

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**PRINCIPALES DERMATOSIS PEDIÁTRICAS
TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA
UNIDAD DE DERMATOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, EN EL PERÍODO DEL 1 DE ENERO
DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.**

AURA PATRICIA PAZ CHAJON

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.	METODOLOGIA	18
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	22
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	30
IX.	CONCLUSIONES	33
X.	RECOMENDACIONES	34
XI.	RESUMEN	35
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
XIII.	ANEXOS	39

I. INTRODUCCION

Por ser la piel el órgano más extenso, es asiento de enfermedades propias y sistémicas por lo que se considera que las enfermedades de la misma constituyen un problema frecuente en la consulta pediátrica.

En la clínica de la Consultas Externa de la Unidad de Dermatología del Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se atienden todos los casos referidos de periféricas y departamentales, por lo cual se decidió la realización del presente estudio, con el propósito de identificar las 10 dermatosis más frecuentes en pacientes pediátricos, tratamiento y complicaciones.

Las 10 dermatosis más frecuentes correspondieron al 69.4% del total de casos atendidos. De estas dermatosis en las edades de 0 a 12 meses las más frecuentes fueron: Dermatitis por pañal, Hemangiomas y Dermatitis Seborreica; de las edades de 13 a 24 meses las principales fueron: Prúrigo por insectos, Dermatitis atópicas y Hemangiomas; encontrando dentro de las edades de 25 a 60 meses en primer lugar Verrugas, seguido de Molusco contagioso, y Prúrigo por insectos.

Dentro de las pacientes de 0 a 24 meses que presentaron las 10 principales dermatosis el sexo femenino fue el más afectado con un 52.3%

En las edades de 0 a 12 meses las infecciones secundarias por candida constituyeron el 67.4% de las cuales el 49% se presentaron en pacientes con Dermatitis por pañal.

Dentro de los medicamentos más utilizados en estas dermatosis encontramos Maleato de Clorferinamina, Derivados Imidazólicos e Hidrocostisona.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La piel del infante es diferente a la del adulto, al nacer es más suave, menos pilosa y con poca producción de sudor y secreción de las glándulas sebáceas. Es más susceptible a las lesiones externas e infecciones por microorganismos. Los recién nacidos muestran un desarrollo incompleto de la epidermis, pelo y las glándulas sudoríparas. (17,28)

Durante la niñez la piel desarrolla gradualmente las características del adulto, a medida que crece se expone a agentes irritantes, sensibilizantes y a infecciones bacterianas. En los niños lo cual se acentúa en la edad escolar. (8,28)

El estudio de las enfermedades de la piel es indispensable para el médico, especialmente la de los primeros años de vida. Durante esta etapa la piel del niño sufre una serie de lesiones producidas por el ambiente que lo rodea y por el propio organismo.

Por esta razón fue realizado el estudio de las 10 dermatosis con mayor frecuencia se presentan en pacientes pediátricos, complicaciones y tratamiento. El estudio fue realizado mediante la revisión de libros y expedientes de los pacientes atendidos por la consulta externa de la unidad de Dermatología del Departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período de 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1995.

Estudios de estas dermatosis son reportados en la literatura extranjera, por lo que consideramos indispensable el conocimiento de estas afecciones, las complicaciones más frecuentes y el tratamiento utilizado, en nuestra población contando de esta manera con datos propios de nuestro país.

III. JUSTIFICACION

Se estima que las enfermedades de la piel representan el 33% de las consultas a los servicios ambulatorios y en Guatemala ocupan el séptimo lugar dentro de las primeras causas de morbilidad.(1,17)

En pediatría las enfermedades de la piel representan el 15% al 30% de las consultas y los 10 padecimientos habituales de la piel constituyen el 76% de las carga de las dermatosis.(3,17,28)

Sabemos que dentro del pensum de estudios de nuestra formación como Médicos, no se le da la importancia debida a los problemas dermatológicos a pesar de ser la piel el órgano más extenso, el cual constituye el 16% del peso del cuerpo, posee funciones cruciales para la supervivencia, dentro de ellas: protección, nutrición, absorción, conservación, termorregulación sin pasar por alto la función psicológica de la misma(1,3,5,11,26).

Por lo anteriormente expuesto se realizó esta investigación determinando las 10 dermatosis que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes pediátricos dentro de las edades de 0 a 1 año, de 1 a 2 años y de 2 a 5 años, las complicaciones más frecuentes y el tratamiento establecido para estas dermatosis.

Es importante que el médico sea capaz de reconocer tempranamente y tratar adecuadamente estas dermatosis, pudiendo evitar de esta manera complicaciones y consecuencias lamentables.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Evaluar las dermatosis pediátricas, tratamiento y complicaciones en pacientes comprendidos entre las edades de 0 a 5 años, atendidos por la consulta externa de la unidad de Dermatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período de 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1995.

B. ESPECIFICOS

Identificar las 10 principales dermatosis de acuerdo a grupos etareos (0 a 1 año, 1 a 2 años y de 2 a 5 años).

Identificar cual es el sexo más afectado por estas dermatosis.

Establecer mediante juicio clínico dermatológico la existencia de infecciones secundarias bacterianas, micóticas, virales y parasitarias.

Determinar la existencia de patologías asociadas a estas dermatosis.

Determinar el tipo de tratamiento utilizado.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

LA PIEL

ASPECTOS GENERALES

La piel es un órgano que a pesar de su extensión e importancia por la gran cantidad de funciones que desempeña es aún mal comprendido. La piel sana es bella, suave, resistente y protectora contra el medio ambiente. De diversos colores según la raza, siendo importante para el desarrollo de la personalidad. Es una cubierta indispensable para una adecuada armonía del organismo, si falta como en algunas enfermedades hereditarias y en quemaduras extensas se pone el peligro la vida; recubre los órganos y tejidos del cuerpo humano y está expuesta a las agresiones que vienen del interior del mismo, siendo considerada como el espejo de la salud e incluso emociones, ya que una enfermedad psíquica puede manifestarse en a piel o sus anexos. (1,11,12,13,17,20,23,26)

EMBRIOGENIA

La piel deriva del ectodermo y mesodermo, el primero da origen a epidermis, folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, uñas, melanocitos y células de Langerhans; el mesodermo da origen al tejido conjuntivo, músculo piloprotector, vasos y células de la dermis. (17,24)

