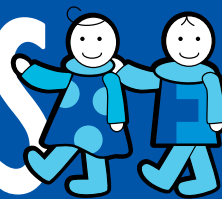


DERMOPEDIATRICS



5º Curso de Dermatología Pediátrica para Pediatras y Dermatólogos en formación

PONENCIAS

28/03/08
AUDITORIO WINTERTHUR

- Isabel Bielsa
Exantemas no infecciosos
- Carlo Gelmetti
Dermatitis atópica y eczemas
- José C. Moreno
Enfermedades zoonositarias
- Ramon Grimalt
Tratamiento del acné
- Eudald Sellarés
Manifestaciones cutáneas de procesos internos
- Juan Ferrando
Alopecias: Diagnóstico diferencial
- Eulalia Baselga
El pediatra frente a los Nevus



SUMARIO

- 3.** Presentación
- 4.** Exantemas no infecciosos
Isabel Bielsa
- 6.** Dermatitis atópica y eczemas
Carlo Gelmetti
- 8.** Enfermedades zoonositarias
José C. Moreno Giménez
- 10.** Tratamiento del acné: Una visión personal
Ramon Grimalt
- 12.** Manifestaciones cutáneas de procesos internos
Eudald Sellarés
- 14.** Alopecias: Diagnóstico diferencial
Juan Ferrando
- 16.** Actitud del pediatra frente a los nevus
Eulalia Baselga
- 18.** Conclusiones
Dres. Ferrando y Grimalt

Apreciados amigos y compañeros:

Dermopediatrics es un curso práctico de Dermatología Pediátrica dirigido a pediatras y dermatólogos en formación. Dermopediatrics nació en Noviembre de 2002 como curso previo al Congreso Europeo de Dermatología Pediátrica que organizamos en Barcelona y que tan buena acogida tuvo, sumando un total de 900 participantes entre congresistas e inscritos al curso. En aquella ocasión, como curso piloto, se presentaron diversos temas de máximo interés en dermatología pediátrica abordados por miembros, tanto del Grupo Español, como de los grupos Europeo e Internacional de Dermatología Pediátrica.

Dermopediatrics resurgió en su segunda edición de Marzo de 2005, debido a las numerosas peticiones recibidas, con más de 500 participantes, para ya seguir de forma continuada cada año hasta la actualidad en su 5ª Edición.

La filosofía de Dermopediatrics es ofrecer a la audiencia temas de tipo práctico en la consulta diaria de la mano de profesionales con gran experiencia y fuerte capacidad de comunicación. No faltan los temas sobre infecciones y parasitosis, eccemas (dermatitis atópica), acné, erupciones eritematoescamosas (psoriasis, ictiosis,...), etc. Se exige una presentación fluida y dinámica abundando en aspectos de diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento, de forma que se fomenten el diálogo y las preguntas por parte de la audiencia y el ponente. Una nueva sección que desde hace un par de ediciones viene tomando más cuerpo, es la de los Casos para Diagnóstico que siempre supone un reto o un desafío para la audiencia y promueve el diálogo.

Para ésta y sucesivas ediciones contamos con el apoyo exclusivo del grupo Ferrer-Novag, a quién desde aquí, queremos expresar nuestro agradecimiento y de cuya iniciativa nace Dermopediatrics: La Revista, que incluye los resúmenes de las ponencias presentadas en la última edición y es, de alguna forma, un anticipo del VI Dermopediatrics que se celebrará en febrero de 2009 y que no os podeis perder !

Juan Ferrando y Ramón Grimalt
Directores de Dermopediatrics

EXANTEMAS NO INFECCIOSOS

Los términos rash, erupción y exantema los utilizamos de manera indistinta para describir unas lesiones en la piel de morfología variable, que aparecen de una manera súbita y tienen una distribución casi siempre simétrica y generalizada. Según su etiología, estas lesiones pueden acompañarse de fiebre y síntomas constitucionales.



Isabel Bielsa
Servicio de Dermatología
Hospital Universitari Germans
Trias i Pujol. Badalona

La evaluación de un paciente con un exantema es siempre un reto ya que: 1) el diagnóstico etiológico es, en muchas ocasiones, difícil de establecer, 2) obliga a realizar un diagnóstico diferencial amplio que incluye procesos a veces banales y en otras ocasiones graves, que pueden poner en peligro la vida del paciente, y 3) obliga a decidir de forma inmediata un tratamiento empírico así como la hospitalización o aislamiento del paciente.

La historia clínica debe incluir cuestiones que hagan referencia a viajes recientes, exposición a animales, ingesta de fármacos, contacto con otros enfermos o antecedentes que pueden condicionar un mayor riesgo de ciertos procesos asociados como por ejemplo una valvulopatía o inmunosupresión. También se debe incluir detalles acerca del rash (lugar de inicio, forma de extensión, presencia de prurito, relación temporal con la fiebre o tratamientos tópicos u orales previos).

Para evaluar las características del rash es necesario identificar la lesión primaria y las secundarias, así como observar como estas lesiones se distribuyen, configuran y ordenan. Las lesiones primarias de la piel son mácula, pápula, nódulo, placa, pústula, vesícula y ampolla.

En cuanto a los datos de laboratorio, puede tener interés la petición de un hemograma completo con recuento y fórmula, una velocidad de sedimentación, una bioquímica completa y cultivos de sangre y orina si se sospe-

cha una infección. Si existen lesiones pustulosas puede realizarse un Gram y cultivo del pus obtenido mediante aspirado o con la punta de un bisturí. Si se sospecha una infección herpética puede realizarse una extensión sobre un porta del material obtenido mediante el rascado del suelo de una vesícula (test de Tzank). En algunos casos una biopsia puede ayudarnos a diagnosticar algunas enfermedades como una fiebre botonosa, un LE, una infección herpética, un eritema multiforme, una vasculitis, una lúes secundaria o una micosis profunda. Si bien las determinaciones serológicas e inmunológicas no serán de ayuda en el momento agudo de la erupción, si pueden resultar de gran ayuda para apoyar el diagnóstico posterior de algunas enfermedades como el LE, una lúes, una artritis reumatoide o una primoinfección por VIH.

Según la lesión elemental que configura el exantema, podemos agruparlo en 5 patrones: el exantema maculopapuloso, el eritematoescamoso, el escarlatiniforme, el petequial y el vesiculopustuloso.

El exantema maculopapuloso es el más frecuente y puede responder a situaciones clínicas muy distintas. Es el patrón clínico que adoptan la mayoría de las infecciones víricas, pero también puede verse en el contexto de una toxicodermia e infecciones bacterianas. Un exantema maculopapuloso con distribución central (lesiones en el tronco) casi siempre tendrá una de estas dos causas: un virus o un fárma-

“Como a la pitiriasis rosada de Gibert y el síndrome de Gianotti Crosti, a este ejemplo de exantema laterotorácico unilateral, se le atribuye un origen vírico que no se ha demostrado. La erupción de aspecto eczematoso o escalatiniforme tiene un inicio unilateral, alrededor de una axila, la cara lateral del tronco y la interna del brazo.”

co. En algunas ocasiones el exantema más o menos generalizado puede ser consecuencia de una enfermedad autoinmune, un LE o una dermatomiositis.

