
Abordaje terapéutico en la consulta de Pediatría de las enfermedades cutáneas más frecuentes (verrugas, *molluscum*, acné y dermatitis atópica)

Á. Hernández Martín

Servicio de Dermatología. Hospital Infantil del Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivos

- Saber reconocer las enfermedades víricas más frecuentes en los niños: verrugas vulgares y moluscos contagiosos.
 - Actualización sobre los tratamientos disponibles para las verrugas vulgares y los moluscos.
 - Aprendizaje práctico del tratamiento de verrugas víricas y moluscos que se puede realizar en la consulta de Pediatría.
 - Aprender a identificar los distintos grados de acné juvenil y a orientar el tratamiento en función de su morfología y gravedad.
 - Aprender protocolos de tratamiento del acné juvenil que es posible realizar en la consulta de Pediatría.
- Aprender a diagnosticar los criterios menores de dermatitis atópica (DA).
 - Aprender a tratar las manifestaciones menores y las complicaciones de la DA.
 - Aprender el manejo no farmacológico de la DA y la utilidad de la intervención sobre los factores desencadenantes.

Introducción

El presente taller de Dermatología tiene por objeto enseñar el abordaje práctico de algunas enfermedades cutáneas muy frecuentes que se atienden diariamente la consulta de Pediatría. A lo largo del mismo se ofrecerán los aspectos diagnósticos y terapéuticos clave para el manejo práctico de verrugas, moluscos, acné ju-

Ángela Hernández Martín, ahernandez@aedv.es

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

venil y DA, y se tratará de transmitir protocolos de actuación terapéutica. Sin duda, en la mayoría de las ocasiones el pediatra puede prescribir tratamientos eficaces sin necesidad de derivar al paciente a la consulta especializada, aumentando la resolutivez de su consulta y minimizando el consumo de recursos sanitarios.

Verrugas víricas

Las verrugas vulgares son una infección cutánea muy frecuente en la infancia producida por el virus del papiloma humano. Se transmiten, con un índice de contagiosidad moderado, por contacto directo y pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, incluida la región genital, sin que ello signifique necesariamente que el contagio haya sido por vía sexual.

Sabemos que tienden a la autorresolución, pero solemos a tratarlas para evitar su diseminación tanto en el mismo niño que las padece como en sus contactos familiares y sociales. Sin embargo, no hay un único tratamiento capaz de curar todas las verrugas del paciente, por lo que las opciones terapéuticas son numerosas¹. Entre las más frecuentes se encuentran las siguientes:

- Abstención terapéutica: es una alternativa válida cuando el número de lesiones es muy grande o el trata-

miento determinaría secuelas cicatriciales permanentes, como en el caso de las verrugas periungueales.

- Queratolíticos tópicos: existe una gran variedad de compuestos químicos con efecto queratolítico, tanto en presentación comercial (“antivejugas”), como en formulación magistral (ácido salicílico al 30-40%, glutaraldehído al 25%, etc.). Todos ellos son eficaces, pero exigen cierta constancia en la aplicación.
- Agentes vesicantes: tienen un efecto similar al grupo de los queratolíticos, provocando una quemadura química y posterior vesicación en el área de la verruga. El agente vesicante más utilizado es la cantaridita tópica al 0,7% en oclusión, sustancia que se ha de formular magistralmente.
- Crioterapia: consiste en la aplicación de nitrógeno líquido directamente sobre la verruga, el cual provoca una quemadura térmica. Hay que tener en cuenta que el procedimiento es doloroso y a menudo ha de repetirse más de una vez.
- Inmunoterapia: la cimetidina oral, el imiquimod, el zinc y la inyección intralesional de antígenos estimuladores de la inmunidad se han utilizado con éxito en el tratamiento de lesiones múltiples.

- Otros tratamientos: la laserterapia, la terapia fotodinámica, la oclusión con esparadrado, la bleomicina y el tratamiento con placebo, entre otros, se han utilizado para el tratamiento de las verrugas víricas con eficacia variable. La cirugía queda reservada a casos muy concretos de verrugas filiformes, y se desaconseja en palmas y plantas por la lenta cicatrización.

El mejor tratamiento de las verrugas víricas en los niños está basado en la combinación de la experiencia personal del médico y las herramientas terapéuticas de las que dispone. Muchas veces es más importante explicar la benignidad del proceso y su refractariedad al tratamiento que el propio método empleado.