CONSTITUCION ANATOMICA

Un individuo de peso y estatura promedio está cubierto por 1.85 m de piel que pesa alrededor de 4 Kg. con un volumen de 4000 centímetros cúbicos y mide 2.2 mm de espesor equivalente al 16% del peso del cuerpo. En general el área de superficie corporal tiene alrededor de 2 metros cuadrados, en los niños es relativamente mayor que en los adultos en relación con el volumen y el peso; alrededor de 0.2 metros cuadrados en el recién nacido.(17,26)

La piel tiene un espesor que varía entre 0.5 a 3 mm siendo más gruesa en la superficie dorsal y de extensión del cuerpo que en las ventrales y de flexión. Es más delgada en la infancia y en la vejez. Presenta en sus superficie más de 2.5 millones de orificios pilosebáceos y los llamados pliegues - losángicos, responsables de las huellas dactilares medio fiables de identificación de cada individuo. Las faneras o anexos de la piel son el vello corporal, la piel cabelluda y las uñas. (1,13,11,17,26,28)

DATOS HISTOLOGICOS

La piel está constituida por 2 capas principales. El epitelio superficial o epidermis y la capa de tejido conjuntivo, el corión o dermis. Por debajo de la dermis hay un estrato de tejido conjuntivo la fascia superficial o hipodermis, que en muchas partes está transformado en tejido adiposo subcutáneo. (1,3,11,17)

La epidermis tiene un grosor de 0.4mm³ constituida por un epitelio plano estratificado el cual es avascular, formada (de interior hacia la superficie) por varias capas. La primera basal o germinativa constituida por una sola hilera de células cuboideas o cilíndricas bajas, con núcleo grande u citoplasma basófilo. En esta capa son frecuentes las figuras de mitosis, llamada antiguamente estrato germinativo ya que la renovación de sus células es la responsable de la continua renovación de la epidermis, el tiempo de recambio de las células epidérmicas dura alrededor de 28 días. La segunda capa el estrato espinoso o de Malpighi formado por capas de células poliédricas unidas entre si por puentes intercelulares o desmosomas. La siguiente Estrato granuloso, constituido por capas de células aplanadas con granulaciones de forma irregular que tienen con colorantes básicos y hematoxilina, llamados gránulos de queratohialina, también presenta un gran número de cuerpos laminados o gránulos laminados ricos en glicolípidos y esteroides. La última es el estrato córneo, formado por muchas capas de células planas y cornificadas anucleadas con pocos gránulos y gran cantidad de filamentos de queratina, los espacios intercelulares están ocupados por material rico en lípidos derivado de los gránulos laminados. Algunos histólogos distinguen dos capas más en el estrato córneo. En su superficie profunda el estrato lúcido constituido por capas de células eosinófilas, refringentes y apretadas entre sí. Se observa como un banda clara y bndulada situada inmediatamente al estrato granuloso. Las capas más externas del estrato córneo, donde están soltando y desprendiendo las células sin vida, totalmente queratinizadas, se llama estrato descamativo. (1,3,5,11,17,20)

La mayor parte de células que constituyen la epidermis son los queratinocitos, productores de queratina. También encontramos melanocitos procedentes de la cresta neural los cuales emigran durante la vida embrionaria hacia la epidermis, siendo responsables del color de la piel; no menos importantes las células de Langerhans las que proceden de la médula ósea y participan en reacciones inmunológicas cutáneas, desempeñando un papel activo en la presentación y procesamiento de antígenos.

La dermis está constituida por tejido conjuntivo, vasos, nervios y anexos cutáneos. Se compone de fibras colágenas, elásticas y reticulares; inmersas en una sustancia fundamental formada por mucopolisacáridos y células de varios tipos, también se en dos capas: Superficial o estrato papilar y la capa profunda o estrato reticular.

La hipodermis o tejido celular subcutáneo está formado por células adiposas que sintetizan y almacenan lípidos; sirve de aislante para mantener la temperatura del cuerpo y protector frente a traumatismos. (1,37,11,17,26)

FUNCIONES DE LA PIEL

Entre las funciones de la piel tenemos las siguientes:
a) queratínica b) síntesis de melanina c) sebácea d) sensorial y perceptiva e) sudoral f) interviene en la regulación térmica y el control hidroelectrolítico.

TIPOS DE PIEL

La piel puede ser, seca, grasosa, deshidratada, hidratada y mixta. Estas características de la piel pueden ser dadas por el grado de hidratación, la edad, el sexo y por los factores individuales o nutricionales de cada individuo.

La piel de recién nacido está cubierta por lanugo que es un pelo fino el cual cubre casi toda la superficie corporal del niño, es remplazado por pelo y vello; esta piel no es por completo normal ya que no está bien desarrollada y es grasosa lo cual origina costras y escamas en la cara y piel cabelluda, las cuales ocasionalmente pueden ser producidas por influencias hormonales de la madre. (1,12,14,28)

En la niñez la piel desarrolla gradualmente las características del adulto debido a la exposición a irritantes, sensibilizantes y al ambiente. La piel del adolescente es áspera y seborréica.

La piel normal o equilibrada puede observarse alrededor de los 3 a 6 años de edad. (11,28)

DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN MENORES DE 1 AÑO.

Dentro de las dermatosis más frecuentes en el lactante menor encontramos: Escabiasis, Prurigo por insectos, Dermatitis atópica, Dermatitis del pañal, Hemangiomas, Miliaria, Dermatitis seborréica y Candidosis. Algunas están relacionadas directamente con la edad del paciente como la miliaria facilitada por la inmadurez funcional de la sudoración del niño, la Dermatitis del pañal relacionada al uso de esa prenda y la candidosis en la cual intervienen tanto factores de inmadurez inmunológica como factores externos de humedad y maceración.

ESCABIOSIS (sarna, Roña o Rasquiña)

El *Sarcoptes Scabiei* variedad *Hominis*, es un parásito cosmopolita, el ciclo del parásito dura de 14 a 17 días: Una vez fecundada la hembra escaba un túnel entrando en la capa córnea de la epidermis por debajo de los límites del estrato granuloso y vive en el túnel durante 4 a 6 semanas; depositando en este los huevecillos que dan lugar a larvas que rompen el techo del túnel y salen alojándose en los folículos pilosos donde se transforman en ninfas y adultos.