Las lesiones maculopapulosas van a tener un predominio acral y ello va a ser una de las claves que permitirá sospechar el diagnóstico correcto. Dentro de este grupo tenemos el eritema multiforme (en la forma *minor* y *major*) que constituye la erupción maculopapular periférica más común. Otra erupción de distribución acral o periférica es el síndrome de Gianotti-Crosti.

Finalmente, otro exantema de distribución periférica es el exantema mercurial, también llamado síndrome de Baboon. Es un exantema generalizado pero de predominio en las flexurales inguinales y axilares, las nalgas y los flancos. Es un cuadro de sensibilidad al mercurio, que en este caso se desencadena por la inhalación de los vapores de mercurio ya que no ha existido contacto directo con el mismo.

El exantema maculopapuloso también puede adoptar una morfología anular. El eritema infeccioso, además del eritema en bofetada en las mejillas puede ocasionar en las extremidades un eritema algo reticulado o inclusive anular. El LE cutáneo en su forma subaguda puede dar lugar a una erupción de tipo anular poco frecuente en la infancia. Dentro del patrón de exantemas eritematoescamosos debemos considerar tres entidades prin-

cipales: la pitiriasis rosada de Gibert, la psoriasis y la pitiriasis rubra pilaris.

El exantema escarlatiniforme es un eritema difuso e intenso que se resuelve con una intensa descamación. Este tipo de erupción se caracteriza por la liberación de unas toxinas bacterianas que son las responsables del cuadro (escarlatina, síndrome del shock tóxico, síndrome de la escaldadura estafilocócica y enfermedad de Kawasaki).

El exantema petequial es una erupción constituida por elementos violáceos o purpúricos que no desaparecen a la vitropresión. Con frecuencia, su origen es infeccioso.

Finalmente, consideraremos el exantema vesiculopustuloso. La situación clínica que mejor representa este tipo de erupción es la infección por el virus varicela zoster. Debe distinguirse de otra situación clínica en la que es posible observar pápulas, pápulo-vesículas y costras en distintos estadios evolutivos, con una distribución similar a la de la varicela, que se denomina pitiriasis liquenoide aguda. Finalmente, considerar una erupción aguda y generalizada, en la que aparece un eritema difuso sembrado de numerosas pústulas y que se denomina pustulosis aguda exantemática.



Caso clínico: EXANTEMA LATEROTO- RÁDICO UNILATERAL

- También llamado “exantema periflexural asimétrico de la infancia”
- Etiología vírica no demostrada
- Erupción eczematososa o escarlatiniforme
- Inicio unilateral:
 - Axila
 - Cara lateral del tronco
 - Cara interna del brazo
- Progresión centrífuga
- Afectación bilateral
- Duración: 4-6 semanas
- Síntomas asociados:
 - Fiebre
 - Rinofaringitis
 - Conjuntivitis
 - Diarrea

DERMATITIS ATÓPICA Y ECZEMAS

Dermatitis atópica, fase subaguda en lactante de 3 a 6 meses

Los términos dermatitis y eczema son sinónimos e indican una inflamación de la piel generalmente adquirida. Son términos genéricos (dermatitis es preferido por los autores americanos y eczema por los ingleses) que indican una inflamación de la piel caracterizada de eritema, exudación y costras, en fase aguda, y de, costras y descamación, en fase crónica, pero no indica el tipo y la causa de la dermatitis.



Carlo Gelmetti
Instituto de Ciencias Dermatológicas.
 Universidad de Milano.
 IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena"

En función de la edad se producen distintas topografías de eczemas. En los recién nacidos el diagnóstico es dudoso y sólo se ve afectada el área del cabello. En el lactante de entre 3 y 6 meses se manifiesta en la cabeza, mejillas y la parte extensora de las articulaciones. Entre los lactantes de más de 6 meses y niños las zonas afectadas son la cabeza, mejillas, dorso de las manos, las orejas y la parte flexora de las articulaciones. En cuanto a la topografía de la **Dermatitis atópica (DA) grave o difusa en lactantes y niños únicamente no se ven afectadas las áreas del pañal y perioral.** Entre los adolescentes y adultos, la DA se manifiesta en los varones en la zona acral y periorifical, mientras que en las mujeres además se produce eczema en la areola mamaria.

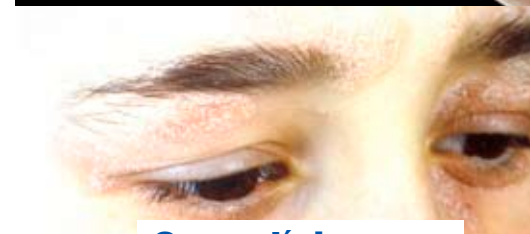
La frecuencia y los signos menores de la DA no han sido establecidos todavía con certeza. Y probablemente estos signos tengan variaciones relativas a la edad, a la pertenencia a un grupo étnico o a la situación geográfico-ambiental.

En la piel del área ocular se hallan variaciones en el diagnóstico diferencial de la DA donde se observa liquenificación, curso crónico y recidivante, dermatitis en otras áreas, conjuntivitis asociada, antecedentes familiares y patch test negativo. Mientras que la dermatitis alérgica de contacto se caracteriza por presentar edema, curso agudo, dermatitis localizada, ausencia de conjuntivitis y patch test positivo. El

diagnóstico diferencial del área ocular entre la DA y la psoriasis se diferencia en la aparición de liquenificación en la primera frente a descamación en la segunda, curso crónico recidivante frente a un curso lento, antecedentes familiares frente a ausencia de antecedentes familiares, asimetría en párpado inferior frente a ésta, y dermatitis en otras áreas en ambos casos.

La modalidad de presentación y la evolución de la enfermedad también varía del niño al adulto. La DA pasa de una situación de irritabilidad asociada a un eczema agudo difuso en el niño a una situación de irritabilidad asociada a un eczema crónico localizado en el adulto. Los factores alimentarios desencadenantes dejan paso a factores inhalados y cutáneos. El factor psicológico puede influenciar el curso a cualquier edad.

Dermatitis crónica de la mano en mujer adolescente



Caso clínico: PSORIASIS

- Adolescente varón.
- Dermatitis del área ocular
- Descamación de curso lento en otras áreas
- Asimetría palpebral

EL TRATAMIENTO

El tratamiento de la DA según la EBM de 2007 se basa en ciclosporina oral, corticosteroides tópicos, ITCs (Inhibidores Tópicos de la Calcineurina), psicoterapia y rayos UV.

Los ITCs junto con los corticosteroides tópicos (CST) son la terapia ideal. Los ITCs sólo están indicados en dermatitis atópica en pacientes mayores de 2 años de edad cuando el tratamiento con CST no es posible.

Entre las indicaciones preferenciales de los CST frente a los ITCs se encuentran las siguientes: Los CST se presentan en distintas formulaciones, su acción es más rápida, pueden causar atrofia cutánea, depleción de las células de Langerhans (CL) y taquifilaxia, presentan un buen cumplimiento, un coste más bajo y disponibilidad total. Por otro lado, los ITCs sólo se presentan en ungüento y crema, tienen un cumplimiento modesto, disponibilidad limitada, un coste más alto, mejor absorción y pueden causar depleción parcial de las CL y también taquifilaxia.

