afecta al 95% de los niños de raza negra, al 80% de los asiáticos y al 9% de los de raza blanca. El Dr. Cutrone remarcó que las manchas mongólicas no requieren exámenes posteriores ni tratamiento y que, en todo caso, deben registrarse en la historia clínica del niño para diferenciarla de la equimosis de maltrato.



Otras lesiones son las fositas (hoyuelos) en la oreja (papiloma auricular) y alrededor de la misma. Suelen ser una depresión preauricular, con dimensión y profundidad mínimas, que no tiende a la infección y no necesita tratamiento. También puede ser la desembocadura externa de una fístula preauricular, que se caracteriza por la secreción blanquizca de células de descamación, o la desembocadura externa de una fístula unida a un quiste preauricular. En este

### Lesiones tras el alta hospitalaria

Entre las dermatosis neonatales y benignas que aparecen en los primeros días de vida tras el alta hospitalaria destaca el eritema tóxico neonatal. El síntoma principal es una erupción de pápulas pequeñas amarillentas circundadas por piel enrojecida. Afecta a entre el 21% y el 70% de los recién nacidos y se localiza en cualquier

Todos los pediatras saben que en la mayoría de los recién nacidos puede observarse una pequeña tumefacción en la línea media del labio superior, que se ha relacionado con la succión (aunque esta relación con la lactancia no es segura) y es conocida como "callo de succión". Habitualmente se soluciona en pocos días con una descamación, pero en ocasiones persiste durante algunos meses. No es necesario ningún tratamiento.

También pueden observarse tumefacciones mamarias en la región torácica pocos días después del alta hospitalaria. La mayoría obedecen al paso de hormonas maternas por el cordón umbilical, son transitorias, casi siempre bilaterales y no se relacionan con una eventual ginecomastia en el adolescente. Debe practicarse diagnóstico diferencial con los hemangiomas de la región mamaria, que presentan un aspecto vascular característico, rojo o azulado, y con el eccema del pezón, una manifestación rara de la dermatitis atópica.

No hay que alarmarse si las mamas segregan pequeñas cantidades de leche, puesto que se trata de un fenómeno fisiológico conocido como "leche de brujas". También es fisiológica la secreción de pequeñas cantidades de sangre.

La pseudomenstruación es otra situación que puede crear gran preocupación en los padres. En una primera fase se observa una secreción vaginal blanquecina, más o menos abundante, que precede en algunas horas a la fase hemorrágica de cantidades discretas de sangre. Se resuelve de forma espontánea en pocos días y no es necesario tratamiento alguno. El diagnóstico diferencial se plantea con el quiste parauretral, en la fase blanquecina, y con el hemangioma ulcerado sangrante.

### Lesiones iatrogénicas y visitas de segundo nivel

El Dr. Cutrone señaló que en el momento del alta de la unidad de neonatología las madres suelen pedir consejos sobre la higiene del recién nacido, y pocas veces



caso la dilatación quística tiende a llenarse de material queratino-sebáceo y a provocar tumefacción, que puede convertirse en infección crónica y requerir tratamiento quirúrgico para su completa resolución.

Las lesiones en la zona genital pueden pasar desapercibidas a los médicos, pero no a los padres, que la observan continuamente durante el cambio del pañal. Al nacimiento son posibles numerosas formas del himen, que son inusuales pero normales, entre las que destaca la forma de pedúnculo (*tag*). Los *tag* del himen se observan en el 10% de las recién nacidas, son considerados fisiológicos, no precisan ninguna terapia y reducen sus dimensiones lenta y espontáneamente en 2-4 semanas. Otra anomalía es la protrusión perineal infantil, que es benigna y no da molestias pero persiste durante toda la vida.

Las lesiones en la zona genital pueden pasar desapercibidas a los médicos, pero no a los padres

parte del cuerpo excepto las palmas de las manos y las plantas de los pies. Son frecuentes en las zonas de presión (fenómeno de Koebner), como rodillas, pliegue del cuello, detrás de las orejas o zonas de frotamiento con etiquetas y botones. Aparecen entre el nacimiento y las dos semanas, pero el pico de incidencia es a los 2-3 días y se resuelven antes de las dos semanas de vida sin necesidad de tratamiento. El diagnóstico diferencial se establece con infección estafilocócica y sarna neonatal.

éstos son ofrecidos de forma rigurosa y por personal preparado. Esto puede comportar problemas, como la realización incorrecta de masajes neonatales con aceite para bebés, tan en boga. Productos o intensidades de masaje inadecuados pueden desembocar en lesiones, por ejemplo, en una miliaria, como resultado del uso repetido de aceite para bebés.

Como ejemplo de lesión dermatológica que requiere una visita de segundo nivel, el ponente se refirió al lupus neonatal, una enfermedad realmente rara (un caso por cada 20.000 recién nacidos) que obedece al paso transplacentario de autoanticuerpos maternos. Suelen ser hijos de madres con lupus eritematoso sistémico o con síndrome de Sjögren, que en la mayoría de ocasiones están asintomáticas y no son conscientes de su enfermedad.

La mayoría de los recién nacidos afectados presenta exclusivamente síntomas cutáneos. Son lesiones anulares múltiples, en general localizadas en la cara (erupción periocular en mascarilla, o de "ojos de búho") y con menor frecuencia en las extremidades. En casos raros puede asociarse hepatoesplenomegalia o trombocitopenia, pero el riesgo más grave es la presentación de un bloqueo cardíaco completo, que puede conducir eventualmente a la muerte si no se coloca un marcapasos. Por ello, cuando comparecen lesiones cutáneas sugestivas de lupus neonatal es preciso realizar electrocardiograma, ecografía y holter.



Ramón Grimalt  
**Dermatólogo del  
 Hospital Clínic de Barcelona**  
 Profesor asociado de Dermatología  
 de la Universidad de Barcelona

La dificultad de definición  
 la dermatitis seborreica  
 queda patente en los  
 tratados de dermatología  
 pediátrica

La dermatitis seborreica  
 del lactante puede ser un  
 proceso adaptativo de la  
 piel del útero al exterior



# Dermatitis seborreica: ¿error diagnóstico?

El Prof. Ramon Grimalt, del servicio de Dermatología del Hospital Clínic de Barcelona y profesor asociado de la Universidad de Barcelona, expuso en su ponencia el concepto de que la dermatitis seborreica infantil no es ninguna entidad, sino la adaptación fisiológica de la piel del neonato del medio intrauterino al medio exterior o la primera manifestación de dos enfermedades hacia las que puede evolucionar en el futuro, la dermatitis atópica y la psoriasis.

**LOS TRES ECCEMAS** clásicos son el atópico, el seborreico y el de contacto. El diagnóstico del primero es simple: niños inquietos, que se rascan mucho, con piel muy seca y lesiones en las zonas flexurales. El níquel es la sustancia más involucrada en la dermatitis alérgica de contacto, que son muy raras en los niños. No hay que sospechar de dermatitis de

contacto en los pies de los niños, porque es muy poco frecuente que el calzado les cause alergia. Lo habitual es que provoque irritación y maceración en niños con piel sensible.

“¿Y el seborreico? ¿Qué diagnóstico le ponemos a un niño de un mes de vida, con un pliegue de Dennie-Morgan muy



marcado y descamación en el cuero cabelludo?”, planteó a la audiencia el Dr. Grimalt.

### Definición dificultosa

La dificultad de filiación de la dermatitis seborreica queda patente en las definiciones propuestas. La Academia Americana de Dermatología la define como una enfermedad “frecuente, que puede ser fácilmente tratada”, mientras que los Institutos Nacionales de Salud (NIH) estadounidenses la definen como escamas grasientas o secas, que pueden ser blancas o amarillentas, y que pueden o no asociarse a enrojecimiento de la piel debajo de esas escamas.

John Harper, uno de los mejores dermatólogos pediátricos, publicó en 1985 una tabla para diferenciar la dermatitis seborreica y la atópica en niños. Señaló que la seborreica se observa por debajo de los tres meses de vida y la atópica

por encima; que los niños seborreicos tienen un aspecto feliz y los atópicos, irritable; que el sueño es normal en el seborreico y malo en el atópico; que la alimentación es más difícil en la dermatitis atópica, y que la evolución puede servir para diferenciar entre ambas entidades.

Frente a ello, el Dr. Grimalt sostiene que el límite de los tres meses de vida no sirve para distinguir entre estas entidades, que es difícil valorar la felicidad en un neonato, que no todos los atópicos

tienen dificultad para dormir, que no es cierto que la alimentación sea más difícil en el atópico, y que el curso del proceso no sirve para diferenciar entre dermatitis atópica y seborreica en el momento de evaluar a un neonato.

Otro tratado de referencia, del alemán Otto Braun-Falco, incluye en su definición una expresión tan poco científica como “casi todos los niños padecen dermatitis seborreica, y normalmente las abuelas saben cómo tratarla”...

Las dificultades de definición y clasificatorias de la dermatitis seborreica son extensibles a las propias fotografías que ilustran estos tratados. En el que quizás es el mejor libro de dermatología pediátrica (*“Clinical Pediatric Dermatology”*), editado por Sidney Hurwitz, las cuatro imágenes de dermatitis seborreica corresponden en realidad a una dermatitis atópica, una psoriasis y dos intertrigos. Y otro tanto ocurre en un atlas norteamericano de referencia (*“Color atlas &*

La dermatitis seborreica del lactante puede ser la primera manifestación de una dermatitis atópica o una psoriasis

*sinopsis of pediatric dermatology*”), editado por Richard Allen Johnson, en el que la fotografía corresponde en realidad a un caso de *collodion baby*.

