

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS
FRECUENTES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN
EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

**JACKELINE MADELEINE SOTELO
ALMENDRAS**

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS

DIRECTOR DE TESIS

**MG. MAGDIEL JOSÉ MANUEL GONZALES MENÉNDEZ
DRA. BEATRIZ INGAR C.**

ASESORES DE TESIS

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTOS

A los Médicos y Personal de Salud del Hospital Hipólito Unanue, quienes contribuyeron a mi formación profesional.

DEDICATORIA

A mi Madre, por el apoyo constante durante el transcurso
de mis estudios.

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad identificar cuales son las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años según género y estaciones del año en donde se presentan en mayor frecuencia.

Objetivo: Determinar cuales son las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014.

Materiales y métodos: La investigación del presente trabajo fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estudiada fueron todos los niños menores de 5 años que asistieron al consultorio del servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014. Se procedió a la recolección de datos a través de la oficina de estadística de dicho hospital.

Uso de resultados: Los resultados nos darán a conocer las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años según género y estaciones del año y esta información nos servirá para demostrar la prevalencia de estas enfermedades en el servicio de dermatología de este hospital y brindar las recomendaciones pertinentes según sea el caso.

Conclusiones: Se pudo concluir que las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue en el año 2014 fueron tanto el Prúrigo de Besnier como Otras Dermatitis Atópicas (16.50%) ambos por igual seguida de la Escabiosis (11.65%). Asimismo predominó el Prúrigo de Besnier en el género masculino y Otras dermatitis Atópicas en el género femenino. También pudimos concluir que el Impétigo predominó en la estación de verano, Otras Dermatitis Atópicas en la estación de otoño e invierno y el Prúrigo de Besnier en la estación de la primavera.

Palabras claves: edad, género, tipo de enfermedad según estación del año.

SUMMARY

Introduction: This research aims to identify which are the most common skin diseases in children under five years by gender and seasons where they appear more frequently.

Objective: To determine which are the most common skin diseases in children under 5 years in the Dermatology Department of Hipolito Unanue Hospital during 2014.

Materials and Methods: The research of this study was descriptive, cross-sectional and retrospective. The study population were all children under 5 years who attended the clinic dermatology service Hipolito Unanue Hospital in 2014. He proceeded to collect data through statistical office of the hospital.

Use Results: Results will give us to know the most common skin diseases in children under five years by gender and seasons, and this information will serve to demonstrate the prevalence of these diseases in the dermatology department of the hospital and provide the relevant recommendations as appropriate.

Conclusions: It can be concluded that the most common skin diseases in children under 5 years in the Department of Dermatology at Hospital Hipolito Unanue in 2014 were both prurigo Besnier as Other Dermatitis Atopic (16.50%) both equally followed by Scabies (11.65%). Also the prurigo Besnier prevailed in the masculine gender and other Atopic dermatitis in females. We could also conclude that the impetigo dominated the summer season, Atopic Dermatitis Other station autumn and winter and prurigo Besnier in the spring season.

Keywords: age, gender, type of disease according to season

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, las enfermedades dermatológicas son frecuentes en consultorios de pediatría y mayormente en dermatología. Se puede observar que la mayor cantidad de consultas son las de etiología inflamatoria, sobre todo las dermatitis.

Las infecciones dermatológicas en niños también constituyen un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios a nivel mundial ¹.

La Dermatología Pediátrica es una subespecialidad relativamente nueva de los cuales existen pocos estudios epidemiológicos ² Asimismo el campo de la dermatología pediátrica ha ganado relevancia con el aumento de la cantidad de pacientes pediátricos y la discrepancia de las dermatosis respecto de las presentaciones en adultos.³ Las peculiaridades de la piel del niño, la existencia de enfermedades específicas de la edad infantil y la necesidad de ajustar los tratamientos a la edad del paciente convierten a la dermatología pediátrica en un campo específico con entidad propia ⁴ Los problemas dermatológicos suponen un motivo de consulta pediátrica muy común, con cifras que oscilan entre un 5 y un 30% de las consultas de Pediatría de Atención Primaria ⁵.

Por todo esto, son un motivo de preocupación para los padres y un reto constante para el pediatra. La “nueva dermatología” ha supuesto un problema de salud pública y desde luego un aumento de la demanda asistencial de forma que, en algunos centros de asistencia tanto primarios como hospitalarios de referencia, ha significado un cambio en su práctica diaria. Debemos sobre todo aprender a identificar los cambios normales y las lesiones en una piel.⁶ Dentro de la patología más prevalente se encuentran enfermedades inflamatorias como la dermatitis atópica, el psoriasis y el

acné, patologías infecciosas como las verrugas virales, molluscum contagiosum, impétigos y tiñas junto a patologías neoplásicas como nevus y angiomas ⁵ Una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes son las dermatitis atópica que es una enfermedad que afecta a más del 10% de los niños, evidenciándose un gran incremento en su incidencia en las últimas décadas. Es una entidad de curso crónico, que cursa con brotes y remisiones, habitualmente presente desde la primera infancia y que requiere un adecuado manejo para que no comprometa seriamente la calidad de vida de los pacientes.⁴ Pero del mismo modo, se sabe cada vez más de las causas y desencadenantes de problemas tan frecuentes en la edad infantil como la dermatitis atópica. El manejo de esta patología, tan habitual en los niños, especialmente en el medio urbano, requiere una comprensión adecuada del concepto actual de “piel atópica”, que debe explicarse cuidadosamente a los padres de modo que sigan adecuadamente las pautas de tratamiento y cuidados necesarios. La consulta de dermatología pediátrica es, sin duda, el contexto ideal que permitirá valorar todos los aspectos del problema, su repercusión en la calidad de vida del niño y de la familia, y las posibilidades terapéuticas para el control adecuado de la enfermedad.⁷

Por tal motivo, el presente estudio de investigación buscó encontrar cuales fueron las enfermedades dermatológicas más frecuentes en este grupo etáreo para así poder determinar la carga de trabajo que representa en una consulta de Dermatología general y cuáles fueron los motivos de consulta más frecuentes en este grupo de edad.⁸

Las consultas por algún tipo de dermatosis representan entre el 6 y el 24 % de todas las visitas pediátricas, cifra que parece que va en aumento, y el 7,6 % en una consulta de Medicina general. En estudios de países subdesarrollados la prevalencia de dermatosis en niños en edad escolar oscila entre el 34 y el 87,7 %, mientras que en países como Rumanía o Turquía se detecta alguna dermatosis en el 22,8-77 % de los niños

respectivamente. Sólo hemos encontrado un estudio sobre la carga que representan las dermatosis infantiles en una consulta de Dermatología general, en el que significan el 12,4 % del total.

En cuanto a los diagnósticos, en los países desarrollados la dermatitis atópica es el más frecuente, representando de un 25 a un 33 % del total de las consultas recibidas, seguida de los nevos melanocíticos, con cifras que oscilan entre el 3 y el 20 %, o las verrugas víricas, que representan alrededor del 5–13 %. Los resultados son diferentes en países subdesarrollados, en los que predominan las infecciones y las infestaciones. Por otra parte, los resultados difieren si el estudio es realizado por pediatras o por dermatólogos, ya que no es el mismo tipo de pacientes los que diagnostican y tratan unos y otros. También varían de un país a otro, según si el sistema sanitario es de libre acceso al especialista o deben acudir en primer lugar al pediatra. Teóricamente, en una consulta de Dermatología deberían predominar las dermatosis raras, como genodermatosis de difícil diagnóstico y dermatosis crónicas de manejo complicado, como las dermatitis atópicas graves, mientras que en la consulta de Pediatría se deberían tratar con mayor frecuencia dermatosis infecciosas agudas, infestaciones y dermatosis comunes como la costra láctea o la dermatitis del pañal.⁹

Para el caso del Perú, se tuvieron las estadísticas publicadas por el MINSA, en el año pasado, en las que nos refirió que para el año 2013, las principales causas de morbilidad infantil en consulta externa de los establecimientos de salud del Minsa hasta diciembre del 2013, fueron casos de dermatitis y eczemas en un total de 59,182 lo que hacen un 3.7% del total de todas las causas de morbilidad presentadas para ese año y también hubieron infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo en un total de 14,955 lo que hacen un 0.9% de todas las causas. De estos, en los niños menores de 1 año, se presentaron como causas otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo con un 4.2% del total de todas las causas y para los

niños de 1 a 4 años también se presentaron como otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo en un 2.5%. Asimismo para el año 2014, para niños menores de 1 año, también se presentaron como causas otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo con un 4.2% y para niños de 1 a 4 años también se presentaron como otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo con un 2.6% y también hubieron causas como infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo con un 1.4% del total. Y hasta junio del 2015, en niños menores de 1 año, se presentaron como causas a dermatitis y eczemas en un 3.7%, micosis con 1% y casos de infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo también con 1% y asimismo, para los niños de 1 a 4 años también hubieron casos de dermatitis y eczemas en un 2.3% así como infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo en 1.6% seguidas también de casos de micosis en 1.1%. Por lo que se puede evidenciar que las dermatitis y eczemas fueron las causas con mayor porcentaje dentro de las enfermedades dermatológicas ¹⁰

ÍNDICE

CAPÍTULO I : PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	81
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	87
5.1 RESULTADOS	87
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	95
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	104
CONCLUSIONES.....	104
RECOMENDACIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	115

CAPÍTULO I : PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A)LINEA DE INVESTIGACIÓN : DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

LUGAR DE EJECUCIÓN: SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE

B)PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál son las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014?

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los problemas dermatológicos suponen un motivo de consulta pediátrica muy común, con cifras que oscilan entre un 5 y un 30% de las consultas de Pediatría de Atención Primaria ⁵

La piel representa una barrera natural contra las infecciones bacterianas. A pesar de que muchas bacterias viven sobre la piel, normalmente son saprofitas y no causan infección.. Las infecciones cutáneas pueden presentar un grado de gravedad variable, desde una acné sin importancia hasta una enfermedad potencialmente mortal, como el síndrome de la piel escaldada producido por estafilococos. Muchos tipos de bacterias pueden infectar la piel. Los más frecuentes son los Staphylococcus y los Streptococcus. Algunas personas como los inmunodeprimidos tienen mayor riesgo específico de contraer infecciones de piel; por ejemplo, los diabéticos, que poseen una irrigación cutánea disminuida, en especial la de las manos y de los pies, y los enfermos de SIDA, que presentan un sistema inmunológico deprimido. La piel dañada por los rayos del sol, las rascaduras u otra irritación también tiene más posibilidades de infectarse. De hecho, cualquier lesión en la piel predispone a una persona a sufrir una infección. En el caso de los niños, estos son más susceptibles de contraer diversas infecciones

dérmicas Las características especiales de la piel del niño, la existencia de enfermedades específicas propias de su edad y la necesidad de ajustar los tratamientos a la edad del paciente convierten a la dermatología pediátrica en un campo específico con entidad propia ²

En la mayor parte de los países, la enfermedad de la piel es una de las afecciones más comunes en la atención primaria ⁵ y nuestro país, no es ajena a esto. Esto se pudo evidenciar en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue, lugar en donde se llevó a cabo la presente investigación, en donde acudieron niños menores de 5 años mayormente con problemas de origen infeccioso e inflamatorios como en el caso de las dermatomicosis y dermatitis atópica respectivamente y esto se puede sustentar con un antecedente de un trabajo realizado sobre Dermatomicosis en el Centro de Salud de Mirones Bajo, cuyo objetivo fue identificar las incidencias de las Dermatomicosis o Micosis Superficial y sus grupos determinados. Se abarcó un periodo de dos años (2001-2002) determinándose que de un total de 6,842 casos de la especialidad: 981 (14.33%) fueron Dermatomicosis, siendo 576 hombres, y 405 mujeres. La primera década de la vida fue grupo etáreo predominante. La Dermatofitosis (41%) fue más frecuente que Pitiriasis Versicolor y candidiasis juntas 30%. Las formas clínicas de Dermatofitosis más frecuentes fueron Tiñas de uñas y Tiña pedis (juntos 45%), seguida de Tiña Capitis ¹⁷. También en otros países se pudo evidenciar esto como en un estudio realizado sobre las “ Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria” Rev Pediatría. Madrid enero-marzo 2010. donde se analizó las consultas pediátricas por causas dermatológicas y se obtuvieron los motivos principales de las consultas y se cuantificó la tasa de resolución de éstas en el ámbito de la Atención Primaria y se elaboró un listado de procesos dermatológicos como guía para futuras actividades formativas en dermatología pediátrica. Los resultados obtenidos fueron que de un total de 21.748 consultas, 1.323 se debieron a procesos dermatológicos (6,1%). La categoría con mayor número de diagnósticos correspondió al grupo

dermatitis y eczemas con 438 consultas (33%), seguida de las infecciones víricas con 352 (26%), las infecciones bacterianas con 128 (10%) y las zoonosis con 118 (9%). Fueron derivados 75 niños (5,7% de las consultas) al servicio de dermatología. Se pudo concluir que la mayoría de procesos dermatológicos de la infancia pueden ser manejados en Atención Primaria, manteniendo una estrecha colaboración con los especialistas en dermatología para aquellas situaciones precisadas por el escenario clínico.⁵

Con esta información se puede apreciar que según las estadísticas del Minsa, también en el Perú, los eczemas y las dermatitis ocupan las primeras causas de enfermedades dermatológicas.

Por tal motivo, el presente trabajo de investigación pretendió identificar las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014 considerando a todos los niños que acudieron durante ese año al consultorio de dermatología para lo cual se ha estructurado en varios capítulos, con el fin de obtener un panorama más amplio del presente tema.

Dicho estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo en la cual se incluyeron niños menores de 5 años que acudieron al servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue teniendo como propósito demostrar la prevalencia de estas enfermedades en el servicio de dermatología y brindar la educación continua y necesaria así como las recomendaciones respectivas según sea el caso presentado con el fin de contribuir a la mejora del servicio brindado en este hospital ya que el fin de la medicina es el servicio, y cuanto mejor sea, mayor beneficio para nuestros pacientes.

La población estuvo constituida por todos los niños menores de 5 años que acudieron a los servicios de dermatología registrados durante el año 2014 por lo cual dicho estudio no tuvo muestra representativa. Dichos datos se recolectaron de la oficina de estadística de dicho hospital a través de una ficha de recolección de datos.

C) JUSTIFICACIÓN

El médico de atención primaria está obligado, por diversas razones, a reconocer la importancia de dicha patología, asumirla e integrarla en su formación médica; en primer lugar, las enfermedades dermatológicas son fácilmente accesibles, ya que habitualmente no requieren técnicas diagnósticas complejas y muchas veces una sencilla inspección establece el diagnóstico de certeza; por otro lado, la escasez actual de especialistas en dermatología impide atender el masivo número de consultas dermatológicas, al ser el médico de atención primaria el primer escalón con el que el paciente toma contacto, sería importante que pueda diagnosticar correctamente las lesiones más relevantes, tenga criterios claros de remisión al especialista, ya sea por necesidad de métodos específicos para el proceso diagnóstico o por necesidad de tratamiento especializado de enfermedades potencialmente curables, y conozca bien los fármacos más frecuentemente utilizados. La formación dermatológica del médico de atención primaria debe orientarse a los diagnósticos más frecuentes en su medio; es importante la detección activa de las lesiones dermatológicas. ¹¹

El motivo de consulta a los servicios de dermatología es porque las patologías cutáneas, sin ser necesariamente graves, causan una gran ansiedad en el enfermo o en los familiares del mismo. El porcentaje de urgencias dermatológicas sobre el total de urgencias varía mucho en los diferentes trabajos, según se compare con el total de urgencias o solo con las del área de medicina. También varía en función de que se consideren o

no urgencias o emergencias dermatológicas a las infecciones cutáneas. Por lo tanto la cifra de 8-10 % de urgencias dermatológicas respecto del total de urgencias médicas parece ser la más aproximada. Si a esto le agregamos el uso indiscriminado que realiza la población de los servicios de urgencias y/o emergencias de los diferentes hospitales, justifica que todo médico de atención primaria tenga los conocimientos necesarios para resolver o diagnosticar una dermatosis de urgencia hasta su derivación al especialista.⁸

En varios estudios, se ha informado una prevalencia alta de trastornos de la piel en niños de edad escolar en los países en vías de desarrollo, con un patrón considerablemente variable y son pocos los estudios que hayan investigado la prevalencia de los trastornos de la piel en estos niños, los cuales, en general, están restringidos a ciertas regiones. En un estudio retrospectivo, se informó que los trastornos de la piel más frecuentes en menores de 17 años que asistieron a los consultorios ambulatorios de dermatología fueron las alergias (17,9%), seguidas de trastornos de la piel virales (15,8%).⁴ En otro estudio, se informó que las afecciones de la piel representaron el 3,9% de todas las consultas en hospitales y el 3,7% de todas las consultas en centros médicos comunitarios. En los estudios llevados a cabo en países desarrollados, se informó que entre el 6% y el 24% de todos los pacientes que acudieron a los consultorios ambulatorios de pediatría tenían afecciones relacionadas con la piel.¹²

La frecuencia global de las micosis superficiales es muy alta, según la OMS es del 20 a 25% de la población general, de ellos 5 – 10 % son por dermatofitos..¹³

Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta en la atención primaria. Según Fitzpatrick, en los Estados Unidos de Norteamérica, una de cada tres personas presenta enfermedades de la piel. Algunos autores afirman que hasta el 60% de los pacientes atendidos por la consulta dermatológica están en edad pediátrica.²

Dada la frecuencia de patologías cutáneas en niños que acudieron al triaje de nuestro servicio, así como la importancia de las mismas y aunado a esto de que en nuestro país son muy pocos los estudios relacionados sobre enfermedades dermatológicas en consulta externa, es que se tomó la iniciativa de realizar el presente trabajo de investigación ² con el fin de llegar a conclusiones y que de éstas deriven en recomendaciones preventivo promocionales para la salud pública, de acuerdo a conclusiones epidemiológicas.¹⁴ y que de ese modo contribuyan a la solución de los múltiples problemas dermatológicos que debe enfrentar este grupo poblacional.¹⁵

D) OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar cuales son las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014.

Objetivos Específicos:

1. Precisar cuáles son las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue.
2. Describir cuáles son las enfermedades dermatológicas más frecuentes según el género en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue.
3. Encontrar las frecuencias de las enfermedades según estaciones del año en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología de Hospital Hipólito Unanue.

E) HIPÓTESIS

No se plantea hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo, transversal de tipo retrospectivo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

La Dermatología Pediátrica se ocupa desde las múltiples alteraciones fisiológicas de la piel del recién nacido, a los distintos tipos de “marcas de nacimiento”, lesiones vasculares o pigmentarias, los problemas de la piel infantil hacen que la consulta de dermatología pediátrica adquiera relevancia desde los primeros días de vida. Lejos quedan ya los tiempos en que se atribuían estas lesiones a antojos de la madre durante el embarazo, pero continúan siendo un motivo de preocupación para los padres, tanto en cuanto a su causa y naturaleza, como a la evolución esperable y el pronóstico a largo plazo. Algunas de estas manchas son transitorias y no requieren tratamiento alguno, como las “manchas mongólicas”, de coloración gris-azulada y localizadas en la parte baja de la espalda del niño. Otros, como los hemangiomas infantiles, son tumores vasculares benignos. A pesar de su naturaleza benigna y su evolución a menudo favorable, es fundamental una valoración en dermatología pediátrica, pues algunas de estas lesiones necesitan de un tratamiento activo para evitar interferencia con funciones vitales o para prevenir el desarrollo de secuelas que no sean estéticas..⁷

La piel es el órgano protector por excelencia, es el tejido sólido más accesible, por cuanto los cambios patológicos que ocurren pueden ser observados a simple vista e indicarnos la presencia de una enfermedad interna. La importancia de la piel radica no sólo en su función protectora, sino en su compleja fisiología. Factores como la edad, el sexo, la raza y el clima pueden modificar su aspecto y constitución, alterando su vulnerabilidad. Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta en la atención primaria, incluso en países como Estados Unidos de Norteamérica, en el cual una de cada tres personas presentan enfermedades de la piel. En la infancia se pueden observar prácticamente todas las dermatosis de la edad adulta, sin embargo, ellas se presentan con distinta frecuencia y a veces bajo diferentes formas clínicas. Los niños, en particular los recién nacidos y lactantes, poseen una piel fina, anatómicamente más delgada (la capa córnea no se completa

hasta los 4 años de edad) y menos pilosa, en cuanto al pH local, su escasa acidez y el bajo contenido de ácidos grasos disminuye la resistencia a distintas agresiones por agentes bacterianos, parasitarios y ambientales. Fisiológicamente, la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas es más escasa, por otro lado, las glándulas apocrinas se encuentran total o parcialmente inactivadas, hasta cerca de la pubertad. Por todo lo expuesto y debido a que la piel de los niños está expuesta y que todavía no han adquirido una inmunidad ideal, sus reacciones suelen ser más aparatosas y en ocasiones más graves que en el adulto.¹⁵

Existe una transición gradual desde que el niño nace hasta que llega a la pubertad y la adolescencia, donde aparecen cambios hormonales, que influyen en la aparición de enfermedades específicas de la piel. FitzPatrick un estudioso de la dermatología, afirma que en los Estados Unidos de Norteamérica una de cada tres personas presenta enfermedades de la piel e incluso se les detecta más de una. Espinal Fuentes y Colaboradores determinaron que de 328 niños con enfermedades cutáneas que acudieron a consulta, el grupo de edad más afectado fue el de los pre-escolares. El niño al nacer cambia radicalmente su ambiente, de un medio líquido aséptico, termorregulado y protegido de la radiación ultravioleta, a un ambiente seco, con flora microbiana abundante, generalmente más frío y absolutamente expuesto a la radiación solar. La piel del niño pequeño tiene menor grosor anatómico, está menos cornificada (la capa córnea no se completa hasta los 4 años de edad), es menos pilosa, su sudor y secreciones son más escasas, las glándulas sudoríparas apocrinas están ausentes o son insignificantes hasta cerca de la pubertad, la producción de melanina es menor, por tanto es menos apto a la exposición de las radiaciones ultravioletas ¹⁵.