En las áreas cutáneas con alta absorción se utilizarán los ITCs como tratamiento mientras que en las áreas cutáneas con baja absorción se optará por los CST.

Se aplicarán distintos tratamientos para la DA dependiendo de la fase o gravedad en la que se encuentre. En la **fase básica** se utilizarán programas educativos, emolientes, aceites de baño y se evitarán factores alérgicos. La **fase media** (transitoria) se tratará primero con glucocorticoesteroides tópicos y después con inhibidores de la calcineurina, antisépticos y antihistaminas no sedantes. En la **DA moderada (recurrente)**, antihistamínicos sedantes, terapia de rayos UV, asesoramiento psicossomático y terapia climática. En la **fase severa (persistente)** se requerirá hospitalización, inmunosupresión sistémica, glucocorticoesteroides orales, azatioprina, ciclosporina A, tacrolimus oral y PUVA.

Como nuevas tendencias terapéuticas en la protección de la piel se han incorporado recientemente las prendas de seda y de plata.

En cuanto al picor y la edad del paciente en el neonato puede haber picor pero sin rascado. En el niño, el picor evoca rascado y normalmente es proporcional y en el adolescente puede haber rascado pero sin picor. En cuanto al picor y la gravedad de la enfermedad no hay una relación directa.

Como conclusión independientemente de la causa del picor y también considerando la existencia del círculo vicioso "picor-rascado-picor", es importante calmar este prurito también para prevenir daños secundarios que, en pediatría, son más difíciles de evitar.

ENFERMEDADES ZOOPARASITARIAS

Entendemos por enfermedades zoonositarias aquellas que están provocadas por la presencia, en el cuerpo de parásitos es decir de animales o vegetales que se nutren de nuestro organismo o que lo utilizan como parte de su ciclo vital, y por extensión los procesos que se transmiten a partir de la agresión, generalmente picadura, de los mismos.

Las enfermedades zoonositarias pueden afectar a nuestro organismo por parasitación directa, por picaduras (lesiones mecánicas y reacciones alérgicas) y por transmisión de enfermedades.

Entre los artrópodos se agrupan un amplio grupo de invertebrados, cuyo mayor número corresponde a los insectos, con más de un millón de especies.

Dada la gran cantidad de las especies que constituyen este grupo solo comentaremos los más frecuentes o trascendentes para el género humano.

Entre las picaduras de arañas, la más frecuente se debe a la "reclusa marrón" (*Loxosceles reclusa*) que habitualmente solo produce cuadros habonosos que pueden llegar a ser muy inflamatorios y necróticos (Loxoscelismo necrotizante) determinando afectación del tejido celular subcutáneo. Las arañas "viudas" (*Latrodectus*) tienen el peligro añadido de inyectar un veneno que contiene una neurotoxina por lo que no solo producen reacciones locales sino reacciones tóxicas sistémicas de diversa intensidad.

En un sentido amplio se entiende por "picaduras de insectos" aquellas lesiones cutáneas que están producidas por la reacción de hipersensibilidad frente a la picadura o el contacto

con determinados artrópodos. Forman parte de lo que se conoce como prurigos. Son éstos un grupo heterogéneo de procesos caracterizados por prurito intenso y una erupción recurrente con predominio de pápulas. En concreto, las picaduras de insectos corresponden al prurigo agudo o prurigo estrófulo; también se conocen como urticaria papulosa.

A la hora del tratamiento resulta esencial la prevención mediante la limpieza de mascotas, aseo de la casa y uso de insecticidas. Son también de utilidad los repelentes de insectos. En cuanto al brote agudo se emplearán antihistamínicos orales (nunca tópicos), lociones antipruriginosas (calamina), corticoides tópicos, fomentos astringentes en las lesiones ampollosas y antibióticos en caso de sobreinfección bacteriana.

Las garrapatas están presentes en perros y roedores y pueden producir "picaduras" en el ser humano produciendo reacciones a cuerpo extraño, reacciones inflamatorias locales e incluso transmitiendo enfermedades sistémicas como la fiebre botonosa, enfermedad de Lyme u otro tipo de borreliosis.

Otras enfermedades zoonositarias pueden ser las causadas por larvas, chinches, pulgas, orugas, moscas, infestaciones con el agua o serpientes.

>> Las pediculosis son las infestaciones de piel por la parasitación de un grupo de insectos denominados *Pediculus* o piojos. El ser humano se ve afectado por tres de ellos: 1) *Pediculus humanus variedad capitis* o piojo de la cabeza, 2) *Pediculus humanus variedad humanus, corporis* o *vestimentae* o piojo del cuerpo y de los vestidos, y 3) *Phthirus pubis* o *ladilla*, que parasita el vello pubiano. El tratamiento con dos comprimidos al día de cotrimoxazol durante 3 días, repitiendo la misma pauta al cabo de 10 días, es eficaz frente a la pediculosis.

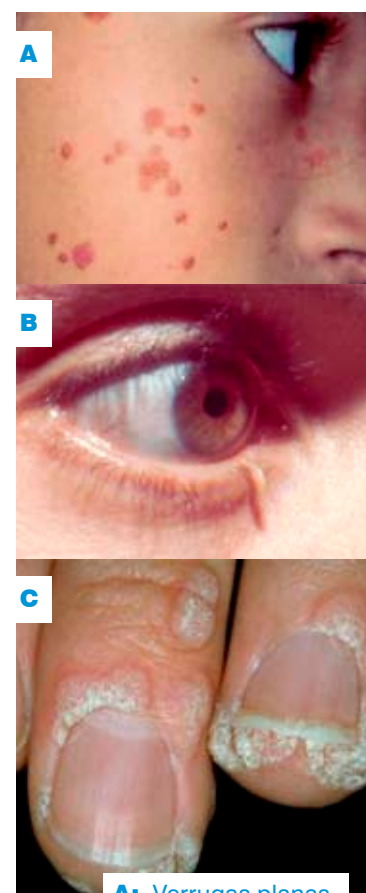
La sarna o escabiosis es una enfermedad contagiosa debida a la infestación de la piel por el ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Es un proceso común a cualquier edad más frecuente en los grupos de población donde el hacinamiento es habitual y las prácticas higiénicas escasas.

El tratamiento de las enfermedades zoonositarias se basa en el empleo de antiparasitarios. En la actualidad existen varios escabicidas como el Lindane, azufre precipitado, benzoato de bencilo, crotamitón, permetrina y la ivermectina que han demostrado ser seguros para su uso médico.

Liendre de piojo común



VERRUGAS Y OTRAS VIRIASIS EN EDAD PEDIÁTRICA



A: Verrugas planas
B: Verruga filiforme en párpado inferior
C: Verruga vulgar

El término **verruga**, aunque se emplea en un sentido amplio para hacer referencia a todo tumor benigno que tenga la propiedad de ser "excrecente", no es un vocablo genérico, sino que debe restringirse a las infecciones cutáneo-mucosas producidas por el virus del papiloma humano (HPV).

Las verrugas se transmiten por contacto directo, epitelio-epitelio, necesitando una puerta de entrada que suelen ser pequeñas efracciones en la piel o en las mucosas.