### Caspa y patogénesis de la psoriasis

¿Qué es, pues, lo que tienen estos niños en la cabeza: caspa, caspa seca, caspa grasa, seborrea, descamación, costras, escamas...? “En realidad –apuntó el Dr. Grimalt- todo está relacionado con la intensidad”. En la dermatitis seborreica del adulto hay rojez y descamación en el surco nasogeniano y caspa en el cuero cabelludo. Y no hay que olvidar que la caspa es la forma menos severa de psoriasis, controlable con el simple uso de un champú.

La patogénesis de la psoriasis nos indica que en esta enfermedad existe un recambio celular del estrato epidérmico aumentado. En personas sanas este recambio es de unos 21 días, pero el paciente psoriático descama más rápido. Así, una persona con una tasa de descamación baja y que se lava a diario el cabello no verá descamación nunca, puesto que actúa antes de que se acumulen las escamas. La cuestión es cuál es el límite de recambio celular sano y si deben considerarse psoriáticas las personas con una recambio epitelial a los 10, 14 ó 18 días, por ejemplo.

### Piel seca y sensible

¿Dónde está, entonces, el límite entre la caspa y la psoriasis? En opinión del ponente, la piel seca se puede inflamar dando lugar a psoriasis o a eccema y a menudo se le cambia el nombre en función de la localización en la que ocurre. Los niños atópicos y los psoriáticos comparten una piel especial, una piel seca y sensible. Algunos desarrollarán en las plantas de los pies vejiguillas con el roce de los zapatos –“que algunos pediatras despistados tratarán con antifúngicos”- y que corresponden a una dishidrosis mínima, que podemos ver tanto en pacientes psoriáticos como en atópicos.

¿Dónde está, pues, el límite entre una piel atópica y una piel psoriática? El ponente señaló que a menudo ve a pacientes con psoriasis que tienen familiares con dermatitis seborreica del adulto, y se preguntó qué necesidad hay de cambiar el nombre a las escamas que saltan de nuestro cuero cabelludo, “ya

Los niños atópicos y los psoriáticos comparten una piel especial, una piel seca y sensible

que el nombre no cambia en absoluto el pronóstico”. Y también subrayó que a menudo ve pacientes con psoriasis que tienen parientes con caspa como única manifestación clínica.

¿El diagnóstico marcará el pronóstico? Para el Dr. Grimalt, “absolutamente, no”, ya que la evolución es muy heterogénea. Algunos pacientes hacen un único brote en su vida y luego viven tranquilos, otros hacen muchos brotes durante una época y luego no, otros hacen un único brote en etapas tardías de la vida, otros hacen muchos brotes y pequeñas remisiones, y finalmente otros, más desgraciados, están toda la vida con brotes continuos.

Por último, el Dr. Grimalt presentó el caso clínico del señor Josep, un varón que hoy es anciano. Le contaron que cuando era neonato tuvo eccema del pañal y costra láctea; de niño padeció un eccema flexural clásico; de adolescente tenía mucha caspa y descamación; de adulto tuvo épocas de brotes de dermatitis seborreica y siempre se quejó de piel muy seca en brazos y piernas; y ya de mayor tiene las uñas de los pies muy gruesas y se le agrietan los talones en invierno. Sus antecedentes familiares son un abuelo con psoriasis, la madre con rinitis y un hermano con dermatitis atópica.

¿Debe considerarse este caso un psoriático o un atópico? A juicio del ponente, “el señor Josep sólo tiene una piel seca y sensible”.

¿Cuál será, entonces, la evolución de la dermatitis seborreica del lactante? El Dr. Grimalt contestó señalando que “algunos niños presentan un proceso de adaptación fisiológica de la piel del recién nacido del medio intrauterino al medio exterior, mientras que otros presentan lo que puede ser el inicio de una enfermedad que se podrá etiquetar más tarde. Así, con el paso del tiempo vemos que unos sólo tendrán un síndrome adaptativo, otros evolucionarán a una dermatitis atópica y otros a una forma de psoriasis”.



Aurora Guerra

**Profesora titular de Dermatología de la Universidad Complutense de Madrid.**

Jefe de servicio del Hospital Universitario 12 de Octubre



La clave diagnóstica en el acné es la presencia de comedones

La escala de Gravedad del Acné Española (GAE) es de utilización más sencilla y rápida que la escala de Leeds

# Acné: enfoque práctico

En una exposición eminentemente práctica, la Prof.a Aurora Guerra, profesora titular de Dermatología de la Universidad Complutense de Madrid y jefe de servicio del Hospital Universitario 12 de Octubre, repasó el diagnóstico y la clasificación del acné, los mitos que relacionan éste con diversos factores (dieta, higiene, tabaco, exposición solar, sexo, cosméticos) y el tratamiento.

**COMENZÓ DESTACANDO** que la clave diagnóstica es la presencia de comedones: "Cada vez que tengamos antes nosotros un niño o un adolescente con lesiones que, a primera impresión, nos parezcan un acné –porque hay inflamación, cicatrices, pústulas, pápulas- busquemos con insistencia la presencia de comedones, que son los que nos confirman el diagnóstico".

Como es sabido, el comedón es la consecuencia de la obstrucción del folículo

pilosebáceo, que se inflama por la presencia de la bacteria *Propionibacterium acnes* y da lugar a lesiones visibles, eritematosas e inflamatorias, y en ocasiones a lesiones profundas, como quistes o abscesos.

## La escala de Gravedad del Acné Española (GAE)

Una vez diagnosticado el acné es preciso hacer una clasificación de su grave-

dad. Existen muchas escalas clasificatorias, pero la de referencia es la escala de Leeds, bastante complicada de utilizar en la práctica clínica diaria por la cantidad de imágenes con las que se debe comparar a un paciente en concreto para clasificar su gravedad.

Un grupo de dermatólogos españoles, en el que participó la Dra. Guerra, decidió validar esta escala en el contexto español, pero finalmente decidieron, con el apoyo de Ferrer, elaborar un escala propia, adecuada al espectro de gravedad del acné en España, más sencilla y fácil de aplicar. Así, redujeron el extenso número de fotografías de referencia de otras escalas a 10, que se corresponden con los grados de gravedad: 4 para la cara, 3 para el tórax y 3 para la espalda. Es la nueva escala de Gravedad del Acné Española (GAE), que la ponente calificó de "herramienta realmente útil", puesto que es rápida, sencilla, sensible a los cambios, ahorra tiempo a la hora de valorar al paciente, sirve para controlar la eficacia de los tratamientos y también para unificar los criterios entre todos los dermatólogos, pediatras y otros especialistas que tratan el acné.

## Desmontando mitos sobre el acné

La información al paciente es clave para el cumplimiento terapéutico y la satisfacción por el tratamiento recibido, y esa información pasa por desmontar algunos mitos recurrentes sobre el acné.

-Dieta: *El acné lo producen el chocolate y otros alimentos grasos.* El seguimiento de una dieta específica es un tema controvertido. Lo cierto es que la glándula sebácea está controlada por hormonas (andrógenos) y no por la alimentación. No obstante, existe un metabolismo periférico de los andrógenos en el tejido graso de la piel, por lo que la obesidad puede facilitar indirectamente que esos andrógenos periféricos estimulen las glándulas sebáceas y favorezcan las lesiones de acné.

Lo mismo ocurre con los alimentos de alta carga glucémica, que comportan

## El tratamiento del acné debe instaurarse siempre de forma precoz, sin esperar al curso del proceso

una rápida acumulación de calorías que pueden incorporarse a esa grasa y favorecer la producción de andrógenos. Diversos estudios indican también que la dieta láctea podría comportar una peor evolución del acné, debido a la presencia del factor de crecimiento insulina tipo I en la leche de vaca.

La Dra. Guerra manifestó que, hoy por hoy, lo adecuado es recomendar una dieta equilibrada, sana y variada, rica en frutas y verduras, y sin prohibiciones, pero sin abusar de alimentos grasos o con una elevada carga glucémica. Si un paciente nota un empeoramiento con un alimento concreto, debe dejar de consumirlo.

-Higiene: *Cuanto más te lavas la cara, menos acné tienes, ya que eliminas la infección.* Es un mito extendido entre los adolescentes, pero lo cierto es que hay que llevar a cabo una higiene normal, con jabones suaves, puesto que una higiene excesiva puede conllevar irritación y favorecer la aparición de lesiones inflamatorias.

-Tabaco: *El tabaco no influye en el acné.* La realidad es que sí influye y diversos estudios han demostrado una mayor prevalencia de acné entre los adolescentes que fuman.

-Exposición solar: *Tomar el sol es bueno para que desaparezca el acné.* Es otro tema controvertido, con opiniones a favor y en contra. Muchos pacientes dicen que en verano toman el sol y se les secan los granos, pero también es cierta la existencia de acné estival, que comporta brotes intensos en algunos pacientes que toman el sol. En la actualidad se cree que la exposición solar de forma crónica en

personas predispuestas puede favorecer la aparición de comedones y quistes.

Sin embargo, también hay datos que indican que algunos tratamientos con determinados tipos de luz mejoran el acné en pacientes que reciben tratamiento convencional. En todo caso, al haber más datos en contra que a favor, no debe recomendarse la exposición al sol como terapia y, en todo caso, debe aconsejarse el empleo de fotoprotectores para pieles grasas o acnéicas.