Moluscos contagiosos

Se trata de una infección cutánea por *Poxvirus* particularmente frecuente en niños con DA. Se contagian principalmente por contacto directo, siendo las piscinas un lugar prioritario de diseminación.

Al igual que en el caso de las verrugas víricas, los moluscos contagiosos pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y tienden a la resolución espontánea, pero suelen tratarse para que no haya diseminación en el niño afectado o en sus contactos.

Las opciones terapéuticas incluyen la eliminación mecánica de las lesiones mediante curetaje o expresión (la aplicación previa de anestésicos tópicos es muy útil para minimizar el dolor durante estos procedimientos), la crioterapia y la aplicación de productos queratolíticos o vesicantes. La eliminación mecánica de las lesiones parece el método con menor tasa de recidiva².

La cirugía queda reservada a lesiones de gran tamaño o de morfología atípica para confirmación histológica.

Acné juvenil

El acné juvenil se produce a consecuencia de la inflamación del complejo pilosebáceo. Su etiología hormonal justifica la aparición predominante en la adolescencia. Aunque es una condición benigna, tiene una importante repercusión psicológica y condiciona secuelas cicatriciales irreversibles, por lo que es necesario tratarlo precozmente.

Las lesiones se localizan fundamentalmente en la cara y la parte superior del tronco. Las manifestaciones suelen ser polimorfas, y casi todos los pacientes presentan un número variable de comedones, pápulas, pústulas, nódulos y cicatrices. Solo el 10% de los casos puede considerarse de intensidad grave a muy grave.

Los objetivos del tratamiento son: a) regular la secreción sebácea; b) evitar la obstrucción del folículo y el comedón, y c) disminuir la población bacteriana³. En función de la morfología lesional predominante y de la severidad de la afectación se recurrirá a tratamientos tópicos y orales (tabla 1). La isotretinoína oral es el tratamiento oral más eficaz pero conlleva uno posibles efectos secundarios que es

preciso conocer y controlar adecuadamente⁴. La influencia de factores como la dieta o el estrés es controvertida, por lo que no es posible ofrecer recomendaciones categóricas sobre los mismos.

Dermatitis atópica

La DA es una enfermedad crónica, recidivante y muy pruriginosa, cuyos criterios diagnósticos mayores son bien conoci-

Tabla 1. Tratamiento del acné (se señalan algunos de los nombres comerciales disponibles)

Tratamiento tópico
<ul style="list-style-type: none">• Queratolíticos:<ul style="list-style-type: none">– Peróxido de benzoilo al 2,5-10% (Soluce[®], Peroxibén[®])– Retinoides: adapaleno al 0,1% (Differine[®]), isotretinoína al 0,05% (Isotrex[®]), ácido retinoico al 0,025-0,05% (Retirides[®])– Ácido azelaico al 20% (Zorac[®])– Combinaciones de los anteriores (Epiduo[®], Tactuoben[®])• Antibióticos:<ul style="list-style-type: none">– Eritromicina base al 2% (Deripil[®] gel)– Clindamicina al 1% (Dalacín[®] emulsión)• Combinación queratolítico más antibiótico:<ul style="list-style-type: none">– Peróxido de Benzoilo más clindamicina (Duac[®] gel)– Isotretinoína más eritromicina (Isotrex-Eritromicina[®])
Tratamiento oral
<ul style="list-style-type: none">• Antibióticos:<ul style="list-style-type: none">– Doxiciclina (Doxiclat[®], Proderma[®]). Dosis: 50-100 mg/día, durante 3-6 meses. No en menores de 12 años ni en embarazadas– Eritromicina. Dosis: 0,5-1 g/día, durante seis meses• Antiandrógenos: acetato de ciproterona (Androcur[®]). Dosis: 50-100 mg/día. Siempre con anticoncepción• Isotretinoína oral (Acnemin[®], Dercutane[®], Isdiben[®], Isoacne[®], Farmacné[®], Mayesta[®]). Dosis: 0,30-0,75 mg/kg/día (dosis acumulada total 120-150 mg/kg). Teratógena: anticoncepción en mujeres sexualmente activas. Efectos secundarios (hiperlipidemias, hepatitis medicamentosa, queilitis, epistaxis, etc.). Controles analíticos periódicos

Tabla 2. Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka para la dermatitis atópica⁵

Criterios mayores (debe tener tres o más):