Se diferencian varios tipos de verrugas: vulgares, filiformes, planas, plantares, anogenitales y condilomas acuminados.

Tratamiento

	1ª línea	2ª línea	3ª línea
V. vulgares	Ac. salicílico Crioterapia	Cantaridina	Bleomicina Inmunoterapia Láser
V. planas	Ac. salicílico Imiquimod	Crioterapia Retinoides	Inmunoterapia Láser
V. Plantares	Ac. salicílico	Crioterapia Inmunoterapia Láser	Bleomicina Cirugía

José C. Moreno Giménez
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario Reina
Sofía. Córdoba

ACNÉ: FÓRMULAS HABITUALES Y TRATAMIENTO

El acné es una de las patologías dermatológicas más frecuentes, ya que afecta casi al 80% de los adolescentes entre los 13 y los 18 años.



Ramon Grimalt
Servicio de Dermatología.
Hospital Clínico, Universidad de
Barcelona

El acné es una enfermedad inflamatoria de la unidad pilosebácea. Representa el 25% de las consultas al dermatólogo y posiblemente este número sea aún mayor en la consulta del pediatra y médico de cabecera. Puede persistir durante muchos años, dejar cicatrices persistentes y provocar efectos adversos importantes en el desarrollo psicológico del adolescente que la sufre. Su etiología es multifactorial y actualmente existen tratamientos muy efectivos para controlar cada uno de los factores patogénicos implicados.

El conocimiento correcto de las bases fisiopatológicas del acné permite efectuar una aproximación terapéutica adecuada que a menudo es definitiva en casos leves o moderados, y permite ayudar de forma correcta los más graves.

Patogenia del acné

Se puede definir al acné como a una enfermedad inflamatoria de etiología multifactorial que afecta la unidad pilosebácea con la intervención del *Propionibacterium acnes*.

Factores patogénicos fundamentales

Hay cuatro factores básicos: aumento de la secreción sebácea, hiperqueratosis ductal con obstrucción del folículo pilosebáceo, colonización bacteriana e inflamación secundaria.

La lesión inicial, el **microcomedón**, es el resultado de la obstrucción de

los folículos sebáceos por un exceso de sebo junto con células epiteliales descamadas procedentes de la pared folicular (hiperqueratosis ductal). Estos dos factores causan lesiones no inflamatorias como los comedones abiertos (puntos negros o barrillos) y los microquistes o comedones cerrados. Una bacteria anaerobia, el *Propionibacterium acnes*, prolifera con facilidad en este ambiente y provoca la aparición de mediadores de la inflamación.

Otros factores patogénicos y algunos mitos

Existen algunas evidencias que confirman una cierta predisposición genética en la aparición del acné. Existen también **factores raciales** ya que, por ejemplo, la raza negra tiene más tendencia a padecerlo. **Factores fisiológicos** como el ciclo menstrual y el embarazo pueden asimismo influir en su aparición. La impresión popular que algunos alimentos pueden provocar lesiones de acné no ha podido ser nunca demostrada científicamente: ni el chocolate, ni los frutos secos, ni los embutidos, así como tampoco el contenido calórico de la dieta. Por contra los halogenados, el yodo o el flúor se han demostrado importantes en la patogenia del acné. El clima resulta también un factor controvertido: si bien la mayoría de los pacientes mejoran durante el verano, otros pueden empeorar para padecer el llamado acné solaris o aestivalis. El **estrés** juega también un papel importante, y el uso de cosméticos

que no sean elaborados como "libres de grasa", pueden hacer persistir el acné en pacientes post adolescentes y hacer fracasar cualquier aproximación terapéutica en la que no se tenga en cuenta este factor. En el **acné iatrogénico**, los corticoides, algunos anti-depresivos tricíclicos, fenilhidantoínas y litio, así como los derivados de la vitamina B, pueden estar implicados.

Bases para tomar decisiones terapéuticas

La exploración de un paciente con acné es básica a la hora de establecer el tratamiento adecuado: tipo de lesión de predominio inflamatorio o no inflamatorio, intensidad-estadio de las lesiones, la extensión (afectación de cara, pecho y/o espalda) y factores asociados.

Lesiones inflamatorias y no inflamatorias

Entre las **lesiones no inflamatorias**, los comedones cerrados o microquistes son el elemento más

característico. Los comedones abiertos no se encuentran siempre ni acostumbran a presentar cambios inflamatorios. Su aspecto es debido a la compactación de células foliculares en el ducto y a la oxidación del sebo y la melamina, y no a la suciedad. El diagnóstico diferencial entre el acné auténtico y las reacciones acneiformes se establece porque estas últimas suelen ser monomórfas y no presentan barrillos.

Las **lesiones inflamatorias** pueden ser superficiales en forma de pápulas o pústulas, **lesiones inflamatorias profundas** como nódulos y quistes y **lesiones residuales** como la hiperpigmentación y las cicatrices.

Cuándo y cómo debe tratarse un acné

El tratamiento debe realizarse a partir del momento en que el familiar o el paciente consulten, sin necesidad de esperar la aparición de lesiones graves. Cada tipo de lesión tiene un tratamiento específico y es menester saber escoger según la

clínica el más adecuado en base al tipo de lesión predominante. El tratamiento habitual se dirige a reducir la inflamación y evitar la proliferación del *P. acnes*. Todos los tratamientos tópicos deben aplicarse sobre la zona afectada y no sobre cada una de las lesiones individuales. Al iniciar los tratamientos es posible que aparezca una dermatitis irritativa con enrojecimiento y descamación de la piel que puede llegar a ser molestos. Es imprescindible explicar bien los efectos secundarios del tratamiento, y hay que empezar por concentraciones bajas y espaciar las primeras aplicaciones.

También distinguimos distintos estadios de las lesiones: grado 0 (pre-acné), grado 1 o acné comedónico (comedones y pápulas), grado 2 (pápulas y pústulas superficiales), grado 3 (pústulas profundas y nódulos) y grado 4 o acné nódulo-quístico (nódulos y quistes).

Posibilidades terapéuticas según el factor patogénico a tratar

Factor a tratar	Tratamiento tópico	Tratamiento sistémico
Hiperqueratosis ductal	Tretinoína Isotretinoína Ácido salicílico Adapaleno Tazaroteno Antibióticos (efecto indirecto)	Isotretinoína
Proliferación de <i>P.acnes</i>	Peróxido de benzoilo Eritromicina Clindamicina Nadifloxacino Ácido azelaico	Doxiciclina (100 mg/d) Minociclina (100 mg/d) Trimetroprim (160 mg/12h) Eritromicina (500 mg/12h) Tetraciclina (500 mg/12h)
Exceso de producción sebácea		Isotretinoína Estrógenos Antiandrógenos
Inflamación grave	Metronidazol	Isotretinoína Corticoides

Algunas opciones de tratamiento según tipo y gravedad de las lesiones

- Acné comedogénico, no inflamatorio:
 - Tretinoína o isotretinoína tópicas +/- antibiótico tópico
- Acné inflamatorio superficial leve:
 - Antibiótico tópico y peróxido de benzoilo
- Acné inflamatorio moderado:
 - Derivado retinoico con un antibiótico tópico y/o oral
 - Siempre que predominen las pústulas, o si hay afectación de pecho y/o espalda: derivado retinoico tópico o peróxido de benzoilo con un antibiótico oral
- Acné inflamatorio grave:
 - Isotretinoína oral (derivar al dermatólogo)

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LOS PROCESOS INTERNOS

Las manifestaciones cutáneas a menudo son las manifestaciones iniciales de la enfermedad. Lesiones cutáneas son lesiones visibles y múltiples enfermedades “internas” tienen pistas diagnósticas cutáneas y algunas pistas son casi patognomónicas.