-Sexo: *El acné está relacionado con el sexo.* Es otro mito muy extendido y motivo de gran preocupación entre los adolescentes. Su origen es incierto, pero John Harvey Kellogg, un hombre muy estricto, partidario del vegetarianismo y famoso por el invento de los cereales para el desayuno Corn Flakes, dejó una frase lapidaria para la historia: "La masturbación produce debilidad general, palidez en la conjuntiva y acné en la frente". Lo cierto es que la actividad sexual, incluida la masturbación, o la abstinencia no tiene efectos sobre el acné.

## La isotretinoína sigue siendo el tratamiento más eficaz del acné al abordar todos los factores etiopatogénicos



-Cosméticos: *Cuando se tiene acné no se pueden usar cosméticos.* Este mito es un motivo de consulta por parte de muchas niñas y adolescentes. En realidad, sí pueden utilizarse, pero deben ser cosméticos adecuados, libres de grasa y no comedogénicos.

## Tratamiento

Respecto al tratamiento, la ponente manifestó que han sido pocas las novedades en los últimos años, salvo la asociación de dos tratamientos tópicos en una única aplicación, lo que facilita el cumplimiento. Entre los tratamientos tópicos, además de que todos ellos reducen la respuesta inflamatoria, los retinoides tópicos normalizan la hiperqueratosis folicular, los antibióticos tópicos disminuyen la proliferación bacteriana, al igual que el peróxido de benzoilo, que también normaliza la hiperqueratosis folicular.

Entre los tratamientos sistémicos, la isotretinoína oral sigue siendo el más eficaz, puesto que aborda todos los factores etiopatogénicos: normaliza la descamación folicular y reduce la producción de sebo, la presencia de *Propionibacterium acnes* y la respuesta inflamatoria. Por su parte, los antibióticos orales, además de disminuir la respuesta inflamatoria, reducen la proliferación bacteriana, mientras que los antiandrógenos reducen la producción de sebo y son de elección en las jóvenes con signos de androgenización.

Por último, en sus recomendaciones, la Dra. Guerra insistió en que el tratamiento debe adecuarse al diagnóstico, la gravedad y el impacto psicológico del acné; la información debe ser adecuada para facilitar el cumplimiento y aumentar la confianza del paciente en sí mismo y en su médico; la politerapia es más efectiva que la monoterapia; las asociaciones de tratamientos tópicos ofrecen ventajas, ya que potencian sus resultados y evitan la aparición de resistencias a los antibióticos, y, en cualquier caso, el tratamiento debe instaurarse siempre de forma precoz, sin esperar al curso del proceso, para evitar secuelas físicas y psicológicas.

Eudald Sellarés  
**Pediatra del Hospital  
 General de Vic**  
 Barcelona



La piel negra presenta diferencias estructurales, tanto en la dermis y la epidermis como en el pelo y los anejos

La piel raza negra no tiene patologías distintas, pero sí una semiología distinta

# Dermatología pediátrica en la piel de color

El Dr. Eudald Sellarés. Pediatra del Hospital General de Vic (Barcelona), abordó en su ponencia las características de la pigmentación cutánea de los pacientes con la piel de color, las diferencias en sus patrones de reacción cutánea respecto a la raza blanca y su patología más prevalente.

**LA PIEL NEGRA** presenta diferencias estructurales, tanto en la dermis y la epidermis como en el pelo y los anejos, pero la diferencia más obvia es la pigmentación. Aunque el número de melanocitos es similar, en la piel negra los melanosomas (contenedores de melanina) son de mayor tamaño, se distribuyen por toda la epidermis y

tienen mayor contenido de melanina, mientras que en la piel blanca los melanosomas son más pequeños y sólo se localizan en la capa basal.

En realidad, las pieles negras no presentan patologías distintas de las blancas y son las características propias de la piel las que determinan la modificación de la semiología de estos pacientes.

## Pigmentación cutánea

Uno de estos determinantes semiológicos es la pigmentación cutánea, que se caracteriza por la modificación del eritema –“pocas veces veremos el color rojo en la piel de raza negra”–, las variantes de normalidad y la gran labilidad pigmentaria. El eritema tiene un color cobre en las personas poco pigmentadas, azul pizarra en las más pigmentadas y azul-negro en las intensamente pigmentadas.

Las variantes de normalidad incluyen la mancha mongólica, las líneas de demarcación de la pigmentación (líneas Fitcher-Voigt) y la pigmentación de la mucosa oral (encías, mucosa yugal), uñas, codos y rodillas, surcos palmoplantares y conjuntivas (color amarillento).

La mancha mongólica, o melanocitosis dérmica congénita, está presente en el 60-90% de las personas de raza negra, desde el nacimiento o las primeras semanas de vida. Es una mancha azul grisácea mal definida, de tamaño variable, que puede ser múltiple, se oscurece durante los primeros meses de vida y desaparece espontáneamente durante la infancia. Se localiza en la zona sacroglútea, pero también en la región dorsal del tronco, extremidades y cabeza. Las líneas de demarcación pigmentaria entre las superficies dorsal y ventral reflejan el aumento de pigmentación de las superficies cutáneas dorsales. Están presentes en todas las razas, pero son más llamativas en la piel negra. Son simétricas y bilaterales, aparecen en la infancia y suelen persistir durante toda la vida. Las localizaciones más prevalentes son la región anterolateral del brazo y la posteromedial del muslo.

La melanoniquia longitudinal se define por depósitos de melanina en la lámina ungueal. Está presente en casi

todas las personas de raza negra en forma de una o más bandas pigmentadas longitudinales, de color pardo claro hasta negro, que van del pliegue ungueal hasta el borde distal. Además, las palmas y las plantas son de coloración mucho más clara, mientras que los pliegues suelen ser hiperpigmentados. En las plantas de los pies del adulto pueden observarse máculas hiperpigmentadas múltiples e irregulares en los puntos de apoyo.

La gran labilidad en la pigmentación responde a la gran facilidad de la piel negra para realizar cambios pigmentarios como respuesta a la inflamación, que puede provocar una estimulación o supresión de la función melanocítica. Predomina la hiperpigmentación sobre la hipopigmentación, aunque pueden coexistir ambas. Estos cambios pigmentarios, sobre todo los hipopigmentarios, comportan un gran estrés al paciente y a la familia.

La hiperpigmentación postinflamatoria aparece antes, es más intensa y duradera que en la piel blanca y está causada por una gran variedad de patologías (prurigo, dermatitis atópica, liquen plano, etc.); mientras que la hipopigmentación postinflamatoria es más visible, por el gran contraste entre la piel sana y la afectada, y puede ser causada por múltiples patologías, entre las que destaca la pitiriasis alba, muy llamativa en estos pacientes.

### Patrones de reacción cutánea

Estos pacientes pueden tener patrones de respuesta cutánea poco habituales en pieles blancas frente a enfermedades, inflamación o trauma, a menudo prominentes y exagerados. Entre ellos, el patrón folicular y micropapular, la liquenificación precoz e intensa, la formación de queloides y cicatrices hipertróficas, y la tendencia a la vesiculación y la for-



### Las trenzas, las extensiones y las técnicas de alisamiento del cabello provocan alopecia por tracción

mación ampollas. Más frecuentes en el paciente adulto son las lesiones anulares y granulomatosas, así como la tendencia a la ulceración.

El patrón folicular y micropapular se expresa como una erupción de pápulas puntiformes del color de la piel normal o ligeramente blanquecinas, que obedece a que la inflamación en pieles oscuras tiene una especial afinidad por el complejo pilosebáceo. Está presente en enfermedades como la pitiriasis versicolor, pitiriasis rosada de Gibert, dermatitis de contacto, liquen simple, ides y, sobre todo, la dermatitis atópica.

La prevalencia de la dermatitis atópica es inferior que en la piel blanca, aunque no hay diferencias de intensidad. Hay menos afectación flexural, mayor pali-

dez perioral, rápida tendencia hacia la liquenificación y gran hiperpigmentación postinflamatoria.

El mayor riesgo de queloides se cree que es debido a los fibroblastos aumentados en número y tamaño. La localización puede ser cualquier parte del tegumento, pero es más prevalente en lóbulos de las orejas, mentón, cuello, hombros, zona deltoidea y extremidades inferiores. El prototipo de este patrón atípico es la pitiriasis de Gibert, que en la raza negra puede presentar formas inusuales.

### Patología más prevalente

Entre la patología más prevalente puede citarse la dermatitis granulomatosa periorificial de la infancia, que aparece en niños de 3 a 12 años y predomina en la raza negra. Es una lesión papular discretamente eritematosa perioral, perinasal y periocular, en la que pueden aparecer pústulas, descamación, hipopigmentación e hiperpigmentación. Se resuelve espontáneamente en meses o incluso hasta los 2-3 años.

También de etiología desconocida es el liquen nitidus, que podría ser una variante del liquen plano y es más fre-

cuenta en la raza negra. Se manifiesta en pápulas puntiformes de color de piel normal o hipopigmentadas, de superpie plana y brillante que puede localizarse en cualquier parte del cuerpo. No requiere tratamiento y se resuelve de forma espontánea en semanas o meses.

