

# Dermatitis del pañal y trastornos relacionados

T. Pozo Román

Médico Especialista de Dermatología. Jefe de Sección y de la Unidad de Dermatología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid



## Resumen

La dermatitis del pañal es un trastorno que ocurre en más del 35% de los niños, sin diferencias de género o raza, como consecuencia generalmente de un mal cuidado de la piel de esa zona y, más excepcionalmente, por enfermedades que alteran de forma importante la función barrera de la piel.

Clínicamente, se manifiesta como un eritema inicialmente en las zonas de roce del pañal. El eritema progresivamente aumenta su intensidad y extensión, pudiendo llegar a producir erosiones y lesiones pseudoverrucosas. Se sobreinfecta con facilidad, requiriendo entonces de tratamiento médico.

Es importante considerar siempre la posibilidad de otras enfermedades que se pueden localizar en esa zona, algunas graves, como la enfermedad de Kawasaki o la histiocitosis de células de Langerhans, y otras relativamente frecuentes, como: la miliaria, la dermatitis alérgica de contacto, la dermatitis seborreica, el psoriasis o la dermatitis estreptocócica perianal.

Las medidas preventivas son también el aspecto más importante del tratamiento. En la mayoría de los casos, suele ser suficiente con "airear" la zona y cambiar el pañal con frecuencia, además de limpiar y secar cuidadosamente la zona, sin irritarla. El uso de pañales ultra absorbentes y transpirables ayuda mucho a solucionar el problema. Son también muy útiles las cremas barrera con óxido de zinc.

**Palabras clave:** Dermatitis del pañal; Dermatitis irritativa de contacto; Cremas barrera.

**Key words:** Diaper dermatitis; Irritant contact dermatitis; Barrier creams.

## Abstract

*Diaper dermatitis is a disorder that occurs in more than 35% of children, no differences in gender or race, usually as a result of a poor care of the skin in that area and exceptionally by diseases that alter significantly the barrier function of the skin.*

*Clinically it manifests as erythema, initially in the friction areas with the diaper, which gradually increases its intensity and extent, being able to produce erosions and pseudoverrucous papules and nodules. Lesions are infected easily, thus requiring medical treatment.*

*It is always important to consider other diseases that can be located in that area, some serious as Kawasaki disease or Langerhans Cell Histiocytosis and other more common, as heat rash, allergic contact dermatitis, seborrheic dermatitis, psoriasis or perianal streptococcal dermatitis.*

*Preventive measures are also the most important aspect of treatment. In most cases it's enough to aerate the area and change the diaper frequently, in addition to clean and dry the area without irritating. Using ultra absorbent and breathable diapers helps a lot to solve the problem. Barrier creams with zinc oxide are very useful too.*

## Introducción

La dermatitis del pañal es un trastorno que ocurre en más del 35% de los niños, sin diferencias de género o raza, como consecuencia generalmente de un mal cuidado de la piel de esa zona y, más excepcionalmente, por enfermedades que alteran de forma importante la función barrera de la piel.

Se entiende por dermatitis del pañal, en sentido estricto, a la dermatitis irritativa que aparece en la zona cubierta por el pañal.

Los bebés tienen una piel más delgada que la de los adultos, que produce menos secreciones y que es más susceptible a la irritación y a la infección<sup>(1)</sup>, pero el punto crítico en el desarrollo de la dermatitis del pañal es la oclusión de la piel por el pañal<sup>(2)</sup>.

Si no se cambia el pañal con frecuencia, se produce sobrehidratación y maceración en el estrato córneo, que hace a la piel más sensible a la fricción, alterando la función barrera y permitiendo la exposición de las capas más inferiores de la epidermis a los irritantes. Las enzimas digestivas de las heces (triptasa y lipasa) pueden jugar también un papel en el desarrollo de la dermatitis del pañal, junto con la sobrehidratación y el pH alcalino, que incrementan la actividad de estas enzimas<sup>(3,4)</sup>.