Eudald Sellarès Casas
Pediatra
Hospital General de Vic
(Barcelona)

La asociación de diferentes manifestaciones será la clave para el diagnóstico.

Los hematomas son frecuentes en los niños y se deben utilizar 3 elementos para diferenciar accidentalidad frente a los malos tratos: la edad (los niños que no gatean no suelen presentar hematomas), las características del hematoma y la localización (suelen ser accidentales en la frente o en prominencias óseas).

La enfermedad de Blueberry muffin baby se caracteriza por focos de eritropoiesis extramedular subdérmica en forma de pápulas y nódulos redondeados u ovalados violáceos de 1 a 7 mm que involucionan en 2-6 semanas. Tienen una distribución generalizada (cabeza, cuello, tronco y extremidades).

El Síndrome de Peutz-Jeghers es autosómico dominante (20% esporádicos) y aparece en la parte central cara, labios, mucosa oral, alrededor del ombligo, palmas y plantas. Las lesiones de la piel pueden desaparecer a partir de la pubertad, no las de mucosas. Suelen iniciarse durante el primer mes de vida en forma de máculas de color pardo a negro, redondeadas u ovals con márgenes irregulares y un tamaño inferior a los 5 mm.

La enfermedad Osler-Weber-Rendu o Telangiectasia hemorrágica hereditaria es también autosómica dominante y presenta telangiectasias en membranas mucosas, cara, orejas, palmas, lechos ungueales, tracto gastrointestinal, genitourinario y reti-

na. Esta enfermedad causa anemia por sangrado, hemorragias (gastrointestinales y genitourinarias), malformaciones vasculares cerebrales y fístula arteriovenosa pulmonar o hepática (ictus por embolismo y cirrosis).

El 75% de los celíacos en edad pediátrica tienen manifestaciones cutáneas como xerosis cutánea, queratosis pilaris, alteraciones mucosa bucal (aftas, queilitis), alteraciones uñas (quebradizas, acropaquia), vitíligo, pelo aclarado y más frágil, alopecia areata, rash psoriasiforme y rash urticariforme vs eritema multiforme. La Dermatitis Herpetiforme es una enfermedad crónica ampollosa autoinmune con manifestación cutánea de la intolerancia al gluten y predisposición genética más frecuente en blancos nórdicos y ligeramente en chicos. Presenta lesiones simétricas y polimorfas en la superficie extensora de extremidades, nalgas, zona sacra, espalda, nuca y cuero cabelludo. El diagnóstico se determina por la morfología y distribución de las lesiones, la histología y la inmunofluorescencia directa. El tratamiento se compone de una dieta exenta de gluten, dapsona o sulfapiridina y tratamiento sintomático.

Otra enfermedad con tratamiento parecido es la Dermatitis ampollosa IgA lineal, una erupción ampollar monomorfa sin afectación del estado general y acompañada de prurito, clínicamente e histológicamente parecida a la dermatitis herpetiforme que aparece en niños de edad preescolar. Cursa a brotes pero evoluciona es-

“El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es un trastorno de causa genética, poco frecuente, pero con características propias que merecen un conocimiento adecuado y un estudio individualizado. Es transmitido en forma autosómico dominante en las familias afectadas, pero también puede aparecer en forma esporádica, es decir, sin antecedentes en la familia. Autosómico significa que no está ligado al sexo, sino que está en los cromosomas que son iguales en los hombres y en las mujeres; dominante significa que basta una sola copia del gen (de 2 existentes) que sea defectuosa para que se exprese la enfermedad. Se ha detectado una mutación a nivel del gen *STK11*, que estaría en la base de varios (pero no todos) los casos de este síndrome”



Manifestación cutánea del Síndrome de Peutz-Jeghers

pontáneamente hacia la curación en 2-3 años, siempre antes de la pubertad. Se caracteriza por ampollas de 1-2 cm, tensas, transparentes o hemorrágicas sobre una base eritematosa aisladas o agrupadas en forma anular o en roseta. En un inicio se localiza a nivel de cinturas escapular y pelviana.

La enfermedad de Crohn es una patología intestinal inflamatoria crónica que puede afectar cualquier área del aparato digestivo, desde la boca hasta el ano a ambos sexos entre los 13 y 20 años (dolor abdominal y diarrea, enfermedad perianal frecuente y 20-40% con síntomas cutáneos). La enfermedad de Crohn metastásica, descrita por primera vez por Parks en 1965 se caracteriza por una variabilidad clínica (úlceras, pápulas, nódulos, placas induradas o costras).

El Pioderma gangrenoso es una pústula que se necrosa rápidamente, se ulcera, cubierta de una escara negra y halo eritematoso.

La Acrodermatitis enteropática es una enfermedad autosómica recesiva por mala absorción de zinc, secundaria al déficit de proteína transportadora de zinc (presente en la leche

materna). Se inicia a las 4-6 semanas después del destete (antes si la lactancia fue artificial) con dermatitis polimorfa (vesiculoampollas exudativa y eczematosa psoriasiforme) y se trata con administración oral de zinc (2mg/kg/día).

La Papilomatosis confluyente y reticulada se manifiesta más en mujeres y en la raza negra a través de pápulas verrugosas pardas que crecen con rapidez (4-5 mm) que confluyen centralmente y de aspecto reticulado en periferia.

La Acantosis nigricans es un engrosamiento difuso y aterciopelado de la piel con hiperpigmentación de distribución simétrica cuya superficie se vuelve rugosa y mamelonada (placas hiperqueratósicas). Se debe intentar corregir anomalías endocrinas con pérdida de peso, ejercicio y disminuir hiperinsulinismo.

El Síndrome del ovario poliquístico presenta manifestaciones clínicas y analíticas de hiperandrogenismo (hirsutismo y acné), obesidad, alopecia, acantosis nigricans y/o alteraciones menstruales (anovulación y esterilidad).

En el Síndrome de Turner se aprecian linfedemas de manos y pies, higrroma quístico, uñas hiperconvexas y displásicas, nevus melanocíticos, tendencia a queloides y pliegues cutáneos (*Pterigium colli*).

Las manifestaciones cutáneas de la diabetes son la dermatopatía diabética, necrobiosis lipoidea, ampollas diabéticas, acantosis nigricans, aumento de la susceptibilidad infecciones (*estafilococo aureus*, *candida albicans*, *pseudomona aeruginosa*), xantomas eruptivos, úlceras necróticas en dedos, granuloma anular diseminado, vitíligo y piel gruesa y movilidad articular limitada.

El Síndrome de McCune-Albright también conocido por manchas café con leche que produce displasia fibrosa poliostótica (dolores óseos y fracturas patológicas), disfunción endocrina (pubertad precoz, hipertiroidismo, Cushing). La manchas son más de color marrón claro con bordes irregulares en el tronco, nalgas, muslos y extremidades superiores. La pigmentación es más extensa en el lado con afectación ósea.