La melanosis pustulosa neonatal transitoria está presente al nacer en forma de pústulas sobre piel sana en cualquier localización. Sigue un curso evolutivo típico, que comienza con vesiculopústulas estériles, que se secan y rompen con facilidad dejando un "collarete" descamativo que provoca una hiperpigmentación residual postinflamatoria. Las vesículas y pústulas desaparecen en 3-5 días, pero las máculas pigmentadas pueden persistir semanas o meses.

El otro gran grupo de patologías en estos pacientes están relacionadas con las características del pelo y las técnicas de peinado y alisamiento. Son cabellos cortos, ralos y rizados, difíciles de peinar, que tienen un folículo piloso curvo con la parte cóncava hacia fuera y que son más frágiles. Si además se tira de ellos fuerte para hacer trenzas o extensiones, o se calientan con aceites y planchas, es fácil que se rompan y aparezca una alopecia permanente.

Así, la alopecia por tracción es la principal enfermedad, provoca eritema y una discreta inflamación perifolicular. Podemos encontrar descamación, cabellos rotos y pérdida de cabellos, y si persiste, cicatrización folicular y alopecia permanente.

La pseudofoliculitis de la barba es típica del adolescente-adulto (14-25 años): los pelos muy rizados se curvan y penetran en la piel provocando reacción inflamatoria, pápulas y pústulas perifoliculares que pueden causar incluso abscesos y queloides. Otras patologías prevalentes son las tiñas (tinea capitis tricofítica, tinea capitis microspórica, querion de Celso) y la dermatitis papulosa nigra, muy frecuente en adultos, cuyo tratamiento es la resección o el legrado.

Eulalia Baselga

**Dermatóloga**

Hospital de la Santa Creu i

Sant Pau

Barcelona

Las toxicodermias afectan al 2,5% de los niños que han tomado una medicación y al 12% en el caso de antibióticos

Los dos patrones de toxicodermias más frecuentes son las erupciones exantemáticas y las urticarias



# Toxicodermias en el niño

La Dra. Eulalia Baselga, dermatóloga del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, cerró el turno de ponencias de Dermopediatrics VII abordando las toxicodermias (TD), dermatosis causadas generalmente por fármacos, que se estima que afectan al 2,5% de niños que reciben una medicación y al 12% de los tratados con antibióticos.

**LA PONENTE** subrayó que es importante reconocer las TD para interrumpir el tratamiento ante la sospecha, no confundir con erupciones de otra causa, prevenir nuevas exposiciones al fármaco y no etiquetar como alérgicos a un fármaco a pacientes que no lo son. Las toxicodermias pueden clasificarse en inmunológicas (o alérgicas), que son impredecibles y obedecen a distintos tipos de hipersensibilidad; y las no inmunológicas, que pueden ser predecibles, cuando

dependen del mecanismo de acción del fármaco, o impredecibles, porque están más en función de la "mala suerte genérica" del paciente (por ejemplo, por tener una vía de metabolización anómala para el fármaco).

## Toxicodermias frecuentes no graves

La Dra. Baselga se centró en las toxicodermias inmunológicas, las más frecuen-

tes, que clasificó en tres grandes grupos: TD frecuentes no graves, TD con patrón específico y TD graves.

Los dos patrones más habituales de toxicodermias frecuentes no graves son las erupciones exantemáticas y las urticarias. Ante una dermatosis sospechosa siempre hay que plantearse si su origen es medicamentoso o está causada por la infección que pueda sufrir el niño. En ocasiones no hay respuesta a esta disyuntiva, pero pueden orientar claves diagnósticas como la secuencia temporal –“si al poco de iniciar con un fármaco comienza la reacción”-, la historia de exposición a ese fármaco, otros síntomas o si hay un patrón reconocible de erupción infecciosa.

En general, la existencia de fiebre, pródromos, adenopatías y la propia epidemiología lleva a pensar en una causa infecciosa, mientras que la de prurito, eosinofilia, polimorfismo, así como una exposición en las dos semanas previas, sugieren un origen medicamentoso. En todo caso, la causa de la urticaria en el 60% de los casos es infecciosa (urinaria, *C. pneumoniae*, *H. pylori*, etc.), sólo en el 5% es debida a fármacos y en el 3% a comida.

En cuanto a los fármacos, los que más exantemas provocan son los antibióticos (con la penicilina en primer lugar, seguida de las sulfamidas) y los anti-convulsivantes aromáticos (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital). En el caso de las urticarias los fármacos más frecuentes son los AINE, por delante de antibióticos y anticonvulsivantes aromáticos.

El manejo de las toxicodermias exantemáticas pasa por la suspensión del fármaco sospechoso y la administración de emolientes, antihistamínicos orales si hay picor y casi nunca es necesario el uso de corticoides. En el tratamiento de la urticaria aguda en niños las *guidelines* británicas recomiendan el empleo de antihistamínicos, en especial los de segunda generación -por ser igual de efectivos, más

rápidos y menos sedantes que los de primera generación-, y no aconsejan los corticoides orales.

### Patrones específicos de toxicodermia

Los patrones específicos de TD son, con mayor o menor frecuencia: el *serum sickness-like*, el eritema fijo pigmentario, la pustulosis aguda exantemática, las reacciones de fotosensibilidad, el eritema acral por quimioterapia y la hiperpigmentación por bleomicina.

El *serum sickness-like* es una enfermedad de semiología muy aparatosa, en forma de lesiones urticariformes no evanescentes (no son urticaria), persistentes y que dejan pigmentación residual. El fármaco más implicado es cefaclor, seguido de ampicilina, ciprofloxacino, sulfamidas y macrólidos.

El eritema fijo pigmentario, responsable del 22% de las TD en población pediá-

trica, se expresa como una placa o mácula redondeada u oval que reaparece en el mismo sitio al reintroducir el fármaco. Habitualmente se manifiesta al poco de ingerir la medicación y la pigmentación puede persistir años. Cotrimoxazol suele ser el medicamento responsable, pero también fenobarbital, fenitoína, paracetamol, AINEs y pirazolonas.

La etiología de la pustulosis exantemática generalizada aguda es predominantemente farmacológica (67% de los casos), debido a betalactámicos, macrólidos o vancomicina, aunque también hay casos de naturaleza infecciosa en niños, y el diagnóstico diferencial se plantea con psoriasis pustulosa.

Las reacciones de fotosensibilidad se pueden dividir en dos grandes grupos: fototoxias, que son el equivalente a una quemadura, y fotoalergias, más parecidas a las afecciones fotolumínicas de causa no medicamentosa. Los fármacos más implicados en las primeras son las tetraciclinas, por delante de fluorquinolonas, amiodarona y griseofulvina, mientras que en las fotoalergias lo son los fotoprotectores, las tiazidas y la griseofulvina.

El eritema acral por quimioterapia y la hiperpigmentación flagelada por bleomicina son patrones de TD muy característicos causados por los fármacos antineoplásicos. En realidad, se trata de una sobredosificación que obedece a la excreción preferencial de algunos quimioterápicos por las glándulas sudoríparas de manos y pies.

### Toxicodermias graves

Son las TD que no pueden pasar por alto ya que, aunque son muy poco frecuentes (1 caso por cada 1.000-10.000), conllevan una mortalidad elevada. Comprenden la anafilaxis, las reacciones a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS, por sus siglas en inglés) y el binomio necrólisis epidérmica.

En la mayoría de casos hay que diferenciar entre un posible origen infeccioso o medicamentoso



ca tóxica (NET)/síndrome de Stevens-Johnson (SJS).

La DRESS tiene una incidencia de 1 caso por cada 1000, aparece entre 2 y 20 semanas después de iniciado el fármaco y sus manifestaciones clásicas son exantema, fiebre y adenopatías, además de trastornos sistémicos de tipo hematológico (linfocitosis atípica, linfopenia) y hepatitis, entre otros.

A diferencia de otras toxicodermias, la DRESS tiene un tiempo de inducción más largo; un curso crónico y cíclico, en el que la fiebre puede persistir incluso tras suspender la medicación; activación linfocitaria; afectación sistémica y se cree que en su etiología juega un papel la reactivación de los virus latentes del grupo del herpes (HHV-6, HHV-7, citomegalovirus, Epstein-Barr). El manejo pasa por la suspensión de la medicación, la administración de corticoides sistémicos durante 6-8 semanas y en casos graves se puede plantear el tratamiento con inmunoglobulinas,

El binomio SJS/NET es todavía menos frecuente (1 caso por cada 100.000) pero su mortalidad es aún más elevada. En estos casos el tratamiento de soporte es vital y el papel de las inmunoglobuli-

No se recomienda el uso de corticoides en las toxicodermias que no son graves

nas y de otros inmunosupresores sigue en controversia.

La confusión clasificatoria entre eritema multiforme (EM), SJS y NET se ha ido disipando en los últimos años. En la actualidad, se considera EM *major* cuando existe afectación mucosa y EM *minor* cuando no la hay, y se diferencia de SJS y NET en que su etiología es vírica, mientras que en estas entidades es farmacológica en prácticamente el 100% de los casos. La clasificación de consenso actual se fundamenta en la presencia de las "dianas" típicas (con un halo blanco y otro rojo en el centro) en el EM y su ausencia en la NET y el SJS, mientras que estas dos entidades se diferencian por el porcentaje de superficie denudada.

En el SJS y la NET se observan máculas y erosiones, pero no pápulas sobre-elevadas ni dianas típicas ni atípicas.