Figura 1. Dermatitis irritativa moderada.

Otros factores que agravarían la dermatitis serían: el mal cuidado de la piel, los microorganismos, las alteraciones de la orina, la diarrea y el uso de antibióticos de amplio espectro<sup>(3)</sup>.

Su prevalencia se estima en más del 35% y ocurre, sobre todo, en neonatos y entre los 8 y 12 meses de edad<sup>(5)</sup>, sin diferencias de género o raza<sup>(6)</sup>. Los bebés alimentados con leche materna parecen tener un riesgo más reducido<sup>(1,7)</sup>.

## Clinica

La historia clínica y la exploración son esenciales, ya que no hay ninguna prueba de laboratorio diagnóstica (Figs. 1-9).

El diagnóstico de la dermatitis del pañal es clínico y no hay ninguna prueba de laboratorio que lo confirme. Las lesiones aparecen inicialmente en las zonas convexas<sup>(2)</sup>, que tienen un contacto más directo con el pañal,



Figura 2. Dermatitis irritativa severa.



Figura 3. Dermatitis irritativa severa + candidiasis.



Figura 4. Sifiloide posterosivo.





Figura 5. Dermatitis irritativa crónica.



Figura 6. Candidiasis.



Figura 7. Impétigo.

Fuente: *Pediatr Integral* 2012; XVI(3): 252.e1-252.e19.



Figura 8. Foliculitis.



Figura 9. Granuloma glúteo infantil.

como son: los genitales externos, las nalgas, los muslos y el periné, respetando característicamente los pliegues. Inicialmente, la lesión es un eritema rosado que si no se controla, se va haciendo cada vez más intenso y confluyente hasta afectar también a los pliegues, con exudación (Figs. 1, 2 y 3), y en las formas más severas erosiones y ulceraciones (sifiloide posterosivo de Sevestre-Jacquet [Fig. 4]). Cuando la dermatitis del pañal además de grave, es crónica, da lugar a lesiones pseudo- verrucosas (Fig. 5).

Con relativa frecuencia aparece también un área de eritema más o menos lineal, en la raíz de los muslos, que se corresponde con los elásticos del pañal, que carecen de material absorbente, y en la que se produce la irritación por el contacto prolongado de la piel con el material plástico<sup>(8)</sup>.

Las complicaciones más habituales son las infecciones, sobre todo la

candidiasis por *Candida albicans*, con la que hay una correlación significativa<sup>(4,9,10)</sup>. Clínicamente, la candidiasis del pañal cursa con un eritema intenso de tinte rojo violáceo, localizado inicialmente en los pliegues, con formación de pápulas y pápulo-pústulas satélites, alrededor de la lesión inicial (Fig. 6).

Las infecciones por estafilococos o estreptococos son también complicaciones de la dermatitis del pañal, que ocurren, sobre todo en las zonas convexas y, clínicamente, son similares a los que aparecen en otras zonas del tegumento. En el caso del impétigo estreptocócico o estafilocócico (Fig. 7), son lesiones erosivas, cubiertas por costras amarillentas y, a veces, ampollas, aunque en este caso suelen asentar sobre una piel eritematosa. La foliculitis estafilocócica (Fig. 8) se manifiesta por pápulas o pápulo-pústulas en las zonas de más roce<sup>(11)</sup>.



**Figura 10.** Miliaria.  
Fuente: *Pediatr Integral* 2012;  
XVI(3): 252.  
e1-252.e19.



**Figura 11.** Dermatitis seborreica.



**Figura 12.** Psoriasis.



**Figura 13.** Deficiencia de zinc. Acrodermatitis enteropática.

La hipopigmentación e incluso la presencia de cicatrices atróficas son también complicaciones de las dermatitis del pañal moderadas o severas.