Izquierda: Dermatitis ampollosa IgA lineal
Derecha: Manchas café con leche (Síndrome McCune - Albright)

ALOPECIAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

Alopecia es el signo clínico caracterizado por una pérdida de pelo de forma circunscrita o difusa en cuero cabelludo o en otras partes del cuerpo.



Juan Ferrando
Servicio de Dermatología
Hospital Clinic. Universitat de Barcelona

En su etiopatogenia se hallan múltiples causas, de las cuales se pueden citar factores autoinmunes, genéticos y psicológicos, entre otros. Podemos clasificar la alopecia en dos grandes grupos: **alopecia cicatricial y alopecia no cicatricial**.

Ante la consulta frecuente de un niño con alopecia hay que considerar 3 factores o hechos clínicos básicos: **alopecia cicatricial o no cicatricial, alopecia congénita (atríquia) o adquirida y alopecia localizada o difusa**. Además hay que tener en cuenta si es de tipo **agudo ó crónico**. A partir de aquí combinando estos signos clínicos nos aparecerán todas las posibilidades diagnósticas:

- Alopecia cicatricial congénita localizada (Nevus organoide, aplasia cutis)
- Alopecia cicatricial congénita difusa (Ictiosis, monilethrix, hipotricosis de Marie Unna)
- Alopecia no cicatricial congénita localizada (alopecia triangular congénita)
- Alopecia no cicatricial congénita difusa (aisplasias pilosas, displasias ectodérmicas)
- Alopecia cicatricial adquirida localizada (foliculitis, morfea, tiñas)
- Alopecia cicatricial adquirida difusa (liquen plano pilar)
- Alopecia no cicatricial adquirida localizada (alopecia areata)
- Alopecia no cicatricial adquirida difusa (alopecia areata, alopecia androgenética, cabello anágeno suelto, tricotilomanía, efluvios).

Las Displasias pilosas son malformaciones del tallo piloso de origen congénito. La mayoría de ellas dan lugar a cierto grado de **hipotricosis difusa o localizada** con un cabello seco, corto y de aspecto pobre. Las más importantes de este grupo son: Monilethrix (cabello moniliforme), Pili torti (cabello "trenzado"), Trichorrhexis invaginata (síndrome de Netherton), Tricotiodistrofia y Trichorrhexis nodosa proximal.

La **Aplasia cutis congénita** es una pérdida total o parcial de piel. En más del 60% de los casos afecta la piel del **cuero cabelludo**. A menudo puede confundirse con traumatismos relacionados con el parto, especialmente si se han utilizado fórceps o ventosas. Puede afectar exclusivamente la epidermis o llegar hasta dermis e incluso hipodermis. Normalmente aparece en forma de una única o múltiples (a menudo bilaterales) **placas ulcerativas desde el momento del nacimiento**. La localización de elección es el vértex, en algunas ocasiones se han descrito formas diseminadas por todo el tronco.

La **Alopecia parvimaiculata** son brotes epidémicos de alopecia cicatricial localizada limitados a comunidades de niños (colonias de verano, escuelas...). Posible origen de tipo infeccioso aunque no claramente demostrado. El diagnóstico diferencial debe de plantearse con la alopecia areata y la alopecia triangular congénita.

El **síndrome tricorriofalángico tipo I** es una genodermatosis tipo displasia ectodérmica. Normalmente hereditario se caracteriza por baja estatura,

hipotricosis difusa, epísis en cono y facies peculiar: nariz piriforme (extremo en pera), *philtrum* (pliegue subnasal) alargado, labios delgados y micrognatia mandibular.

El **Efluvio anagénico** afecta directamente al bulbo piloso de forma que da lugar a una alopecia aguda en fase de anágeno, es la típica que producen los citostáticos, radioterapia etc... El **Efluvio telogénico** es un recambio acelerado del ciclo folicular. Se halla precedido por un inductor de 1 a 3 meses antes del inicio de la pérdida. El **Cabello anágeno suelto (Efluvio anágeno crónico)** es una displasia pilosa que se produce por falta de adhesión del pelo al folículo piloso, provocando así una pérdida indolora de cabellos con una mínima tracción. En el **Cabello anágeno corto**, se trata de pacientes que presentan un ciclo folicular muy reducido, de forma que tienen un recambio de cabello acentuado.

La **Alopecia androgenética (AGA)** es mas frecuente en las niñas (con antecedentes familiares) por presentar la adrenarquia antes. En los niños es de patrón habitualmente de tipo femenino (FAGA infantil), responden bien a minoxidil tópico.

La **Alopecia areata (AA)** se define como una enfermedad dermatológica caracterizada por placas alopécicas, redondas u ovaladas con márgenes bien delimitados entre la piel normal y el cuero cabelludo afectado. La enfermedad puede iniciarse a cualquier edad. Afecta por igual a ambos sexos. Es una enfermedad multifactorial en la cual participan **factores genéticos y factores inmunológicos**. El **estrés** puede ser un factor precipitante. La AA se clasifica de acuerdo al patrón de presentación o la extensión de la pérdida de pelo. Se distinguen las siguientes formas clínicas: AA en placas, AA reticular, Ofiasis, Ofiasis inversa (Sisaifo) y AA Difusa, según el patrón de presentación. Por otro lado según la extensión tenemos la Alopecia areata en placas focal o multifocal, total o Universal.

En la AA pueden observarse en las niñas surcos transversales y longitudinales, depresiones puntiformes ("pitting"), coiloniquia, adelgazamiento y ruptura, lúnula roja, surcos de Beau, onicólisis, onicomadesis, onicorrexis, paquioniquia y leuconiquia puntata o trasversa.

En el tratamiento es necesario la valoración de todos los efectos colaterales y complicaciones a corto y largo plazo; así como los factores de mal pronóstico y los posibles riesgos y beneficios del tratamiento. Debe considerarse un período mínimo de 3 meses de tratamiento antes de valorar los resultados y proponer cualquier cambio en la terapéutica. Los agentes utilizados en el tratamiento de la AA son: rubefacientes tópicos, corticoesteroide tópico, corticoesteroides sistémicos, terapia de contacto breve, minoxidil, inmunomoduladores y biotina.



Alopecia no cicatricial,
Cabello anágeno suelto

Alopecia Areata
Etiopatogenia

Factores que intervienen en la Alopecia Areata:

- Factores genéticos
 - 4-27% de herencia autonómica
- Factores inmunológicos (asociaciones)
 - Hipotiroidismo
 - Anemia perniciosa
 - Artritis reumatoide
 - Colitis ulcerosa
 - Enfermedad de Addison
 - Liquen plano
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Miastenia gravis
 - Síndrome de Down
 - Celiaquía

EL PEDIATRA FRENTE A LOS NEVUS

El melanoma maligno es un cáncer de elevada mortalidad entre la sociedad cada vez a edades más tempranas. Afortunadamente el melanoma es excepcional antes de los 12 años de edad, pero aún así en la adolescencia el pediatra puede jugar un papel fundamental en la detección del melanoma. La curación depende de un diagnóstico precoz.