Esta enfermedad es frecuente en el invierno causando miniepidemias, estimándose que al menos 300 millones de personas están infectas por escabiasis en todo el mundo. En la actualidad es un motivo muy frecuente de consulta en pediatría ya que afecta a los niños de todas las edades, aunque predomina en personas con deficientes hábitos higiénicos y que viven en promiscuidad. (23,28,30)

La topografía de la enfermedad varía según la edad del niño, en los lactantes prácticamente afecta todo el cuerpo, encontrándose lesiones desde la piel cabelluda hasta la planta de los pies, siendo esta última localización un dato muy orientador en el diagnóstico. En el escolar, adolescente y adulto se limita entre las llamadas líneas de hebra: la superior pasa por los hombros y la inferior por las rodillas. Las lesiones predominan en los pliegues, en la mujer en areola y pezón y en el hombre en escroto y pene, así como en el abdomen y región periumbilical en ambos sexos. (30)

El aspecto es polimorfo, pudiendo encontrar: pápulas las cuales en el abdomen pueden ser tan numerosas que dan el aspecto de "Cielo estrellado", costras hemáticas, vesículas y el hallazgo de surco coronado por una vesícula traslúcida (Vesícula acarian de Bazi) es prácticamente patognomónico.

Las lesiones se distribuyen sin orden, de manera irregular, el proceso es muy pruriginoso exacerbándose por la noche y secundario al rascado en el cual se produce ruptura de las lesiones se complica con impétigo, apareciendo pústulas y costras mielécéricas con adenopatías regionales y en ocasiones fiebre en las manos esta complicación determina el llamado signo del cirujano.

Una variedad de escabiasis descrita en Noruega en enfermos de lepra es la llamada Sarna Noruega, la cual se presenta por lo general en pacientes inmunodeprimidos o que presenten otra patología como: Leucemias, pacientes que reciben inmunosupresores y aquellos con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

El diagnóstico es solamente clínico por la topografía, morfología, el prurito y el dato epidemiológico. El tratamiento debe ser familiar con lavado diario de ropa personal y de cama.

Después del baño y de secar la piel se debe aplicar el medicamento: Hexacloruro de Benceno al 1%, crema de Crotamitón o emulsión de Benzoato de Bencilo al 25%, es necesario frotar durante unos 10 minutos, dejar toda la noche y baño al día siguiente, repitiendo la aplicación por tres a 5 días.

PRURIGO POR INSECTOS (liquen urticatus o urticaria papulosa)

La urticaria papular es el padecimiento cutáneo con el que mayor frecuencia consultan los lactantes y preescolares en México, representando el 28% de las consultas en este grupo de edades. Los varones son más frecuentemente afectados que las mujeres en relación 3:2, siendo raro encontrarlo en pacientes mayores de 7 años debido a que en estos niños ha tenido lugar una desensibilización espontánea a las picaduras de insectos. La secuencia de eventos inmunológicos se inicia con una respuesta alérgica de tipo inmediato que da lugar a las ronchas, posteriormente se desarrolla una repuesta tardía por lo que las ronchas no desaparecen en pocas horas sino que se transforman en pápulas las cuales pueden evolucionar a vesículas. (1,30,17,28)

Esta dermatosis polimorfa se localiza frecuentemente en el abdomen y en tórax pero puede afectar extremidades hombros y nalgas, las lesiones tienden a disponerse en forma lineal y por pares de manera bilateral o simétrica. En los casos crónicos puede ocurrir liquenificación e infección bacteriana secundaria, el diagnóstico es principalmente clínico.

El tratamiento de esta dermatosis es prevenir la picadura, evitándole el contacto con animales caseros, haciendo que utilice manga y pantalón largos cuando juegue en el jardín y en el parque, poniendo mosquitero en la cama, tela de alambre fina en las ventanas y usando insecticidas en la casa. La tiamina en forma oral al ser excretada por el sudor actúa como repelente particularmente contra los moscos, su administración carece de riesgo y puede ser útil a dosis de 200 a 600 mg. diarios. Para el prurito son útiles los antihistamínicos orales, tópicamente puede utilizarse una crema lubricante cuando la piel esta seca o una loción con calamina. Si las lesiones están infectadas deberá aplicarse pomada con Yodohidroxiquinoleína al 1 o 3%. (30,17,8)

DERMATITIS ATOPICA (Neurodermatitis, eczema atópico)

La dermatitis atópica es un estado constitucional de hipersensibilidad inespecífica que presentan algunas personas quienes están propensas a padecer un grupo de manifestaciones llamadas atópias como lo son: Urticaria, Conjuntivitis, Rinitis atópica, Asma y Neurodermatitis.

Es un padecimiento cutáneo inflamatorio crónico intensamente pruriginoso, es el miembro más frecuente de la familia de los eczemas. Ocupa el 10. lugar entre las enfermedades de la piel en pediatría siendo su prevalencia de 1.1% al 3.1%. En los hospitales pediátricos de México constituye el 13% de las dermatosis infantiles, ocupando el segundo lugar entre las enfermedades de la piel de los niños. La mayor parte de los casos (64%) se presenta entre los 2 a los 12 años de vida, aunque puede presentarse en la lactancia habitualmente durante los 2 a 3 meses y en ocasiones el comienzo se retrasa hasta el segundo o tercer año.

En los pacientes con dermatitis atópica podemos encontrar alteraciones en el complemento, niveles séricos disminuidos de Ig. A, eosinofilia periférica, defectos en la quimiotaxis de los neutrófilos, aumento de Ig. E, Ig. sérica, Ig. G 4 y disminución de linfocitos-T y B. (2,6,29,30)

La relación de factores emocionales y la dermatitis atópica es bien conocida por lo médicos. Los pacientes tienen patrones reflejos de conducta principalmente debido al prurito lo que conlleva a rascado encontrando placer en el mismo, la tensión emocional puede aumentar el prurito y la producción de lesiones.

De acuerdo a la edad del paciente esta dermatosis puede presentarse en diferentes regiones: en el lactante aparece en las mejillas como placas eritematosas, ligeramente escamosas, poco pruriginosas característicamente la punta de la nariz está indemne. Después de los 2 años las lesiones cambian su topografía a las áreas de flexión y pliegues, apareciendo como placas eritematosas, papulosas, escamosas y liquenificadas muy pruriginosas. (29,30)

La dermatitis atópica muestra tendencia a la remisión de los 3 a los 5 años de edad y alrededor del 90% de los niños mejoran después de la pubertad.

El diagnóstico es clínico apoyandose principalmente en la morfología y topografía de las lesiones, la presencia de las líneas acentuadas o fosas por debajo de los márgenes de los párpados inferiores llamada arruga atópica es de gran ayuda ya que se encuentra en el 70% de los pacientes atópicos.