Las infecciones cutáneas son la causa más frecuente en los consultorios de Dermatología pediátrica. Sus agentes causantes más frecuentes son: estreptococos y estafilococos. Las formas clínicas de presentación varían según la profundidad y la localización, lo cual condiciona en parte el

tratamiento tópico o sistémico. De acuerdo con el mecanismo y la forma de presentación, pueden ser:

- primarias
- secundarias (sobre infecciones)
- mediados por toxinas

Se clasifican, según su etiología en: bacterianas, micóticas y virales. Las infecciones primarias se producen cuando los microorganismos, generalmente *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*, invaden una piel previamente sana. Las infecciones secundarias o sobreinfecciones cutáneas se originan sobre una dermatosis preexistente, incluso a veces ya infecciosa; por ejemplo, una dermatitis del pañal puede sobreinfectarse por *Candida* (micotización), o un herpes simple por *S. pyogenes* o *S. aureus* (impetiginización). Las mediadas por toxinas se originan a partir de un foco de colonización o de infección por *S. pyogenes* o *S. aureus* ¹

La capa epidérmica de la piel es la primera barrera del cuerpo que nos protege de la invasión de microorganismos. Sus folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas y uñas son considerados apéndices epidérmicos y, por lo tanto, se ven involucrados en las infecciones de la piel. Presenta una flora microbiana residente y otra transitoria. La flora residente está formada por microorganismos no patógenos, como *Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium acnes*, difteroides anaeróbicos y micrococos. La flora transitoria posee microorganismos patógenos como *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), *Streptococcus pyogenes* (SBHGA), especies de *Candida*, etc. De acuerdo al tipo de compartimiento de la piel involucrada en las infecciones de piel y partes blandas, se clasifican en:

- impétigo y foliculitis (epidermis)
- erisipela y forúnculo (epidermis y dermis)
- celulitis (celular subcutáneo)
- celulitis necrotizantes (celular subcutáneo hasta fascia muscular)

Estas infecciones pueden ser primarias (se asientan sobre piel sana) o secundarias (se asientan sobre piel enferma: quemadura, eczema, psoriasis). Pueden ser agudas o crónicas; necrotizantes o no necrotizantes y localizadas o diseminadas, y pueden llegar a distancia por vía sanguínea (bacteriemia) o vasos linfáticos. Los mecanismos patogénicos de las lesiones de la piel de causa infecciosa son inoculación directa con respuesta inflamatoria local (impétigo, celulitis); invasión a través del torrente sanguíneo con multiplicación local (sepsis a pseudomonas, embolismo estafilocócico); exotoxinas circulantes (síndrome de piel escaldada estafilocócica, escarlatina); mecanismo inmunológico, lesiones estériles de la piel asociadas a bacteriemia (gonococo); y, por último, la manifestación de coagulación vascular diseminada (meningococcemia). Según la gravedad, estas infecciones pueden variar de leves a moderadas y ser tratadas, en general, en forma ambulatoria. La aparición de dolor, hemorragia cutánea, rápida progresión de la lesión y gas en los tejidos hace pensar en formas graves de presentación, por lo que se necesita de una evaluación quirúrgica diagnóstica y terapéutica. La mayoría de estas infecciones son de origen bacteriano seguidas las de origen viral, micótico y parasitarias. Las bacterias que más frecuentemente causan infecciones de la piel son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* y por tal motivo debe iniciarse cuanto antes la antibioterapia empírica. Se pueden encontrar cepas de *S. aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR-co) y de SBHGA resistentes a eritromicina, por lo tanto, es importante considerar, frente a un paciente con una infección de piel y partes blandas, los siguientes aspectos para su correcto manejo:

- 1) historia de contacto con animales, viajes, etc
- 2) antecedentes familiares
- 3) estado clínico e inmunológico del huésped
- 4) clínica del paciente

5) apariencia general del sitio de infección

6) agentes infecciosos más frecuentes y sus patrones de sensibilidad antibiótica.²

Existe un gran número de enfermedades de la piel y sus anexos, que se dan con mayor frecuencia en las edades tempranas, algunas solo aparecen en el recién nacido como la hiperplasia sebácea, milium, mancha mongólicas, eritema tóxico, en cambio , otras son más frecuentes en el niños mayores como la dermatitis atópica, impétigo contagioso, molusco, enfermedades eruptivas, otro grupo se ve en la adolescencia como el acné, las infecciones de transmisión sexual, por lo que se puede evidenciar que la edad es un factor para la aparición de ciertas infecciones dermatológicas, la cual es una de las variables a considerar en este estudio de investigación. Es posible que algunas enfermedades aparezcan al nacimiento o en los primeros años de vida, para continuar luego su evolución durante la edad adulta, y si conocemos las formas de manifestarse podemos trabajar en su prevención y control. ¹⁶

Bases diagnósticas de las enfermedades cutáneas: ¹⁷

En Dermatología, los antecedentes personales o familiares, o los síntomas que pueda referir el paciente son importantes, pero el diagnóstico en general se basa en el reconocimiento e identificación de las lesiones. Algunas lesiones cutáneas son tan características que su presencia, a simple vista, prácticamente nos da el diagnóstico de la enfermedad, por ejemplo, es el caso de los habones (urticaria) o las pápulas umbilicadas (molusco contagioso), pero de preferencia hacer un diagnóstico diferencial y para ello debemos considerar aspectos de la erupción cutánea: el patrón de distribución, su disposición, su evolución y frecuentemente las complicaciones. Se tiene la clasificación de las lesiones elementales en la piel:

a) primarias: se originan sobre piel normal:

- mácula(mancha)
- roncha(habón)
- pápula
- nódulo /tubérculo
- goma
- tumor
- quiste
- vesícula/ampolla
- pústulas

b)secundarias:se producen en la evolución de las primarias

- escama
- escara
- costra
- erosión/escoriación
- fisura(grieta)
- úlceras
- atrofia
- esclerosis
- cicatriz

Lesiones elementales:

Manchas o máculas:

Una mancha es un cambio de coloración en la piel que no hace relieve,generalmente circunscrita, pero a veces más o menos generalizada.

Se clasificarlas en:

- hipocrómicas (ausencia de los melanocitos o disminución de su actividad)
- hipercrómicas (aumento del número o de la actividad de los melanocitos)
- vasculares (dilataciones vasculares permanentes)
- eritemas (dilataciones vasculares temporales)
- púrpuras (extravasaciones de hematíes) o por depósito de sustancias, ya sean de origen interno o externo.

Máculas hipocrómicas:

Un ejemplo de mancha blanca es el vitíligo. Las lesiones son absolutamente blancas (acrómicas) y se localizan característicamente en las prominencias óseas (dorso de manos, rodillas, tobillos) y también en zonas donde la pigmentación es mayor, como la zona genital, la cara, las axilas o las ingles. Es asintomático y es frecuente la existencia de antecedentes familiares.

Máculas pigmentadas:

Entre las lesiones con aumento del número de melanocitos, se tiene a los nevus melanocíticos adquiridos y congénitos , los léntigos , las manchas café con leche, que pueden no tener ningún significado o ser un signo de enfermedades, como la neurofibromatosis o la enfermedad de McCune-Albright , y otras alteraciones menos frecuentes como la mancha mongólica , ya desde el nacimiento en los niños de razas oscuras y el nevus de Becker , aunque este último suele originarse en la adolescencia, más que en la infancia.

Máculas vasculares, eritemas y púrpuras:

Dentro de las dilataciones vasculares planas, se tienen a los hemangiomas capilares infantiles que son tumores vasculares benignos que aparecen en los primeros meses de vida y que son planos en la fase inicial, ya que luego aumentan de volumen, y los nevus telangiectásicos o nevus flammeus que

son malformaciones vasculares estables, pero que aumentan de tamaño con el paciente.

Ronchas o habones:

Son elevaciones circunscritas de la piel, de consistencia elástica y forma de dimensiones variables, debidas a la presencia de edema, en la dermis papilar como en la dermis profunda y en la hipodermis, y el rasgo más distintivo es la fugacidad. Estos tienen un halo eritematoso y son pruriginosos. Cuando son generalizados se les llama urticaria y cuando son localizados tendremos que pensar en picaduras o contactos con plantas o sustancias urticantes (urticaria por frutas exóticas) o en un tipo de tumor característico de la infancia: el mastocitoma, que al frotarse desencadenan la formación de un habón (signo de Darier). Cuando las lesiones se limitan a los sitios de presión, hablamos de dermatografismo. El angioedema o edema de Quincke es una reacción edematosa profunda que aparece en áreas con dermis y tejido subcutáneo laxos, como los labios, causando su hinchazón.

Pápulas y placas:

Son pequeñas elevaciones circunscritas, palpables, de consistencia sólida, que curan sin dejar cicatriz. Las lesiones ásperas al tacto (verrucosas) son típicas de las infecciones por virus del papiloma, ya sean verrugas planas o vulgares, pero cuando se trata de lesiones congénitas, debemos pensar en nevus epidérmicos o poroqueratosis de Mibelli. Las pápulas foliculares son características de la queratosis pilar y del líquen espinuloso, las umbilicadas del molusco contagioso y las poligonales, del líquen ruber plano. Las placas son lesiones más grandes que generalmente están constituidas por la agrupación de pápulas más pequeñas. Un ejemplo pueden ser las lesiones de psoriasis, que pueden ser: en gotas, en pequeñas placas o en grandes placas..

Nódulos, tubérculos y gomas:

Tubérculos y nódulos son lesiones diferentes (el tubérculo es más superficial que el nódulo, y al curar suele dejar una cicatriz). Ambas son lesiones más o menos redondeadas, de contenido sólido e inflamatoria, que aparecen más o menos bruscamente y que luego ceden. Ejemplo de estas lesiones se tienen a los eritemas nodosos que aparecen en las piernas y que en la mayoría de los casos son una reacción frente a una enfermedad infecciosa: faringoamigdalitis, tiña inflamatoria, etc. Los gomas son nódulos o tubérculos que se reblandecen y se ulceran eliminando un líquido gomoso, y que cuando curan, queda como una cicatriz deprimida. Su etiología es infecciosa, siendo muy característicos de las enfermedades por mycobacterias.

Tumores y quistes:

tumor se refiere a cualquier masa, ya sea benigna o maligna, que crece más o menos lentamente, generalmente sola y sin inflamación. Sin embargo, lo que identifica a un tumor es su evolución en relación al crecimiento indefinido e independiente de los tejidos que le rodean. Los quistes son lesiones similares a los nódulos que se diferencian de los mismos por su consistencia elástica. Consisten en una pared conjuntiva tapizada por un epitelio que contienen líquido o un material semisólido. Se tienen mayormente a los quistes epidérmicos, ya sean aislados o formando parte de un acné severo, el esteatocistoma múltiple, los quistes de millium/inclusión que aparecen generalmente en el proceso de curación de heridas y los quistes de retención.

Vesículas, ampollas y pústulas:

Son elevaciones circunscritas de la epidermis con contenido líquido, seroso o hemorrágico. Si el contenido es purulento, se habla de pústula. Se considera un tamaño de <1 cm para las vesículas y de >1 cm para las ampollas. Cuando las lesiones son generalizadas, tendremos que pensar en alguna de las enfermedades ampollosas y la localización y otras características nos ayudarán para realizar el diagnóstico. Cuando las

vesículas se localizan en codos, rodillas y espalda, podría tratarse de una dermatitis herpetiforme . Si lo hacen en el área genital y muestran una morfología arciforme, una dermatitis por IgA lineal y si afectan a todo el cuerpo con brotes sucesivos y evolucionan a la umbilicación: varicela. Las lesiones en dorso de manos, rodillas y cara (con aspecto en diana), son típicas del eritema exudativo multiforme y las vesículas o ampollas sobre un fondo eritematoso son indicativas de un síndrome de piel escaldada estafilocócico o de un síndrome de Lyell medicamentoso .Cuando son localizadas, podría ser por factores locales, aunque no se pueden excluir a las enfermedades ampollosas, porque algunas como el pénfigo pueden permanecer limitadas a la mucosa oral durante varios meses. Sin embargo el pénfigo y el penfigoide no ocurren durante la infancia. En las piernas, son típicas del prúrigo-estrófulo (o culicosis) .Cuando las vesículas están agrupadas se tratará de herpes simple , pero también en el herpes zoster si hay varias agrupaciones de vesículas siguiendo un trayecto nervioso . Si hay antecedentes de aplicación de medicamentos, debemos pensar en un eccema agudo de contacto. Las pústulas son lesiones similares a las vesículas pero de contenido purulento. Generalmente son localizadas, aunque su origen es diverso. Pueden ser de origen infeccioso como los panadizos o las foliculitis , o irritativo como en la sudamina . En palmas y plantas son típicas de la pustulosis palmoplantar y cuando son generalizadas, hay que pensar en toxicodermias o psoriasis .

Escamas y costras:

Las escamas aparecen cuando las laminillas córneas, en lugar de desprenderse, se quedan adheridas a la piel. La causa puede ser un acortamiento en el proceso de cornificación, como en el psoriasis, o una retención anómala de las laminillas, como es el caso de ciertas ictiosis. Las escamas se definen por su tamaño pero también su aspecto nos puede sugerir el diagnóstico. Se tienen a las escamas del psoriasis que son brillantes y nacaradas , las de la ictiosis nigricans son negruzcas y las de la dermatitis seborreica son mates y untuosas al tacto . Cuando se encuentran

en forma de collarete, son típicas de la pitiriasis rosada y cuando son furfuráceas de la pitiriasis versicolor . Cuando son generalizadas, son de xerosis o ictiosis vulgar y si se acompaña de eritema, de eritrodermia . Las costras son masas sólidas de consistencia variable, constituidas por la desecación de exudados, sangre y restos celulares o de otro tipo, que se encuentran más o menos mezclados con detritus epidérmicos y microbianos o parasitarios. Las más habituales son las costras melicéricas (del color de la miel) que se producen por desecación de exudados serosos o purulentos y son típicas del impétigo . Las costras negruzcas ocurren por desecación de la sangre y se ven como en los casos de excoriaciones . Con relativa frecuencia, escamas y costras se mezclan (escamo-costras), por ejemplo en la costra láctea , que se visualiza en el cuero cabelludo en pacientes de pocos meses, o en la seudotiña amiantácea que se observa en niños más mayores, sobre todo cerca de la pubertad.

Erosiones y excoriaciones:

Son pérdidas de sustancia en la piel, de forma y tamaño variables, circunscritas, deprimidas y exudativas, que afectan únicamente a la epidermis, y no dejan cicatriz. Son provocadas por el rascado, ya sea sobre piel sana o sobre lesiones preexistentes como el prúrigo-estrófulo , pero también pueden ocurrir de forma espontánea, cuando la piel se encuentra macerada, como en una dermatitis del pañal (sifiloide posterosivo) .

Fisuras, grietas o rágades:

Son soluciones de continuidad de la piel, lineales y perpendiculares al eje de máxima elasticidad de la misma, que penetran profundamente. Se producen cuando la piel pierde su elasticidad natural. Son dolorosas y se localizan en los bordes de los orificios naturales y de los pliegues, como en comisuras bucales , región perianal, pliegues mamarios, retroauriculares , etc. Son también típicas en los pulpejos de los dedos en pacientes con dermatitis plantar juvenil y en las queilitis de pacientes en tratamiento con isotretinoína o con dermatitis atópica . Generalmente, curan sin dejar cicatriz.

Atrofias y esclerosis:

Atrofia significa una disminución del espesor de la piel a expensas de una, dos o las tres capas de que consta. Cuando es epidérmica, generalmente como consecuencia de la aplicación crónica de corticoides, la piel se vuelve casi transparente, permitiéndonos la observación de la red vascular dérmica. Las atrofias dérmicas o hipodérmicas se manifiestan como una depresión de la piel. La esclerosis es una induración de los tejidos subepidérmicos, que se acompaña de pérdida de elasticidad de la piel, que se torna imposible de plegar. Se puede acompañar de atrofia epidérmica por la afectación de los vasos sanguíneos de la dermis y se trataría de líquen escleroatrófico. Son lesiones de unos pocos cm de diámetro, pero pueden ser lineales (morfea lineal) o generalizadas (esclerodermia asociada al síndrome tóxico por aceite de colza adulterado).

Escaras, úlceras y cicatrices:

Las escaras son áreas delimitadas de color negruzco y superficie plana o ligeramente deprimida, formado por tejido necrosado que luego se elimina. Pueden ser secas, por obstrucción de un tronco arterial como émbolos sépticos en una meningitis meningocócica, o húmedas, cuando la necrosis se debe a fenómenos inflamatorios intensos, como en algunas infecciones o por picaduras de arañas. Las úlceras son pérdidas de sustancia que afectan a epidermis y dermis, pudiendo llegar al plano muscular. La descripción detallada de sus características es importante para el diagnóstico aunque lo es más para el tratamiento. Pueden ser secundarias a vasculitis, como en la vasculitis livedoide, de origen infeccioso, como las causadas por leishmaniasis (botón de Oriente), y también como consecuencia de la infección secundaria de otras lesiones. Las cicatrices consisten en la sustitución por tejido conectivo de una pérdida de sustancia (ulceración o necrosis) a nivel de dermis o hipodermis. El epitelio de superficie es reparado a partir del borde sano y de los restos que pudieran quedar de epitelio folicular. Generalmente, el epitelio que recubre la cicatriz, carece de

glándulas y folículos, es atrófico y de menor resistencia. Las cicatrices aunque tienen la forma de la lesión primitiva que reparan pueden mostrar variaciones en su color (rosadas, acrómicas, hiperpigmentadas) o en su superficie (lisas, deprimidas, exuberantes. atróficas, hipertróficas, queloides, etc.). Son características las cicatrices atróficas que se producen en raíces de miembros, nalgas, etc. en la adolescencia (estrías de distensión) , las cicatrices hipertróficas (enrojecidas y sobrelevadas), que son muy frecuentes durante los primeros meses de curación de las heridas y los queloides , que desbordan los límites de la herida y ocurren en personas y zonas especialmente predisuestas (jóvenes, raza negra, ángulo de la mandíbula, lóbulos de las orejas, y parte alta del tórax).

El patrón de distribución y localización:

Hay asociaciones de lesiones con localizaciones, que nos permiten hacer el diagnóstico con certeza.. Las lesiones localizadas en zonas fotoexpuestas deben hacernos pensar en fotodermatosis, y aca se tienen a la erupción primaveral juvenil, las porfirias o el hidroa vacciniforme y también en reacciones medicamentosas fotosensibles . Las lesiones en codos y rodillas son típicas de la psoriasis o, en niños pequeños, de las dermatitis por fricción; mientras que, las lesiones en pliegues cubitales y poplíteos son características de la dermatitis atópica . La localización en muñecas y tobillos, es también típica del líquen plano , pero cuando los pliegues afectados son más húmedos (ingles, axilas) debemos pensar en infecciones, sobre todo candidiasis . La afectación de las mejillas nos sugiere de un eritema infeccioso , pero cuando es más o menos permanente debe hacernos pensar en queratosis pilar o dermatitis atópica .La afectación periorificial y de genitales es muy típica de la acrodermatitis enteropática y la afectación simultánea de boca, manos y pies (vesículas) describe directamente una enfermedad vírica .

La disposición:

Las lesiones grupadas en racimo (disposición herpetiforme) es característica del herpes simple y cuando ocurre siguiendo un trayecto nervioso (zosteriforme) es del herpes zoster. Las lesiones más o menos lineales, suelen ser artefactas (fenómeno de Koebner) como en el caso de las verrugas vulgares , o siguen las líneas de Blaschko, como los nevus epidérmicos. Las lesiones circinadas son típicas de las tiñas pero también suceden en eccemas y urticaria y cuando simulan una escarapela, son del eritema exudativo multiforme .. El crecimiento centrífugo, es la característica fundamental del eritema anular centrífugo , una dermatosis de origen desconocida que se ha descrito asociado a infecciones, tumores malignos, discrasias hematológicas o drogas, pero también de otras enfermedades que ocurren habitualmente en adultos, como el eritema gyratum repens (asociado a procesos malignos) o el eritema crónico migratorio (asociado a infección por Borrelia).

La evolución:

Los brotes subintrantes son típicos de la dishidrosis y de los eccemas en general. La aparición sucesiva de algunos tipos de lesiones como por ejemplo los brotes de eritema exudativo multiforme tras un episodio de herpes simple o el de pitiriasis rosada tras la aparición de múltiples lesiones, a los pocos días de la aparición de una primera (heraldo) también nos facilita a realizar el diagnóstico.

complicaciones:

Las lesiones cutáneas pueden complicarse con la aparición de nuevas lesiones diferentes de las primeras, ya sea de forma espontánea, como en el caso de la impetiginización en el herpes simple , o como consecuencia de los tratamientos que enmascaren el cuadro (tiña incógnito por corticoides) o le compliquen (eccematización secundaria por alergia de contacto o sobredosis), algo relativamente frecuente con antifúngicos tópicos . Cuando se tenga una sospecha clínica, debemos tratar de confirmarla con los medios de ayuda diagnóstica: análisis, radiografías, estudios

microbiológicos, biopsias, etc., pero en muchas ocasiones el diagnóstico es exclusivamente clínico.