El granuloma glúteo infantil (Fig. 9) es otra complicación asociada en este caso a la utilización de corticoides tópicos de alta potencia, caracterizada por la aparición de lesiones pápulo-nodulares violáceas o purpúricas de hasta 2 o 3 cm de diámetro, sobre las superficies convexas, que pueden tardar en curar varios meses después de la supresión de los corticoides tópicos, a veces, con cicatriz<sup>(12)</sup>.

### Diagnóstico diferencial

**Es importante considerar siempre la posibilidad de otras enfermedades, que pueden ser graves (Figs. 10-17).**

Para el diagnóstico diferencial de las erupciones cutáneas de la zona del pañal, me sigue pareciendo útil la clasificación de Koblenzer de 1973<sup>(13)</sup>:

- **Causadas por el pañal** y que, por tanto, curan cuando ya no hay pañal.
- **Exacerbadas por el pañal**, es decir, que pueden aparecer cuando no hay pañal, pero generalmente con menor gravedad y con características clínicas diferentes.
- **Independientes del pañal**, por lo que pueden aparecer en cualquier otro momento.

### Enfermedades relacionadas directamente con el pañal

#### Dermatitis alérgica de contacto

La dermatitis alérgica de contacto puede asociarse a una dermatitis del pañal o aparecer directamente como tal. La causa más frecuente es la alergia a alguno de los componentes de las cremas o toallitas utilizadas para el cuidado de la piel o para el tratamiento de la dermatitis del pañal, pero también a la goma de los pañales<sup>(14,15)</sup>. Las lesiones son áreas eritematosas de contornos bien definidos y que afectan a cualquier parte de la zona cubierta por el pañal. El diagnóstico se puede confirmar con la realización de pruebas alérgicas de contacto<sup>(16)</sup>, pero ante la sospecha, hay que reducir al mínimo los productos empleados en la zona y asociar un corticoide de baja potencia, 2 veces al día.





Figura 14. Hemangioma.



Figura 15. Enfermedad ampollosa crónica benigna infantil. Fuente: *Pediatr Integral* 2012; XVI(3): 252.e1-252.e19.



Figura 16. Histiocitosis de células de Langerhans.



Figura 17. Infección por virus coxsackie.

#### Miliaria

La miliaria ocurre por el aumento de calor y humedad en la piel cubierta por el pañal y se debe a la retención de sudor ecrino en los ductos. Típicamente (Fig. 10), son pápulas o pequeñas

pústulas, en los pliegues, generalmente pruriginosas<sup>(14,15)</sup>. El tratamiento consiste en disminuir la temperatura de la zona "aireándola". Se puede añadir una pasta grasa o "al agua" en cada cambio de pañal.

### Enfermedades agravadas por el pañal

#### Dermatitis seborreica

En la zona del pañal, la dermatitis seborreica se manifiesta como placas eritematosas, bien delimitadas en las ingles, pero sin el componente descamativo habitual en las lesiones del cuero cabelludo. Generalmente, en pocos días, aparecen también lesiones típicas en cuero cabelludo (Fig. 11), detrás de las orejas, etc., que son las que permiten hacer el diagnóstico<sup>(14,15)</sup>. La enfermedad es autorresolutiva en 3-6 meses, pero se pueden usar para su control, corticoides de muy baja potencia, además del lavado de la zona con jabones antifúngicos (ketoconazol 2%).

#### Psoriasis

Las lesiones de psoriasis en la zona del pañal son placas simétricas, muy bien definidas, eritematosas sin la descamación habitual en otras localizaciones (Fig. 12). Suele haber una historia familiar de psoriasis, que junto con la falta de respuesta a corticoides tópicos de baja potencia, permiten el diagnóstico<sup>(14,15)</sup>. El tratamiento consiste en corticoides de potencia media-alta o inhibidores de la calcineurina.