Los fármacos implicados en el 80% de los niños son las sulfamidias, seguidas de lejos por los antiepilépticos (fenobarbital, carbamazepina, lamotrigina) y los AINE. El diagnóstico no suele ser problemático, puesto que se trata de cuadros extensos y de evolución rápida, y el principal diagnóstico diferencial se plantea con cuadros por estafilococos.

En el tratamiento de la NET, si la afectación es generalizada (>30%) lo adecuado es trasladar al paciente a una unidad de quemados, porque va a ser el tratamiento de soporte el que condicione la mortalidad. No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos, sí el cambio semanal de los catéteres centrales y, como se ha comentado, la inmunosupresión es controvertida, ya que hay experiencias favorables y desfavorables.

En todo caso, un estudio franco-alemán de referencia, con un número elevado de pacientes (281), mostró que, en términos de mortalidad, los grupos que además de tratamiento de soporte recibieron corticoides, inmunoglobulinas o ambos no presentaron mejores resultados que el de pacientes que sólo recibieron tratamiento de soporte.



# Entrevistas



**Josep Malvey**

**Jefe de la Unidad de Lesiones Pigmentadas del Servicio de Dermatología del Hospital Clínic de Barcelona**

Las técnicas de imagen ayudarán al pediatra a detectar los nevus con riesgo de malignización

## **¿Qué tipo de nevus requiere una mayor atención en la edad pediátrica?**

En general, los nevus adquiridos en la infancia tienen un índice de malignización muy reducido, son benignos y no necesitan un diagnóstico y un seguimiento muy específico. Lo importante es determinar los nevus con fenotipos de riesgo para melanoma en la edad adulta, que muchas veces vienen determinados desde la infancia. Existen algunas lesiones que merecen especial atención, como los nevus congénitos gigantes, que precisan una aproximación multidisciplinaria en centros de referencia.

## **¿Cuáles son los signos que deben llevar al pediatra a derivar al dermatólogo a un paciente con nevus?**

Cualquier lesión que cumpla con criterios de atipia, es decir, asimetría, múltiples colores, un diámetro mayor de lo habitual o una tipología distinta al resto de nevus que presenta el paciente, lo que llamamos “el patito feo”. También pueden ser de riesgo las localizaciones en uñas y en la cabeza, así

como los nevus congénitos de tamaño mediano. La premisa es derivar a los pacientes con nevus que despiertan dudas.

## **¿Cómo califica el control que hacen los pediatras de los nevus en la actualidad?**

Es heterogéneo, porque no hay guías sobre qué hacer. No hay un criterio adecuado sobre el seguimiento de los nevus en la consulta pediátrica.

## **¿Cómo puede mejorarse esta situación?**

Es necesario entrenar a los pediatras en las distintas caras que tienen los nevus en nuestra población pediátrica. En ocasiones algunas lesiones benignas crean alarma sólo por presentar un aspecto distinto. Hay que ayudar al pediatra en la identificación de las realmente peligrosas a través de procedimientos de reconocimiento visual y análisis comparativo. En este sentido, implementar técnicas como la teledermatología o la dermatoscopia simplificada puede ser clave para la detección y derivación de los pacientes con riesgo real.

Falta un criterio adecuado sobre el seguimiento de los nevus en la consulta pediátrica



**Mario Cutrone**  
 Director de la Unidad de Dermatología  
 Pediátrica del Hospital dell'Angelo de  
 Venecia (Italia)

Es preciso que los padres  
 reciban información adecuada  
 sobre los cuidados de la piel  
 del recién nacido

**¿Cómo califica el momento actual de la dermatología neonatal?**

La dermatología pediátrica es una ciencia joven, y la dermatología neonatal más joven aún. Pero es muy importante y necesaria, porque la mayoría de recién nacidos salen de la unidad de neonatología sin que sus padres hayan recibido explicaciones adecuadas sobre la condición y el cuidado de su piel. Hay pocos médicos que se dediquen.

**¿Cuáles son las alteraciones dermatológicas más frecuentes en el neonato?**

Las dermatosis neonatales transitorias, que no son verdaderas enfermedades, sino el resultado del paso del ambiente húmedo del medio intrauterino al ambiente seco del medio exterior. Estas dermatosis engloban 10-15 condiciones transitorias que es preciso reconocer, como por ejemplo las pustulosis, para no confundirlas con patologías más serias.

**¿Y cuáles son las más relevantes?**

Las manchas salmón, que ya están presentes al nacer, son una de ellas, al igual que las manchas mongólicas, principalmente en la raza negra. Otras lesiones relevantes son las maceraciones de la piel en el niño posmaduro, que pasa 41-42 semanas en el útero, porque a partir de la semana 38 de gestación deja de producirse la sustancia protectora natural de la piel en el líquido amniótico.

**¿Cómo afectan estas alteraciones dermatológicas la calidad de vida de los niños?**

Las más comunes no suponen mayor problema. Otra cosa, son patologías como la epidermolisis ampollosa, que afecta claramente la calidad de vida del neonato y de su madre, que no puede ni tocar a su hijo. También puede haber problemas por el efecto iatrogénico del cuidado excesivo por parte de los padres y el empleo de cremas y aceites cosméticos. Por eso es importante que al alta hospitalaria los padres reciban consejos adecuados y rigurosos sobre el cuidado de la piel de su bebé.



**Ramón Grimalt**  
 Dermatólogo del Hospital Clínic de  
 Barcelona. Profesor asociado de  
 Dermatología de la Universidad de  
 Barcelona

El objetivo de Dermopediatrics es  
 que los conceptos aprendidos  
 sean aplicables al día siguiente en la  
 práctica cotidiana

**¿Por qué en la dermatitis seborreica concurren dificultades diagnósticas y de clasificación?**

Porque es una enfermedad que no se ha acabado de entender y de filiar bien. Aparece en dos franjas de edad, el neonato y el postadolescente, y en el primer caso puede ser la expresión de un proceso adaptativo de la piel del neonato del medio intrauterino al medio exterior o la primera manifestación de dos enfermedades que pueden aparecer posteriormente en la vida, la dermatitis atópica y la psoriasis.

**¿Cómo debe plantearse el diagnóstico diferencial?**

En muchas ocasiones es imposible poner ya una etiqueta al recién nacido con dermatitis seborreica y sólo puedes decir que tiene la piel seca y sensible. Es imposible predecir lo que tendrá de mayor, pero sí nos pueden orientar los antecedentes familiares. Si le acompaña una madre o un padre con codos rasposos, descamación debajo de las uñas o caspa detrás de las orejas puedes pensar que evolucionará hacia psoriasis. Si por el contrario son familiares con rinitis estacional, asma o que ya han tenido dermatitis atópica puedes pensar en una evolución hacia ésta.

**¿Cómo son los resultados terapéuticos?**

La dermatitis seborreica en el lactante se cura sola, por lo que no hay necesidad de tratamientos agresivos. Por su tendencia a mejorar espontáneamente, son útiles desde los remedios más caseros hasta las cremas más sofisticadas, pero ninguno cambiará su evolución posterior.

**¿Cuál es el papel de ciclopiroxolamina?**

Puede tener una cierta utilidad en la dermatitis seborreica porque se ha visto que la presencia de hongos sobre la piel puede favorecer su inflamación. Por esta razón los antifúngicos, que reducen la flora colonizante, pueden tener un efecto beneficioso.



**Aurora Guerra**  
Profesora titular de Dermatología  
de la Universidad Complutense de  
Madrid. Jefe de servicio del Hospital  
Universitario 12 de Octubre

La escala de Gravedad del Acné Española agiliza la clasificación y evaluación del paciente

### **¿Cuáles son las claves para un diagnóstico correcto del acné?**

La lesión elemental y la clave diagnóstica es el comedón. Esta pequeña lesión es la que con posterioridad se inflama y da lugar a las pápulas y las pústulas típicas. Por ello hay que buscar los comedones y a partir de ellos tendremos el diagnóstico.

### **¿Cómo se ha gestado la escala de Gravedad del Acné Española (GAE)?**

Desde nuestro grupo de investigación, y con el apoyo de Ferrer, decidimos validar en España la escala de Leeds, la más usada a nivel internacional. Pero se trata de una escala complicada y decidimos elaborar una más sencilla y adaptada a nuestra cultura y medios. Clasificamos un montón de fotografías de pacientes con acné hasta consensuar 10 fotografías -4 para la cara, 3 para el tórax y 3 para la espalda-, muchas menos que en la escala de Leeds, para clasificar todos los casos de acné desde el punto de vista de su gravedad. Posteriormente se realizó un estudio de investigación prospectivo en el que participaron más de 90 investigadores, mediante el cual se validó la nueva escala de gradación del acné española (escala GAE).

### **¿Qué ventajas ofrece la escala GAE sobre la de Leeds?**

El menor número de imágenes de referencia simplifica su utilización. Aparte de los dermatólogos, los pediatras y los médicos de familia también tratan el acné, y muchos de ellos no empleaban la escala de Leeds debido a su complejidad. Así, con la escala GAE se universaliza el concepto, además de que es más rápida de usar, agiliza las consultas y tiene una fiabilidad similar a la escala de Leeds.

### **¿Qué factores son decisivos en la curación del acné?**

Por supuesto, la elección del tratamiento, pero casi más importante es el cumplimiento, y eso depende mucho de la relación de confianza que establezcamos con el paciente, del impacto psicológico en cada caso concreto y, sobre todo, de administrar un tratamiento sencillo.