Eulalia Baselga
Servicio de Dermatología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. i Institut Universitari Dexeus

Los nevus melanocíticos son una consulta muy frecuente en pediatría puesto que están presentes al nacer (nevus melanocíticos congénitos) o se adquieren durante la infancia (nevus melanocíticos adquiridos). El principal motivo de preocupación es el potencial de malignización, especialmente si se tiene en cuenta que el melanoma maligno es un cáncer de elevada mortalidad y cuya curación depende de un diagnóstico temprano. Afortunadamente el melanoma es excepcional antes de los 12 años de edad, pero aún así en la adolescencia el pediatra puede jugar un papel fundamental en la detección del melanoma.

Nevus melanocíticos congénitos

Los nevus melanocíticos congénitos (NMC) tienen una incidencia cercana al 2% de los recién nacidos. Desde el punto de vista clínico los NMC se han clasificado clásicamente en pequeños (< 1,5 cm), medianos (1,5-20 cm) y grandes (> 20 cm). Tradicionalmente se han considerado un factor de riesgo para la aparición de melanoma, pero se desconoce la verdadera incidencia de la malignización. Mientras que algunos autores proponen la exéresis profiláctica de las lesiones para reducir al máximo el riesgo potencial, otros defienden una actitud expectante, ya que la morbilidad quirúrgica es importante. Con frecuencia no es posible eliminar todas las células névicas y el melanoma puede aparecer en otra localización distinta del propio

NMC. Las revisiones y metaanálisis más recientes sobre el potencial de malignización de los NMC arrojan los siguientes datos: El riesgo relativo estimado de aparición de un melanoma durante la infancia y la adolescencia fue 465 veces mayor en los pacientes con un NMC que en el resto de la población. El riesgo de malignización de un NMC de cualquier tamaño se sitúa en el 0,7% de los casos. El riesgo de malignización de los NMC gigantes es superior a los de tamaño inferior (2-3%). La edad media de presentación de un MM en pacientes con NMC es de 15 años, siendo la mediana 7 años. Los pacientes con nevus melanocíticos congénitos gigantes tienen mayor riesgo de presentar melanoma en otros lugares. Los NMC gigantes con mayor riesgo de desarrollar un melanoma son los de localización axial, en contraposición con los que se encuentran en la cara y cuero cabelludo. La malignización de lesiones satélites que a veces presentan los pacientes con NMC gigantes es excepcional. Sin embargo la presencia de lesiones satélites constituye un factor de riesgo de melanoma. Los pacientes con NMC de localización axial tienen riesgo de Melanosis leptomenígea (5-10%) Esta puede ser sintomática o asintomática. En caso de que sea sintomática, el pronóstico de vida es malo, y los resultados son más fáciles de interpretar si se realiza antes de los 4 meses de edad.

Para mejorar el aspecto estético del NMC hay diversos tratamientos como el *peeling* químico, la laserterapia, la

dermoabrasión o el curetaje (no eliminan completamente las células névicas y persiste el riesgo de que los melanocitos residuales malignicen). Estos procedimientos pueden ofrecer una mejora estética considerable en la porción superficial del NMC, e incluso disminuir el número de melanocitos totales susceptibles de degenerar. Mientras que para algunos dermatólogos dichas técnicas podrían enmascarar los cambios iniciales de la malignización, para otros la eliminación de las células superficiales facilitaría la detección precoz del melanoma. Ninguna de estas técnicas consigue "borrar" completamente un nevus melanocítico.

Nevus melanocíticos adquiridos

Los nevus melanocíticos adquiridos, son muy frecuentes en la población pediátrica. Deben ser motivo de remisión al dermatólogo en los siguientes casos:

- 1) Si son numerosos (>50) constituyen un factor de riesgo de melanoma por lo que es conveniente remitir a estos pacientes para control dermatológico.
- 2) Pacientes con historia familiar de melanoma.
- 3) Pacientes con nevus grandes, de varios colores, irregulares (nevus displásicos).
- 4) Cualquier paciente con un nevus que haya cambiado recientemente.
- 5) Pacientes con nevus que cumplan el ABCD (asimetría, borde irregular, Color variado, o que crece en Diámetro).

Fotoprotección

Los fotoprotectores son sustancias que nos protegen de la radiación ultravioleta. La fotoprotección frente a las radiaciones UVA de longitud de onda larga es más difícil que frente a los B. Existen dos grandes grupos de filtros solares:

Filtros Físicos: son sustancias minerales opacas a la radiación, es decir que reflejan la luz. Actúa a modo de barrera física, es decir actúan a modo de "persiana". Los más utilizados son el óxido de zinc, dióxido de titanio y la mica.

Filtros químicos: son sustancias que actúan absorbiendo la energía de la radiación UV transformándola en otro tipo de energía no dañina.

Filtros biológicos: son los que contienen sustancias antioxidantes y protegen frente a la formación de radicales libres por el sol.

Los filtros solares se clasifican según un índice de protección que puede resultar engañoso, puesto que un FP (*Factor de Protección*) 30 no ofrece el doble de protección que uno de 15. Sería más útil clasificarlos según el nivel de protección: **baja** (<15), **media** (15 a 24), **alta** (30 a 50) y **muy alta** (>50).

Los pediatras deben insistir además en: **evitar las horas del mediodía**, **reaplicar la cremas cada 1,30-2h**, los fotoprotectores pueden ser foto "Inestables" por lo que después de llevarlos mucho tiempo en la bolsa de la playa pueden no ser efectivos, la mejor fotoprotección es cubrirse o no exponerse y aplicar fotoprotección todo el verano. **El moreno protege de la quemadura solar pero no del cáncer cutáneo.**



Izquierda:
Nevus gigante en cuero cabelludo
Derecha:
Nevus atípicos

MELANOMAS	
	A simetría Asimétricos
	B orde Irregular
	C olor Color no homogéneo
	D iámetro Superior a 6 mm
	E volución

Nevus compuesto



Nevus melanoma



Dermopediátrica V, en resumen, ha aportado siete ponencias en temas, tanto de tipo práctico como de consulta diaria como son: exantemas no infecciosos, atopia, enfermedades zoonositarias de la piel, acné, alopecias, nevus melano-cíticos y manifestaciones cutáneas de procesos internos, por medio de ponentes de reconocido prestigio, tanto a nivel nacional como internacional.

Las enfermedades cutáneas exantemáticas de origen no infeccioso incluyen básicamente psoriasis y procesos afines como pitiriasis rubra pilaris, pitiriasis rosada de Gibert y otros, que pueden constituir un verdadero reto diagnóstico para el pediatra y sin embargo su pronóstico y tratamiento será bien diferente. La Dra. Isabel Bielsa, profesora titular de Dermatología de la Universidad Autónoma de Barcelona y médico adjunto del Hospital Germans Triás de Badalona se encargó de aportar claridad a este tema considerando 5 patrones básicos de exantemas no infecciosos: patrón maculopapular, eritematoescamoso, escarlatiniforme, petequial y patrón vesiculopustuloso.