### Enfermedades localizadas en la zona del pañal, pero independientes del mismo

#### Deficiencia de zinc. Acrodermatitis enteropática

La deficiencia de zinc afecta, sobre todo, a niños prematuros, porque sus necesidades de zinc pueden ser superiores a las que les proporciona la leche materna. También ocurre: en situaciones de malabsorción, en el curso de una diarrea prolongada, por una alergia a las proteínas de la leche o en pacientes con fibrosis quística. Son lesiones eritematosas, maculopapulosas, a menudo brillantes, con bordes delimitados y descamación periférica<sup>(14,15)</sup> (Fig. 13). Ocurren también, alrededor de la boca y ojos y en los pliegues del cuello y se pueden acompañar de: irritabilidad, diarrea, retraso en el crecimiento y alopecia.

La acrodermatitis enteropática es una alteración autosómica recesiva del

metabolismo del zinc, en la que faltan los transportadores del zinc en el intestino que ayudan en la absorción gastrointestinal<sup>(14,15)</sup>. Suele manifestarse cuando los niños cambian de la lactancia materna a la artificial o cuando sus demandas de zinc son mayores que las que la leche de su madre puede proporcionar. El tratamiento consiste en incrementar los aportes de zinc.

#### Deficiencia de biotina

La biotina está en muchos alimentos y es sintetizada por las enterobacterias, por lo que su déficit es excepcional, apareciendo solo en pacientes con dieta parenteral sin biotina o en tratamiento con antibióticos de amplio espectro durante mucho tiempo. También puede ocurrir en pacientes con déficit congénito de carboxilasas, la holocarboxilasa sintetasa y la biotinidasa. En el primer caso, los síntomas aparecen ya en el recién nacido y en el segundo, después de los 3 meses de edad.

Las manifestaciones cutáneas son similares a las de la acrodermatitis enteropática: lesiones eritemato-descamativas periorificiales. Se asocia también con alopecia, conjuntivitis y glositis, y si la deficiencia persiste, alteraciones neurológicas (irritabilidad, letargia, parestesias, etc.)<sup>(15,17)</sup>. El tratamiento consiste en aumentar el aporte de biotina.

#### Dermatitis atópica

La dermatitis atópica suele respetar el área del pañal, pero en ocasiones, generalmente en el contexto de lesiones generalizadas, también afecta a esa zona. Son lesiones eritematosas de bordes mal definidos. El diagnóstico se establece por el resto de lesiones en localizaciones típicas<sup>(15,18)</sup>. El tratamiento incluye cremas de corticoides e inhibidores de la calcineurina, además de las medidas de prevención (baños cortos, emolientes, etc.). Es importante también eliminar todos los productos de limpieza y cosméticos que puedan ser irritantes y/o causar sequedad.

#### Hemangiomas

Cuando se presentan en el área del pañal, los hemangiomas infantiles (Fig. 14) pueden confundirse con eritema y con frecuencia se ulceran (más

del 50%). Cuando las lesiones son extensas, es preciso tener en cuenta su asociación con anomalías extracutáneas (urogenitales, renales, etc.)<sup>(19)</sup>.

#### Vitíligo

El vitíligo plantea el diagnóstico diferencial con las lesiones hipocrómicas, postinflamatorias que pueden ocurrir en la dermatitis del pañal cuando curan las lesiones agudas. El vitíligo, sin embargo, habitualmente aparece también en otras localizaciones (alrededor de ojos y labios, dorso de manos, codos, rodillas, axilas, ingles, ombligo, etc.) y presenta antecedentes familiares. Las lesiones típicas son: máculas blancas, asintomáticas de tamaño variable (desde mm hasta cm), que se encuentran rodeadas de piel normal.

Aunque las lesiones de vitíligo pueden curar espontáneamente, es más habitual que persistan; mientras que, las hipocromías que ocurren en la dermatitis del pañal se suelen solucionar espontáneamente, en unos pocos meses.