**Eudald Sellarés**  
Hospital General de Vic  
Barcelona

Los niños de raza negra sufren la misma patología dermatológica, pero ésta se puede manifestar de forma distinta

### **¿Comporta más dificultades la exploración dermatológica de los niños de raza negra?**

Sí, porque, de entrada, el color de la piel hace que se modifiquen los signos típicos que vemos en los pacientes de piel blanca, y además tienen un patrón de respuesta diferente a las enfermedades dermatológicas.

### **¿Qué características diferenciales tiene la piel negra?**

Existen varias diferencias estructurales. La más evidente es el color, por su mayor contenido de melanina, y también tiene una dermis con fibroblastos más densos. Otra diferencia importante es el pelo, más corto, menos abundante y más frágil.

### **¿Presentan estos niños una patología dermatológica distinta?**

No. Los que viven en su país de origen sí sufren infecciones que aquí no tenemos, pero los que viven en nuestro medio presentan las mismas patologías, excepto alguna más propia de la raza negra. Sin embargo, en ocasiones estas enfermedades se expresan de forma distinta por esas características diferenciales de la piel. Por ejemplo, en la piel oscura no se observa el color rojo del eritema, que es la lesión dermatológica elemental.

### **¿Cree que el pediatra general conoce suficientemente las características diferenciales de la piel de color?**

En la zona donde vivo y trabajo existe una población notable de origen magrebí, pero en los últimos años ha venido un gran número de subsaharianos y también de suramericanos de raza negra, lo que ha supuesto un desafío asistencial. Supongo que a todos los pediatras nos ha pasado algo parecido, nos hemos tenido que replantear patologías que conocemos bien pero que se expresan de forma diferente en estas personas. Por eso me parece interesante que este tema se haya incluido en los contenidos de esta edición de Dermopediatrics.



**Eulalia Baselga. Dermatóloga del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona**

## Antibióticos y anticonvulsivantes son los fármacos más implicados en las toxicodermias en el niño

### **-¿Cuál es la frecuencia de las toxicodermias en niños?**

-Se estima que el 2,5% de los niños que toman cualquier tipo de fármaco presentan una toxicodermia, y el 12% de los que reciben antibióticos.

### **-¿Cuáles son los fármacos más implicados en estas complicaciones?**

-Por número, los antibióticos, puesto que son los más recetamos a los niños, pero proporcionalmente son los anticonvulsivantes los que más toxicodermias producen.

### **-¿Cuáles son las toxicodermias más frecuentes? ¿Y las más graves?**

-Las más graves son el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica, y las más frecuentes, las urticarias y los exantemas morbiliformes o maculopapulares. En estos casos el principal problema es el diagnóstico diferencial con las infecciones víricas, porque muchos niños tienen fiebre, faringitis u otitis, se les administra un antibiótico y entonces presentan rash cutáneo. Éste puede ser provocado

por el virus causante de la infección o por el fármaco, pero son indistinguibles.

Para inclinarte por una causa u otra hay que tener en cuenta una serie de factores. Por ejemplo, si hay fiebre es más probable que la reacción sea infecciosa, mientras que si pica es más probable que sea medicamentosa. También es importante la historia de exposición al fármaco.

### **-¿Cuáles son las claves diagnósticas y terapéuticas para el pediatra?**

-La clave diagnóstica pasa por intentar reconocer el patrón, si encaja con una enfermedad vírica o con una toxicodermia conocida. Ante la sospecha hay que buscar el fármaco implicado y, en su caso, suspender ese tratamiento.

### **-¿En qué casos está indicado el uso de corticoides?**

-En general, en las reacciones medicamentosas que no son graves, las urticarias y los exantemas, no son necesarios. Tras la suspensión del fármaco, pueden solucionarse con antihistamínicos, emolientes y tratamiento sintomático. En las toxicodermias graves sí cabe plantearse un tratamiento inmunosupresor, con corticoides o con otros fármacos.

Es preciso que los padres reciban información adecuada sobre los cuidados de la piel del recién nacido



# FICHA TÉCNICA

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** PEITEL<sup>®</sup> pomada • PEITEL<sup>®</sup> crema • PEITEL<sup>®</sup> ung.ento • PEITEL<sup>®</sup> solución • PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Componentes farmacológicamente activos: 1 gramo de PEITEL<sup>®</sup> pomada, crema, ung.ento, solución y solución con aplicador contiene 2,5 mg de Prednicartrato (DCI). **FORMA FARMACÉUTICA:** Pomada, Crema, Ung.ento, Solución. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas.** PEITEL<sup>®</sup> pomada, crema y ung.ento est-n indicados en todas las afecciones cut-neas inflamatorias en las que estÉ indicado el tratamiento con corticoides tÓpicos, tales como dermatitis, eccemas y psoriasis. PEITEL<sup>®</sup> pomada, crema y ung.ento es adecuado para el tratamiento de regiones cut-neas especialmente sensibles, grandes superficies y en las que es necesario un tratamiento repetitivo a largo plazo (m-ximo 4 semanas). PEITEL<sup>®</sup> pomada, crema y ung.ento puede utilizarse en niOs y ancianos. PEITEL<sup>®</sup> solución est-indicado en las dermatosis de las zonas pilosas del cuerpo (p. ej. cuero cabelludo, barba, axilas y pubis) que responden al tratamiento con corticoides tÓpicos tales como psoriasis, eccema atÓpico y eccema seborreico. PEITEL<sup>®</sup> solución puede administrarse tambiEn para el tratamiento de estas enfermedades en regiones como la palma de la mano y las plantas de los pies. PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador facilita su aplicaciÓn en -reas extensas de la piel. **Posología y forma de administraciÓn.** Deben respetarse exactamente las indicaciones del mÉdico referentes a duraciÓn y frecuencia del tratamiento. PEITEL<sup>®</sup> pomada, crema y ung.ento: Salvo prescripciÓn mÉdica distinta, aplicar una o dos veces al dÍa una fina capa de PEITEL<sup>®</sup> sobre el -rea cut-nea enferma, friccionando ligeramente, si ello es posible. Normalmente son suficientes 2 Ó 3 semanas de tratamiento. Como en otros corticoides, no es aconsejable la administraciÓn ininterrumpida durante m-s de 4 semanas. PEITEL<sup>®</sup> solución y PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador: Salvo prescripciÓn mÉdica distinta, aplicar una o dos veces al dÍa unas pocas gotas bien repartidas de PEITEL<sup>®</sup> solución o una fina capa de PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador sobre el -rea cut-nea enferma, friccionando ligeramente, si ello es posible. El tratamiento puede reducirse a una aplicaciÓn diaria, cuando se observe una mejora evidente. Las distintas formas de presentaciÓn de PEITEL<sup>®</sup> han sido desarrolladas especialmente en funciÓn de la zona cut-nea a tratar, así: PEITEL<sup>®</sup> pomada es una formulaciÓn galÉnica adecuada para afecciones cut-neas tanto agudas como crÓnicas, pudiendo ser aplicada sobre piel normal, húmeda o seca. PEITEL<sup>®</sup> crema es una formulaciÓn galÉnica adecuada para procesos cut-neos agudos secos o exudativos. PEITEL<sup>®</sup> ung.ento es una formulaciÓn galÉnica adecuada para afecciones cut-neas crÓnicas y secas. PEITEL<sup>®</sup> solución es una solución hidroalcohÓlica especialmente adecuada para el tratamiento de afecciones inflamatorias cut-neas de las -reas pilosas. La peculiar viscosidad de PEITEL<sup>®</sup> solución permite una f-cil aplicaciÓn sobre la piel sin adherirse al pelo, y al ser una solución hidroalcohÓlica tiene un agradable efecto refrescante. Con PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador se facilita la utilizaciÓn en -reas extensas de la piel, ya que permite la f-cil extensiÓn de una fina capa de producto con aspecto de espuma. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al Prednicartrato o alguno de los excipientes. No utilizar en los ojos; incluso la aplicaciÓn de PEITEL<sup>®</sup> -si se prolonga- en la vecindad inmediata de los ojos debe estar precedida por una cuidadosa valoraciÓn riesgo-beneficio y debe solo realizarse bajo supervisiÓn mÉdica ya que, cuando pequeOs dosis de corticosteroides tÓpicos entran en contacto repetidamente con la conjuntiva, puede, con el tiempo, desarrollarse un aumento de la presiÓn intraocular. FenÓmenos cut-neos derivados de vacunaciones, tuberculosis, sífilis o infecciones víricas (p. ej. varicela). AcnÉ ros-acea y dermatitis perioral. PEITEL<sup>®</sup> crema, pomada y ung.ento contienen una parafina que puede causar fugas o roturas en los preservativos de l-tex, por lo cual debe evitarse el contacto de éstos con PEITEL<sup>®</sup>. No se aconseja el empleo de PEITEL<sup>®</sup> solución en lactantes y niOs pequeOs, ya que no existe suficiente experiencia clínica en este grupo de edad con esta formulaciÓn. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Evitar el contacto con los ojos. En caso de sobreinfecciones bacterianas o micÓticas locales, debe realizarse un tratamiento antibacteriano o antimicÓtico adicional. La administraciÓn de PEITEL<sup>®</sup> -en todas sus formas- en niOs debe realizarse con precauciÓn, limit-ndose a la dosis m-s baja compatible con un tratamiento eficaz. La aplicaciÓn a corto plazo de dosis demasiado altas (uso de excesivas cantidades de PEITEL<sup>®</sup>, aplicaciÓn sobre un -rea excesivamente extensa o aplicaciones demasiado frecuentes) o el olvido por una vez del tratamiento no es previsible que provoque efectos perjudiciales. Se recomienda a los enfermos que informen a su mÉdico de tales desviaciones del tratamiento previsto. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacciÓn. No se han descrito. **Embarazo y lactancia.** No est- demostrada su inocuidad en el embarazo, por lo que debe evitarse el tratamiento prolongado ininterrumpido