El Profesor Gelmetti Catedrático y Director de la Clínica Universitaria de Milán abordó el tema siempre inquietante de la dermatitis atópica, haciendo énfasis en que es fundamental tratar el prurito que acompaña al eccema, utilizando antihistamínicos sedantes y emolientes. En una primera fase aguda juegan su papel básicamente los corticoides tópicos, indicándose en las fases subaguda y crónica los derivados de la calcineurina y sólo en casos muy severos, el tratamiento sistémico con inmunosupresores como azatioprina, ciclosporina, tacrolimus oral y PUVA.

Referente a las enfermedades zoonositarias el Prof. José Carlos Moreno, jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Reina Sofía de Córdoba, comentó las lesiones producidas por artrópodos, arañas, garrapatas, piojos y abordó el tema de las verrugas dentro de las virosis mas frecuentes y rebeldes al tratamiento, comentando cuál sería la conducta más apropiada a seguir en cada tipo de verruga .

El Dr. Ramón Grimalt, profesor asociado de Dermatología de la Universidad de Barcelona y médico especialista del Hospital Clínic, desarrolló el tema del acné, condición clínica muy frecuente y que preocupa sobremanera a nuestros adolescentes. A través del conocimiento de su etiopatogenia se plantean las diferentes opciones terapéuticas y el momento apropiado para aplicar cada una de ellas, hecho fundamental si queremos tener éxito en el tratamiento del acné.

Le correspondió al Dr. Eudald Sellarés, pediatra del Hospital General de Vic, comentar las manifestaciones cutáneas de los procesos internos en el niño, campo muy amplio y de gran diversidad clínica, sin duda muy interesante pues la piel traduce muchas veces lo que está pasando en el interior del cuerpo y puede ser una herramienta de diagnóstico precoz muy importante en múltiples procesos internos.

En el campo de las alopecias el Dr. Juan Ferrando, profesor titular de Dermatología de la Universidad de Barcelona, médico consultor del Hospital Clínic, presentó una pauta de estudio según sean: cicatriciales o no cicatriciales, congénitas o adquiridas, focales o generalizadas y agudas o crónicas. Ello configura un algoritmo diagnóstico a partir del cual se establece el tratamiento adecuado en cada caso.

La Dra. Eulalia Baselga, dermatóloga del Hospital de la Santa Creu i Sant.Pau y de la Clínica Teknon de Barcelona disertó sobre la problemática, tan actual hoy en día, de los nevus melano-cíticos, los nevus displásicos y el melanoma maligno en la infancia. Distingue entre nevus congénitos y adquiridos, según su tamaño, desarrollo y crecimiento haciendo énfasis en los signos clínicos A, B, C y D de sospecha de melanoma. Finalmente insiste en la importancia de la fotoprotección en la infancia como factor preventivo fundamental.

Los Dres. Ferrando y Grimalt presentaron como cierre de programa 20 Casos para Diagnóstico, que siempre constituyen un ejercicio activo en el camino del diagnóstico a través de los datos y signos aportados en la historia clínica, la imagen y el diagnóstico diferencial propuesto en cada caso.

En resumen la Dermatología pediátrica es un campo singular y muy distintivo dentro de la Dermatología y la Pediatría. Como bien dicen los pediatras el niño no es “un hombre pequeño” sino que es un ser singular que se manifiesta muy específicamente frente a diferentes procesos y lesiones. De la misma forma, los dermatólogos decimos que aparte de las enfermedades dermatológicas propias de la infancia en sí, las enfermedades de la piel en el niño se expresan muchas veces de forma distinta y diferenciada de cómo lo hacen en los adultos Por ello, tanto la pediatría como la dermatología pueden, conjuntamente, ampliar el conocimiento de los procesos que afectan al niño.

Dres. Ferrando y Grimalt

Barcelona, julio de 2008

Peitel®

Prednicarbato

EFICACIA TÓPICA SIN EFECTOS SISTÉMICOS

Peitel Pomada 30/60 g

Para pieles normales y/o secas
Dermatosis subagudas y/o secas

Peitel Crema 30/60 g

Para áreas de piel fina
Dermatosis agudas, secas
y/o exudativas

Peitel Ungüento 30/60 g

Áreas de piel gruesa
(palmas y plantas)
Cuadros hiperqueratósicos
y liquenificados
Dermatosis crónicas
y muy secas



Adecuadas para el tratamiento de regiones cutáneas especialmente sensibles, grandes superficies y en las que es necesario un tratamiento repetitivo a largo plazo (máximo cuatro semanas).

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 Prednicarbato (DC). **FORMA FARMACÉUTICA:** 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 Prednicarbato 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 ser realizada 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 sobredosis bacterianas o micóticas locales, debe realizarse un tratamiento antibacteriano o antifúngico 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 (resaca, rubefacción, exudación) como señal de una reacción alérgica de la piel; foliulitis. 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. **Sobredosisificación.** 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 ocurriera con toda probabilidad de forma asintomática, debiéndose únicamente mantener bajo observación al paciente en cuanto a tendencia a retención hídrica 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 Prednicarbato, 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, antiérgicas, 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 extraordinariamente reducida del Prednicarbato en la síntesis de colágeno y en el crecimiento de los fibroblastos de la piel humana refleja la escasa potencia atrofógena de la sustancia activa. Tras la aplicación extensa del prednicarbato 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 Prednicarbato 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 cobaya y del conejo, permitieron calificarlos de “no irritantes para la piel” con arreglo al esquema de la FDA. La aplicación cutánea de Prednicarbato pomada sobre la piel intacta y lesionada del conejo, ratas y perros no provocó lesiones identificables. La prueba de fototoxicidad y fotosenesibilización por contacto de Prednicarbato no reveló ningún indicio de una posible aparición de esta reacción cutánea. El Prednicarbato no mostró ningún efecto mutágeno en la prueba de Ames ni en la prueba de los micronúcleos. **DATOS FARMACÉUTICOS:** Lista de excipientes. PEITEL® pomada: Monodioléato de glicerol, 2-ocil-1-dodecanol, ácido edético, vaselina, alcohol bencílico y sulfato magnésico. PEITEL® crema: 2-ocil-1-dodecanol, parafina perfumada, alcohol estearílico, alcohol cetílico, alcohol miristílico, monoestearato de sorbitano, polisorbato 60, alcohol bencílico y edulcorante disódico. PEITEL® ungüento: Monodioléato de glicerol, 2-ocil-1-dodecanol y vaselina blanca. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Éster de ácido graso poliólico, 1,2-propilenglicol, etanol (24,38% 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. **Naturalidad 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 y PEITEL® solución con aplicador, en el caso de aplicación en áreas extensas de la piel, el paciente deberá retirar el tapón de rosca y accionar 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 euros; con 60 g 10,12 euros; Pomada, envase con 30 g 5,60 euros; con 60 g 10,12 euros; Ungüento, envase con 30 g 5,60 euros; con 60 g 10,21 euros; Solución, envase con 60 ml 10,12 euros; Solución con Aplicador 60 ml 10,55 euros. Con receta médica. **Ficha técnica completa a disposición de la clase médica.**

Ferrer Internacional, S.A.

Diagonal 549, 5ª Planta - 08029 Barcelona

Tel. +34 936 003 700 - Fax +34 934 907 078

medicaldepartment@ferrergrupo.com

Su potencia
se queda en la piel

Peitel[®]
Prednicarbato

EFICACIA TÓPICA SIN EFECTOS SISTÉMICOS