#### Enfermedad ampollosa crónica benigna infantil

Se caracteriza por la aparición de ampollas tensas, a menudo agrupadas sobre una piel inflamada, en periné (Fig. 15) y, también, en otras localizaciones (periorales e intraorales sobre todo, pero también en cualquier otra localización). Las lesiones nuevas van apareciendo alrededor de las antiguas formando un collarite. Es rara la presencia de síntomas generales. El diagnóstico se establece por la biopsia y la inmunofluorescencia (depósitos de IgA en la membrana basal)<sup>(20)</sup>. La mayoría responde rápidamente a sulfona o sulfapiridina y solo unos pocos precisan de ciclos cortos de corticoides orales.

#### Histiocitosis de células de Langerhans

La afectación de las ingles puede ser la primera manifestación de esta rara enfermedad (Fig. 16). Son pápulas hemorrágicas y petequias junto con erosiones y ulceraciones y suele haber también afectación del cuero cabelludo, orejas y mucosa oral. A veces, hay también lesiones en el tronco<sup>(14,15)</sup>. La biopsia de las lesiones nos da el diagnóstico. El tratamiento típico suele

ser ineficaz y es necesario recurrir al sistémico (corticoides orales, ciclosporina, etc.).

#### Enfermedad de Kawasaki

Es otra enfermedad importante, potencialmente peligrosa para la vida, en la que la erupción perineal puede ser clave para el diagnóstico<sup>(14,15)</sup>. La mayoría de los pacientes tienen un eritema importante y, a veces, pápulas en ingles, que se descaman rápidamente. Se acompañan de: fiebre alta mantenida, adenopatías cervicales, inyección conjuntival, labios rojos, secos y fisurados, lengua aframbuesada, eritema y/o edema de manos y pies con descamación posterior de los dedos en los días siguientes. El tratamiento con inmunoglobulinas IV y aspirina en los primeros días, reduce la prevalencia de alteración de las arterias coronarias.

#### Infección por virus coxsackie, especialmente A6

La enfermedad boca-mano-pie (Fig. 17), cursa en un porcentaje importante de casos con un exantema vesículo ampolloso y erosivo en otras localizaciones y especialmente en áreas donde hay una dermatitis previa, como es la dermatitis del pañal. La erupción causada por Coxsackie A6 es más exuberante que la causada por otros virus y puede plantear problemas de diagnóstico diferencial<sup>(21)</sup>.

#### Sífilis congénita

La sífilis congénita es aquella adquirida en el útero a través de la placenta<sup>(14,15,22)</sup>. La erupción cutánea, que aparece inmediatamente después del nacimiento, suele ser ampollosa (pénfigo sifilítico), además de muy infecciosa, pero si lo hace unas semanas más tarde ya es máculopapulosa, con lesiones rojo-cobrizas pequeñas y que suelen acompañarse de condilomas planos o fisuras perianales, además de síntomas de afectación general (piel seca y arrugada, fiebre, hepatoesplenomegalia y rinitis persistente). El tratamiento es penicilina G acuosa.

#### Herpes simple

El herpes simple neonatal (perinatal) aparece en los primeros días o semanas después del parto en forma

de vesículas o ampollas que progresan a erosiones, a veces, en sacabocados. Puede haber otros síntomas generales asociados, pero el diagnóstico se establece por: la clínica, una tinción de Tzanck o cultivos virales<sup>(15)</sup>. El tratamiento debe hacerse con aciclovir IV por el alto riesgo de diseminación.

#### Dermatitis perianal estreptocócica

La infección estreptocócica perianal por estreptococos del grupo A beta hemolítico, se caracteriza por un eritema brillante, perianal, sin lesiones satélite, aunque puede extenderse hacia el periné. Hay dolor y puede haber fiebre<sup>(15,23)</sup>. El tratamiento incluye antibioterapia oral y tópica..

### Conducta a seguir

Las medidas preventivas, son también la primera medida a tomar cuando ya se ha producido la enfermedad.