(m-s de cuatro semanas) en el primer trimestre de embarazo. Durante el primer trimestre de embarazo no debe usarse la aplicaciÓn extensa (m-s del 30% de la superficie corporal) de PEITEL<sup>®</sup>. No existe suficiente experiencia clínica de la utilizaciÓn de PEITEL<sup>®</sup>, en cualquiera de sus formas farmacéuticas, durante la lactancia materna, por lo que no se recomienda su uso durante este periodo. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria.** No se han descrito. **Reacciones adversas.** La experiencia indica que, si el producto se utiliza debidamente, no cabe esperar ningún efecto secundario como atrofia cut-nea, telangiectasias o estrÍas distensas (duraciÓn m-xima ininterrumpida del tratamiento: 4 semanas). PEITEL<sup>®</sup> pomada, crema y ung.ento: Raramente prurito, irritaciones cut-neas locales (escorzo, rubefacciÓn, exudaciÓn) como seÑal de una reacciÓn alÉrgica de la piel; folliculitis. En el caso de la aplicaciÓn de pomada o crema puede presentarse ocasionalmente sensaciÓn de ardor. PEITEL<sup>®</sup> solución y PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador: Debido al contenido alcohÓlico de la solución, ocasionalmente puede producirse irritaciÓn local de la piel como quemazÓn ligera y pasajera, eritema y sequedad cut-nea. Debe comunicarse al mÉdico si aparecen Éstas u otras manifestaciones clÍnicas. SobreposificaciÓn. Si se exceden de forma significativa las dosis recomendadas no pueden descartarse efectos adversos propios de los corticoides. No se han descrito intoxicaciones agudas por ingestiÓn accidental de PEITEL<sup>®</sup> solución, que en caso de producirse discurrirÍa con toda probabilidad de forma asintom-tica, debiÉndose Únicamente mantener bajo observaciÓn al paciente en cuanto a tendencia a retenciÓn hidrosalina e hipopotasemia. Con las formas de presentaciÓn de PEITEL<sup>®</sup> crema, pomada y ung.ento es poco probable la posibilidad de intoxicaciÓn consecutiva a su aplicaciÓn. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. Propiedades farmacodin-micas.** El Prednicartrato, principio activo de PEITEL<sup>®</sup>, es un corticoide tÓpico no halogenado esterificado en las posiciones 17 y 21 por los grupos etilcarbonato y propionato respectivamente, que se caracteriza por sus pronunciadas propiedades antiflogísticas, antialÉrgicas, antiexudativas y antipruriginosas. Si se utiliza el producto debidamente, no cabe esperar efectos secundarios locales propios de los corticoides, como atrofia y telangiectasias (duraciÓn m-xima ininterrumpida del tratamiento: 4 semanas). La influencia extremadamente reducida del Prednicartrato en la síntesis de col-geno y en el crecimiento de los fibroblastos de la piel humana refleja la escasa potencia atrofogÉnica de la sustancia activa. Tras la aplicaciÓn extensa del prednicartrato sobre una piel enferma (psoriasis, neurodermitis) no se ha observado supresiÓn de la síntesis natural de cortisol. **Propiedades farmacocinÉticas.** La piel sana sÓlo absorbe PEITEL<sup>®</sup> en una proporciÓn del 0,1%. Estudios comparativos con prednisolona muestran que el metabolismo del Prednicartrato es sustancialmente an-logo al metabolismo de la prednisolona. **Datos pre-clÍnicos sobre seguridad.** La prueba epicut-nea de 24 horas de duraciÓn realizada con los preparados de PEITEL<sup>®</sup> tanto en piel intacta como lesionada del cobaya y del conejo, permitieron calificarlos de "no irritantes para la piel" con arreglo al esquema de la FDA. La aplicaciÓn cut-nea de Prednicartrato pomada sobre la piel intacta y lesionada del conejo, ratas y perros no provocÓ lesiones identificables. La prueba de fototoxicidad y fotosensibilizaciÓn por contacto de Prednicartrato no revelÓ ningún indicio de una posible apariciÓn de esta reacciÓn cut-nea. El Prednicartrato no mostrÓ ningún efecto mut-geno en la prueba de Ames ni en la prueba de los micronúcleos. **DATOS FARMACOLÓGICOS:** Lista de excipientes. PEITEL<sup>®</sup> pomada: Monodioléato de glicerol, 2-octil-1-dodecanol, -cido edÉtico, vaselina, alcohol bencÍlico y sulfato magnÉsico. PEITEL<sup>®</sup> crema: 2-octil-dodecanol, parafina perlíquida, alcohol estearÍlico, alcohol cetÍlico, alcohol miristÍlico, monoestearato de sorbitano, polisorbato 60, alcohol bencÍlico y edetato disÓdico. PEITEL<sup>®</sup> ung.ento: Monodioléato de glicerilo, 2-octil-dodecanol y vaselina blanca. PEITEL<sup>®</sup> solución y PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador: Ester de -cido graso poliÓlico, 1,2 propilenglicol, etanol (24,36% v/v), -cido cítrico, -cido edÉtico y agua purificada. Incompatibilidades. No se han descrito. **Periodo de validez.** Crema: 3 aOs; Pomada: 2 aOs; Ung.ento: 3 aOs; SoluciÓn y solución con aplicador: 2 aOs. Los preparados son utilizables hasta la fecha de caducidad indicada en el envase. Una vez abierto el frasco de PEITEL<sup>®</sup> solución, Éste es utilizable durante tres meses. **Precauciones especiales de conservaciÓn.** PEITEL<sup>®</sup> crema, pomada, ung.ento: Deben conservarse a temperaturas no superiores a +25°C. PEITEL<sup>®</sup> solución y PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador: Debe conservarse en frigorífico entre 2°C y 8°C. Una vez abierto el envase, debe conservarse en las mismas condiciones indicadas. Naturalaleza y contenido del recipiente. PEITEL<sup>®</sup> pomada, crema, ung.ento: Tubos de aluminio con 30 g y 60 g; PEITEL<sup>®</sup> solución y solución con aplicador: frasco con 60 ml de solución y aplicador. **Instrucciones de uso/manipulaciÓn.** Para utilizar PEITEL<sup>®</sup> solución con aplicador, en el caso de aplicaciÓn en -reas extensas de la piel, el paciente deber-retirar el tapÓn de rosca y acoplar en su lugar el aplicador que se adjunta en la caja y que actúa como cierre. El paciente debe desbloquear el cierre de seguridad girando el cabezal del aplicador y presionar las paredes del frasco -no el aplicador- lo que permite obtener una solución con aspecto de espuma; una vez utilizado, volver a cerrar el cabezal del aplicador. **Presentaciones y PVP (IVA):** Crema, envase con 30 g 5,60 € con 60 g 10,12 € Pomada, envase con 30 g 5,60 € con 60 g 10,12 € Ung.ento, envase con 30 g 5,60 € con 60 g 10,12 € SoluciÓn, envase con 60 ml 10,12 € SoluciÓn con Aplicador 60 ml 10,55 € con receta mÉdica. Ficha tÉcnica completa a disposiciÓn de la clase mÉdica.

