

Lesiones ulcerosas en sacabocados en la región del pañal

Molinero Barranco MA.¹

Sanid. mil. 2019; 75 (1): 50-51, ISSN: 1887-8571

PRESENTACIÓN

Paciente de 6 meses de edad, sexo femenino, bien nutrida, bien constituida y bien hidratada, sin antecedentes personales y familiares de interés.

Presenta, a la exploración, elementos ulcerosos en sacabocados de fondo sanioso, de bordes bien delimitados y discretamente elevados, en número de siete y de localización perivulvar y perianal. Igualmente observamos lesiones cicatriciales atróficas de idéntica distribución.



¹ Tcol. Médico (R).

Dirección para correspondencia: MAMOLBA@telefonica.net

Recibido: 24 de mayo de 2018

Aceptado: 27 de noviembre de 2018

doi: 10.4321/S1887-85712019000100008

Diagnóstico: Sifiloide posterosivo de Savestre y Jacquet

Se diagnostica de sifiloide posterosivo de Savestre y Jacquet.

El sifiloide es una forma infrecuente, severa y extensa de una dermatitis de contacto, subaguda o crónica, ocasionada por el cambio limitado de pañales^{1,2,3}. Existe un irritante primario que generalmente son las heces y la orina que están mucho tiempo en contacto con la zona, originando la sobrehidratación de la piel que ocluye el pañal. La mayor prevalencia de la dermatitis del pañal se presenta en niños a partir de los seis meses de edad³ y la máxima incidencia está entre los nueve y doce meses, sin diferencia de sexo, ni de raza. Los niños que se alimentan con leche materna suelen presentar menos riesgo⁴. Generalmente se describen cuatro formas de la dermatitis del pañal⁵:

1. La más frecuente es la forma irritativa que afecta a las zonas donde contacta el pañal. Es el eritema en "W".
2. El eritema se torna rojo vivo, confluye, afectando a los pliegues y determina exudación.
3. Aparición de úlceras en sacabocados salpicadas, en número reducido, de localización perianal y perigenital. Es el sifiloide de Jacquet.
4. Cuadro agudo con eritema rojovioláceo, con lesiones satélites que se infecta, secundariamente, por bacterias y candidas. Entre las primeras se cuentan *Stafilococcus aureus*, en el 40-60 % de los casos, por el contrario, *Candida albicans*, se detectó en el 50-77 % de los casos⁶.

El diagnóstico de sifiloide posterosivo es básicamente clínico, no existen pruebas complementarias. El diagnóstico diferencial radica, sobre todo, con la sífilis congénita⁷, de ahí su denominación. Aunque ésta es rara en nuestro medio, es un cuadro que cursa con pápulas o placas de superficie plana y de coloración eritemato-parduzca que pueden ser numerosas y de confluencia perianal. El sifiloide suele ubicarse en las zonas convexas de la región del pañal y la lesión ulcerosa en sacabocados es característica. El granuloma glúteo infantil por exceso de aplicación de dermatocorticoides de alta potencia, es otro cuadro que tenemos que tener en cuenta. Fue descrito por Tappeiner y Plegier en 1971¹. Se trata de nódulos violáceos o purpúricos de hasta dos o tres centímetros.

Pueden surgir complicaciones como las infecciones por estafilococos o estreptococos. Suelen afectar a las zonas convexas y clínicamente son similares a los cuadros que aparecen en otras partes del tegumento. El impétigo estreptocócico o estafilocócico y la foliculitis estafilocócica son las entidades nosológicas más frecuentes. También son complicaciones las hipopigmentaciones y las cicatrices atróficas⁸.

El tratamiento consiste, fundamentalmente, en el refuerzo higiénico local y en el control del factor irritante con el cambio frecuente de pañal³. La aplicación de fomentos de soluciones antisépticas y astringentes, pastas al agua para proteger el tegumento de la humedad y un corticoide de baja potencia, como la hidrocortisona, completan el ardid terapéutico.

Se trató con una crema de hidrocortisona a 5mg/g, fomentos de permanganato potásico al 1/20,000, en solución acuosa, aplicados en la zona afectada, una pasta al agua con el fin de proteger la zona de la humedad y la maceración, y el cambio frecuente de pañal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Elizondo A.D., García Hernández F., Pérez Campos E.: Sifiloide posterosivo de Savestre y Jacquet y granuloma glúteo infantil: presentaciones inusuales y graves de una dermatitis irritativa del pañal. A propósito de tres casos. Rev. Argent. Dermatol. 2013; Vol. 94, n°2.
2. Pi Hernández J.L.: Dermatitis del pañal. Matronas Prof. 2007; 8(3-4): 22-24.
3. De Brito E., Cassab Sasajima C., Medina Vilela G., Duarte H., Ribeiro Estrella A., Lobato Quattrino A.: Dermatitis de Jacquet en los niños después de la cirugía de la enfermedad de Hirschprung: comunicación de un caso. Dermatol Pediatr Latinoam 2013; 11 (3): 107-9.
4. Whiting D.A.: Dermatitis por pañal. En: Ruiz Maldonado R., Charles Paris L., Martín Beare J.: Tratado de Dermatología Pediátrica. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. México D.F. 1992; 230-232.
5. Zambrano A., López-Berrantes V.: Dermatología pediátrica. Atlas. Ed. Jims S.A. 1991; 62-63.
6. Larrègue M., Maleville J.: Manual de dermatología pediátrica. Ed Masson 1989; 123-124.
7. PINOS León V., Mosquera Hidalgo C., Cabrera Cabrera J., Castillo Soto G.: Sifiloide de Jacquet: una entidad desestructurada. Piel 2015; 30: 202-4.
8. Klobenzer P.J.: Diaper dermatitis an overview with emphasis on rational therapy base on etiology and pathodynamic. Clinical Pediatric 1973; 12: 386-92.