Signos útiles en el diagnóstico:

-Signo de Darier: aparición de eritema, edema y prurito tras el rascado de una lesión. Traduce la activación de los mastocitos por el roce.

-Fenómeno isomórfico de Koebner: reproducción de las lesiones propias de una dermatosis en las zonas de presión o traumatismos. Típico de la psoriasis, liquen plano, verrugas, vitíligo y otras dermatosis.

-Signo de Nikolsky: la presión tangencial con las yemas de los dedos sobre la piel aparentemente sana produce despegamiento de la epidermis. Puede verse en el pénfigo, necrólisis epidérmica tóxica y síndrome de la piel escaldada estafilocócica.

-Dermatosis fotosensibles: dermatosis que se agravan o se desencadenan tras la exposición al sol. ¹⁷

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Las enfermedades de la piel no siempre constituyen un riesgo para la vida de los pacientes, ya que muchas de ellas sólo causan malestares sin consecuencias y/o consecuencias psicológicas. Dentro de las enfermedades se tienen:

Infeciosas: Existen enfermedades de la piel que son producto de la acción de un agente etiológico (virus, hongo, bacteria o protozooario, parásitos). Las producidas por virus se tienen por ejemplo al Herpes Simple. Con respecto a las enfermedades por bacterias, se encuentran a la Erisipela, el Impétigo y los Forúnculos. En las ocasionadas por hongos se tienen a las Micosis Cutáneas, como son las micosis plantar y las tiñas del cuero cabelludo.

Inflamaciones: tienen su origen en agentes físicos o químicos. Dentro de los primeros podemos mencionar a las radiaciones (un ejemplo son los rayos ultravioletas que producen quemaduras de 1er grado). En relación a las sustancias químicas, mencionaremos la acción de detergentes o diversos cáuticos, cuando se lo manipula indebidamente aunque su uso sea doméstico. También en este grupo se tiene a las alergias de contacto, que pueden ocurrir al tocar determinados vegetales (dermatitis de contacto).

Reacciones alérgicas: Este grupo está constituido por enfermedades de la piel que tienen en común manifestarse con lesiones eruptivas de diferente magnitud y generalmente acompañada por intenso prurito. Suelen ser consecuencia de la acción secundaria de ciertos medicamentos (penicilina, entre otros) y de algunos alimentos llamados alérgicos (huevo, chocolate y pescado, entre otros).

Tumorales: Los tumores de piel en su gran mayoría son benignos. Lo conforman un grupo de lesiones visibles, conocidas como queratosis seborreicas y lunares. También en este grupo se encuentran a las lesiones verrugosas simples. El grupo de tumores malignos lo integran el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular y el melanoma. Existen otros tumores malignos como el Sarcoma de Kaposi, que padecen muchos de enfermos de Sida en su fase avanzada.³⁴

Inmunológicas: de esta etiología se tienen a: pénfigo, psoriasis, colagenopatias y al vitiligo³⁵

1) INFECCIOSAS:

Infecciones de Piel y Partes Blandas: Formas de Presentación Clínica: Entre las principales se tiene:²

Impétigo:

1. Definición: lesiones vesiculares purulentas que abarcan la epidermis sin dejar cicatriz. El impétigo puede ser bulloso o no bulloso
2. Agente etiológico y fisiopatología: el impétigo no bulloso es causado por *S. aureus* solo o en combinación con el SBHGA y se lo relaciona ocasionalmente con estreptococos del grupo C y G. El impétigo bulloso siempre es causado por el *S. aureus*.
3. Factores predisponentes: el impétigo es la infección de la piel más frecuente en niños atendidos en atención primaria y presenta un pico de mayor incidencia entre los 2 y los 5 años. Es más frecuente en climas tropicales o subtropicales y en climas cálidos durante los meses de verano.. Afecta principalmente los niveles sociales más pobres, en condiciones de hacinamiento y falta de saneamiento . La transmisión es por contacto directo y se puede autoinocular.
4. Manifestaciones clínicas: Afecta mayormente superficies expuestas, como miembros y cara (de localización preferentemente periorificial alrededor de las narinas y la boca). El impétigo no bulloso se inicia como una mácula de 2 a 4 mm, que pasa a pápula y vesícula de contenido claro rodeada de un halo eritematoso, que posteriormente se transformará en una pústula que se agranda y se rompe en el término de 4 a 6 días y termina en una gruesa costra. Las lesiones se curan lentamente y dejan un área despigmentada. En el impétigo bulloso, las bullas se inician como vesículas superficiales, que posteriormente coalesce y forman bullas flácidas con un contenido amarillo claro, que luego se vuelve turbio y a veces purulento. Cuando la bulla se rompe, es cubierta de una fina costra amarillada. Puede acompañarse de linfadenitis regional, aunque los síntomas sistémicos en general están ausentes. El síndrome de la piel escaldada estafilocócica o síndrome de las cuatro S se trata de un cuadro infeccioso causado por las toxinas epidermiolíticas A y B del *S. aureus*, fago 2. Cualquier foco infeccioso cutáneo (nasofaringe conjuntiva),ombligo) o extracutáneo puede ser origen del cuadro al difundir la

toxina por vía hematogena hasta llegar a la piel. Se ve en los primeros años de vida por la carencia de anticuerpos antiexfoliatinas y por la incapacidad renal de depurar rápidamente la toxina, como es el caso del recién nacido. Los pacientes presentan malestar, fiebre, irritabilidad y luego exantema macular eritematoso generalizado, que en 1-2 días progresa a un exantema escarlatiniforme doloroso con acentuación flexural y periorificial. La descamación comienza de 1 a 3 días después con formación de costras serosas prominentes y grandes ampollas flácidas. La piel se desprende con facilidad con la presión de un dedo (signo de Nicolski). Puede haber conjuntivitis, pero nunca está comprometida la mucosa oral. En general, los pacientes evolucionan favorablemente y la mortalidad es menor del 5%.

5. Diagnóstico: El diagnóstico del impétigo no bulloso es clínico. Se recomienda el cultivo de las lesiones en aquellos casos de falla al tratamiento, recurrencia o infecciones en huéspedes inmunodeprimidos. Cabe destacarse que el diagnóstico en el impétigo bulloso o en el síndrome de la piel escaldada estafilocócica también es clínico ya que las ampollas son estériles y los signos de la enfermedad se producen por diseminación hematogena de la toxina.

6. Complicaciones: Las complicaciones del impétigo estafilocócico son raras y, en general, relacionadas con el impétigo no bulloso.- Puede ocurrir propagación local y sistémica y producir celulitis, adenitis, linfadenitis y, menos frecuentemente, neumonía, artritis, osteomielitis y sepsis. El impétigo estreptocócico puede ser seguido de linfangitis, linfadenitis supurada, escarlatina o complicaciones posinfecciosas, como la glomerulonefritis. No se relaciona a la fiebre reumática como secundaria a un impétigo.

7. Tratamiento: No existe un tratamiento específico, por lo que la decisión de cómo tratarlo dependerá de diferentes factores, que incluyen el

número de lesiones que presente, la localización ,etc. Existen tres tipos principales de tratamiento: con desinfectantes, tópicos con cremas antibióticas y antibióticos orales. El tratamiento es con cremas con antibióticos, como la mupirocina (ungüento 2%, tres veces al día durante 5 días) o el ácido fusídico (2%, unguento o crema, tres veces por día, durante 5 días). El efecto adverso más frecuente asociado al uso de antibióticos por vía oral es la intolerancia digestiva, que provoca náuseas, vómitos y diarrea.

Foliculitis:

1. Definición: infección superficial de folículo piloso que se manifiesta con discretas pápulas o pústulas con base eritematosa.

2. Agente etiológico y fisiopatología: el principal agente etiológico es el *S aureus*, aunque en ocasiones los bacilos gram negativos también pueden ocasionar foliculitis.

3. Factores predisponentes: depilación, humedad, obesidad, dermatosis subyacente, alteraciones de la inmunidad, diabetes.

4. Manifestaciones clínicas: se manifiesta como discretas pápulas o vesículas de contenido purulento de 2 a 5 mm sobre una base eritematosa, y se observa un pelo en el centro de la lesión. Las lesiones pueden ser simples o agrupadas. Se ubican a nivel del cuero cabelludo, glúteos y miembros. Pueden manifestarse con prurito y generalmente no tienen síntomas sistémicos.

5. Diagnóstico: el diagnóstico es clínico.. El diagnóstico diferencial de la foliculitis infecciosa incluye otras etiologías, como foliculitis por injuria física o química, foliculitis eosinofílica, picaduras de insectos, escabiosis, pseudofoliculitis de la barba e infecciones por especies de *Malassezia*.

6. Complicaciones: son poco frecuentes (celulitis, adenitis).

7. Tratamiento: en general, las foliculitis se resuelven espontáneamente sin dejar secuelas. Ante la falta de resolución, el tratamiento por seguir es similar al del impétigo no bulloso, es decir, cremas con antibióticos, como la mupirocina y el ácido fusídico. En formas muy extensas o falla al tratamiento tópico, se indican antibióticos vía oral, como cefalexina, amoxicilina, ácido clavulánico o eritromicina.

Erisipela:

1. Definición: la erisipela es una infección aguda de la piel, no necrosante, que afecta la dermis superficial, con marcado compromiso de los vasos linfáticos subyacentes y a veces puede ser rápidamente progresiva.

2. Agente etiológico y fisiopatología: el SBHGA es el patógeno predominante, aunque también puede ser producida por estreptococos de los grupos C y G, y, en menor frecuencia, por estreptococos del grupo B o *S. aureus*. Los bacilos gramnegativos (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter calcoaceticus*, *Haemophilus influenzae*, enterobacteriáceas), en forma aislada o asociados a otros agentes, también pueden ocasionar esta infección. El contagio es de persona a persona a partir de la colonización de la piel y el tracto respiratorio.

3. Factores predisponentes: es una infección esporádica sin carácter epidémico, que se presenta con una distribución según la edad; es más frecuente en niños pequeños y, sobre todo, en mayores de 60 años. La puerta de entrada más frecuente para el ingreso del microorganismo y la diseminación local posterior es la disrupción de la piel a partir de traumatismos, como heridas cortantes, picaduras, intertrigos y onicomiasis. En neonatos, la puerta de entrada puede ser el cordón umbilical y diseminarse a la pared abdominal.

4. Manifestaciones clínicas: la lesión típica es una placa roja brillante, indurada ("piel de naranja"), de bordes nítidos, dolorosa, con rápida extensión y linfedema regional.. Se localiza con mayor frecuencia en miembros inferiores y, por lo general, es unilateral. Otra localización menos frecuente es la cara, clásicamente descrita como "en alas de mariposa". La presencia de síntomas sistémicos, como fiebre, escalofríos y malestar, pueden preceder el comienzo de la lesión cutánea.

5. Diagnóstico: el diagnóstico es fundamentalmente clínico. La leucocitosis, eritrosedimentación acelerada y proteína C reactiva elevada son hallazgos frecuentes que acompañan al cuadro infeccioso. Los principales diagnósticos diferenciales para considerar son dermatitis de contacto, quemaduras, urticaria, celulitis, paniculitis, linfangitis troncular y fascitis necrotizante.

6. Complicaciones: las complicaciones de la eripela son raras e incluyen sepsis, síndrome de shock tóxico, endocarditis y meningitis.

7. Tratamiento: si bien no existe un criterio unificado para el tratamiento de la erisipela, se acepta el uso de la penicilina (PNC) como antibiótico de primera elección ya que la mayoría de los casos está asociada a estreptococos.

Forúnculo y carbunco:

1. Definición: el forúnculo es una infección del folículo piloso que se extiende a la profundidad de la dermis. Se denomina carbunco o ántrax a la placa caliente dolorosa que compromete varios folículos pilosos con múltiples bocas de drenaje y cambios inflamatorios a nivel del tejido conectivo circundante.

2. Agente etiológico y fisiopatología: el principal agente etiológico es el *S. aureus*.

3. Factores predisponentes: obesidad, diabetes, inmunosupresión, hiperhidrosis y dermatitis preexistentes. La forunculosis recurrente se relaciona con el *S. aureus* en narinas, axila y periné o con el contacto estrecho con un portador de este.

4. Manifestaciones clínicas: el forúnculo es un nódulo eritematoso, doloroso, con una pústula y centrado por un pelo que se localiza en la cara, cuello, axila o glúteo. Se abre espontáneamente y sale pus y el producto de la necrosis del aparato pilosebáceo (clavo). No presenta síntomas sistémicos. El carbunco o ántrax se manifiesta como una placa roja caliente dolorosa que compromete varios folículos pilosos con varias bocas de drenaje y se localiza preferentemente en la parte posterior del cuello. Puede acompañarse de fiebre, leucocitosis y bacteriemia. Ambas lesiones dejan cicatriz al curarse.

5. Diagnóstico: el diagnóstico del forúnculo es clínico. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran foliculitis, acné quístico, hidrosadenitis y quiste epidérmico sobreinfectado. Se recomienda realizar estudios bacteriológicos en la forunculosis recurrente.

6. Complicaciones: celulitis, adenitis, linfadenitis y bacteriemia.

7. Tratamiento: el calor y las compresas calientes favorecen el drenaje de la lesión. Los forúnculos grandes y los carbunclos suelen necesitar drenaje quirúrgico. Cuando se acompañan de celulitis y fiebre o en pacientes inmunodeprimidos, está indicada la administración de antibióticos orales con cobertura sobre el *S. aureus*:

- Cefalexina: vía oral 500 mg c/6 u 8 horas (100 mg/kg/día cada 6 h).
- Amoxicilina/clavulánico: 40 mg/kg/día cada 8 horas.
- Clindamicina: vía oral a 30 mg/kg/día cada 8 horas.

La prevención incluye medidas de higiene general, tales como aseo corporal diario, lavado frecuente de manos, cepillado y cuidado de las uñas. Además, se deben evitar los traumatismos locales y el uso de desodorantes²

ENFERMEDADES EXANTÉMICAS:

Dentro de las infecciones dermatológicas también se consideran a las enfermedades exantemáticas como lesiones que aparecen de manera súbita, con distribución en varias regiones del cuerpo y cuyo aspecto puede tener diferentes características como máculas, pápulas, vesículas y pústulas. En edades pediátricas, se considera que la mayoría de los exantemas con fiebre tienen causa infecciosa y en la mayoría de los casos tienen etiología viral, generalmente son de evolución benigna y tienen remisión total de los síntomas sin ningún tratamiento específico principalmente en pacientes con su inmunidad preservada. Las enfermedades exantemáticas agudas pueden clasificarse en 2 categorías :

- erupción eritematosa-maculo-papular o puntiforme
- erupción pápulo-vesicular.

En el grupo de erupción eritematosa-maculo-papular de etiología viral está el sarampión, sarampión atípico, infección por Citomegalovirus, eritema infeccioso, roséola infantil, infecciones entero víricas, mononucleosis infecciosa. En el exantema pápulo vesicular se tiene a las infecciones por virus varicela-zoster, viruela, eccema herpético, infecciones por virus Cocksackie, sarampión atípico, molusco contagioso y la dermatitis herpetiforme. Los exantemas clásicos son el sarampión, la rubeola, el eritema infeccioso o quinta enfermedad y el exantema súbito o sexta enfermedad, a esta se asocia la varicela y si consideramos los exantemas de etiología bacteriana el más conocido es el de la escarlatina.²¹

DERMATOSIS:

La prevalencia de dermatosis pediátricas varía de acuerdo con los antecedentes étnicos, las diferencias generacionales, el nivel socioeconómico, los factores ambientales y el diseño del estudio. Otros factores, como el nivel de desarrollo de un país, las características geográficas de una región, el nivel socioeconómico y cultural de la población también son considerados.¹²

Se tiene otra literatura acerca del **Impétigo**:

Se trata de una infección superficial de la piel, sobre todo de la epidermis, aunque raramente puede comprometer la dermis y tejidos subcutáneos. Se manifiesta inicialmente por la aparición de vesículas rodeadas por un halo de tipo inflamatorio, que pasan luego a pústulas, y por último a costras. Las lesiones son sumamente pruriginosas, el rascado facilita la diseminación a otras zonas del cuerpo y a otros individuos susceptibles. La mayoría de los casos ocurren en niños de dos a cinco años, afectando principalmente la cara, con distribución periorificial (boca, nariz) y también las extremidades sobre todo inferiores, más expuestas a pequeños traumatismos. Es una enfermedad altamente contagiosa, frecuente en zonas con clima tropical y en niños con higiene personal deficiente. Traumas menores, picaduras de insectos y otras lesiones cutáneas actúan como factores predisponentes alterando la integridad de la barrera cutánea. *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (de distintos serotipos M) son los agentes más frecuentemente asociados a impétigo. En el caso de *Streptococcus pyogenes*, la colonización faríngea precede al desarrollo de la enfermedad en dos a tres semanas y es más frecuente en los meses fríos; en cambio en los casos asociados a *Staphylococcus aureus* la colonización previa es sobre todo en el ámbito nasal. Son

frecuentes los casos debidos a infecciones mixtas por *S. aureus* y *S. pyogenes*. *Streptococcus* del grupo C y G se asocian raramente a impétigo y *Streptococcus agalactiae* (grupo B) se ha recuperado de casos que ocurren en recién nacidos. Algunos casos de impétigo estreptocócico pueden dar como complicación no supurada una glomerulonefritis difusa aguda.²²

MICOSIS:¹³

Las micosis superficiales son infecciones producidas por distintos grupos de hongos patógenos para el hombre, que invaden las estructuras queratinizadas, es decir estrato córneo, pelo, uñas y/o las mucosas. Están distribuidos ampliamente en la naturaleza, pueden vivir en el organismo humano como saprofitos o parásitos. Solamente algunas especies de hongos conocidos son patógenas para el ser humano.

Las micosis se dividen para su estudio en tres grupos:

- 1) superficiales;
- 2) subcutáneas,
- 3) profundas o sistémicas.

Las formas superficiales incluyen aquellas que están limitadas a la piel, pelo, uñas y/o las mucosas. Son infecciones muy frecuentes, la mayoría ocurre en todas las edades, algunas son raras en niños Se distinguen los siguientes tipos de micosis superficiales:

a) Superficiales propiamente dichas:

- Pitiriasis versicolor
- Tiña negra
- Piedras

b) Superficiales:

- Dermatofitosis

- Candidiasis

DERMATOFITOSIS:

Definición: La dermatofitosis (Tiña), es una infección superficial de la piel ocasionada por hongos queratinofílicos que afectan estructuras que contienen queratina: piel, pelo y uñas. Los dermatofitos son hongos filamentosos pluricelulares, potencialmente patógenos para el hombre y los animales, poseen gran capacidad de adaptación a las condiciones ambientales más diversas y tienen especial afinidad para parasitar las estructuras queratinizadas, por lo que reciben el nombre de hongos queratinofílicos. No afectan las mucosas ni semimucosas.

Clasificación de los dermatofitos: Los dermatofitos son un grupo extenso y homogéneo de hongos con como sus propiedades enzimáticas y nutricionales. Se clasifican en tres géneros:

- 1) Trichophyton;
- 2) Microsporum,
- 3) Epidermophyton.

El género Trichophyton, productoras de tricofitias parasitan la piel, uñas y pelo, se caracteriza porque parasitan la piel lamiña y los pelos, de manera que se encuentran filamentos en el interior, esporas en el exterior. El género Epidermophyton está constituido por una sola especie: E. floccosum que puede afectar la piel y a veces las uñas, pero es incapaz de parasitar el pelo. Ajello, en 1978 lo clasificó de acuerdo a su hábitat natural en tres grupos:

- 1) antropofílicos;
- 2) zoofílicos,
- 3) geofílicos.

Las especies de antropofílicas afectan solamente al ser humano. Se transmiten de un ser humano a otro directamente o indirectamente por fómites. La infección suele producir lesiones muy crónicas, con poca inflamación. Los hongos zoofílicos usualmente afectan animales, pero también pueden afectar al ser humano. La transmisión puede ocurrir por contacto directo con el animal infectado o indirectamente por material contaminado. Los geofílicos tienen su hábitat en el suelo, en especial en restos de queratina que caen en el suelo y están en proceso de descomposición, y son fuente de infección para los humanos y animales. Cuando lo hacen producen una reacción inflamatoria intensa.

Diagnóstico de las infecciones micóticas superficiales: Para el diagnóstico de las infecciones micóticas superficiales se pueden emplear los siguientes métodos de ayuda diagnóstica:

- Examen con luz de Wood
- Procedimientos micológicos
- Examen microscópico directo
- Procedimientos de cultivo

Epidemiología: La distribución de la dermatofitosis es universal, predominan en las zonas tropicales con climas cálidos y húmedos, existiendo diferencias en cuanto a la distribución geográfica de las distintas especies de dermatofitos, afecta ambos sexos y todas las edades. La frecuencia global de las micosis superficiales es muy alta, según la OMS es del 20 a 25% de la población general, de ellos 5 – 10 % son por dermatofitos. Los seres humanos pueden contraer la enfermedad de animales infectados: perros, gatos, y otros animales no domésticos.

Factores predisponentes: Uno de los factores es el clima, ya que en lugares húmedos y tropicales se observa el mayor número de infecciones micóticas. Otro factor importante son los malos hábitos higiénicos, el hacinamiento, el

uso de zapatos cerrados, las zapatillas, ropa sintética, etc. Otros factores predisponentes implicados son el calor, la oclusión, traumatismos, diabetes, tratamientos corticoides, prácticas deportivas.