#### Prevención

- “Airear” la zona todo lo posible, al menos, 5-10 minutos en cada cambio de pañal, y cambiar el pañal frecuentemente, aproximadamente cada hora en neonatos y cada 3-4 h en los demás<sup>(5,15)</sup>.
- Limpiar cuidadosamente con agua tibia y una esponja suave y secar también cuidadosamente. Reservar las toallitas (sin alcohol) solo para cuando no se pueda utilizar el agua<sup>(24)</sup>.
- Utilizar pañales ultra absorbentes y transpirables<sup>(25,26)</sup>.

#### Tratamiento de la dermatitis irritativa del pañal<sup>(15,27)</sup>

- Corregir las causa si es que la hay (diarrea, características de las heces, etc.).
- En cualquiera de las formas clínicas, “airear” la zona todo lo posible y hacer cambios de pañal frecuentes.
- *En las formas leves (eritema leve y localizado)*<sup>(15,27)</sup>: suele ser suficiente con “airear” la zona y cambiar el pañal más frecuentemente, pero se puede añadir una pasta

grasa o “al agua” (con óxido de zinc) en cada cambio de pañal<sup>(1,5)</sup>.

- *En las formas moderadas (eritema intenso y generalizado)*<sup>(15,27)</sup>: añadir una pasta grasa o “al agua” (con óxido de zinc) en cada cambio de pañal y si no es suficiente, un corticoide de baja potencia 2 veces al día.
- *En las formas complicadas (+ candidiasis o bacterias)*<sup>(15,27)</sup>: si hay una candidiasis, lavado cuidadoso con jabones antifúngicos (ketoconazol 2%) y, si no es suficiente, aplicar una crema con corticoides de baja potencia + antifúngicos (imidazoles o ciclopirox olamina), habitualmente 4-5 días.
- *En las foliculitis*: aplicar una crema antibiótica (ácido fusídico o mupirocina) 2 veces al día, habitualmente 4-5 días.
- *En el impétigo*: fomentos secantes y antisépticos con permanganato potásico 1:10.000 o sulfato de cobre/zinc al 1:1.000, 2-3 veces al día, seguidos de la aplicación de una crema antibiótica (ácido fusídico o mupirocina) o si la inflamación es importante, con corticoides de baja potencia + antibiótico, 2 veces al día, habitualmente 8-9 días. Cuando las lesiones son extensas puede ser conveniente asociar un antibiótico oral (amoxicilina).
- *En las formas graves (sifiloide posterosivo de Sevestre-Jacquet)*<sup>(15,27)</sup>: fomentos secantes y antisépticos con permanganato potásico 1:10.000 o sulfato de cobre o zinc al 1:1.000, seguidos de crema con corticoides de media potencia y antibióticos, 2 veces al día (habitualmente 8-9 días).
- *En el granuloma glúteo infantil*<sup>(15,27)</sup>: suspender los corticoides tópicos y añadir una pasta grasa o “al agua” (con óxido de zinc) en cada cambio de pañal. Puede tardar algunos meses en resolverse.