El tratamiento para esta dermatosis está dirigido a prevenir y reducir los factores desencadenantes de la misma. Debe evitarse la utilización de productos irritantes utilizados en el lavado de la ropa la cual debe ser de algodón evitando las prendas de lana. Los antihistamínicos deberán ser utilizados para disminuir el prurito insistiendo en el recorte frecuente de las uñas del niño para evitar complicaciones ocasionada por el rascado. En casos extensos severos o crónicos debe utilizarse durante unos días cremas o ungüentos con hidrocortisona los esteroides fluorinados o de gran potencia están contraindicados ya que pueden producir fenómeno de rebote y su uso prolongado puede causar atrofia de la piel. (1,3,8,30)

DERMATITIS POR PAÑAL

Constituye el prototipo de dermatitis por contacto irritativa de tipo inflamatorio; causada por el contacto prolongado de la piel por la orina, heces e irritantes químicos presentes en los pañales.

Es una patología relativamente común en los lactantes ocurriendo con mayor frecuencia en el tercero y cuarto mes aunque puede persistir durante el tiempo que se utilicen los pañales. La incidencia es mayor en las regiones con climas cálidos, húmedos y cuando se utilizan pantaloncillos oclusivos de plástico.

Por su frecuencia en la consulta pediátrica dermatológica ocupa el segundo lugar entre las dermatosis del recién nacido y el 4o. entre las dermatosis del lactante. (30)

Para su producción es necesario que la urea de la orina se transforme en amoníaco, sustancia irritante y causante de las lesiones, esta reacción es llevada a cabo por algunas bacterias y levaduras presentes en el intestino (gram negativas y candida). Las lesiones generalmente se inician en la zona genital y perianal, pero pueden aparecer en cualquier parte de la piel que cubra la prenda; La erupción comienza con un eritema marginado con descamación leve pueden aparecer pápulas eritematosas aisladas o confluentes, vesículas superficiales que pueden semejar lesiones de sífilis lo que se conoce con el nombre de sifiloide post-erosiva de Jaquet. (7,13,28)

Las complicaciones más frecuentes son la infección piógena y la candidosis cutánea (está última en un 50%). El diagnóstico es clínico y la prevención constituye el mejor tratamiento insistiéndose en tomar medidas higiénicas apropiadas, cambio de pañales frecuentemente, limpiar la piel cuidadosamente sin productos químicos; de ser posible dejar la región afectada descubierta, en caso contrario utilizar cremas o ungüentos como vaselina, petrolato, cold cream o pasta lassar. En erupciones severas puede utilizarse un corticoesteroide tópico de baja potencia como hidrocortisona al 0.05%. No deben utilizarse esteroides fluorinados ya que aplicados por tiempo prolongado favorecen la candidosis y causan granulomas glúteos. Las infecciones micóticas pueden ser manejadas con cremas o ungüentos de nistatina, clotrimazol o miconazol.

HEMANGIOMAS

Son neoformaciones de origen vascular sanguíneo, constituyen una de las neoplasias más comunes en los lactantes y niños, se presentan aproximadamente en un 30% de los niños menores de 1 año. Básicamente hay 3 tipos de hemangiomas cutáneos congénitos: 1) benignos siendo los más frecuentes constituyendo el 90% de los hemangiomas. 2) cavernosos 3) manchas en vino de oporto. (3,9,30)

Los hemangiomas cutáneos malignos son extremadamente raros al rededor del 0.03%.

La mayoría de los hemangiomas se hacen evidentes antes de los 6 meses de edad presentando un crecimiento rápido durante los primeros 2 años de vida, seguidos de una fase de crecimiento estacionario y una etapa de regresión lenta.

Los hemangiomas benignos son los tumores que se presentan con mayor frecuencia observándose en 2.6% de los recién nacidos, 10% de los niños menores de 1 año y 10% de la infancia. Predominado en el sexo femenino en un 61%. Se encuentran formados por gran cantidad de capilares dilatados con o sin proliferación endotelial, usualmente aparecen en los 2 primeros meses de vida aunque pueden estar presentes desde el nacimiento, localizándose principalmente en la cara, cuello, cuero cabelludo, espalda y parte anterior del tronco.

Practicamente todas las lesiones desaparecen espontaneamente aproximadamente un 60% de estos a los 3 años y un 90% a los 9 años; raras veces hay que adoptar una actitud intervencionista la cual puede producir mayor daño. La irradiación puede ser peligrosa y queda reservada para situaciones de riesgo vital como el síndrome de Kasabach-Merritt el cual es la combinación de un hemangioma de crecimiento rápido el cual secuestra gran número de plaquetas provocando coagulopatías de consumo. (30,3)

La ulceración e infección secundaria debe tratarse con limpieza mecánica, yodohidroquinoleína y si se requiere antibióticos sistémicos. (1,7,25,30)

DERMATITIS SEBORREICA (eczema seborréico, pitiriasis seca)

Es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente, las lesiones están localizadas principalmente en áreas con marcada actividad glandular sebácea. Ocupa el 6% de la consulta dermatológica y en recién nacidos la frecuencia es del 12%, ocupando el tercer lugar entre las enfermedades del primer mes de vida. (1,12,13,30)

Su etiopatogenia no se conoce con exactitud, pudiendo encontrar varias teorías: 1. Influencia hormonal, la cual se observa en el recién nacido debido a la influencia hormonal de la madre durante la vida fetal, este fenómeno es transitorio y desaparece después de los 3 meses de vida 2. Dietéticos 3. Genéticos 4. Infecciosos.

Se clasifica en Dermatitis Seborréica del adulto o tipo I y del niño o tipo II entre la cual encontramos: a. Costra de leche. b. Dermatitis o eczema seborréico infantil. c. Seudo tiña amiantacea de Alibert. d. Eritrodermia descamativa de Leiner- Moussos. (1,3,30)

En el niño comunmente se manifiesta por lesiones circunscritas y transitorias. Se inicia en la piel cabelluda extendiéndose hacia la frente, cejas y pliegue donde predomina, en casos severos puede generalizarse. En regiones pilosas inicia como placas escamosas, oleosas de color amarillento, que asientan sobre piel eritematosa. En algunos casos se encuentran infecciones piógenas secundarias o candidosis, confiriendoles a las lesiones los signos propios de tales padecimientos.

El diagnóstico es clínico y el tratamiento depende de su localización: a nivel de piel cabelluda se podrá utilizar champú a base de Acido salicílico, Piritionato de Zinc, Sulfuro de Selenio y Azufre. Si está en piel utilizar cualquier queratolítico suave como Acido Salicílico al 3%. si las lesiones son eritematosas baños con soloide de avena darán sensación de alivio y si estas se tornan eczematosas se recomienda crema de hidrocortisona al 0.25% o al 5% con vioformo. En sospecha de sobreinfección por candida utilizar derivados imidazólicos.