Patogénesis: Los dermatofitos no infectan la epidermis indemne, sólo atacan el estrato córneo muerto o dañado más externo. La presencia de un medio adecuado en la piel del huésped (calor y humedad) es un factor de importancia crítica en el desarrollo de una dermatofitosis. Una vez que la infección se ha establecido en el estrato córneo, existen factores que determinan el tamaño y duración de la lesión, determinados por dos factores: el índice de desarrollo del hongo y el índice de renovación epidérmica. La afinidad de los dermatofitos por la queratina es la condición básica de su existencia, teniendo afinidad de acuerdo a la especie por diferentes tipos de queratina. (*E. floccosum* rara vez ataca las uñas y nunca el pelo, *trichophyton rubrum* ataca piel lampiña y uñas, raramente pelo. La producción de enzimas como las queratinasas, elastasas y otras enzimas proteolíticas, juegan un papel en la patogénesis de la infección clínica, así como el papel del huésped ante la infección.

Clasificación de la dermatofitosis: Clínicamente las dermatofitosis se clasifican de acuerdo a la región del cuerpo afectada:

a) tiña de la piel pilosa:

-tiña de la piel cabelluda

-tiña de la barba

-tiña del bigote

b) tiña de la piel lampiña:

-tiña de la cara

-tiña del cuerpo

-tiña inguinocrural

-tiña de la mano

-tiña del pie

c)tiña de las uñas:

-tiña unguium

TIÑA CAPITIS:

Definición: La tiña capitis (Tiña de la cabeza) es una infección del cuero cabelludo, pelo y anexos (cejas o pestañas), causada por las especies del género *Trichophyton Microsporum*, caracterizada por placas eritematosas, escamosas y tonsurantes.

Etiología: Numerosas son las especies de hongos que pueden producir tiña del cuero cabelludo. Los principales agentes productores de tiña capitis son las especies de *Trichophyton* (*T. tonsurans*, *T. verrucosum*) y *Microsporum* (*M. canis*). El *T. tonsurans* es el responsable de más de 90% de la tiña capitis en Norteamérica, en especial en zonas muy pobladas. El *M. canis* es el agente causal de la mayoría de los casos clínicos en Sudamérica (80%). La enfermedad es adquirida por el contacto con personas o animales enfermos o portadores (perros y gatos) y con la tierra. Las especies que producen infección endothrix (interior del tallo piloso) son: *T. tonsurans*, *T. violaceum*, *T. soudanense*, *T. yaoundei*, *T. schoenleinii* y *T. gourvillii*; mientras que *T. verrucosum*, *T. mentagrophytes* y *M. canis* producen infección ectothrix (externa del tallo piloso)

Epidemiología: La tiña capitis es una enfermedad casi exclusiva de niños (97%)(5,14), Las poblaciones más afectadas son niños entre los 3 y 8 años de edad, afecta ambos sexos por igual, no existe preferencia de raza ni ocupación. La mayoría de pacientes son niños de edad pre-escolar y son frecuentes las epidemias escolares. Es excepcional en la edad adulta

probablemente por la aparición de ácidos grasos no saturados, los cuales tienen poder antifúngico

Presentación clínica: La tiña capitis se pueden clasificar en base a la localización de la parasitación de los pelos en:

- Ectothrix

- Endothrix..

En la forma ectothrix, las esporas se encuentran envolviendo el tallo del pelo. Las placas son grandes con todos los pelos afectados y rotos a pocos milímetros de la superficie. *Microsporum* y algunos *Trichophyton* lo realizan. En la forma endothrix las esporas se localizan dentro del tallo del pelo. Las placas suelen ser pequeñas y múltiples; los pelos están cortados a ras de la superficie del cuero cabelludo y se ven como puntos negros que están junto a otros no parasitados normales. Las especies más comunes que producen esta forma clínica son *Trichophyton tonsuran* y *Trichophyton violaceum*.

Diagnóstico de la tiña capitis: El diagnóstico es clínico, epidemiológico y micológico. Se recomienda confirmar el diagnóstico antes del tratamiento. El examen con lámpara de Wood confiere al área afectada por *Microsporum* (*canis*, *audouinii* y *ferruginium*) una fluorescencia verdosa brillante o amarilla verdosa. El *T. schoenleinii* proporciona una fluorescencia verde claro o azul blanca. Con el *T. verrucosum* no se observa fluorescencia. El examen micológico directo de raspado de la lesión aclarada con hidróxido de potasio al 10% a 20% permite observar hifas septadas (dermatofitosis), esporas dentro (endothrix) o fuera (extothrix) del tallo piloso. Cultivo para identificar la especie se utilizan medios de agar glucosado. El medio de Sabouraud con antibióticos y antifúngicos que inhiben el crecimiento de las especies contaminantes permite identificar la mayoría de las especies que producen tiña capitis.

Tratamiento: El tratamiento de la tiña capitis debe efectuarse exclusivamente con antifúngicos sistémicos.

Terapéutica tópica: El tratamiento tópico no es efectivo, pero shampoos con ketoconazol al 2% y el selenio al 1% se recomiendan como tratamiento coadyuvante tópicos para reducir la viabilidad de las esporas fúngicas presentes en el cuero cabelludo y pelo. Se aplican sobre el cuero cabelludo y se dejan actuar de 5 a 10 minutos, con una frecuencia diaria. Después del lavado aplicar un antimicótico imidazólico en solución.

Terapéutica sistémica: La griseofulvina sigue siendo el tratamiento de elección. La dosis actual es de 20 a 25 mg/Kg/día por 6 a 8 semanas, con el objetivo de mejorar los resultados terapéuticos y reducir las tasas de recurrencia.

TIÑA DEL CUERPO:

Definición: La tiña del cuerpo (tiña corporis, tiña circinada, herpes circinado, tiña de la piel lampiña), es la infección superficial de la piel lampiña (glabra, sin pelo), tórax, abdomen y miembros por dermatofitos, excepto las ingles, palmas y plantas.

Etiología: Todas las especies de dermatofitos pertenecientes a los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton* son capaces de provocar tiña corporis. Los agentes causales más frecuentemente implicados son: *M. canis*, *T. rubrum* y *T. mentagrophytes*. Menos frecuentemente *M. audouinii*, *T. verrucosum*, *T. tonsuran* y *E. floccosum*..

Epidemiología: La tiña corporis es la variedad topográfica más frecuente de todas las tiñas, se observa más en climas calurosos y húmedos. Afecta a personas de todos los grupos de edad, siendo la prevalencia más alta en adolescentes. La tiña corporis adquiridos por contacto con los animales domésticos es más común en niños. La tiña corporis secundaria a la tiña capitis suele ocurrir en niños porque la tiña capitis es más común en esta población

Fisiopatología: Los córneo, que es activada por el calor y la humedad, medio ambiente propicio para la proliferación del hongo. Estos activan y liberan

enzimas y queratinasas para invadir la capa córnea. Después de un periodo de una a tres semanas se produce la diseminación periférica de la infección en un patrón centrífugo.

Clínica: La presentación clínica más frecuente consiste en placas circulares eritematoescamosas con bordes de progresión elevados, que crece en forma excéntrica, y un centro más pálido, que representa la resolución de la infección. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, pudiendo confluir una con otras, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. El prurito y el grado de inflamación son variables.

Diagnóstico: Debido a que los signos clínicos son variables, en muchos casos de tiña corporis, el clínico a menudo debe basarse en los hallazgos de laboratorio para establecer el diagnóstico correcto.

Tratamiento: En el caso de lesiones aisladas, la medicación tópica sola es muy eficaz. Se emplean los agentes imidazólicos tópicos, la terbinafina tópica o la amorolfina tópica. En caso de lesiones más diseminadas o inflamatorias se utilizan la grisiofulvina, terbinafina, itraconazol, fluconazol o ketoconazol vía oral .

TIÑA DE LOS PIES:

Definición: La tiña del pie (Tiña pedis, pie de atleta, tiña podal), es una infección dermatofítica superficial que afecta los pies, sobre todo los pliegues interdigitales, plantas y esporádicamente el dorso., evolucionando en forma crónica, muchas veces subclínica con brotes irregulares y prurito de intensidad variable.

Epidemiología: La tiña de los pies es bastante común, de distribución mundial, siendo más frecuente en los climas templados y tropicales, afecta a la mayoría de la población en algún momento de la vida, el riesgo aumenta con la edad, es menos frecuente antes de la pubertad, afecta más

frecuentemente a los hombres, pero no hay predilección por ningún grupo racial.

Etiología: Los agentes causales más frecuentes son el *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *epidermophyton floccosum* y *T. mentagrophytes* var. *Interdigitale*. Habitualmente puede haber colonización de bacterias grampositivas, gramnegativas y *Candida*.

Fisiopatología: La transmisión de la infección es interhumana a través de duchas, piscinas, vestuario y saunas contaminadas. Es favorecido por el calor, la hiperhidrosis, uso de zapatillas, calzados impermeables y hábitos de higiene.

Clínica: En la Tiña de los pies puede presentarse los siguientes patrones clínicos:

1. Interdigital (Intertriginosa): Pie de atleta
2. Dishidrótica (Vesicular)
3. Hiperqueratósica (escamo-hiperqueratósica)
4. Tipo mocasín
5. Mixta

La forma interdigital, habitualmente crónica, se caracteriza por descamación, fisuración y maceración de los espacios interdigitales, pudiendo extenderse a la planta. Presenta olor la forma dishidrótica, aguda o subaguda, inflamatoria pápulo-vesicular, ampollar y vésiculo-pustulas, formando placas eczematosas redondeadas, con preferencia por el arco plantar y tendencia a invadir las áreas laterales y dorsales próximas, son muy pruriginosas y pueden producir "ides" en las manos.. Este tipo dishidrótico puede producir celulitis, linfangitis y erisipela. Esta forma clínica es usualmente es causada por especies de dermatofitos zoofílicos. La forma hiperqueratósica, crónica, presenta lesiones escamosas o eritemato-escamosas, a veces con aspecto circinado en el borde. La reacción inflamatoria es leve y el prurito es frecuente y comúnmente hay asociación con la onicomicosis. Afecta de

forma irregular toda la planta. La forma de mocasín, manifestada por áreas escamosas, extensas, secas, rojo salmón, que afectan toda la superficie plantar.

Diagnóstico: Para establecer el diagnóstico debe realizarse examen micológico directo y cultivo para identificar la especie. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el intertrigo candidiásico, eczema dishidrótico, dermatitis de contacto, psoriasis, bacterioma pustulosa y dermatitis plantar juvenil.

Tratamiento: El tratamiento de la tiña pedis es fundamentalmente tópico, según la forma clínica de presentación; y el tratamiento sistémico es excepcional. Además se debe corregir los factores predisponentes, uso diario de polvos antifúngicos. En las formas agudas tratar primero las complicaciones, tratamiento de la infección bacteriana asociada. Uso de astringentes suaves (permanganato de potasio 1:10,000 a 1:40,000; solución de Burow 1:30 – 1:50). Luego aplicar antimicótico tópico. Las formas dishidróticas pueden necesitar un curso corto de corticoides sistémicos y/o tópicos. En esta forma clínica deben emplearse antimicóticos sistémico, tales como griseofulvina (500 – 1000 mg/día por 6 a 8 semanas), terbinafina 250 mg/día x 1 a 2 semanas, Itraconazol 200 mg/día por 2 semanas, ketoconazol 200 mg/día 6 a 8 semanas y fluconazol 150 mg/semana 4 semanas. En las formas hiperqueratósicas y tipo mocasín los queratolitos son de utilidad. (Acido salicílico 4 a 10 %, urea 10 a 20%).

PITIRIASIS VERSICOLOR:

Definición: La pitiriasis versicolor, es una infección fúngica superficial producida por un hongo levaduriforme y lipofílico del género *Malassezia*, caracterizada clínicamente por múltiples lesiones maculosas hiper o hipopigmentadas, con descamación fina habitualmente asintomáticas, generalmente localizada en el tronco y raíces de los miembros.

Epidemiología: La pitiriasis versicolor predomina en climas tropicales. Suele aparecer en la estación estival cuando el clima es más caluroso y húmedo. Se ha encontrado desde recién nacidos hasta ancianos, el promedio de máxima incidencia está entre los 18 y 25 años. Afecta más frecuentemente a gente joven, porque esta levadura prolifera mejor en ambientes ricos en lípidos y por eso se desarrolla con más facilidad en adolescentes y sobre áreas de piel con intensa secreción sebácea. El sexo no influye en la enfermedad, siendo la frecuencia igual.

Patogenia: El género *Malassezia* es un habitante normal de la piel y se aísla en el 90 a 100% de la población. La infección aparece cuando la forma levaduriforme pasa a su forma micelial debido a factores de calor, humedad, clusión o se modifica el pH. Estas levaduras sólo invaden las capas más superficiales de la capa córnea y el infundíbulo folicular y provocan una respuesta inflamatoria discreta. Los factores que predisponen a ésta infección micótica superficial son el calor, la humedad, el uso de cremas y bronceadores grasos, los corticosteroides, la falta de higiene, la deficiencia nutricional, el embarazo, dermatitis seborreica, diabetes, disminución de la inmunidad, así como la susceptibilidad genética.

Clínica: El cuadro clínico se caracteriza por múltiples máculas o placas con descamación furfurácea superficial y muy fina, hipopigmentadas e hiperpigmentadas, marrones de distinta tonalidad, disseminadas, con áreas de piel normal. Las lesiones son asintomáticas y se localizan principalmente en el tronco (espalda y pecho), cuello y tercio proximal de los brazos. En los niños es frecuente la aparición de lesiones en la cara. Las formas más extensas sugieren algún estado de inmunosupresión. La hiperpigmentación se debe al aumento del grosor de la capa de queratina y al infiltrado inflamatorio que estimula la producción de pigmento por los melanocitos. Se han descrito especies de *Malassezia* asociadas a diversas dermatosis tales como psoriasis, dermatitis seborreica, pitiriasis capitis, foliculitis y hasta onicomicosis por *Malassezia*.

Diagnóstico: Este proceso se suele diagnosticar clínicamente y por la presencia de grupos de esporas e hifas gruesas y cortas en el estudio microscópico del raspado de la lesión. Para el diagnóstico no es necesario cultivar el microorganismo, pero si se quiere llevar a cabo el cultivo, el medio debe ser simplemente con aceite estéril debido a los requerimientos lipídicos de la *Malassezia* spp.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe realizarse con la dermatitis seborreica, pitiriasis rosada, pitiriasis alba, sífilides hipopigmentantes, casos indeterminados de lepra, eczematides, vitíligo, nevos pigmentarios y melanodermias post inflamatorias.

Tratamiento: El manejo terapéutico incluye como primera medida identificar y evitar los factores predisponentes y mantener la piel limpia y seca. El tratamiento incluye antimicóticos tópicos como los derivados azólicos, terbinafina y ciclopiroxolamina. Deben utilizarse durante 2 a 3 semanas. En pacientes con lesiones diseminadas se aconseja medicación oral. El ketoconazol oral 200 mg / día por 10 días es eficaz. Tener presente el riesgo de toxicidad hepática. Itraconazol oral 200 mg/día durante 7 días es eficaz y elimina la pitiriasis versicolor durante varios meses. Dado que la *Malassezia* forma parte de la flora normal de la piel, las recidivas ocurren con frecuencia. El cuero cabelludo suele ser el reservorio. La decoloración puede durar varios meses, y los pacientes deben ser advertidos de este hecho.

CANDIDIASIS CUTÁNEAS:

Definición: Las candidiasis (Moniliasis, candidosis, bastomicosis), son infecciones de la piel (sobre todo de zonas húmedas, intertriginosas, ocluidas), de los anexos cutáneos o mucosas, y de manera excepcional otros órganos, causadas por levaduras del género *Candida*, en especial *C. albicans* y presenta una variedad de cuadros clínicos.

Epidemiología: Las levaduras pertenecientes al género *Candida* tienen una amplia distribución mundial, pudiéndose aislar en general en individuos normales que no padecen infecciones, como saprofitas en piel, mucosas digestiva y respiratoria, así como zonas intertriginosas. La candidosis es una enfermedad cosmopolita, sin duda la micosis que más se presenta en todo el mundo. Afecta todas las edades y ambos sexos. La frecuencia varía según la forma clínica de presentación.

Etiología: De todas las especies conocidas de *Candida*, la *Candida albicans* es la que origina la mayoría de cuadros clínicos, representa entre el 60 a 80% de las candidiasis cutáneas..

Clínica: La candidiasis es una de las infecciones más frecuentes y polimorfas que atacan al hombre. y mayormente se presenta con prurito intenso.

INTERTRIGOS CANDIDIÁSICOS:

Las infecciones intertriginosas se producen en cualquier pliegue cutáneo, es el tipo más frecuente, aparecen como placas eritematosas bien delimitadas, pruriginosas, exudativas en el fondo del pliegue, fisuradas, de morfologías y tamaños diversos. Estas lesiones suelen mostrar un ribete de pápulas y pústulas de base rojiza y se localizan en las axilas, la región submamaria, el ombligo, las nalgas y los pliegues glúteos (eritema del pañal) y entre los dedos de las manos y de los pies. La candidiasis perianal produce prurito anal y maceración blanquecina e Intertrigos interdigitales de las manos. Los intertrigos interdigitales de las manos, se manifiestan en personas que mantienen las manos húmedas por su ocupación (amas de casa, lavanderas, lavaplatos, camareros, trabajadores de conservas de fruta y pescado, camareros, cocineros). Clínicamente se describe como clásica la erosion interdigitales blastomicética que invade el fondo del pliegue y algo de la superficie lateral de los dedos, donde suele formarse un collarete despegado. En el fondo se observa una grieta o ulceración. Los espacios interdigitales afectados están macerados, blanquecinos, fisurados. La localización predilecta es el tercer espacio de la mano derecha.

Candidiasis del área del pañal:

Se origina a partir de una dermatitis del pañal, afecta la zona de contacto del pañal y los pliegues. Se presenta como una placa eritematosa, brillante, con bordes irregulares, festoneado, con componente vésico-pustular que al romperse forman un collarite con lesiones satélites. La sintomatología más importante es el prurito y ardor.

Onicomycosis por candida:

Se presenta con mayor frecuencia en las uñas de la mano (85 %). Se inicia en el borde libre provocando desprendimiento de la uña (onicolisis). La uña se hace opaca y estriada, con surcos transversales irregulares. En esta variedad se observan cambios de color que van desde el blanco grisáceo pasando por el amarillo al marrón o verde. Figura 30 La incidencia es mayor en mujeres de edad media. La candidiasis ungueal a menudo se acompaña con inflamación periguenal (perionixis).

CANDIDIASIS MUCO-CUTÁNEAS:

Candidiasis oral:

Comúnmente llamada muguet, algodoncillo o trush, aparece en la infancia, más en prematuros y lactantes por infecciones adquiridas en el parto, biberones o las manos. En adultos se manifiesta en diabéticos o después de tratamientos antibacterianos prolongados. Clínicamente se presenta en la lengua (glositis), puede también afectar encías, paladar, o invadir toda la boca (estomatitis candidiásica). La morfología típica es de placas pseudomembranosas, cremosas y blanquecinas, con fondo eritematoso, que simulan resto de crema o leche. La sintomatología más común es ardor y dolor, que por lo general impiden la alimentación en los niños. En cuadros crónicos puede afectarse la lengua completa (lengua peluda), pueden

presentarse fisuras y úlceras dolorosas. Puede extenderse afectando los labios a nivel de las comisuras (boqueras o perleche candidiásico) caracterizado por placas eritematoescamosas y erosionadas. La estomatitis candidiásica aguda atrófica, es una variedad cada vez más frecuente, por lo general se presentan por el uso de antibióticos de amplio espectro, menos con los corticoides sistémicos. Se manifiestan como una lengua barnizada, con dorso repapilado, lisa, brillante, en toda su extensión o solo en un área. La forma estomatitis candidiásica crónica hipertrófica, tiene aspecto leucoplásico, con placas blanquecinas, firmes y ligeramente elevadas sobre todo en la mucosa, en especial dorso de la lengua. La estomatitis candidiásica crónica atrófica, es una forma común en portadores de prótesis dentales, diabéticos o con anemia ferropénica. Hay edema, pápulas rojas brillantes en la mucosa de la encía superior, paladar duro y en los márgenes de las prótesis.

Candidiasis genital: Se presenta en dos formas:

1. Vulvovaginitis,
2. Balanitis o balanopostitis.

Vulvovaginitis:

La vulvovaginitis candidiásica, es la infección más frecuente, recurrente y molesta que afecta el aparato genital femenino. Se presenta normalmente en edad reproductiva, principalmente ocurre en embarazadas, mujeres que toman anticonceptivos orales o que han sido sometidas a tratamientos con antibióticos orales. Clínicamente se caracteriza por una leucorrea cremosa blanco amarillenta asociada a prurito y dentro de la vagina puede verse placas pseudomenbranosas con petequias. Puede haber también eritema de la vulva y extensión a la uretra produciendo disuria y polaquiuria. Balanitis y balanopostitis candidiásica. Es la infección candidiásica que afecta el glándulo y el prepucio, se presenta con más frecuencia en personas que tienen relaciones sexuales con la pareja que tiene una vaginitis candidiásica.