### Bibliografía

1. Singleton JK. Pediatric dermatoses: three common skin disruptions in infancy. *Nurse Pract.* 1997; 22: 32-50.
2. Hogan P. Irritant napkin dermatitis. *Aust Fam Physician.* 1999; 28: 385-6.
3. Atherton DJ. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2001; 15: 1-4.
4. Ferrazzini G, Kaiser RR, Hirsig Cheng SK, et al. Microbiological aspects of diaper dermatitis. *Dermatology.* 2003; 206: 136-41.
5. Wolf R, Wolf D, Tüzün B, et al. Diaper dermatitis. *Clin Dermatol.* 2001; 18: 657-60.
6. Ward DB, Fleischer AB, Feldman SR, et al. Characterization of diaper dermatitis in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; 154: 943-6.
7. Levy M. Diaper rash syndrome or dermatitis. *Cutis.* 2001; 67: 37-8.
8. Larralde M, Raspa ML, Silvia H, et al. Diaper dermatitis: a new clinical feature. *Pediatr Dermatol.* 2001; 18: 167.
9. Leyden J, Kligman AM. The role of microorganisms in diaper dermatitis. *Arch Dermatol.* 1978; 114: 56.
10. Hoppe J. Treatment of oropharyngeal candidiasis and candidal diaper dermatitis in neonates and infants: review and reappraisal. *Pediatr Infect Dis J.* 1997; 16: 885-94.
11. Kazaks EL, Lane AT. Diaper dermatitis. *Pediatr Clin North Am.* 2000; 47: 909-19.
12. Robson KJ, Maughan JA, Purcell SD, et al. Erosive papulonodular dermatosis associated with topical benzocaine: A report of two cases and evidence that granuloma gluteale, pseudoverrucous papules, and Jacquet's erosive dermatitis are a disease spectrum. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55: S74-80.
13. Koblenzer PJ. Diaper dermatitis - an overview with emphasis on rational therapy based on etiology and pathodynamics. *Clinical Pediatrics.* 1973; 12: 386-92.
14. Coughlin CC, Eichenfield LF, Frieden IJ. Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatric Dermatology.* 2014; 31 (Suppl 1): 19-24.
15. Shin HT. Diaper dermatitis that does not quit. *Dermatologic Therapy.* 2005; 18: 124-35.
16. Smith WJ, Jacob SE. The role of allergic contact dermatitis in diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2009; 26: 369-70.
17. Campistol J, Vilaseca MA, Ribes A, Riudor E. Déficit de biotinidasa.



- Forma de presentación y respuesta al tratamiento. *An Esp Pediatr.* 1996; 44: 389-92.
18. Zambrano Pérez E, Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Dermatitis del pañal, en *Protocolos de Dermatología de la AEP.* 2007.
  19. Berk DR, Bayliss SJ, Merritt DF. Management quandary. Extensive perineal infantile hemangioma with associated congenital anomalies: an example of the PELVIS syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007; 20: 105-8.
  20. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, Eighth Edition.* 2012, pp 624.
  21. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ, et al. "Eczema coxsackium" and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics.* 2013; 132: e149-e157.
  22. Rodríguez-Cerdeira C y Silami-Lopes VG. Sífilis congénita en el siglo XXI. *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103: 679-93.
  23. Wright JE, Butt HL. Perianal infection with haemolytic streptococcus. *Archives of Disease in Childhood.* 1994; 70: 145-6.
  24. Ehretsmann C, Schaefer P, Adam R. Cutaneous tolerance of baby wipes by infants with atopic dermatitis, and comparison of the mildness of baby wipe and water in infant skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001; 15: 16- 21.
  25. Odio M, Friedlander SF. Diaper dermatitis and advances in diaper technology. *Dermatology.* 2000; 12: 342-6.
  26. Akin F, Spraker M, Aly R, et al. Effects of breathable disposable diapers: reduced prevalence of *Candida* and common diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2001; 18: 282-90.
  27. Gupta AK & Skinner AR. Management of diaper dermatitis. *International Journal of Dermatology.* 2004; 43: 830-4.

### Bibliografía recomendada

- Gupta AK, Skinner AR. Management of diaper dermatitis. *International Journal of Dermatology.* 2004; 43: 830-4.

En cuatro páginas, resume perfectamente los conceptos básicos de lo que es la dermatitis del pañal, su etiología y su manejo.

- Coughlin CC, Eichenfield LF, Frieden IJ. Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatric Dermatology.* 2014; 31 (Suppl.1): 19-24

Este artículo, además de incluir una buena iconografía, explica claramente desde un punto de vista clínico, los principales diagnósticos diferenciales que hay que considerar ante una dermatitis en el área del pañal.

- Shin HT. Diaper dermatitis that does not quit. *Dermatologic Therapy.* 2005; 18: 124-35.

Es el artículo más completo, porque repasa todos los aspectos de la dermatitis del pañal, haciendo especial hincapié en la prevención y tratamiento, y explicando detalladamente los aspectos más importantes de los mismos.