En algunas ocasiones podemos agregar al tratamiento anterior piridoxina y biotina a dosis de 300 mg. día lo cual mejora el cuadro. Si se observa infección bacteriana preescribir antibióticos. Debe evitarse la utilización de esteroides fluorinados ya que aunque mejoran el cuadro su uso prolongado causa rebote y corticoestropeo. (1,3,7,8,28,30)

DERMATOSIS EN PACIENTES MAYORES DE 1 AÑO

Dentro de estas dermatosis aparecen con mayor frecuencia en las edades de 13 a 24 meses (lactante mayor) las siguientes: Prúriga por insectos, Dermatitis atópica, Escabiasis, Impétigo, Dermatitis por pañal, Dermatitis numular, Miliaria, Hemangiomas y Pitiriasis alba.

DERMATITIS NUMULAR (eczema numular o microbiano)

Es una dermatitis eczematosas, caracterizada por placas cuya configuración recuerdan una moneda (numus-moneda) de lo cual proviene su nombre. Es frecuente en lactantes mayores de ambos sexos ocupando el décimo lugar en frecuencia. (3,30)

Su etiología sigue siendo mal conocida. Algunas veces se puede encontrar un foco microbiano profundo en rinofaringe, dentario, urinario, digestivo y su curación trae consigo la curación de la dermatosis, por lo que se cree que la dermatitis microbiana es una sensibilización o provocada por un foco extracutáneo microbiano. Algunos creen que esta dermatitis no es una enfermedad sino un síndrome reaccional de etiología multifactorial (microbiana, parasitaria, químico o desconocido). (28,30)

Las lesiones aparecen en forma simétrica y bilateral con mayor frecuencia en la superficie de extensión de las extremidades y ocasionalmente se extienden a glúteos y tronco; se observa como placas infiltradas circulares u ovales, con bordes definidos, en número variable que puede cursar con fase eczematosa o secas. Si está en fase eczematosa se presentan pápulas, vesículas, eritema, exudado y costras. Si está en fase seca se observa eritema, liquenificación, descamación y costras hemáticas, las cuales al crónificarse se liquenifican y la piel se observa engrosada. En ocasiones pueden estar sobreinfectadas observándose pústulas y secreción purulenta.

El diagnóstico es principalmente clínico, debe diferenciarse de la lesión causada por Tiña del cuerpo, de ser necesario debe realizarse KOH.

Para el tratamiento en fase eczematosa se deben aplicar fomentos con agua de manzanilla para secar las lesiones. Si está en fase seca deben utilizarse lubricantes (vaselina 49g., lanolina 40g. y talco 20g.). Si se encuentra sobreinfectada aplicar Sulfato de Cobre 1:1000 y de ser necesario utilizar un antimicrobiano sistémico.

PITIRIASIS ALBA

Es una dermatosis muy frecuente en la infancia, ocupando dentro de la consulta dermatológica pediátrica el 2o. lugar y el 5o. entre las dermatosis infantiles. Su nombre indica el aspecto de las lesiones: pitiriasis = escamas y alba = blanco, es decir zonas hipocrómicas y escamosas. Se presenta por igual en cualquier sexo y edad. (22,30)

Las lesiones se encuentran habitualmente en la cara (mejillas, regiones maseterianas, frente y alrededor de la boca), en ocasiones puede encontrarse en antebrazos y raramente en piernas. Estas lesiones están constituidas por máculas o placas ligeramente sobre elevadas, hipocrómicas, cubiertas de fina escamas y con mínimo eritema. Su evolución es crónica desapareciendo espontáneamente. (1,7,8,14,20,30)

Su diagnóstico es exclusivamente clínico. Debe diferenciarse de nevos hipocrómicos, Dermatitis solar hipocromizante, Pitiriasis versicolor hipocromizante y leucodermias post-lesionales.

El tratamiento consiste en la aplicación de pomadas queratolíticas y antisépticas (vaselina 30 gr., Acido salicílico 1 gr. y vioformo 1 gr.) aplicada diariamente, recomendando el aseo constante con agua y jabón.

DERMATOSIS EN PACIENTES DE 2 A 5 AÑOS

Dentro de las dermatosis que aparecen con mayor frecuencia en preescolares (25 a 60 meses) podemos encontrar: Prurigo por insectos, Dermatitis atópica, Escabiasis, Impétigo, Pitiriasis alba, Verrugas vulgares, Dermatitis numular, Vitiligo, Tiña de la cabeza y Dermatitis por contacto. (28)

VERRUGAS VULGARES

Son neoformaciones epiteliales benignas de baja transmisibilidad, afecta por igual a los dos sexos y predomina en la edad escolar y preescolar aunque pueden verse en otras edades aún en lactantes. Las verrugas probablemente se transmiten por contacto directo y una vez contagiadas se extienden por autoinoculación. En respuesta a la infección se forman anticuerpos; del 20 al 30% de las lesiones involucionan a los 6 meses espontáneamente, 50% al año y el 66% a los 2 años. (1,3,28,30)

El agente etiológico es miembro del grupo papovirus, el cual es un virus DNA de 45nm de diámetro con más de 30 subtipos, de los cuales seis se han relacionado con neoplasias malignas.

Estas lesiones conducen a una proliferación anormal de las células epidérmicas su tamaño puede variar de 1 mm. a 2 cm. de diámetro. Se localizan en antebrazo, dorso de las manos o alrededor de las uñas, aunque pueden salir en cualquier sitio, son de aspecto verrugoso, duras secas, bien delimitadas, con un fino punteado en su superficie y son indoloras.

El diagnóstico es clínico y su tratamiento es expectante pudiendo presentarse involución espontánea, de no ocurrir esta el tratamiento sería su destrucción por medios quirúrgicos, físicos y químicos. La destrucción de las lesiones en niños mayores puede hacerse con nitrógeno líquido o electrofulguración. Las acuminadas con soluciones de podofilina al 20 o 40%. (1,3,28)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio del presente trabajo es descriptivo de casos en serie. Describe las 10 principales dermatosis pediátricas, tratamiento y complicaciones, en pacientes atendidos en la Consulta Externa de la Unidad de Dermatología Pediátrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el período del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1995.

B. SELECCION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyó el 100% de pacientes atendidos en el servicio de Consulta Externa Dermatológica, durante el período de estudio.

La muestra estuvo constituida por 969 pacientes en las edades de 0 a 5 años.

C. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION	OPERACIONALIZACION
Dermatosis	Juicio clínico dermatológico emitido después de ser evaluado el paciente .	Nominal	Signos y síntomas
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la evaluación clínica.	Razón	Meses
Sexo	Diferenciación física y constitutiva del hombre y mujer.	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
Infección Secundaria	Coexistencia de dos o más infecciones en un mismo paciente.	Nominal	Signos, síntomas y diagnóstico clínico.
Patología asociada	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo paciente.	Nominal	Signos y síntomas
Tratamiento	Conjunto de medios higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos que se ponen en práctica para la cura ción.	Nominal	Medicamento utilizado.

D. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El investigador revisó los libros de Consulta Externa e Historias clínicas de los pacientes comprendidos dentro de las edades de 0 a 5 años que fueron atendidos en la Unidad de Dermatología Pediátrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, recolectando los datos útiles y anotándolos en las fichas de recolección de datos.

Después de haber sido aprobado el proyecto por la Unidad de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC., se recopiló toda la información de los libros de Consulta Externa e Historias clínicas, se tabularon los datos obtenidos y se determinaron las 10 dermatosis más frecuentes de acuerdo a las edades de 0 a 12 meses, 13 a 24 meses y 25 a 60 meses, las complicaciones más frecuentes y el tratamiento. Los resultados obtenidos se ordenaron en cuadros, los cuales se analizaron y posteriormente se realizaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

E. RECURSOS

Materiales

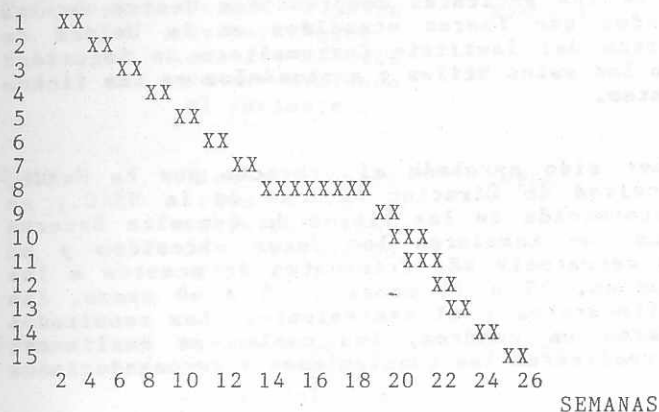
- * Físicos
 - Libros de consulta externa
 - Historias clínicas
 - Fichas de recolección de datos

Humanos

- * Personal de Archivo del I.G.S.S.

F. GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección de asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor.
5. Aprobación del proyecto por comité de investigación del Hospital.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de los resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LACTANTES MENORES
(1 a 12 MESES) EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL
SERVICIO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA, DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL PERIODO.
DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

DERMATOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
*Dermatitis por pañal	53	25.7
*Hemangiomas	35	17.0
*Dermatitis Seborreica	26	12.6
*Escabiasis	25	12.1
*Prurigo por Insectos	17	8.2
*Dermatitis atópica	16	7.8
*Nevos	15	7.3
*Miliaria	8	3.9
Candidosis	6	2.9
Eczema Infantil	5	2.4
TOTAL	206	100.0

Fuente:Boleta de recolección de datos.

* Las patologías con asterisco se ven asociadas con otra de las dermatosis más frecuentes.

La dermatitis por pañal ocupó el primer lugar (25.7%) entre las dermatosis presentes en el grupo de 0 a 12 meses, asociandose con frecuencia a Miliaria y Dermatitis atópica.

CUADRO No. 2

DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LACTANTES MAYORES
(13 a 24 MESES) EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO
DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA, DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO
DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

DERMATOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
*Prurigo por insectos	44	24.4
*Dermatitis Atópica	24	13.3
*Hemangiomas	21	11.7
*Dermatitis por pañal	20	11.1
Nevos	18	10.0
*Escabiasis	17	9.4
Molusco Contagioso	12	6.7
*Miliaria	9	5.4
*Vitiligo	8	4.4
Eczema Numular	7	3.9
TOTAL	180	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

* Las patologías con asterisco se ven asociadas con otra de las dermatosis más frecuentes.

En el grupo de 13 a 24 meses, la dermatitis que ocupó el primer lugar fue prurigo por insectos con 44 casos (24.4%), asociándose principalmente con sarcoptiosis, dermatitis atópica y dermatitis del pañal.

CUADRO No. 3

DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN PREESCOLARES
(25 a 60 MESES) ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
DERMATOLOGIA PEDIATRICA, DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO
DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

DERMATOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
*Verrugas	55	19.2
*Molusco Contagioso	44	15.3
*Prurigo por Insectos	37	12.9
*Dermatitis atópica	31	10.8
Nevos	30	10.4
Liquen	28	9.8
Tiña de la cabeza	23	8.0
Eczema numular	14	4.9
Vitiligo	13	4.5
*Hemangioma	12	4.2
TOTAL	287	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

* Las patologías con asterisco se ven asociadas con otra de las dermatosis más frecuentes.

En las edades de 25 a 60 meses encontramos en primer lugar Verrugas con 55 casos (19.2%) confirmando lo reportado en la literatura en la cual se describe el predominio de esta dermatosis en preescolares y escolares.

Observamos que el prurigo por insectos, la dermatitis atópica, nevos y hemangioma son las dermatosis presentes en los 3 grupos etáreos, constituyendo el 30% del total de pacientes atendidos y el 44.5% de los pacientes con las principales dermatosis.

CUADRO No. 4
DISTRIBUCION DE LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN PACIENTES
PEDIATRICOS POR GRUPO ETAREO Y SEXO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
DERMATOLOGIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL,
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE
DICIEMBRE DE 1995.

Dermatosis	0 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 60 meses	
	M	F	M	F	M	F
Dermatitis por pañal	28	25	8	12	0	0
Hemangiomas	8	22.8	47.2	33.3	4	33.0
Escabiasis	16	27	7	52.9	0	0
Dermatitis Seborrérica	14	9	9	0	0	0
Prurigo por insectos	9	12	0	0	0	0
Nevos	8	8	22	50.0	24	64.9
Dermatitis atópica	13	7	16	44.4	14	46.7
Miliaria	2	3	8	66.7	17	54.8
Candidosis	3	6	5	55.6	0	0
Eczema infantil	1	4	0	0	0	0
Molusco	0	0	0	0	0	0
Verrugas	0	0	2	16.7	0	0
Vitiligo	0	0	0	83.3	23	52.3
Eczema numular	0	0	0	0	26	47.3
Tiña de la cabeza	0	0	2	25.0	7	53.9
Liquen	0	0	3	42.9	9	64.3
	0	0	0	0	12	52.2
	0	0	0	0	15	53.6
TOTAL	102	104	82	98	151	136
		49.5	50.5	45.5	52.6	47.4

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

INFECCIONES SECUNDARIAS A CANDIDA, ASOCIADAS A LAS
PRINCIPALES DERMATOSIS PEDIATRICAS SEGUN GRUPO ETAREO
EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA
PEDIATRICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE
DE 1995.