También es frecuente en pacientes con diabetes o inmunosuprimidos. Como factor predisponente se asocia un prepucio redundante. El cuadro clínico se presenta con una balanitis superficial, constituida por eritema, micropústulas, erosiones y fisuras, que puede asociarse a una pseudomenbrana o un collarete escamoso. ¹³

2) INFLAMATORIAS:

Las dermatosis alérgicas son procesos inflamatorios, son patrones de respuestas que se expresan en la piel; se presentan en la población en general y más en la población pediátrica ³⁶

Dermatitis atópica:

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por brotes y remisiones que suele durar varios meses o años y frecuentemente altera la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Etiopatogenia: La dermatitis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica caracterizada por una alteración en la barrera cutánea que desencadena un desequilibrio en la homeostasis epidérmica y que se acompaña de diversas alteraciones en las funciones inmunológicas, tanto innatas como adquiridas. Es una enfermedad multifactorial en la que interactúan diversos aspectos genéticos, inmunológicos, metabólicos, infecciosos y neuroendocrinos, con el medio ambiente, dando lugar a las distintas manifestaciones clínicas. Los factores que se consideran relevantes en la patogénesis de la dermatitis atópica son:

- Alteraciones de la función de barrera de la piel.
- Anormalidades inmunológicas.
- Desregulación de la vía psico-neuroendócrino- immune.

Diagnóstico y clínica: El diagnóstico de la dermatitis se basa en las características clínicas de la enfermedad. El prurito y las lesiones eczematosas crónicas o recurrentes, con la morfología y distribución típica, en pacientes con historia de atopia son esenciales para el diagnóstico.

Los hallazgos del examen físico incluyen:

Lesiones cutáneas agudas y subagudas que se observan con mayor frecuencia en lactantes y niños de corta edad y se caracterizan por ser placas eritemato-pápulo-vesiculosas, intensamente pruriginosas, asociadas a excoriación y exudado seroso. En lesiones de mayor tiempo de evolución puede observarse liquenificación.

Manifestaciones clásicas y mínimas: La dermatitis comienza generalmente en la infancia, específicamente durante la lactancia, siendo rara su aparición antes de los tres meses de vida. Sus características principales son la marcada sequedad de la piel (xerosis) y el prurito. Los signos clínicos clásicos son el eritema y la formación de pápulo-vesículas con cambios secundarios como erosiones, alteraciones pigmentarias y aumento del grosor y cuadrículado normal de la piel (liquenificación) producto del rascado continuo. El prurito constituye un síntoma principal en el paciente atópico e impacta sustancialmente en la calidad de vida del niño y su familia. Los malos hábitos respecto del sueño que se adquieren durante los primeros años de vida repercuten en las conductas futuras de los niños. Las lesiones de la dermatitis se clasifican en:

- Agudas: pápulas y pápulo-vesículas pruriginosas, exudativas, sobre base eritematosa.
- Subagudas: pápulas y/o placas con discreto eritema, descamación y leve engrosamiento.

- Crónicas: pápulas excoriadas, erosionadas o placas liquenificadas, lesiones residuales hipo o hiperpigmentadas.

En algunos pacientes pueden coexistir lesiones en diferentes estadios de evolución. Existen variantes de presentación según la edad del niño:

- La fase del lactante (3 meses a 3 años de edad): Las lesiones se localizan en mejillas, cuello, superficies de extensión de los miembros y tronco. Suelen ser más exudativas que en los niños mayores.

- La fase infantil (3 a 10 años de edad): Tienen su localización característica en las zonas de flexión y pliegues (principalmente cuello, pliegues antecubitales, huecos poplíteos). Debido a la capacidad de rascado del paciente y al tiempo de evolución de las lesiones pueden evidenciarse excoriaciones y signos de liquenificación.

-La fase del adolescente: afecta particularmente el dorso de manos, párpados y zonas de flexión.

Criterios clínicos para el diagnóstico de dermatitis atópica:

El diagnóstico de dermatitis atópica se realiza a través de los criterios clínicos en niños que presentan prurito y dermatitis de evolución crónica.

Tabla 1. Criterios diagnosticos de DA (Hanifin y Rajka, 1980)

Criterios mayores:

- Prurito (condición básica)
- Distribución característica
- Antecedentes personales o historia familiar de atopía
- Dermatitis de curso crónico con exacerbaciones y remisiones

Criterios menores:

- Xerosis
- Ictiosis/hiperlinearidad palmar/queratosis pilar
- Reactividad inmediata (tipo 1) a test cutáneos
- IgE elevada
- Edad de comienzo precoz
- Tendencia a infecciones cutaneas/defectos de la inmunidad mediada por células
- Dermatitis inespecifica de manos y pies
- Eczema del pezón
- Queilitis
- Blefaritis recurrente
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Catarata subcapsular anterior
- Oscurecimiento orbitario
- Eritema/palidez centro-facial
- Pitiriasis Alba
- Pliegues anteriores del cuello
- Prurito al transpirar
- Intolerancia a la lana y solventes de lipidos
- Acentuacion perifolicular
- Intolerancia a alimentos
- Curso influenciado por factores ambientales/emocionales
- Dermografismo blanco/blanqueo retardado

Para realizar el diagnóstico de dermatitis atópica es necesario que estén presentes tres criterios mayores y al menos tres criterios menores.

Otras manifestaciones clínicas:

- Queratosis folicular

- Pápulas liquenoides
- Lesiones símil prúrigo
- Lesiones numulares
- Erupción liquenoide por fricción: pápulas color piel, aplanadas, poligonales o redondeadas que comprometen las áreas extensoras de las extremidades
- Eczema dishidrótico: pequeñas vesículas claras que afectan las palmas, las plantas y los bordes laterales de los dedos.
- Eritrodermia: puede observarse en cualquiera de las etapas. Se presenta en menos del 1% de los casos y consiste en un eritema con descamación de evolución subaguda-crónica que compromete más del 80% de la superficie cutánea.

Complicaciones: Las complicaciones más frecuentes de la dermatitis surgen como consecuencias de las alteraciones de la función de barrera cutánea y de las alteraciones inmunológicas humorales y celulares que favorecen las infecciones bacterianas y virales. Las infecciones bacterianas son las más comunes y se pueden producir por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus* β hemolítico del grupo A (GAS), ya sea en forma aislada o combinada. Se manifiestan como formas de impétigo, foliculitis, dermatitis por toxinas y en casos más infrecuentes como infecciones generalizadas y de tejidos blandos y generalizadas.

Las infecciones virales se manifiestan con herpes simple diseminado, este último conocido como erupción variceliforme de Kaposi o eczema herpético que es una diseminación cutánea del virus herpes simple 1 (VHS1) en el 80% de los casos. Es una afección grave que se manifiesta con vesículas o vesículo pústulas umbilicadas, diseminadas, confluentes, que dejan zonas de piel desnuda, costras y zonas hemorrágicas, acompañadas de fiebre y adenopatías.

Los pacientes con dermatitis atópica presentan mayor riesgo de contagio y diseminación de la infección por el virus del molusco contagioso. El aumento de la presentación de verrugas vulgares e infecciones por dermatofitos y también *Cándida albicans* se observa frecuentemente. Dentro de las ectoparasitosis en los pacientes con Dermatitis Atópica se observan escabiosis y pediculosis.

Terapéutica: El tratamiento es un problema por tratarse de una enfermedad crónica, que cursa con periodos de brote y remisión, y que puede afectar seriamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Transmitir a los padres que el objetivo del tratamiento no es la curación, sino el control de los signos y síntomas hasta que la enfermedad remita, como ocurre en la mayoría de los pacientes, constituye un aspecto sumamente importante en el tratamiento y contención de las familias afectadas. El enfoque terapéutico de la dermatitis atópica comprende dos aspectos, el manejo del brote propiamente dicho y las medidas generales para que el mismo pueda prevenirse o sea menos grave. Evitar dentro de lo posible los factores desencadenantes, restablecer la función barrera de la piel y mejorar la sintomatología durante los brotes constituyen los principales objetivos del tratamiento.

Cuidados e hidratación de la piel:

La higiene de la piel y el empleo de emolientes son dos estrategias fundamentales en el manejo de la dermatitis atópica.

Corticoides tópicos:

Los corticoides tópicos constituyen el tratamiento de primera línea en la dermatitis atópica durante la fase aguda o brote. Actúan por medio de su acción antiinflamatoria,

antiproliferativa, inmunosupresora y vasoconstrictora. La elección del corticoide y el tipo de vehículo, esta relacionada con el área a tratar, la edad del paciente y el estado de la dermatosis. El tipo de vehículo debe adaptarse a la etapa clínica de eczema y a la localización de las lesiones. En la fase aguda se aconsejan las cremas, emulsiones y leches, en 1 o 2 aplicaciones al día dependiendo de la droga utilizada. Los ungüentos o pomadas se recomiendan en las lesiones crónicas. Si bien los corticoides son considerados la primera elección para el tratamiento de la dermatitis atópica, deben indicarse con cuidado en niños, especialmente en lactantes debido a la relación peso y superficie corporal que presentan y a la inmadurez de la barrera cutánea.¹⁸

En estudios realizados en Cuba en el año 1991 se demostró desde el punto de vista estadístico, que después de medicina general y pediatría la dermatología sigue en orden de frecuencia en consultas ofrecidas, con una tasa de 8,7 por 100 habitantes. Es la piel el órgano más extenso y también el más externo, lo que incrementa la posibilidad de ser afectada por enfermedad, trauma y en general agresiones de cualquier índole.¹⁹

3) INMUNOLÓGICAS:

Dentro de estas enfermedades se tienen a las enfermedades ampollosas autoinmunes en la infancia son poco frecuentes. De todo este grupo, las más habituales en esta edad son las relacionadas con el depósito de Ig A, es decir, la dermatitis herpetiforme y la dermatosis Ig A lineal. Dentro de este

grupo, también se tiene al Pénfigo Vulgar que se produce por el depósito de Ig G dirigidas contra la desmogleína 3 de la superficie de los queratinocitos, formándose ampollas intraepidérmicas suprabasales tanto en piel como en mucosas. Es una enfermedad grave, típica de la edad media de la vida, que en la infancia y adolescencia es muy poco frecuente. El pénfigo vulgar es una enfermedad infrecuente en la infancia. La escasa prevalencia de esta enfermedad hace que en ocasiones se demore el diagnóstico por falta de sospecha clínica, ya que en sus fases iniciales puede simular otros procesos más comunes en la edad pediátrica, como piodermatitis o estomatitis aftosa. Antes del uso de los corticoides sistémicos la mortalidad del pénfigo vulgar era muy alta. Desde su utilización ésta ha disminuido de forma drástica, pero la gravedad de la enfermedad obliga a mantener el tratamiento durante muchos meses e incluso años, siendo frecuente la aparición de efectos secundarios. En la infancia se pueden encontrar los mismos efectos adversos que en la edad adulta (acné esteroideo, hiperglucemia, hipertensión, síndrome de Cushing...), pero además cobran gran importancia las alteraciones en el desarrollo y el crecimiento, por lo que el uso de fármacos ahorradores de corticoides está indicado si se prevé un tratamiento largo. De todos los tratamientos destinados a ahorrar dosis de corticoides, la mayor experiencia en el pénfigo vulgar en niños se tiene con azatioprina, la cual se ha utilizado al menos en 11 ocasiones en pénfigos de niños de 16 años o menores con esta intención, en todos los casos con buena tolerancia y sin aparición de leucopenia. Es difícil determinar cuál debe ser el tratamiento coadyuvante en el pénfigo en la infancia, dada la baja frecuencia de presentación de esta enfermedad y su evolución en brotes. Si el diagnóstico y el inicio del tratamiento son precoces, se ha señalado que el pronóstico de la enfermedad en este grupo de edad podría ser mejor que en los adultos.³⁷

4)TUMORALES:

Dentro de este grupo se tienen a los hemangiomas. Es el tumor benigno de origen vascular más común en la infancia , que crece por un período de 3 a 12 meses y empieza a involucionar después del año. El término hemangioma se refiere a una anomalía cutánea que consiste en un crecimiento de nuevos vasos sanguíneos. Entre el 60 y el 70% de los casos empiezan en el nacimiento o en la primera semana de vida y del 75 al 95% involucionan a la edad de entre 5 y 7 años. Las lesiones que crecen más rápidamente usualmente son las que involucionan completamente y no son dolorosas pero si son muy grandes y pueden erosionarse espontáneamente y sobreinfectarse. Los hemangiomas cutáneos son lesiones elevadas, protuberantes, compresibles, de bordes definidos, que van desde el rojo brillante hasta un púrpura azulado pero no llegan a ser totalmente pálidas . Pueden estar localizados en cualquier parte del cuerpo, se manifiestan ya al nacer o en los primeros dos meses de vida, van precedidos de una mancha eritematosa o azul hasta una zona pálida que posteriormente adquiere un patrón telangiectásico fino antes de la fase de expansión. El hemangioma puede ser solitario o múltiple, presenta una fase de expansión rápida seguida de un periodo de meseta y luego una involución espontánea. El tipo más común es el llamado hemangioma fresa, que nunca está presente en el momento del nacimiento, sino que aparece durante la primera semana de vida, crece de forma alarmante durante los primeros ocho meses y luego su crecimiento es lento hasta los 18 meses. Es una lesión circunscrita, elevada, con cierto grado de lobulación y resuelve totalmente a los 5 o 7 años de forma espontánea. Aunque la regresión espontánea de los hemangiomas es conocida en el 95% de los casos, el período de involución es largo (el 50% regresan a los 5 años, el 70% a los 7 y el 90% a los 9), un 50% dejan lesión residual en forma de telangectasia, arruga, atrofia cutánea, saco fibroadiposo o cicatrización con importante repercusión estética. Más del 50% de estos tumores se localizan en cabeza y cuello, zonas muy visibles y con importancia para el contacto social. El hemangioma es el tumor vascular más común de la infancia, es benigno y autolimitado pero con grandes repercusiones psicosociales en los niños y en su familia. Existen

varias opciones terapéuticas que deben ser valoradas en forma individual para cada paciente según las características propias del hemangioma a tratar: tamaño, número, dimensiones, compromiso de una función vital y asociación con otros síndromes; uno de los retos más importantes en el tratamiento de los hemangiomas cutáneos es minimizar las complicaciones y el problema estético que representan. ³⁸

URGENCIAS DERMATOLÓGICAS:

Para una mejor comprensión, existe la clasificación del Prof. Ferrandiz, de Barcelona(estudioso de la dermatología) quién divide en dos grandes grupos a las urgencias en dermatología:

- a.- Dermatosis que requieren diagnóstico y tratamiento urgente
- b.- Dermatosis Banales que son vistas con frecuencia en Centros de Urgencias:

a)De atosis que requieren Diagnóstico y Tratamiento urgente:

Dermatosis Agudas más frecuentes:

- Urticaria
- Exantemas medicamentosos o Farmacodermias.
- Eczemas Agudos de Contacto.
- Picaduras
- Quemaduras
- Pitiriasis Rosada de Gibert
- Infecciones Cutáneas agudas (bacterianas y virósicas)
- ITS
- Enfermedades Ampollares (Eritema Multiformes, Grupo de los Péufigos y penfigoides, Herpes Gestacional)

-b)Dermatosis Banales que son vistas con frecuencia en Centros de Urgencias:

- Infecciones cutáneas frecuentes (virósicas , bacterianas y micóticas)
- Reagudización de dermatosis crónicas (psoriasis, Dermatitis Atópica, dermatitis seborreica, eczema dishidrótico palmo-plantar, prurito, acné, alopecia)
- Enfermedades sistémicas (Vasculitis, Lupus Eritematoso, Eritema nudoso, Eritrodermia, etc)
- Neoplasias (Carcinoma Basocelulares y espinocelulares, Melanomas)
- Miscelánias(glositis, engua geográfica, neuralgia postherpética, mordeduras de animales, etc) ²

Las enfermedades más frecuentes son las infecciones bacterianas,micóticas o parasitarias. Su alta prevalencia se debe a situaciones de pobreza y superpoblación, mala higiene y uso de aguas contaminadas, situaciones de promiscuidad y a un manejo inadecuado de la enfermedad por la familia.⁶

Existe un constante equilibrio entre microorganismo y huésped, de manera que la eliminación de ese equilibrio puede favorecer el desarrollo de infección:

• **Defensas del huésped.:**

Integridad de la barrera cutánea (factor más importante: dermatitis atópica, varicela o heridas, favorecen el desarrollo de infección), flora saprofita (flora residente, especialmente Staphylococcus coagulasa negativos, Propionebacterium o Corynebacterium), ácidos grasos, inmunidad.

• **Virulencia del microorganismo.:**

Colonización cutánea por flora transitoria (piel con solución de continuidad, contacto con personas colonizadas), toxinas, etc. Algunos factores que pueden alterar este equilibrio y favorecer las infecciones cutáneas son la humedad, el aumento de temperatura, diversas enfermedades o inmunosupresión, o el uso de antibióticos.²⁰

A) ANTECEDENTES:

-Se tiene el estudio que se refiere a la "Morbilidad por afecciones dermatológicas. Estudio estadístico territorial" realizado en el Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez" cuyos autores fueron: Dr. Rolando Martínez Borrego, Dra. Fernanda Pastrana Fundora, Dr. César Ramírez Albajés, Dra. Mercedes Naranjo Lorenzo y Dr. Pedro Ortiz Regalado publicado en la Rev Cubana Pediatría en 1999. Este fue un estudio retrospectivo de la consulta externa del Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez" en el año 1994 y particularmente de los niños que acudieron a recibir asistencia dermatológica, y se determinó que el 11,4 % (10 645) lo hizo por padecimientos de la piel. Se procesaron los datos generales como edad, sexo y áreas de procedencia, así como las afecciones diagnosticadas más frecuentemente. El 30 % correspondió al grupo etéreo comprendido entre 0 a 1 año y casi el 60 % hasta los 5 años de edad. La provincia Ciudad de La Habana y dentro de ella los municipios de Marianao y Lisa aportaron el mayor número de pacientes. El sexo no tuvo diferencias significativas en el trabajo y la escabiosis fue la enfermedad más frecuente en todos los grupos. La dermatitis, piodermatitis, verrugas vulgares, moluscum contagioso y Pitiriasis alba, siguieron en orden de frecuencia.¹⁹

-Se realizó otro estudio sobre "Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica" (1990-1999) cuyos autores fueron: Antonio Torrelo Fernández y Antonio Zambrano Zambrano realizado en los Servicios de Dermatología. Hospital del Niño

Jesús. Madrid. El objetivo de dicho estudio fue estudiar la frecuencia de las enfermedades cutáneas en la infancia. Cuyo diseño fue un estudio prospectivo de 10 años de duración (1990-1999). En el presente estudio se registraron los datos demográficos y los diagnósticos efectuados en pacientes menores de 18 años remitidos desde centros de Atención Primaria entre enero de 1990 y diciembre de 1999. Los diagnósticos se incluyeron en una base de datos y se agruparon en 16 categorías diagnósticas. En los resultados se recogieron 11.256 diagnósticos de 10.857 pacientes. El eccema fue el grupo de diagnóstico más frecuente (36,30% de los diagnósticos). Luego le siguió las enfermedades infecciosas (19,07%), los nevus (12,35%) y los tumores cutáneos (8,37%). Sumando estas cuatro categorías diagnósticas se obtuvo un 76,09% de todos los diagnósticos. El diagnóstico individual más frecuente fue la dermatitis atópica, seguida de los nevus melanocíticos, las verrugas víricas, el molusco contagioso y los hemangiomas infantiles. Estas cinco enfermedades suponen un 50,46% de toda la patología atendida. En este estudio se ha presentado la serie más amplia y de mayor duración de la literatura en lo que concierne a la frecuencia relativa de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica ²³

-Otro estudio trata sobre;" VARICELA COMPLICADA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERENCIA" PERÚ 2001-2011 realizada por los autores: Edwin Miranda Choque, Jorge Candela Herrera, Javier Díaz Pera, Sonia Farfán Ramos, Edith María Muñoz Junes, Imelda Rita Escalante Santivañez. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de varicela complicada atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) del Perú durante los años 2001 al 2011. Para lo cual se realizó una serie de casos que incluyó un total de 1073 niños con varicela complicada. La mediana de la edad fue de 2,5 años (RIQ 1,1-4,8 años); 578 (54%) fueron de sexo masculino. El tipo de complicación más frecuente fueron las infecciones secundarias de piel y partes blandas con 768 casos (72%), se registró 13 (1,4%) fallecidos. Para

este estudio se concluye que en el INSN se hospitalizaron con mayor frecuencia casos de varicela complicada en niños menores de cinco años, con un tiempo de hospitalización corto y con una baja proporción de fallecidos, la mayoría de complicaciones siendo relacionadas con las infecciones secundarias de piel y partes blandas.²⁴

-Se realizó otro estudio cuyo título es: “ DERMATOMICOSIS EN EL CENTRO DE SALUD MIRONES BAJO en el año 2001-2002 por Víctor Valdivia Saldivar en Lima-Perú en el año 2003 para optar el título de especialidad en dermatología. Dicho estudio fue retrospectivo para lo que se consideró casos diagnosticados de acuerdo a criterio clínico, en el Centro de Salud de Mirones Bajo. El objetivo fue identificar las incidencias de las Dermatomicosis o Micosis Superficial y sus grupos determinados, así como otros aspectos epidemiológicos. Se abarcó un periodo de dos años (2001-2002) determinándose que de un total de 6,842 casos de la especialidad: 981 (14.33%) fueron Dermatomicosis, siendo 576 hombres, y 405 mujeres. La primera década de la vida es grupo etáreo predominante. La Dermatofitosis(41%) es más frecuente que Pitiriasis Versicolor y candidiasis juntas 30%. Las formas clínicas de Dermatofitosis más frecuentes fueron Tiñas de uñas y Tiña pedis (juntos 45%), seguida de Tiña Capitis. El estudio finaliza con recomendaciones preventivo promocionales para la salud pública, de acuerdo a conclusiones epidemiológicas.¹⁴