- Prurito
- Distribución y morfología típicas
- Dermatitis crónica recidivante
- Historia personal o familiar de atopia (asma, rinitis alérgica, DA)

Criterios menores (debe tener tres o más):

- Xerosis
- Ictiosis, hiperlinealidad palmar o queratosis pilar
- Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)
- IgE sérico elevado
- Comienzo a temprana edad
- Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente *S. aureus* y *Herpes simplex*) o defecto en la inmunidad mediada por células
- Tendencia a dermatitis inespecífica en manos y pies
- Eczema del pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recurrente
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Cataratas anterior subcapsular
- Oscurecimiento orbitario (ojeras)
- Eritema o palidez facial
- Pitiriasis alba
- Pliegues anteriores del cuello
- Prurito al sudar
- Intolerancia a lanas y solventes orgánicos
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a alimentos
- Curso influenciado por factores ambientales o emocionales
- Dermografismo blanco

DA: dermatitis atópica.

dos. Adicionalmente, los pacientes pueden presentar otras manifestaciones menos típicas o "menores" como la queilitis atópica, el eccema areolar, la pitiriasis alba, la hiperquertosis folicular, o la dermatosis palmoplantar juvenil, las cuales

deben reconocerse y tratarse adecuadamente (tabla 2).

La DA⁵ repercute significativamente en la calidad de vida de los niños y su familias. Un buen manejo de la DA incluye una adecuada educación de los pacientes y sus familias,

la evitación de los desencadenantes, un exquisito cuidado de la piel y la realización de un tratamiento adecuado, ya que pese a unos cuidados adecuados, la mayoría de los niños atópicos van a tener brotes que requerirán tratamiento farmacológico⁶. En muchas ocasiones, los padres de los niños con DA se sienten defraudados por los resultados de los tratamientos médicos o temen sus efectos adversos, por lo que recurren a

medidas coadyuvantes y/o tratamientos alternativos buscando la solución de la enfermedad. Los profesionales sanitarios debemos mantener un diálogo abierto con los pacientes y sus familias, discutiendo la utilidad de medidas complementarias como el baño, la hidratación, las dietas restrictivas, el uso de jabones especiales, la desinsectación del hogar, etc., así como los beneficios y riesgos de cada tratamiento (tabla 3).

Tabla 3. Factores desencadenantes de la dermatitis atópica y posible intervención sobre los mismos

• **Alimentación:**

- Dietas de eliminación: diagnóstico de certeza imprescindible
- Lactancia materna (dietas de restricción materna, edad de introducción sólidos): utilidad controvertida
- Probióticos: eficacia no probada

• **Infecciones:**

- Desencadenan y empeoran los brotes
- Dificultan respuesta al tratamiento

• **Ropa y calzado:**

- Los materiales sintéticos, lanas, etc. pueden irritar la piel (mejor algodón)
- El calzado oclusivo aumenta la sudoración, la maceración y el picor

• **Temperatura ambiente:**

- Evitar excesivo abrigo y temperatura ambiental muy alta
- La temperatura elevada aumenta el sudor y el picor

• **Humedad:**

- La sequedad ambiental reseca la piel y aumenta el picor
- Mejoría en la playa

• **Estrés:**

- Puede ser causa o efecto
- Medidas relajantes con utilidad limitada

• **Aeroalérgenos:**

- Frecuente asociación de dermatitis atópica y alergia ambiental sin relevancia clínica
- Medidas preventivas (acaricidas, etc.) ineficaces

DA: dermatitis atópica.

Bibliografía

1. Boull C, Groth D. Update: treatment of cutaneous viral warts in children. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(3):217-29.
2. Hanna D, Hatami A, Powell J, Marcoux D, Maari C, Savard P *et al*. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol*. 2006; 23(6):574-9.
3. Strauss JS, Krowchuk DP, Leyden JJ, Lucky AW, Shalita AR, Siegfried EC *et al*. American Academy of Dermatology/American Academy of Dermatology Association. Guidelines of care for acne vulgaris management. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(4):651-63.
4. Rademaker M. Adverse effects of isotretinoin: A retrospective review of 1743 patients started on isotretinoin. *Australas J Dermatol*. 2010; 51(4):248-53.
5. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 1980;92(Suppl):44-7.
6. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taïeb A, Werfel T, Oranje A *et al*; European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ET-FAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(3):317-28.