DERMATOSIS	0 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 60 meses	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dermatitis por pañal	25	86.2	1	33.3	0	0
Escabiasis	1	3.4	2	66.7	0	0
Dermatitis atópica	1	3.4	0	0	0	0
Dermatitis seborrérica	2	6.9	0	0	0	0
TOTAL	29	100.0	3	100.0	0	0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

INFECCIONES SECUNDARIAS BACTERIANAS, ASOCIADAS A LAS
PRINCIPALES DERMATOSIS PEDIATRICAS SEGUN GRUPO ETAREO
EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA
PEDIATRICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE
DE 1995.

DERMATOSIS	0 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 60 meses	
	No.	%	No.	%	No.	%
Prurigo por insectos	5	35.7	1	25.0	3	30.0
Escabiasis	5	35.7	2	50.0	0	0
Dermatitis atópica	3	21.4	0	0	0	0
Dermatitis por pañal	1	7.1	0	0	0	0
Eczema numular	0	0	1	25.0	4	40.0
Hemangiomas	0	0	0	0	1	10.0
Tiña de la cabeza	0	0	0	0	1	10.0
Molusco Contagioso	0	0	0	0	1	10.0
TOTAL	14	100.0	4	100.0	10	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 7

PATOLOGIAS ASOCIADAS A LAS PRINCIPALES DERMATOSIS PEDIATRICAS SEGUN GRUPO ETAREO, EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA, DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

PATOLOGIAS	0 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 60 meses	
	No.	%	No.	%	No.	%
S.I.D.A	1	50.0	1	50.0	0	0
Onicomycosis	0	0	1	50.0	1	20.0
Sx. Leiner	1	50.0	0	0	0	0
Asma	0	0	0	0	2	40.0
Cardiopatía	0	0	0	0	2	40.0
TOTAL	2	100.0	2	100.0	5	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

TRATAMIENTO MAS UTILIZADO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA, DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995.

Dermatosis	Tratamiento	No.	%
Dermatitis por pañal	Oxido de Zinc y Calamina	37	7.5
Dermatitis por pañal +			
Candidosis	Derivados Imidazólicos	26	5.3
Prurigo por insectos	Maleato de Clorferinamina,	47	9.6
	Calamina y Oxido de Zinc.		
Dermatitis atópica	Maleato de Clorferinamina	31	6.4
	e Hidrocortisona		
Hemangiomas	Observacional	68	13.9
Escabiasis	Benzoato de Bencilo	32	6.6
Dermatitis Seborréica	Maleato de Clorferinamina	16	3.3
	e hidrocortisona		
Nevos	Observacional	62	12.7
Villosaria	Maleato de Clorferinamina	14	2.9
	e hidrocortisona		
Candidosis	Derivados Imidazólicos	6	1.2
Eczema Infantil	Maleato de Clorferinamina	5	1.0
Volusco Contagioso	Criocirugía	31	6.4
Vitiligo	Meladinina	16	3.3
Eczema numular	Maleato de Clorferinamina	18	3.7
	e hidrocortisona		
Liquen	Observacional	26	5.3
Perrugas	Criocirugía	30	6.1
Piña de la cabeza	Griseofulvina	23	4.7
TOTAL		488	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 9

TRATAMIENTO UTILIZADO EN LAS PRINCIPALES DERMATOSIS PEDIATRICAS POR GRUPO ETAREO EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA, DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995

Tipo de tratamiento	0 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 60 meses	
	No.	%	No.	%	No.	%
Calamina y Óxido de zinc.	25	9.6	26	10.7	31	9.4
Hidrocortisona	41	15.7	47	19.4	47	14.3
Imidazólicos	64	24.5	22	9.1	5	1.5
Esteroides Fluorinados	2	0.8	5	2.1	1	0.3
Maleato de Clorferina	67	25.7	93	38.4	83	25.2
Benzoato de Bencilo	17	6.5	19	7.9	3	0.9
Eritromicina	3	1.1	3	1.2	6	1.8
Dicloxacilina	6	2.3	2	0.8	6	1.8
Hidroxizina	2	0.8	1	0.4	5	1.5
Pasta Lassar	10	3.8	2	0.8	0	0.0
Azufre al 5%	12	4.6	0	0.0	1	0.3
Azufre y Acido Salicílico	3	1.1	0	0.0	0	0.0
Trimetoprim Sulfametoxazol.	4	1.5	0	0.0	0	0.0
Acetato de Aluminio	5	1.9	0	0.0	0	0.0
Meladinina	0	0.0	7	2.9	11	3.3
Crioterapia	0	0.0	4	1.7	46	14.0
Criocirugía	0	0.0	10	4.1	52	16.0
Acido Retinóico	0	0.0	0	0.0	6	1.8
Griseofulvina	0	0.0	0	0.0	24	7.3
Levadura de Cerveza	0	0.0	1	0.4	2	0.6
TOTAL	261	100.0	242	100.0	329	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En el presente trabajo se incluyeron a todos los pacientes comprendidos entre las edades de 0 a 5 años que fueron atendidos por el servicio de Consulta Externa de Dermatología Pediátrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período comprendido del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1995. Fueron atendidos 969 pacientes, algunos de ellos presentaron 3 o más reconsultas, se determinaron las 10 dermatosis más frecuentes por grupo etáreo, observando que estas constituyen el 69.4% del total de pacientes que consultaron; en la literatura se reporta un 76%. (3,17,28)

De las 10 dermatosis más frecuentes encontramos que el grupo de edad más afectado corresponde al de 25 a 60 meses con 287 casos (41.2%), de los cuales las Verrugas ocupan el primer lugar con 55 casos (19.2%), en la literatura encontramos que este padecimiento predomina en la edad preescolar y escolar (23,28).

De las edades de 0 a 12 meses la dermatitis por pañal es la más frecuente (25.7%), de acuerdo a la literatura esta dermatosis ocupa el primer lugar en los recién nacidos y el cuarto entre las dermatosis del lactante, ocurriendo con mayor frecuencia entre el tercero y cuarto mes (3,20,28). La razón por la cual esta dermatosis es tan frecuente en estas edades se debe principalmente a que durante las mismas el niño no posee aún control de sus esfínteres vesical y anal, su piel no está completamente desarrollada y por la presencia de acciones sensibilizantes producidas por las sustancias utilizadas para el lavado de pañales o por la dieta, observándose que esta dermatosis es más frecuente en niños alimentados con leche artificial y dietas hiperproteicas.