-Se realizó otro estudio sobre “ Enfermedades dermatológicas en la edad pediátrica “ en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, en Caracas, Venezuela cuyos autores fueron: Rosanelly Roye, Mariadela Meléndez, Guslín Ruiz, Ariadna Gamboa, Juan Morantes. Este estudio se realizó debido a la frecuencia de patologías cutáneas en niños que acudieron al triaje de su servicio, por lo cual el objetivo del estudio fue conocer la incidencia de las dermatopatías en pacientes en edad pediátrica (niños, de 1 día a 17 años y 11 meses de edad), que acudieron al triaje de Dermatología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” entre agosto de 2005 y julio de 2006 Este estudio

fue descriptivo-retrospectivo y consistió en la revisión del registro de los pacientes evaluados en el triaje de dermatología. Los datos obtenidos arrojaron diagnósticos de 2.397 pacientes, que fueron analizados con criterios de estadística descriptiva. Los resultados obtenidos fueron que las enfermedades con mayor incidencia en el triaje de dermatología fueron: dermatitis atópica, acné comedónico, verruga vulgar, molusco contagioso, escabiosis, vitiligo, pitiriasis alba, prurigo, dermatitis seborreica, onicocriptosis y dermatitis de contacto, constituyendo estas enfermedades el 50% del total de los diagnósticos encontrados en la presente revisión. Según el grupo etario, las entidades dermatológicas más frecuentes fueron: En lactantes menores; escabiosis. En lactantes mayores; dermatitis atópica. En preescolares; molusco contagioso. En escolares; verruga vulgar. En adolescentes; acné con predominio comedónico. Los resultados del estudio concordaron con lo observado en otros estudios, encontrándose una mayor incidencia en enfermedades de etiología infecciosa y alérgica, ambas causas prevenibles en gran medida con estrategias educativas hacia padres e hijos, por lo que se concluye que definitivamente debe dirigirse la atención al paciente pediátrico, en el sentido de las medidas preventivas y de higiene, así como el cuidado adecuado de la piel.¹⁵

-Se tiene otro estudio titulado: “Dermatosis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España” cuyos autores fueron: J.M. Casanova , V. Sanmartín, X. Soria, M. Baradad, R.M. Martí, A. Font del Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Universitat de Lleida. España, en junio 2007. A través de este estudio se propone determinar la carga de trabajo que representa en una consulta de Dermatología general y cuáles son los motivos de consulta más frecuentes en este hospital en este grupo de edad para lo cual se hizo un estudio descriptivo del registro del Servicio de Dermatología sobre las visitas realizadas a pacientes de ≤ 16 años de edad en el año 2005 y sus diagnósticos. Los resultados que se obtuvieron fueron que la Dermatología Pediátrica representa el 12,1 % de nuestra carga de trabajo (1.329/10.998

visitas fueron a ≤ 16 años). Por grupos, los tumores y las infecciones fueron los diagnósticos más frecuentes, ya que entre ambos representan el 55,4 % del total. A distancia les siguen los eczemas (15,0 %) y las enfermedades anexiales (8,8 %). El diagnóstico individual más frecuente fue nevo melanocítico (19,8 %), seguido de verruga vírica (12,1 %), dermatitis atópica (8,9 %), molusco contagioso (8,4 %) y acné (7,0 %). con lo cual se puede concluir que en la mayoría de países desarrollados, la dermatitis atópica es el diagnóstico más frecuente en los niños. En nuestro estudio los nevos melanocíticos ocupan el primer lugar, lo que quizá refleje que existan más niños con múltiples nevos porque se toma el sol en exceso, o por la melanofobia existente entre la población. También es posible que en nuestra área exista menos dermatitis atópica que en países más industrializados del norte de Europa. Se deberían impulsar conductas de fotoevitación y fotoprotección durante la época infantil. Ello podría contribuir a frenar, en nuestro medio, el incremento del melanoma en el adulto.⁹

-También se tiene otro estudio que trata sobre la "Morbilidad dermatológica pediátrica en consulta externa" Jatibonico. Abril 2004- marzo 2005 " de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández" publicado en Gaceta Médica Espirituana 2007 cuyos autores son: Dr. Yoel Rodríguez Hernández, Dra. Patricia Romero González, Dra. Helen Díaz González², Dra. Juana Jiménez Cardoso los cuales realizaron un estudio descriptivo, transversal para caracterizar la morbilidad dermatológica pediátrica de consulta externa en el municipio Jatibonico, en el período comprendido entre abril del 2004 y marzo del 2005, a partir de una muestra de 232 pacientes, la información se obtuvo con un formulario confeccionado al respecto, que incluyó: edad, sexo, color de la piel, zona de residencia, antecedentes patológicos familiares y personales de atopía, características de la vivienda, tipo de institución educacional a la que asistía y época del año en que ocurrió el caso. El procesamiento estadístico incluyó una base de datos confeccionada en SPSS, después se calcularon e interpretaron los indicadores del nivel de medición de las variables y se analizaron la

literatura revisada. Los resultados fundamentales fueron estar entre 0-4 años con 40,5 %, ser femenina (128), de la raza blanca (89,0 %) y residir en zona urbana (56,5 %); las entidades más frecuentes: las infectocontagiosas (escabiosis e impétigo), entre las alérgicas la dermatitis atópica (11,6 %). Entre los antecedentes familiares fue el asma (12,1 %) el más registrado. Las variables ambientales coexistentes fueron escaso hacinamiento, no vinculación institucional seminterna o interna y ocurrir en verano. Finalmente se llegó a conclusiones, sugiriéndose posibles recomendaciones para mejorar el trabajo en la Atención Primaria de Salud.¹⁶

- Se tiene el siguiente estudio que trata sobre: “CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DERMATITIS INFECTIVA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO” LIMA, PERÚ cuyos autores fueron: Rondán Guerrero Paola, Pérez Sandoval Carla, Ríos Melgar Kyra, Rivera Cruzado Danny, Robles Pizarro Víctor, Ballona Chambergo Rosalia. El objetivo de dicho estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos diagnosticados de Dermatitis Infecciosa. Fue un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú. Para esto se utilizaron Historias Clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados y de atención de consulta externa diagnosticados con Dermatitis Infecciosa en el periodo 2007 – 2010, seleccionándolas en función de los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el software SPSS v.15 para el procesamiento de datos. Se usaron Medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas y las frecuencias y proporciones de las variables cualitativas. Como resultados se encontraron 12 casos, 58% fueron varones y 42% mujeres, la edad promedio fue 6 años y 11 meses. El tiempo de enfermedad fue 15 meses. El diagnóstico con el que el paciente llegaba a la consulta era dermatitis atópica (27%), dermatitis seborreica (18%), tiña capitis (18%) e Infección por HTLV-1 (18%). La evolución de la enfermedad fue 25% favorable y 50% desfavorable, de acuerdo a la desaparición de las lesiones o a su aumento de tamaño y persistencia en el tiempo. Las lesiones

cutáneas se encontraban con mayor frecuencia en cuero cabelludo, 81%, siendo los eccemas el tipo de lesión más común (58,3%). Como conclusión se tuvo que la dermatitis infectiva se presentó más en varones con una edad promedio de 6 años y 11 meses. El tiempo de diagnóstico fue de 46 semanas. La dermatitis atópica era el diagnóstico diferencial más frecuente, la expresión clínica es similar a la ya reportada, siendo el eccema de cuero cabelludo la manifestación más frecuente. La evolución de la enfermedad fue desfavorable en la mayoría de casos. ²⁵

-Otro estudio nos habla sobre “Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento” Comité Nacional de Infectología de la SAP cuyos autores fueron: Mónica Moyano, Agustina Peuchot, Ana Claudia Giachetti, Rina Moreno, Aldo Cancelara, Andrea Falaschi, Gloria Chiarelli, Rosa Mabel Villasboas, Rosana Corazza, Cecilia Magneres, Miriam Calvari y Daniela Roldán. Para realizar dicho estudio se tuvo en cuenta que las infecciones de piel y partes blandas fueron una causa frecuente de consulta en los centros de atención primaria de la salud. y los datos de la epidemiología local de estas infecciones fueron escasos; el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes* fueron los principales agentes etiológicos. La emergencia, en los últimos años, de cepas de *S. aureus* meticilino resistentes provenientes de la comunidad y *S. pyogenes* resistentes a eritromicina plantearon controversias en la elección del tratamiento empírico inicial. Este consenso nacional está dirigido a médicos pediatras, de familia, dermatólogos, infectólogos y otros profesionales de la salud. El estudio trata del manejo clínico, especialmente el diagnóstico y tratamiento, de las infecciones de piel y partes blandas de origen bacteriano provenientes de la comunidad en pacientes inmunocompetentes menores de 19 años de edad.²

-Otro estudio se refirió a la “Prevalencia de trastornos de la piel en niños asisten a la escuela primaria en Diyarbakir, Turquía” cuyos autores fueron: Dr. Bilal Sula, Dra. Derya Uçmak, Dr. Günay Saka, Dr. Sedat Akdeniz, Dr.

Engin Yavuz, Dr. Yunus Yakut, Dra. Evrim Arslan, Dr. Hamza Aktaş, Dr. Mehmet Yıldız, Dra. Sibel Yolbir y Dra. Ruken Azizoğlu. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de dermatosis pediátricas en Diyarbakir, provincia ubicada en la región sudeste de Turquía. Este fue un estudio transversal realizado en abril de 2008 en alumnos que asistían a ocho escuelas primarias públicas de Diyarbakir seleccionadas al azar. Se examinó a los alumnos y se les administró un cuestionario para determinar el nivel socioeconómico y las características sociodemográficas. Entre los resultados obtenidos fueron que los dermatólogos evaluaron, en total, a 1932 alumnos. De ellos, 953 (49,32%) eran niñas, con una media de edad de $11,06 \pm 2,13$ años (rango: 6-17 años). La prevalencia puntual global de trastornos de la piel fue del 59,1%. En esta muestra, 776 niños (40,2%) tenían solamente una enfermedad de la piel, mientras que 299 (15,5%) tenían dos, y 67 (3,5%), al menos tres. La prevalencia puntual de los trastornos de la piel fue del 33,1% en los alumnos de primer grado y del 78,9% en los alumnos de octavo grado ($p < 0,05$). Las enfermedades de la piel más frecuentes fueron en primer lugar el eccema (32,8%), seguido de los trastornos de la pigmentación (17,2%), las infecciones cutáneas (13,4%), los trastornos del cuero cabelludo (10,1%) y el acné vulgar (9,6%). Las infecciones cutáneas, los trastornos de la pigmentación, los trastornos del cabello y del cuero cabelludo y el acné vulgar fueron mucho más frecuentes en las niñas que en los varones ($p < 0,05$). Además, las infecciones cutáneas fueron mucho más habituales en los alumnos pupilos que en los medio pupilos ($p < 0,05$). Se concluyó que los trastornos de la piel afectaron al 59,1% de los niños estudiados, y se observaron con mayor frecuencia en las niñas y en los pupilos por lo tanto es necesario prestar mayor atención a estos grupos a la hora de formular medidas preventivas.¹²

-El siguiente estudio realizado se refirió a las “ Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria” Rev Pediatrica. Madrid enero-marzo 2010. cuyos autores fueron: S. Menéndez Tuñóna, A. Sariego Jamardo, E. Fernández Tejada, N. Fernández Garcíaa, P. López Vilarb, A. Meana Meana.

Para dicha investigación se pudo observar que las consultas por problemas dermatológicos son muy frecuentes en pediatría. Se usó un estudio descriptivo observacional realizado durante todo el año 2008, y se analizaron las consultas pediátricas por causas dermatológicas y se obtuvieron los motivos principales de las consultas y se cuantificó la tasa de resolución de éstas en el ámbito de la Atención Primaria y se elaboró un listado de procesos dermatológicos como guía para futuras actividades formativas en dermatología pediátrica. Los resultados obtenidos fueron que de un total de 21.748 consultas, 1.323 se debieron a procesos dermatológicos (6,1%). La categoría con mayor número de diagnósticos correspondió al grupo dermatitis y eczemas con 438 consultas (33%), seguida de las infecciones víricas con 352 (26%), las infecciones bacterianas con 128 (10%) y las zoonosis con 118 (9%). Fueron derivados 75 niños (5,7% de las consultas) al servicio de dermatología. Se pudo concluir que la mayoría de procesos dermatológicos de la infancia pueden ser manejados en Atención Primaria, manteniendo una estrecha colaboración con los especialistas en dermatología para aquellas situaciones precisadas por el escenario clínico.⁵

-Otro estudio publicado fue sobre "Dermatofitosis en estudiantes de la Institución Educativa "San Juan de la Frontera", Ayacucho, Perú, publicado en la Revista Peruana de Epidemiología Comunicación Corta, cuyos autores fueron: Serapio Romero Gavilán, Rosa G. Guevara Montero A A. El objetivo del estudio fue dar a conocer la frecuencia de la dermatofitosis en los estudiantes de la Institución Educativa "San Juan de la Frontera" del Asentamiento Humano "Juan Velasco Alvarado", Ayacucho. Se estudió a los estudiantes matriculados en el año escolar 2010 en la IE "San Juan de la Frontera". Fueron incluidos todos los estudiantes con signos de micosis superficial. Se ubicaron las zonas afectadas y se desinfectaron con alcohol, con un bisturí desinfectado se raspó suavemente para quitar las escamas los que fueron colocadas en sobres de papel oscuro. Las muestras de los espacios interdigitales se tomaron con ayuda de una torunda estéril. Se realizó el examen directo en la lámina porta objetos con KOH al 10%. Las

muestras se cultivaron en placas petri conteniendo agar Sabouraud, se incubaron a 25°C por 15 días. Se identificó con base en las características macroscópicas y microscópicas de las colonias. Se halló una frecuencia de 68% de dermatofitosis, 47% en muestras de los espacios interdigitales, 61.8% en niños que crían animales domésticos, 88.2% en aquellos cuyo piso de la vivienda es de tierra, no se encontró diferencia por género. Se puede concluir que la dermatofitosis es un problema muy frecuente en los estudiantes de la Institución Educativa “San Juan de la Frontera”, la zona anatómica más afectada fue el espacio interdigital y la especie más aislada : Dermatofitosis, *T. mentagrophytes* ²⁶

-Otro estudio realizado fue la “Caracterización de las consultas dermatológicas en urgencias y hospitalización de la población pediátrica” en el Hospital Militar Central, Bogotá, publicado por la Rev Asoc Colomb Dermatol. 2012 (enero-marzo), Artículo de Investigación cuyos autores fueron: Claudia Marcela Arenas, Jorge Enrique Calderón, María Claudia Rodríguez, Paola Andrea Torres, Hernán Darío Mejía, Martha Patricia Robayo. Para este estudio surgió la iniciativa de caracterizar las consultas dermatológicas de pacientes de urgencias e interconsultas, por medio de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos (0 a 14 años) valorados por Dermatología. La información se obtuvo de la base de datos del servicio de Dermatología. El objetivo del estudio fue caracterizar el motivo de consulta más frecuente de la población pediátrica valorada en Dermatología en el Hospital Militar Central, describiendo la distribución por edad, la prevalencia de enfermedades y los antecedentes. Como resultados, se evaluaron 263 pacientes; 73 % de urgencias y 26 % hospitalizados. La edad media fue de 4,9 años. En la distribución por edad, los escolares ocuparon el primer lugar de frecuencia (26,2 %). 43,8 % de los pacientes de urgencias y 78,9 % de los hospitalizados tenía antecedentes patológicos; los más frecuentes, síndrome broncoobstructivo y enfermedad oncohematológica. Las enfermedades infecciosas fueron el motivo de interconsulta más prevalente en los pacientes valorados por urgencias

(42,7 %) y en los hospitalizados (43,7 %). El exantema viral y las infecciones herpéticas ocuparon el primer lugar, respectivamente. Se pudo concluir que la caracterización clínica y epidemiológica del comportamiento de las afecciones dermatológicas en la población pediátrica, es vital para optimizar la atención dada por dermatólogos y pediatras, que basados en esta información implementarán guías de manejo que unifiquen los elementos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.²⁷

-Hubo un estudio donde se desarrollo un “ Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013” a cargo del Comite Nacional de Dermatologia: Dra. Ana Giachetti, Dra. Maria Fernanda Greco, Dra. Maria Florencia Scacchi, Dra. Rosana Marina Flores, Dra. Carla Castro. Para este estudio se observó que la dermatitis atópica es una enfermedad que afecta a más del 10% de los niños, evidenciándose un gran incremento en su incidencia en las últimas décadas. Es una entidad de curso crónico, que cursa con brotes y remisiones, habitualmente presente desde la primera infancia y que requiere un adecuado manejo para que no comprometa seriamente la calidad. El objetivo del presente estudio es desarrollar un documento actualizado sobre la epidemiología y etiopatogenia de la enfermedad, así como establecer las recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia científica y en la experiencia de los autores del consenso. Bajo la coordinación general de los integrantes del Comité de Dermatología se han seleccionado profesionales médicos que son referentes en el tema, conformando así, el grupo de expertos responsables de elaborar el consenso. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva, seleccionándose únicamente publicaciones con alto nivel de evidencia y revisiones sistemáticas, las que luego fueron enviadas a todos los expertos según el tema asignado. Se realizaron dos reuniones presenciales en las cuales se procesó y discutió toda la información. Posteriormente el material completo fue revisado por el Comité de Dermatología hasta consolidar el documento final. Como resultado se obtuvo el consenso que consta de 4 secciones. Cada una de ellas expone una revisión actualizada, presenta

recomendaciones para el manejo práctico diario de los pacientes y se adjunta la bibliografía correspondiente. Se utilizaron publicaciones con niveles de evidencia del I al III según figura en Goodman CS. Como conclusión se ha confeccionado este consenso con la colaboración de la mayoría de los referentes argentinos en dermatitis atópica para proveer un documento que permita mejorar la atención de los pacientes con dermatitis atópica en el país brindando pautas claras para su manejo.¹⁸

-El siguiente estudio trata sobre “Epidemiología de dermatosis pediátricas en la región centro-occidental de Anatolia en Turquía” en Afyon Kocatepe University, Facultad de Medicina, Departamento de Dermatología, Afyonkarahisar, Turquía y Izmir Katip Celebi University, Facultad de Medicina, Esmirna publicado en Arch Argent Pediatr 2014 cuyos autores fueron: Dra. Seval Dogruk Kacara, Dra. Pinar Ozuguza, Dra. Serap Polata, Dra. Vildan Manava, Dra. Aysegul Bukulmeza y Dr. Semsettin Karacab. El objetivo del estudio fue describir la frecuencia y la distribución de las dermatosis pediátricas, los procedimientos de diagnóstico y los tratamientos indicados. Se realizó un estudio epidemiológico transversal. Se recolectaron datos acerca de los patrones diagnósticos, los métodos diagnósticos y las modalidades de tratamiento en las consultas ambulatorias de dermatología pediátrica a lo largo de 18 meses. Los resultados obtenidos fueron que los diagnósticos más prevalentes fueron las enfermedades infecciosas (27,9%), incluidas las verrugas virales (17,5%), seguidas de acné o enfermedades acneiformes (19,9%) y alergias (14,5%). Entre las pruebas diagnósticas, fue necesario realizar exámenes histopatológicos en el 5,2% de los casos, en general para diagnosticar lesiones inflamatorias y tumorales. En la mayoría de los casos, se emplearon tratamientos tópicos (49,3%), seguidos por tratamientos sistémico (32,4%). Las conclusiones a las que se llegaron fueron que las verrugas virales representaron las dermatosis más frecuentes, y es importante que la salud pública incorpore medidas preventivas contra la transmisión del VPH en los niños.²⁸

-Se tiene un estudio que trata sobre:” Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital de tercer nivel” del Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, aceptado el 9 de enero de 2015 cuyos autores fueron: E. Baquero Sánchez_, J. Bernabéu Wittel, J.J. Dominguez Cruz y J. Conejo Mir de la Asociación Española de Pediatría cuyo motivo para realizar el presente estudio fue la elevada demanda de asistencia en los servicios de urgencias por enfermedad cutánea. Sin embargo, la mayoría están referidos a población general, sin tener en cuenta las modificaciones en las frecuencias de las enfermedades que se producen en edad pediátrica. El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de los distintos diagnósticos dermatológicos derivados por el pediatra de guardia y atendidos en la consulta de dermatología pediátrica urgente. Este estudio fue retrospectivo descriptivo que incluyó todos los pacientes de 0 a 14 años atendidos tras citación por el pediatra de guardia en las consultas de dermatología infantil urgente desde junio de 2010 hasta diciembre de 2013. En segundo lugar, se realizó un estudio analítico que consistía en el cálculo del índice kappa para establecer la concordancia diagnóstica entre el diagnóstico del pediatra de Urgencias y el de Dermatología. Los resultados que se obtuvieron fue que se atendió a un total de 861 pacientes con una edad media de 4,5 años. Más de la mitad de toda la enfermedad atendida se debió a eccemas (27%) e infecciones (26%). Los 5 diagnósticos principales fueron: dermatitis atópica (16%), prurigo simple agudo (5%), tiña (5%), granuloma piógeno (4%) y molluscum contagiosum (4%). Solo en un 16% de los casos se solicitaron pruebas complementarias. El índice kappa obtenido fue de 0,206 (IC 95%: 0,170-0,241). Se concluyó que las consultas en urgencias pediátricas por motivos dermatológicos son frecuentes y gran parte está motivada por enfermedad banal. La colaboración entre pediatras y dermatólogos permitió una alta capacidad resolutive, lo que se tradujo en un bajo porcentaje de pruebas complementarias solicitadas y un elevado número de altas directas.²⁹

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

A) TIPO Y DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO:

El diseño de investigación del presente trabajo fue descriptivo porque a través del análisis e interpretación de los datos resultantes se procedió a describir la situación en función a las variables de estudio. Fue transversal ya que si bien el tema se dió a lo largo de un tiempo (durante un año), los datos de la investigación se recolectaron en un solo momento y en un lugar determinado y es retrospectivo porque se dió en tiempo pasado. Asimismo

se abordó con un enfoque cuantitativo puesto que se buscó determinar la prevalencia de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años.