## Caso clínico

Paciente de 8 días de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Es remitida a consulta por lesiones en el área del pañal que en pocos días se han ulcerado (Fig. 18). No ha hecho ningún tratamiento.

A la exploración, se aprecia un eritema intenso y difuso en todo el área cubierta por el pañal y lesiones ulceradas en pliegue inguinal derecho con ulceraciones satélite alrededor, cubiertas con esfacelos amarillentos. La paciente tenía buen estado general, aunque lloraba mucho.



Figura 18.





# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Dermatitis del pañal y trastornos relacionados

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA** cuando hablamos de dermatitis del pañal?
  - a. Es más frecuente en pacientes con antecedentes familiares de dermatitis atópica.
  - b. Es más frecuente en niñas.
  - c. Se asocia habitualmente con alergia de contacto.
  - d. Es menos frecuente en pacientes que usan pañales ultra absorbentes y transpirables.
  - e. Es menos frecuente cuando se usan toallitas para la limpieza.
2. ¿QUÉ es característico de las lesiones de dermatitis del pañal en sus fases iniciales?
  - a. La localización en los pliegues inguinales.
  - b. La afectación de las zonas en contacto directo con el pañal.
  - c. La aparición de lesiones erosivas.
  - d. La presencia de lesiones satélite alrededor del eritema.
  - e. La presencia de pápulas y nódulos.
3. ¿CUÁL de las siguientes enfermedades que aparecen en el área del pañal, son independientes del mismo?
  - a. Dermatitis seborreica.
  - b. Dermatitis alérgica de contacto.
  - c. Dermatitis perianal estreptocócica.
  - d. Psoriasis.
  - e. Miliaria.
4. ¿CUÁNDO sería necesaria la realización de una biopsia cutánea?
  - a. Cuando se sospeche una deficiencia de zinc.
  - b. Cuando se observen pápulas y úlceras en un paciente con diarrea crónica.
  - c. Cuando hay lesiones ecematosas en el resto del cuerpo, especialmente en los pliegues de las extremidades.
  - d. Cuando hay eritema perineal importante con fiebre alta y adenopatías cervicales.
  - e. Cuando se observen pápulas hemorrágicas y petequias junto con erosiones y ulceraciones.
5. ¿CUÁL es la medida preventiva más importante en la dermatitis del pañal?
  - a. Airear la zona unos minutos, en cada cambio de pañal.
  - b. La utilización de toallitas sin alcohol, para la limpieza de la zona.
  - c. La utilización sistemática de cremas barrera, con óxido de zinc.
  - d. La utilización sistemática de cremas barrera, sin perfumes.
  - e. El uso de pañales desechables.
6. ¿QUÉ diagnósticos considerarías en este caso?
  - a. Dermatitis irritativa del pañal.
  - b. Candidiasis.
  - c. Infección bacteriana.
  - d. a, b y c.
  - e. a y c.
7. ¿CUÁL sería la conducta a seguir?
  - a. Mantener a la paciente con la zona desnuda, sobre un empañador, todo lo posible.
  - b. Lavado cuidadoso de la zona con gel de ketoconazol 2% una vez al día.
  - c. Fomentos secantes con permanganato potásico 1:10.000 de 5' de duración, en las lesiones ulceradas, 2-3 veces al día.
  - d. Aplicar en las lesiones ulceradas una crema con corticoides de baja potencia y un antibiótico, después de cada fomento.
  - e. Todas las anteriores.
8. ¿QUÉ indicaciones se deben dar a los padres para prevenir estas situaciones?
  - a. Cambiar al paciente de pañal siempre que haya heces, o cada 3 horas, como máximo.
  - b. Evitar el uso de toallitas con alcohol.
  - c. En cada cambio de pañal, mantenerle unos minutos sin cubrir.
  - d. Utilizar habitualmente pañales ultra absorbentes y transpirables.
  - e. a, b, c y d.

### Caso clínico

6. ¿QUÉ diagnósticos considerarías en este caso?