## FICHA TÉCNICA

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** PEITEL® pomada • PEITEL® crema • PEITEL® ungüento • PEITEL® solución • PEITEL® solución con aplicador. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Componentes farmacológicamente activos: 1 gramo de PEITEL® pomada, crema, ungüento, solución y solución con aplicador contiene 2,5 mg de Prednicarbo (DCI). **FORMA FARMACEUTICA:** Pomada, Crema, Ungüento, Solución. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas.** PEITEL® pomada, crema y ungüento están indicados en todas las afecciones cutáneas inflamatorias en las que esté indicado el tratamiento con corticoides tópicos, tales como dermatitis, eccemas y psoriasis. PEITEL® pomada, crema y ungüento es adecuado para el tratamiento de regiones cutáneas especialmente sensibles, grandes superficies y en las que es necesario un tratamiento repetitivo a largo plazo (máximo 4 semanas). PEITEL® pomada, crema y ungüento puede utilizarse en niños y ancianos. PEITEL® solución está indicado en las dermatosis de las zonas pilosas del cuerpo (p. ej. cuero cabelludo, barba, axilas y pubis) que responden al tratamiento con corticoides tópicos tales como psoriasis, eccema atópico y eccema seborreico. PEITEL® solución puede administrarse también para el tratamiento de estas enfermedades en regiones como la palma de la mano y las plantas de los pies. PEITEL® solución con aplicador facilita su aplicación en áreas extensas de la piel. **Posología y forma de administración.** Deben respetarse exactamente las indicaciones del médico referentes a duración y frecuencia del tratamiento. PEITEL® pomada, crema y ungüento: Salvo prescripción médica distinta, aplicar una o dos veces al día una fina capa de PEITEL® sobre el área cutánea enferma, friccionando ligeramente, si ello es posible. Normalmente son suficientes 2 ó 3 semanas de tratamiento. Como en otros corticoides, no es aconsejable la administración ininterrumpida durante más de 4 semanas. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Salvo prescripción médica distinta, aplicar una o dos veces al día unas pocas gotas bien repartidas de PEITEL® solución o una fina capa de PEITEL® solución con aplicador sobre el área cutánea enferma, friccionando ligeramente, si ello es posible. El tratamiento puede reducirse a una aplicación diaria, cuando se observe una mejora evidente. Las distintas formas de presentación de PEITEL® han sido desarrolladas especialmente en función de la zona cutánea a tratar, así: PEITEL® pomada es una formulación galénica adecuada para afecciones cutáneas tanto agudas como crónicas, pudiendo ser aplicada sobre piel normal, húmeda o seca. PEITEL® crema es una formulación galénica adecuada para procesos cutáneos agudos secos o exudativos. PEITEL® ungüento es una formulación galénica adecuada para afecciones cutáneas crónicas y secas. PEITEL® solución es una solución hidroalcohólica especialmente adecuada para el tratamiento de afecciones inflamatorias cutáneas de las áreas pilosas. La peculiar viscosidad de PEITEL® solución permite una fácil aplicación sobre la piel sin adherirse al pelo, y al ser una solución hidroalcohólica tiene un agradable efecto refrescante. Con PEITEL® solución con aplicador se facilita la utilización en áreas extensas de la piel, ya que permite la fácil extensión de una fina capa de producto con aspecto de espuma. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al Prednicarbo o alguno de los excipientes. No utilizar en los ojos; incluso la aplicación de PEITEL® -si se prolonga- en la vecindad inmediata de los ojos debe estar precedida por una cuidadosa valoración riesgo-beneficio y debe solo realizarse bajo supervisión médica ya que, cuando pequeñas dosis de corticosteroides tópicos entran en contacto repetidamente con la conjuntiva, puede, con el tiempo, desarrollarse un aumento de la presión intraocular. Fenómenos cutáneos derivados de vacunaciones, tuberculosis, sífilis o infecciones víricas (p. ej. varicela). Acné rosácea y dermatitis perioral. PEITEL® crema, pomada y ungüento contienen una parafina que puede causar fugas o roturas en los preservativos de látex, por lo cual debe evitarse el contacto de éstos con PEITEL®. No se aconseja el empleo de PEITEL® solución en lactantes y niños pequeños, ya que no existe suficiente experiencia clínica en este grupo de edad con esta formulación. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Evitar el contacto con los ojos. En caso de sobreinfecciones bacterianas o micóticas locales, debe realizarse un tratamiento antibacteriano o antimicótico adicional. La administración de PEITEL® -en todas sus formas- en niños debe realizarse con precaución, limitándose a la dosis más baja compatible con un tratamiento eficaz. La aplicación a corto plazo de dosis demasiado altas (uso de excesivas cantidades de PEITEL®, aplicación sobre un área excesivamente extensa o aplicaciones demasiado frecuentes) o el olvido por una vez del

tratamiento no es previsible que provoque efectos perjudiciales. Se recomienda a los enfermos que informen a su médico de tales desviaciones del tratamiento previsto. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción. No se han descrito. **Embarazo y lactancia.** No está demostrada su inocuidad en el embarazo, por lo que debe evitarse el tratamiento prolongado ininterrumpido (más de cuatro semanas) en el primer trimestre de embarazo. Durante el primer trimestre de embarazo no debe usarse la aplicación extensa (más del 30% de la superficie corporal) de PEITEL®. No existe suficiente experiencia clínica de la utilización de PEITEL®, en cualquiera de sus formas farmacéuticas, durante la lactancia materna, por lo que no se recomienda su uso durante este periodo. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria.** No se han descrito. **Reacciones adversas.** La experiencia indica que, si el producto se utiliza debidamente, no cabe esperar ningún efecto secundario como atrofia cutánea, telangiectasias o estrías distensas (duración máxima ininterrumpida del tratamiento: 4 semanas). PEITEL® pomada, crema y ungüento: Raramente prurito, irritaciones cutáneas locales (escorzo, rubefacción, exudación) como señal de una reacción alérgica de la piel; foliculitis. En el caso de la aplicación de pomada o crema puede presentarse ocasionalmente sensación de ardor. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Debido al contenido alcohólico de la solución, ocasionalmente puede producirse irritación local de la piel como quemazón ligera y pasajera, eritema y sequedad cutánea. Debe comunicarse al médico si aparecen éstas u otras manifestaciones clínicas. Sobredosificación. Si se exceden de forma significativa las dosis recomendadas no pueden descartarse efectos adversos propios de los corticoides. No se han descrito intoxicaciones agudas por ingestión accidental de PEITEL® solución, que en caso de producirse discurriría con toda probabilidad de forma asintomática, debiéndose únicamente mantener bajo observación al paciente en cuanto a tendencia a retención hidrosalina e hipopotasemia. Con las formas de presentación de PEITEL® crema, pomada y ungüento es poco probable la posibilidad de intoxicación consecutiva a su aplicación. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. Propiedades farmacodinámicas.** El Prednicarbo, principio activo de PEITEL®, es un corticoide tópico no halogenado esterificado en las posiciones 17 y 21 por los grupos etilcarbonato y propionato respectivamente, que se caracteriza por sus pronunciadas propiedades antiflogísticas, antialérgicas, antiexudativas y antipruriginosas. Si se utiliza el producto debidamente, no cabe esperar efectos secundarios locales propios de los corticoides, como atrofia y telangiectasias (duración máxima ininterrumpida del tratamiento: 4 semanas). La influencia extremadamente reducida del Prednicarbo en la síntesis de colágeno y en el crecimiento de los fibroblastos de la piel humana refleja la escasa potencia atrofogénica de la sustancia activa. Tras la aplicación extensa del prednicarbo sobre una piel enferma (psoriasis, neurodermitis) no se ha observado supresión de la síntesis natural de cortisol. **Propiedades farmacocinéticas.** La piel sana sólo absorbe PEITEL® en una proporción del 0,1%. Estudios comparativos con prednisolona muestran que el metabolismo del Prednicarbo es sustancialmente análogo al metabolismo de la prednisolona. **Datos preclínicos sobre seguridad.** La prueba epicutánea de 24 horas de duración realizada con los preparados de PEITEL® tanto en piel intacta como lesionada del conejo y del conejo, permitieron calificarlos de "no irritantes para la piel" con arreglo al esquema de la FDA. La aplicación cutánea de Prednicarbo pomada sobre la piel intacta y lesionada del conejo, ratas y perros no provocó lesiones identificables. La prueba de fototoxicidad y fotosensibilización por contacto de Prednicarbo no reveló ningún indicio de una posible aparición de esta reacción cutánea. El Prednicarbo no mostró ningún efecto mutágeno en la prueba de Ames ni en la prueba de los micronúcleos. **DATOS FARMACEUTICOS:** Lista de excipientes. PEITEL® pomada: Monodoleato de glicerol, 2-octil-1-dodecanol, ácido edético, vaselina, alcohol bencílico y sulfato magnésico. PEITEL® crema: 2-octil-dodecanol, parafina perliquida, alcohol estearílico, alcohol cetílico, alcohol miristílico, monoestearato de sorbitano, polisorbato 60, alcohol bencílico y edetato disódico. PEITEL® ungüento: Monodoleato de glicerilo, 2-octil-dodecanol y vaselina blanca. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Ester de ácido graso poliólico, 1,2 propilenglicol, etanol (24,36% v/v), ácido cítrico, ácido edético y agua purificada. Incompatibilidades. No se han descrito. **Periodo de validez.** Crema: 3 años; Pomada: 2 años; Ungüento: 3 años; Solución y solución con aplicador: 2 años. Los preparados son utilizables hasta la fecha de caducidad indicada en el envase. Una vez abierto el frasco de PEITEL® solución, éste es utilizable durante tres meses. **Precauciones especiales de conservación.** PEITEL® crema, pomada, ungüento: Deben conservarse a temperaturas no superiores a +25°C. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Debe conservarse en frigorífico entre 2°C y 8°C. Una vez abierto el envase, debe conservarse en las mismas condiciones indicadas. Naturaleza y contenido del recipiente. PEITEL® pomada, crema, ungüento: Tubos de aluminio con 30 g y 60 g; PEITEL® solución y solución con aplicador: frasco con 60 ml de solución y aplicador. **Instrucciones de uso/manipulación.** Para utilizar PEITEL® solución con aplicador, en el caso de aplicación en áreas extensas de la piel, el paciente deberá retirar el tapón de rosca y acoplar en su lugar el aplicador que se adjunta en la caja y que actúa como cierre. El paciente debe desbloquear el cierre de seguridad girando el cabezal del aplicador y presionar las paredes del frasco -no el aplicador- lo que permite obtener una solución con aspecto de espuma; una vez utilizado, volver a cerrar el cabezal del aplicador. **Presentaciones y PVP (IVA):** Crema, envase con 30 g 5,60 €; con 60 g 10,12 €; Pomada, envase con 30 g 5,60 €; con 60 g 10,12 €; Ungüento, envase con 30 g 5,60 €; con 60 g 10,12 €; Solución, envase con 60 ml 10,12 €; Solución con Aplicador 60 ml 10,55 €. Con receta médica. Ficha técnica completa a disposición de la clase médica.



Su potencia  
se queda en la piel



**Peitel**<sup>®</sup>  
Prednicarbato

EFICACIA TÓPICA SIN EFECTOS SISTÉMICOS DEMOSTRADOS