B)DEFINICIONES OPERACIONALES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
género	Sexo biológico de pertenencia	Evaluación ectoscópica de los caracteres sexuales secundarios	cualitativo	Características sexuales	Masculino femenino
Tipo de enfermedad según la	Es la denominación de la clase de enfermedad ya sea infectocontagiosa, inflamatoria, tumoral, etc que se da en	indicada por parte del paciente del tipo de enfermedad que presenta según Testación.	cualitativo	Clase de enfermedad	infecciosa inflamatoria inmunológico

estación del año	los niños en un determinado periodo de tiempo.				ca tumoral otras
edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años cronológicos cumplidos al día de la recolección de datos	cuantitativa	Años cumplidos	Menores de 5 años

C)POBLACIÓN DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA:

La población estudiada fueron todos los niños menores de 5 años que asistieron al servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014, por lo que no se consideraron muestras representativas.

D)CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de Inclusión:

- Todos los niños menores de 5 años tanto del género femenino y masculino que acudieron a los consultorios del servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014

Criterios de Exclusión:

- niños menores de 5 años que tuvieron datos de historias incompletas tanto del género femenino como masculino que acudieron al servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2014.

E)PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se dió luego de solicitar permiso al jefe del servicio de estadística del Hospital Hipólito Unanue para que nos brinde la información respectiva del año 2014 para lo cual se realizó las coordinaciones respectivas para la presente investigación y luego del cual se procedió a la recolección de datos a través de una ficha de recolección de datos que contenían las variables en estudio. También se usó el sistema estadístico SPSS 23.0 versión para Windows.

F)INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODO PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS:

Se obtuvo la recolección de datos, directamente de la oficina de estadística del Hospital Hipólito Unanue, luego del cual se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos para lo cual también se usó el sistema estadístico SPSS23.0 teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya indicados anteriormente.

G)PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN:

En el presente estudio se tuvo en cuenta el Código de ética del Colegio Médico del Perú y se respetó el derecho de los pacientes (en este caso, de los niños), el derecho a la información de los padres, la intimidad, confidencialidad respecto a su enfermedad y el anonimato del paciente en cuanto a la información obtenida.

H)ANÁLISIS DE RESULTADOS:

-Métodos y modelos de análisis de datos:

Cuadros, tablas y análisis estadísticos de cada uno de ellos (gráficos de barras y circular, etc)

-Programas a utilizar para análisis de datos:

Para el presente trabajo de investigación se usaron programas:

- Microsoft Office Word
- Microsoft Office Excel

-Estadísticos:

Se calcularon datos estadísticos descriptivos (promedios, porcentajes, etc) a todas las variables de las tablas de la investigación.

Se utilizó el Sistema estadístico SPSS 23.0 para algunas tablas.

En resumen, para el procesamiento estadístico de los datos, se utilizaron dos paquetes: Excel 2007 (para la figura) y Statistica 8.0 para calcular las frecuencias absolutas y relativas (%s), para las variables. No se empleó

técnicas de inferencia estadística (estimación de intervalos de confianza y prueba de hipótesis), porque el estudio es descriptivo y, además, se incluyó a toda la población de estudio (interés) atendida en ese año.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

TABLA 1. ATENCIONES POR ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN EL AÑO 2014

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	Nº	%
prùrigo de besnier	34	16.5
otras dermatitis atópicas	34	16.5
escabiosis	24	11.65
hemangioma	21	10.19
impétigo	20	9.7
otras urticarias	18	8.73
verrugas viricas	14	6.79
tiña de la barba y del cuero cabelludo	14	6.79
pitiriasis alba	14	6.79
molusco contagioso	13	6.31
total	206	100

FUENTE: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas .
ADPE/A.P.JUPR/ING*LAAR

En la tabla N° 1 se puede observar en general que de un total de 206 niños, 34 niños tienen tanto Prùrigo de Besnier como Otras Dermatitis Atópicas en ambos por igual cantidad haciendo cada uno un 16.50 % del total. Luego le continua la Escabiosis con 24 niños haciendo un 11.65% del total.

TABLA 2. ATENCIONES POR ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN EL GÉNERO MASCULINO EN EL AÑO 2014

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	Nº	%
prúrigo de besnier	21	21.42
otras dermatitis atópicas	14	14.28
hemangiomas	12	12.24
otras urticarias	11	11.22
escabiosis	10	10.2
otras dermatitis seborreicas	7	7.14
verrujas viricas	6	6.12
impétigo	6	6.12
pitiriasis alba	6	6.12
molusco contagioso	5	5.1
total	98	100

FUENTE: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas .
ADPE/A.P.JUPR/ING*LAAR

En la tabla N°2 se puede observar que de un total de 98 niños, 21 niños tienen Prúrigo de Besnier haciendo un 21.42% del total, seguido de 14 niños con Otras Dermatitis Atópicas con un 14.28% del total, luego del cual le continúan 12 niños con Hemangiomas con un 12.24% del total.

TABLA 3. ATENCIONES POR ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN EL GÉNERO FEMENINO EN EL AÑO 2014

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	Nº	%
otras dermatitis atópicas	20	18.01
escabiosis	14	12.61
impétigo	14	12.61
prúrigo de besnier	13	11.71
tiña de la barba y del cuero cabelludo	9	8.1
hemangioma	9	8.1
verrugas viricas	8	7.2
molusco contagioso	8	7.2
dermatitis de pañal	8	7.2
pitiriasis alba	8	7.2
total	111	100

FUENTE: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas ADPE/A.P.JUPR/ING*LAAR

En la tabla N°3 se puede observar que de un total de 111 niñas, 20 niñas tienen Otras Dermatitis Atópicas haciendo un 18.01% del total, seguido de 14 niñas que tienen tanto Escabiosis como Impétigo ambos en igual cantidad con un 12.61% del total y le continúan 13 niñas con Prúrigo de Besnier que conforman el 11.71 del total.

TABLA 4. ATENCIONES POR ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN LA ESTACIÓN DE VERANO EN EL AÑO 2014

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	Nº	%
impétigo	9	16.98
otras dermatitis atópicas	8	15.09
escabiosis	7	13.2
molusco contagioso	7	13.2
prúrigo de besnier	6	11.32
otras urticarias	6	11.32
tiña de la barba y del cuero cabelludo	4	7.54
pitiriasis alba	2	3.77
hemangioma	2	3.77
verrugas viricas	2	3.77
total	53	100

FUENTE: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas ADPE/A.P.JUPR/ING*LAAR

En la tabla Nª4 se puede observar que de un total de 53 niños, 9 niños tienen Impétigo haciendo un 16.98 % del total, seguido de 8 niños que tienen Otras Dermatitis Atópicas haciendo un 15.09 % del total y luego le continúan 7 niños que presentan tanto Escabiosis como Molusco Contagioso haciendo ambos por igual un 13.20% del total y a continuación se presentan 6 niños tanto con Prúrigo de Besnier como con Otras Urticarias conformando ambos por igual un 11.32% del total.

TABLA 5. ATENCIONES POR ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN LA ESTACIÓN DE OTOÑO EN EL AÑO 2014

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	Nº	%
otras dermatitis atópicas	7	17.5
pitiriasis alba	6	15
prúrigo de besnier	6	15
impétigo	5	12.5
escabiosis	4	10
dermatitis de pañal	3	7.5
otras urticarias	3	7.5
hemangioma	2	5
verrujas viricas	2	5
tiña de la barba y del cuero cabelludo	2	5
total	40	100

FUENTE: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas .
ADPE/A.P.JUPR/ING*LAAR

En la tabla N°5 se puede observar que de un total de 40 niños, 7 niños tienen Otras Dermatitis Atópicas haciendo un 17.5 % del total, seguido de 6 niños que tienen tanto Pitiriasis Alba como Prúrigo de Besnier haciendo ambos por igual un 15 % del total.

TABLA 6. ATENCIONES POR ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN LA ESTACIÓN DE INVIERNO EN EL AÑO 2014

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	Nº	%
otras dermatitis atópicas	10	23.25
escabiosis	7	16.27
prúrigo de besnier	7	16.27
hemangioma	6	13.95
tiña de la barba y del cuero cabelludo	3	6.97
impétigo	2	4.65
dermatitis de pañal	2	4.65
pitiriasis alba	2	4.65
verrugas viricas	2	4.65
molusco contagioso	2	4.65
total	43	100

FUENTE: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas .
ADPE/A.P.JUPR/ING*LAAR

En la tabla N°6 se puede observar que de un total de 43 niños, 10 niños tienen Otras Dermatitis Atópicas haciendo un 23.25 % del total, seguido de 7 niños que tienen tanto Escabiosis como Prúrigo de Besnier haciendo ambos por igual un 16.27 % del total.

TABLA 7. ATENCIONES POR ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN LA ESTACIÓN DE PRIMAVERA EN EL AÑO 2014

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	Nº	%
prúrigo de besnier	15	20
hemangioma	11	14.66
otras dermatitis atópicas	9	12
otras urticarias	9	12
verrugas viricas	8	10.66
escabiosis	6	8
tiña de la barba y del cuero cabelludo	5	6.66
impétigo	4	5.33
pitiriasis alba	4	5.33
molusco contagioso	4	5.33
total	75	100

FUENTE: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas .
ADPE/A.P.JUPR/ING*LAAR

En la tabla N°7 se puede observar que de un total de 75 niños, 15 niños tienen Prúrigo de Besnier haciendo un 20 % del total, seguido de 11 niños que tienen Hemangiomas haciendo un 14.66 % del total, seguido de 9

niños que tienen tanto Otras Dermatitis Atópicas como Otras Urticarias haciendo ambos por igual un 12 % del total.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Existe un gran número de enfermedades de la piel y sus anexos, que se dan con mayor frecuencia en las edades tempranas, algunas solo aparecen en el recién nacido como la hiperplasia sebácea, milium, mancha mongólicas, eritema tóxico, en cambio , otras son más frecuentes en el niños mayores como la dermatitis atópica, impétigo contagioso, molusco, enfermedades eruptivas ¹⁶

En el caso del presente estudio, se pudo evidenciar que la mayor cantidad de niños menores de 5 años tuvieron enfermedades dermatológicas como el Prúrigo de Besnier asi como Otras Dermatitis Atópicas ambos por igual cantidad. Según la literatura ³⁰ nos dice que la dermatitis atópica también es conocida como: neurodermatitis, prurigo de Besnier , eccema atópico y que es una enfermedad reaccional, crónica y recidivante de la piel, con un patrón clínico e historia natural característicos. No se conoce la causa específica, pero se ha relacionado con susceptibilidad genética, disturbios inmuológicos y constitucionales, sobre los que actúan factores desencadenantes. En relación a la epidemiología es la dermatosis más frecuente en población pediátrica. La prevalencia ha mostrando incremento en las últimas décadas, siendo del 18-20%. Es más frecuente en áreas urbanas de países industrializados. No existe clara predilección racial ni diferencia en cuanto al sexo. Puede presentarse a cualquier edad, con claro predominio en la población pediátrica, 60-85% de los casos inicia en el primer año de vida y 85-95% antes de los 5 años; 10-25% de los casos persiste con recaídas en la edad adulta ³⁰ y esto se puede evidenciar en nuestra realidad teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio en que el Prúrigo de Besnier ocupa el primer lugar de frecuencia de las enfermedades dermatológicas en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue conjuntamente con Otras Dermatitis Atópicas que según la literatura involucran a tres diferentes tipos de dermatitis atópica o neurodermatitis. Estos se diferencian en que aparecen a diferentes edades y por los lugares anatómicos en los que se

muestran los síntomas. En cada fase puede haber brotes que se desencadenen por estrés o alteraciones del medio. Entre éstas se tienen:

- **Costra láctea:** la dermatitis atópica aparece a menudo en los lactantes en forma de costra láctea. Aca lo que se produce es una costra blanca amarillenta que se combina con una reacción más húmeda de la piel (eccema) que se extiende de forma plana. En general, esta forma afecta más a las zonas de extensión de piernas y brazos y la cara. Frecuentemente lo sobreinfectan virus y bacterias.
-
- **Eccema de las flexuras:** este tipo de dermatitis atópica aparece en las flexuras de las articulaciones como el hueso poplíteo de la rodilla o del codo. En esta forma de dermatitis atópica también se ven afectados las manos, el cuello y la zona occipital. Los síntomas aparecen en niños y jóvenes.
-
- **Forma pruriginosa:** es una forma especial de la neurodermatitis que aparece en la edad adulta. Lo más común es que las lesiones aparezcan en todo el cuerpo y aparezcan señales claras de rascado. Este tipo de dermatitis atópica puede aparecer más levemente en manos y en los lóbulos de las orejas ³¹

Por lo tanto es fundamental la explicación a los padres acerca de las características de la enfermedad y la evolución crónica y recurrente, así como las medidas generales encaminadas a eliminar factores desencadenantes como son los: psicológicos (pacientes inteligentes, aprehensivos, hiperactivos e introvertidos, siendo el gatillo el estrés), sudoración excesiva, factores infecciosos (sobrecrecimiento de *Staphylococcus aureus* en la piel, así como infecciones virales de vías aéreas superiores), agentes irritantes externos (lana, detergentes, desinfectantes, solventes, baño rápido con agua tibia, evitando el contacto de jabón en las áreas afectadas y la fricción de la piel, mantenerse en climas

templados evitando cambios bruscos de temperatura así como la sudoración excesiva, etc) y factores alérgicos (influencia de aeroalérgenos o alergia alimentaria sobre el inicio y evolución de la enfermedad).³⁰

Sobre la frecuencia de las enfermedades dermatológicas según el sexo se pudo evidenciar que el Prúrigo de Besnier ocupó el primer lugar en el género masculino seguida de un 2º lugar por Otras Dermatitis Atópicas lo cual en el género femenino ocupó el primer lugar seguida de la escabiosis así como del impétigo en el 2º lugar por lo que se pudo evidenciar que tanto el Prúrigo de Besnier como Otras Dermatitis Atópicas siguieron ocupando los primeros lugares de frecuencia según sexo en general al igual que en las enfermedades dermatológicas en general evidenciada en niños menores de 5 años (tabla N°1). En relación a la escabiosis se puede definir como una dermatosis parasitaria que ha afectado al hombre desde la antigüedad; se trata de una ectoparasitosis relativamente frecuente, que se adquiere por contacto directo de piel con piel, a través de fómites (toallas, ropas y sábanas) y en ocasiones, tras contacto con animales infestados. En relación a la epidemiología es una dermatosis cosmopolita, ampliamente distribuida geográfica y socialmente, pero con especial incidencia en determinados grupos de riesgo; en el caso del estudio, el hospital se encuentra en el distrito del Agustino lo cual es de riesgo por lo que se pudo explicar la aparición de este problema dermatológico. La escabiosis es un problema frecuente de salud pública que anualmente la padecen unos 300 millones de personas en todo el mundo.³² Presenta una mayor prevalencia en las comunidades pobres de los países en vías de desarrollo como es el caso de nuestro país. El hecho de que se facilite su contagio entre las personas por contacto físico estrecho y regular, explica que sea mucho más común en grupos que viven hacinados, en condiciones higiénicas deficientes y situaciones de promiscuidad. Por ello, se entiende que tenga relación con el nivel socioeconómico y cultural de la población, los problemas sociales, la promiscuidad sexual, situaciones de hacinamiento, migraciones, la época del año y el desarrollo de catástrofes y

desastres naturales. Existen algunas áreas geográficas en las que se mantiene de forma endémica, como es el caso de América Central y del Sur. Es una enfermedad cosmopolita, con una mayor incidencia en países templados y fríos, sobre todo en épocas de invierno y otoño. Quizás se explique por la mayor tendencia al hacinamiento en relación con el frío. En épocas de calor, las personas tienden a bañarse más y por ello se facilita la eliminación de ácaros en la superficie de la piel. La enfermedad puede afectar a cualquiera, no importa cuál sea su clase social o raza y aunque implica por igual a ambos sexos y a todos los grupos de edad, por el particular mecanismo epidemiológico que mantiene, se explica la importante afectación familiar o de grupos cerrados. Es por eso que en la gran mayoría de los casos se observan microepidemias dentro de los hogares, así como de ambientes cerrados donde conviven día a día: jardines de infancia, colegios, escuelas, etc. Son, por tanto, grupos de riesgo, mayormente los niños y las madres de lactantes. Los más susceptibles son los menores de dos años y en el presente estudio se puede evidenciar esto puesto que se tratan de menores de 5 años que la padecen. Es una enfermedad importante en la infancia; ya que, la prevalencia de la sarna se ha demostrado que es mayor en esta etapa de la vida. Su principal mecanismo de transmisión es directo de la piel de persona a persona. Menos frecuentemente, de forma indirecta, por compartir vestimenta, sobre todo prendas íntimas, ropa de cama, toallas. Se ha descrito sarna en edades muy tempranas, incluso a partir de los 15 días de vida. Por ello, la topografía de la enfermedad varía en relación con la edad del niño. Así, en los lactantes, afecta prácticamente a todo el cuerpo, pudiendo encontrarse lesiones en áreas muy típicas de este grupo de edad como son el cuero cabelludo y la planta de los pies y palmas de mano. La resolución espontánea se da a los 3-5 años de edad y es la norma y su información a los padres puede ayudar a tranquilizarlos ante la recidiva de lesiones. Ocasionalmente, se han encontrado niños con brotes ocasionales a lo largo de los años. Debido al intenso prurito y al difícil autocontrol del mismo, característico de la edad pediátrica, se producen intensas lesiones por

rascado con excoriaciones, en los casos más crónicos, llegándose a formar áreas de liquenificación y lesiones nodulares granulomatosas. El diagnóstico de sospecha es eminentemente clínico y se establece por la topografía y la morfología de la erupción, el prurito nocturno y el dato epidemiológico de la existencia de más casos entre los convivientes o contactos del niño. Por lo tanto la historia clínica y exploración hay que centrarla sobre el niño, los familiares cercanos, amigos, quienes le cuidan e indagar sobre contactos fortuitos que haya podido tener o que su cama haya sido ocupada temporalmente por alguna otra persona. El tratamiento debe ser indicado tanto al niño afectado, como a las personas que convivan en su misma casa y sus contactos "ceranos. Desde el punto de vista epidemiológico, se debe establecer una correcta higiene personal diaria, el lavado de vestimentas, toallas y ropas de cama del niño, así como evitar situaciones que pudieran favorecer el contacto físico, como el hacinamiento en los hogares, en guarderías, instituciones, etc. ³²

En relación al impétigo son lesiones vesiculares purulentas que abarcan la epidermis sin dejar cicatriz. El impétigo puede ser bulloso o no bulloso. El impétigo es la infección de la piel más frecuente en niños atendidos en atención primaria y presenta un pico de mayor incidencia entre los 2 y los 5 años. ² Esta información de la literatura lo vemos reflejada en los resultados obtenidos en el presente estudio y que en nuestro medio se da más en el género femenino. Es más frecuente en climas tropicales o subtropicales y en climas cálidos durante los meses de verano. Afecta principalmente los niveles sociales más pobres, en condiciones de hacinamiento y falta de saneamiento las cuales tienen características similares a la población que acude atenderse en el hospital del estudio. La transmisión del impétigo es por contacto directo y se puede autoinocular. Entre las manifestaciones clínicas, ésta afecta mayormente las superficies expuestas, como miembros y cara. Por lo tanto, también se deben tomar medidas preventivas como mantener medidas de

higiene así como disminuir los problemas de hacinamiento que favorecen la transmisión de dicha infección dermatológica.²

En las frecuencias de las enfermedades dermatológicas según las estaciones del año se pudo observar que en las estaciones de otoño e invierno, ocupan en ambos casos, el 1º lugar Otras Dermatitis Atópicas seguidas por un 2º lugar del Prúrigo de Besnier, y que específicamente en la estación del otoño el 2º lugar lo ocupa conjuntamente con la pitiriasis alba y al igual en la estación del invierno este 2º lugar lo ocupa también conjuntamente con la escabiosis y que según la literatura nos manifiesta que la escabiosis es una enfermedad cosmopolita, con una mayor incidencia en países templados y fríos, sobre todo en épocas de invierno y otoño y que tiene su explicación por la mayor tendencia al hacinamiento en relación con el frío³².

En relación a la estación de verano, si bien el primer lugar lo tuvo el Impétigo, en el 2º lugar otra vez aparecieron Otras Dermatitis atópicas. Con respecto al impétigo se puede ver que está sustentado en la literatura que nos dice que es más frecuente en climas tropicales o subtropicales y en climas cálidos durante los meses de verano y que según los datos del presente estudio también se manifiesta de la misma forma. Afecta principalmente los niveles sociales más pobres, en condiciones de hacinamiento y falta de saneamiento².

Con referencia a la estación de la primavera otra vez apareció en el 1º lugar el Prúrigo de Besnier y si bien el 2º lugar lo ocupó los Hemangiomas, se repitió nuevamente en un 3º lugar Otras Dermatitis Atópicas. Según la teoría neurovegetativa, en la Dermatitis Atópica, a la que también se le llama Prúrigo de Besnier, existe una respuesta alterada al frío y al calor que se manifiesta con la exacerbación del cuadro clínico con los cambios bruscos de temperatura o los extremos de la misma por lo que se puede corroborar en el presente estudio ya que esta dermatitis atópica también aparecen en las estaciones de verano e invierno³³.

Por todo lo expuesto, se pudo evidenciar que las mismas enfermedades dermatológicas se repiten siempre en las diferentes estaciones y que también son las mismas enfermedades que se pudieron observar en las anteriores tablas (enfermedades dermatológicas en general en menores de 5 años y frecuencias de las mismas según sexo) y todo esto se encuentra avalado por antecedentes sobre el tema con son los diferentes estudios realizados como por ejemplo al que se refiere a la “Morbilidad por Afecciones Dermatológicas.” Estudio realizado en el Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez" en donde se procesaron datos generales como son la edad, sexo y áreas de procedencia, así como las afecciones diagnosticadas más frecuentemente. El 30 % correspondió al grupo etáreo comprendido entre 0 a 1 año y casi el 60 % hasta los 5 años de edad; la **escabiosis** fue la enfermedad más frecuente en todos los grupos. La **dermatitis**, piodermatitis, verrugas vulgares, moluscum contagioso y **Pitiriasis alba**, siguieron en orden de frecuencia.¹⁹ También se realizó otro estudio sobre “ Enfermedades Dermatológicas en la Edad Pediátrica “ en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, en Caracas, Venezuela cuyo objetivo del estudio fue dar a conocer la incidencia de las dermatopatías en pacientes en edad pediátrica (niños, de 1 día a 17 años y 11 meses de edad), que acudieron al triaje de Dermatología. Los resultados obtenidos fueron que las enfermedades con mayor incidencia en el triaje de dermatología fueron: **dermatitis atópica**, acné comedónico, verruga vulgar, molusco contagioso, **escabiosis**, vitiligo, **pitiriasis alba**, **prúrigo**, dermatitis seborreica, onicocriptosis y dermatitis de contacto, constituyendo estas enfermedades el 50% del total de los diagnósticos encontrados en la presente revisión. Según el grupo etario, las entidades dermatológicas más frecuentes fueron: En lactantes menores; **escabiosis**. En lactantes mayores; **dermatitis atópica**. En preescolares; molusco contagioso. En escolares; verruga vulgar. En adolescentes; acné con predominio comedónico. Los resultados del estudio concordaron con lo observado en otros estudios, encontrándose una mayor incidencia en enfermedades de etiología infecciosa y alérgica¹⁵. Hubo también otro estudio titulado: “Dermatosis Infantiles en la Consulta de

Dermatología de un Hospital General Universitario en España” para lo cual se hizo un estudio descriptivo del registro del Servicio de Dermatología sobre las visitas realizadas a pacientes de ≤ 16 años de edad. El diagnóstico individual más frecuente fue nevo melanocítico (19,8 %), seguido de verruga vírica (12,1 %), **dermatitis atópica** (8,9 %), molusco contagioso (8,4 %) y acné (7,0 %). con lo cual se puede concluir que en la mayoría de países desarrollados, la dermatitis atópica es el diagnóstico más frecuente en los niños ⁹. Asimismo, se tiene otro estudio que trata sobre la” Morbilidad Dermatológica Pediátrica en Consulta Externa” Jatibonico. Abril 2004- marzo 2005 “ de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández" Los resultados fueron estar entre 0-4 años con 40,5 %, ser femenina (128), de la raza blanca (89,0 %) y residir en zona urbana (56,5 %); las entidades más frecuentes: las infectocontagiosas (**escabiosis e impétigo**) y entre las alérgicas la **dermatitis atópica** (11,6 %). ¹⁶. También existe otro estudio que trata sobre: “CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DERMATITIS INFECTIVA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO” LIMA, PERÚ. El objetivo de dicho estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos diagnosticados de Dermatitis Infecciosa. Como resultados se encontraron 12 casos, 58% fueron varones y 42% mujeres, la edad promedio fue 6 años y 11 meses. El tiempo de enfermedad fue 15 meses. El diagnóstico con el que el paciente llegaba a la consulta era **dermatitis atópica** (27%), dermatitis seborreica (18%), tiña capitis (18%) e Infección por HTLV-1 (18%). ²⁵. Hay otro estudio realizado que se refirió a las “ Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria” Rev Pediatría. Madrid enero-marzo 2010. Los resultados obtenidos fueron que de un total de 21.748 consultas, 1.323 se debieron a procesos dermatológicos (6,1%). La categoría con mayor número de diagnósticos correspondió al **grupo dermatitis** y eczemas con 438 consultas (33%), seguida de las infecciones víricas con 352 (26%), las infecciones bacterianas con 128 (10%) y las zoonosis con 118 (9%). ⁵. También hacemos referencia a un estudio donde se desarrolló un “ Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013” a cargo del Comité Nacional

de Dermatología. Para este estudio se observó que la **dermatitis atópica** es una enfermedad que afecta a más del 10% de los niños, evidenciándose un gran incremento en su incidencia en las últimas décadas.¹⁸ Finalmente se tiene un último estudio que trata sobre:” Urgencias Dermatológicas Pediátricas en un Hospital de Tercer Nivel” del Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, en el año 2015. El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de los distintos diagnósticos dermatológicos derivados por el pediatra de guardia y atendidos en la consulta de dermatología pediátrica urgente lo cual incluyó todos los pacientes de 0 a 14 años. Los resultados que se obtuvieron fue que se atendió a un total de 861 pacientes con una edad media de 4,5 años. Más de la mitad de toda la enfermedad atendida se debió a eccemas (27%) e infecciones (26%). Los 5 diagnósticos principales fueron: **dermatitis atópica** (16%), **prurigo simple agudo** (5%), tiña (5%), granuloma piógeno (4%) y molluscum contagiosum (4%).²⁹

Con todo lo señalado, se puede manifestar que estos estudios presentados sobre el tema guardan gran similitud con los resultados obtenidos en el presente estudio y que las enfermedades dermatológicas son las mismas que se presentan en nuestra realidad por lo que sería importante realizar labores preventivas-promocionales sobre dichas entidades para disminuir la frecuencia de las mismas en los niños menores de 5 años.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

-Se puede concluir que las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue en el año 2014 son tanto el Prúrigo de Besnier como Otras Dermatitis Atópicas.

-Se puede observar que las enfermedades dermatológicas más frecuentes según el género masculino en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue son el Prúrigo de Besnier seguido de Otras Dermatitis Atópicas.

-Se puede evidenciar que las enfermedades dermatológicas más frecuentes según el género femenino en niñas menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue son Otras Dermatitis Atópicas seguida de las Escabiosis así como del Impétigo y a continuación le siguen el Prúrigo de Besnier.

-Se puede visualizar que la frecuencia de las enfermedades dermatológicas según la estación de verano en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue son el Impétigo seguido de Otras Dermatitis Atópicas y a continuación se encuentran tanto la escabiosis como el molusco contagioso y luego le siguen tanto el Prúrigo de Besnier como las Otras Urticarias.

-Se puede manifestar que la frecuencia de las enfermedades dermatológicas según la estación de otoño en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue son Otras Dermatitis Atópicas seguido de la Pitiriasis Alba así como del Prúrigo de Besnier.

-Se puede notar que la frecuencia de las enfermedades dermatológicas según la estación de invierno en niños menores de 5 años en el servicio de

dermatología del Hospital Hipólito Unanue son Otras Dermatitis Atópicas seguido de la Escabiosis así como del Prúrigo de Besnier.

-Se puede describir que la frecuencia de las enfermedades dermatológicas según la estación de primavera en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue son el Prúrigo de Besnier seguido de los Hemangiomas.

RECOMENDACIONES

-La población menor de 5 años tienen la necesidad de tener una consulta de dermatología pediátrica a cargo de un equipo de dermatólogos, quienes a su vez deberán adiestrar a los médicos residentes en formación ya que serán gran parte de su consulta en el futuro como dermatólogos.

-Conocer la epidemiología del comportamiento de las enfermedades dermatológicas en la población pediátrica, es vital para garantizar la atención dada tanto por dermatólogos como por pediatras, con la cual se permitirá una alta capacidad resolutive y que basados en esta información se deban implementar guías de manejo que unifiquen los elementos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento para estos casos de mayor frecuencia.

-Reconocer cuáles son de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en los servicios de dermatología para que puedan ser también manejados en consultorios de Primer Nivel.

-Se debe identificar cuál es la mayor prevalencia de las enfermedades dermatológicas de etiología infecciosa y alérgica ya que ambas causas son prevenibles en gran medida con estrategias educativas dirigidas a padres e hijos, como son la explicación de las características de aquellas enfermedades dermatológicas de evolución crónica y recurrente así como dar a conocer cuáles son las medidas preventivas-promocionales para la salud pública encaminadas a eliminar factores desencadenantes y dando mayor énfasis en medidas de higiene personal y del cuidado adecuado de la piel y de esta forma mejorando estilos de vida saludable.

-Adiestrar y sensibilizar al personal de salud sobre la epidemiología de estas afecciones dermatológicas más frecuentes de modo que se convierta en un ente transmisor de información para los padres.

-Brindar actividades de promoción y prevención de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en el servicio a través de charlas educativas y entrega de material educativo en los servicios de dermatología.

-Se debe contar con el apoyo multidisciplinario, si el caso lo requiere, del pediatra, del cirujano plástico, del anatómopatólogo, de la asistente social, del psicólogo para casos complicados.

-Realizar seguimientos domiciliarios de las enfermedades dermatológicas de mayor consideración., si el caso lo requiere.

-Realizar más estudios sobre Dermatología Pediátrica ya que es una subespecialidad nueva que necesita ser explorada y hay muy pocos estudios al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. F.A. Moraga Llop, A. Martínez Roig. Enfermedades bacterianas de la piel. Área Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario del Mar. Barcelona. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. España. *Pediatría Integral* 2012; XVI(3): 235-243
2. Mónica Moyanoc, Agustina Peuchota, Ana Claudia Giachettid, Rina Morenoa, Aldo Cancelaraa, Andrea Falaschia, Gloria Chiarella, Rosa Mabel Villasboase, Rosana Corazza, Cecilia Magneresa, Miriam Calvaria y Daniela Roldána. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. Comité Nacional de Infectología de la SAP. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Dermatología SAP. Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(1):e96-e102 / e96
3. José Serna, M. Vitales, M. C. López. Dermatología. En: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP04.pdf>
4. Jesús Tercedor Sánchez. Dermatología Pediátrica. Dermatólogo Infantil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada). España. 2013. En: <http://www.pediatrasandalucia.org/web/pdfs/12Derma.pdf>
5. S. Menéndez Tuñón, A. Sariego Jamardo, E. Fernández Tejada, N. Fernández García, P. López Vilar, A. Meana Mean. Consultas Dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria. CS Zarracina. Gijón, Asturias. España. *Revista Pediatría de Atención Primaria* • Vol. XII. N.º 45. Enero/marzo 2010;12:41-52
6. Asunción Vicente Villa. Dermatología en niños emigrantes. Actualización en Pediatría. 2010. Sección de Dermatología Pediátrica. Hospital Sant Joan

de Déu de Barcelona. Universitat de Barcelona. España. En:
http://www.aepap.org/congresos/pdf_reunion_2010/dermatologia.pdf

7. Bibiana Pérez.. Dermatología Pediátrica: los problemas de la piel de los niños. Dermatología Pediátrica. Madrid. España. En:
<http://grupopedrojaen.com/dermatologia-pediatrica-los-problemas-de-la-piel-de-los-ninos/>

8 .Ramón Fernández Bussy. Urgencias en dermatología..Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional del Rosario. Director de la Carrera Universitaria de Especialista en Dermatología. UNR. Publicado en: "Urgencias en Dermatología" Capítulo 11,69-78, "MANUAL DE LA GUARDIA" editores Dres. Alcides A. Greca, Roberto L. Parodi, Gastón Chiganer y Javier L. Sosa. 1ra ed Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos 2008.

9. .M. Casanova, V. Sanmartín, X. Soria, M. Baradad, R.M. Martí, A. Font Dermatosis infantiles en la consulta dermatología de un hospital general universitario en España. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Universitat de Lleida. España Actas Dermosifiliogr.2008;99:111-8 - Vol. 99 Núm.2

10.Minsa. Estadísticas de indicadores del Minsa. En:
<http://www.minsa.gob.pe/>

11. T. Ortiz, T. Humero, T. perez del Molino .Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en Atención Primaria. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cazoña. Santarden. Rev San Hig Púb 1992; 66: 71-82

12. Dr. Bilal Sula, Dra. Derya Uçmak, Dr. Günay Saka, Dr. Sedat Akdeniz, Dr. Engin Yavuz, Dr. Yunus Yakut, Dra. Evrim Arslan, Dr. Hamza Aktaş, Dr. Mehmet Yıldı, Dra. Sibel Yolbir^ay Dra. Ruken Azizoğlu. Prevalencia de trastornos de la piel en niños que asisten a la escuela primaria en Diyarbakir,

Turquia.. Dicle University, Departamento de Dermatología. Dicle University, Departamento de Salud Pública. facultad de Medicina, Diyarbakir, Turquía. Arch. argent. pediatr. vol.112 no.5. Buenos Aires, Argentina. oct. 2014 .

13 . Leonardo Sanchez Saldaña, Rebeca Matos Sanchez, Héctor Kumakawa .Infecciones Micóticas Superficiales. Artículo de Revisión. Dermatología Peruana 2009, vol 19(3).

14 . Victor Valdivia Saldivar .Dermatomicosis en el Centro de Salud Mirones Bajo. Tesis para optar la especialidad en Dermatología. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001-2002

15 . Rosanelly Roye, Mariadela Meléndez, Guslín Ruiz, Ariadna Gamboa, Juan Morantes. Enfermedades dermatológicas en la edad pediátrica. Departamento de Dermatología. Hospital militar “Dr. Carlos Arévalo”. 2005-2006 Caracas, Venezuela. Dermatología Venezolana. Vol. 44, Nº 4, 2006

16. Dr. Yoel Rodríguez Hernández, Dra. Patricia Romero González, Dra. Helen Díaz González, Dra. Juana Jiménez Cardoso. Morbilidad Dermatológica Pediátrica en Consulta Externa. Jatibonico. Especialista de 1^{er} grado en Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas”Dr, Faustino Pérez Hernández”..Abril 2004-Marzo 2005. Gaceta Médica Espirituana. 2007; 9(1).

17. T. Pozo Román. Bases Diagnósticas de las Enfermedades Cutáneas. Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid. España. Pediatría Integral, 2012; XVI(3): 252.e1-252.e19

18. Dra. Ana Giachetti, Dra. Maria Fernanda Greco, Dra. Maria Florencia Scacchi, Dra. Rosana Marina Flores, Dra. Carla Castro Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Comité Nacional de Dermatología. 2013. En: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dermatitis_atopica_2014.pdf

19. Dr. Rolando Martínez Borrego, Dra. Fernanda Pastrana Fundora, Dr. César Ramírez Albajés, Dra. Mercedes Naranjo Lorenzo y Dr. Pedro Ortiz Regalado. Morbilidad por Afecciones Dermatológicas. Estudio Estadístico Territorial. - Morbilidad por afecciones dermatológicas. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez" La Habana, Cuba. Rev Cubana Pediatr 1999;71(2):53-9.

20 .J. Saavedra Lozano, M. Santos Sebastián, F. González, T. Hernández Sampelayo Matos, M.L. Navarro Gómez. Infecciones Bacterianas de la Piel y Tejidos Blandos. Sección de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Madrid-España.

21. Dra. Vivian Kaune Criales. Exántemas frecuentes en Pediatría. Médico de Planta. Hospital del Materno Infantil. Caja Nacional de Salud. La Paz. Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina. U.M.S.A. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Rev. bol. ped. La Paz-Bolivia. 2013. v.52 n.2

22 . G. Varela. Principales Procesos Infecciosos: Infecciones de Piel y Tejidos Blandos. Sección II: Principales procesos infecciosos. Temas de bacteriología y virología médica. En: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Infeccionesdepielypartesblandas.pdf>

23. Antonio Torrelo Fernández, Antonio Zambramo Zambrano. Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica (1990-1999). Servicios de Dermatología. Hospital del Niño Jesús. Madrid. España. Actas Dermosifiliogr. 2002;93:369-78 - Vol. 93 Núm.6

24. Edwin Miranda-Choque, Jorge Candela-Herrera, Javier Díaz- Pera, Sonia Farfán-Ramos, Edith María Muñoz-Junes, Imelda Rita Escalante-Santivañez. Varicela Complicada en un Hospital Pediátrico de Referencia.

Perú 2001-2011. Instituto Nacional de Salud del Niño. Hospital Nacional Dos de Mayo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. Lima-Perú. 2013; 30(1):45-48

25. Rondán Guerrero Paola, Pérez Sandoval Carla, Ríos Melgar Kyra, Rivera Cruzado Danny, Robles Pizarro Víctor, Ballona Chambergo Rosalia. Clínica y Epidemiología de la Dermatitis Infecciosa en el Servicio de Dermatología del Instituto de Salud del Niño. Lima. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres. Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana. Dermatóloga Pediatra del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima- Perú. CIMEL 2011; 16(2):71-76

26. Serapio Romero Gavilán, Rosa Guevara Montero. Dermatitis en Estudiantes de la Institución Educativa “San Juan de Frontera”, Revista Peruana de Epidemiología. Comunicación corta. Ayacucho, Perú, 2010. Rev. peru. epidemiol. Abril 2011. Vol 15 No 1.

27. Claudia Marcela Arenas, Jorge Enrique Calderón, María Claudia Rodríguez, Paola Andrea Torres, Hernán Darío Mejía, Martha Patricia Robayo. Caracterización de las Consultas Dermatológicas en Urgencias y Hospitalización de la Población Pediátrica del Hospital Militar Central de Bogotá. Colombia. 15-20 Rev Asoc Colomb Dermatol, Artículo de Investigación. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2012; 20: 1 (enero-marzo).

28. Dra. Seval Dogruk Kacara, Dra. Pinar Ozuguza, Dra. Serap Polata, Dra. Vildan Manava, Dra. Aysegul Bukulmeza y Dr. Semsettin Karacab. Epidemiología de Dermatitis Pediátricas en la Región Centro-Occidental de Anatolia en Turquía. Afyon Kocatepe University, Facultad de Medicina, Departamento de Dermatología, Afyonkarahisar, Turquía. Izmir Katip Celebi University, Facultad de Medicina, Esmirna. Arch Argent Pediatr 2014;112(5):421-427 / 421

29. E. Baquero-Sánchez J. Bernabéu-Wittel, J.J. Dominguez-Cruz y J. Conejo-Mir . Urgencias Dermatológicas Pediátricas en un Hospital de Tercer Nivel. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. An. Pediatr (Barc). 2015.

30. Dr. Carlos Alfredo Mena Cedillo*, Dra. Adriana Valencia Herrera. Guías Diagnósticas y Terapéuticas de las 10 Patologías más Frecuentes. * Jefe del Servicio de Dermatología Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Servicio de Dermatología. México.

31. Redacción Onmeda. Dermatitis atópica: Tipos de Dermatitis Atópica. Marzo 2012. En: http://www.onmeda.es/enfermedades/dermatitis_atopica-sintomas-tipos-de-dermatitis-atopica-1260-6.html

32. J. García Dorado*, P. Alonso Fraile**. Sarna, Pediculosis y Picaduras de insectos. *Dermatólogo. ** Medicina Familiar y Comunitaria. Clínica Dermatológica. Salamanca. España. Pediatr Integral 2012; XVI(4): 301-320.

33. Dra. Angélica Beirana Palencia*. Educación Médica Continua. Dermatitis atópica. * Jefe del Servicio de Pediatría, Centro Dermatológico Pascua (CDP). Rev Cent Dermatol Pascua • Vol. 8, Núm. 3 • Sep-Dic 1999.

34. Proyecto Salutia. Enfermedades de la Piel. En: <http://www.proyectosalutia.com/enfermedades-de-la-piel/>

35. Dr. Carlos Galarza Manyari. Enfermedades Dermatológicas Más Frecuentes. Jefe del Departamento de Dermatología. H2DM. En: <http://es.slideshare.net/xelaleph/23-enfermedades-dermatologicas-mas-frecuentes>

36. Rosalía Ballona Chambergo. Una Puesta al Día en Dermatología Pediátrica. Jefe de Servicio de Dermatología. Instituto de Salud del Niño.

MINSA. Tutora de Residentes de Pediatría y Dermatología de UNMSM, UPCH. Rev. Perú. Pediatr. 61 (2) 2008.

37. Dulce M.^a Arranz Sánchez¹, Miriam Corral de la Calle¹, Alicia Quesada Cortés¹, Lucía Campos Muñoz¹ M.^a J.González-Beato Merino², Raúl de Lucas Laguna¹. Pénfigo Vulgar En La Infancia. 1.Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. 2.Departamento de Anatomía Patológica.Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. Med Cutan Iber Lat Am 2007;35(1):22-24.

38. Ariadna Baltodano Loría. Hemangiomas Cutáneos En Niños. Médico General, Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (602) 179-181, 2012.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HISTORIA CLINICA:.....

EDAD:.....

SEXO: M() F ()

FECHA DE LA CONSULTA:.....

TIPO DE ENFERMEDAD:.....