Los Hemangiomas y la Dermatitis seborréica ocupan el 2o. y 3o. lugar respectivamente; en la literatura encontramos que la Dermatitis seborréica ocupa el 3o. lugar entre las enfermedades cutáneas del primer mes de vida, su alta frecuencia en esas edades se cree que es debida a la influencia hormonal materna durante la vida fetal lo cual se observa en el recién nacido por la presencia de hiperplasia de glándulas sebáceas, observándose la piel con características oleosas; este fenómeno es transitorio y desaparece aproximadamente al tercer mes de vida. (15,20,28)

Las tres dermatosis anteriormente mencionadas representan el 55% dentro de los 10 padecimientos cutáneos de las edades de 0 a 12 meses.

Dentro de las 10 dermatosis más frecuentes en las edades de 13 a 24 meses encontramos que el primer lugar lo ocupa prurigo por insectos con 44 casos (24.4%) según la literatura este es el padecimiento por el cual con más frecuencia consultan los lactantes mayores y preescolares, su alta frecuencia en estas edades es debido principalmente a la mayor oportunidad del niño de entrar en contacto con la fauna de insectos presentes en su medio ambiente, los cuales al picarle le producen una reacción de hipersensibilidad y posteriormente la secuencia de eventos inmunológicos de tipo alérgico; después de los 6 años en la mayoría de niños se ha producido una desensibilización espontánea a las picaduras de insectos por lo que es raro encontrar esta dermatosis a partir de esa edad.

La dermatitis atópica y los hemangiomas ocupan el 2o. y 3o. lugar respectivamente, dentro de las edades de 13 a 24 meses; confirmando lo reportado en la literatura mexicana en la cual la dermatitis atópica ocupa el segundo lugar entre las enfermedades cutáneas del niño de 1 a 2 años (28); encontramos que esta dermatosis se presenta entre las principales patologías dérmicas en los tres grupos etáreos, predominando en las edades de 3 a 24 meses, observándose una disminución en el número de casos de los 25 a 60 meses; en la literatura se reporta que esta dermatosis tiende a remitir de los 3 a 5 años de edad y el 90% de los niños mejoran después de la pubertad.

De acuerdo a la distribución de las 10 principales dermatosis el sexo femenino presenta el mayor número de casos en las edades de 0 a 24 meses y en los Hemangiomas en los cuales predomina en los 3 grupos etáreos, esta dermatosis según lo reportado se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino en un 61%. Los Hemangiomas se encuentran en un 30% de los niños menores de 1 año, siendo los de tipo benignos o en fresa los más frecuentes con un 90%; usualmente aparecen en los 2 primeros meses de vida y desaparecen a los 3 años en un 60% de los casos.

De las infecciones secundarias asociadas en los diferentes grupos etáreos observamos que en las edades de 0 a 12 meses 9 casos (67.4%) presentaron sobreinfección por candida, y de estos el 49% (26) corresponden a sobreinfecciones en Dermatitis por pañal; se encuentra reportado que aproximadamente el 50% de los casos de Dermatitis por pañal se encuentran infectadas por Candida Albicans y hay una correlación positiva entre la Dermatitis del pañal y los niveles de candida fecal (28). Las infecciones bacterianas se encontraron con predominio en las edades de 25 a 60 meses, probablemente esto se deba a que durante estas edades el niño ya responde al proceso pruriginoso con rascado, produciéndose laceraciones que afectan la integridad de la piel haciéndola vulnerable a infecciones bacterianas.

Dentro del tratamiento utilizado para las principales dermatosis encontramos que en las edades de 0 a 24 meses se prescribió con más frecuencia Maleato de Clorferinamina seguido por Derivados imidazólicos e Hidrocortisona respectivamente. El Maleato de clorferinamina es muy utilizado en diferentes enfermedades dermatológicas pruriginosas, disminuyendo el prurito de esta manera el rascado evitando así complicaciones ocasionadas por este (laceraciones, liquenificación, sobreinfección, etc.).

Dentro de las edades de 25 a 60 meses podemos observar que fue utilizada con mayor frecuencia Criocirugía y Crioterapia (Nitrogeno líquido) principalmente en Verrugas y Molusco contagioso; estos métodos terapéuticos deben ser utilizados con mucha cautela tomándose en cuenta la cantidad de lesiones y la localización de las mismas ya que pueden quedar cicatrices en ocasiones deformantes deudas a una mala práctica, no deben utilizarse cuando hay muchas lesiones, en sitios como la cara, las manos y sobre todo en niños pequeños.

El tratamiento con Griseofulvina se utilizó en 24 casos de los cuales 23 (95.8%) correspondieron a pacientes con tiña de la cabeza y un caso de onicomiasis, siendo este el medicamento de elección en estas dermatosis; su dosis varía de acuerdo a la edad a razón de 20mg/Kg/día por cuatro a ocho semanas en la Tiña de la cabeza y por varios meses en onicomiasis, no debe administrarse a pacientes con problemas hepáticos, con sensibilidad a la luz o alérgicos a penicilina.

IX. CONCLUSIONES

1. Las diez principales dermatosis encontradas en los diferentes grupos etáreos constituyen el 69.4% del total de pacientes atendidos por la Consulta Externa de Dermatología Pediátrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
2. Dentro de las edades de 0 a 24 meses el sexo femenino fue el que más consultó.
3. Dentro de las 10 principales dermatosis los Hemangiomas, Prúrigo por insectos y dermatitis atópica estuvieron presentes en los tres grupos etáreos.
4. Los Hemangiomas se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino predominando en los tres grupos etáreos.
5. Dentro de las edades de 0 a 12 meses la Dermatitis por pañal fue la más frecuente con 53 pacientes, de los cuales 26 (49%) presentaron sobreinfección por candida.
6. Dentro de las edades de 0 a 60 meses las dermatosis más frecuente fue Prúrigo por insectos con 98 casos (14.5%).
7. De las principales enfermedades cutáneas el Prúrigo por insectos fue la dermatosis que con mayor frecuencia presentó infecciones secundarias de tipo bacteriano.

X. RECOMENDACIONES

Dar plan educacional a las madres de los niños que presentan afecciones de la piel para evitar así que el paciente vuelva a padecer de este tipo de afección .

Insistir a las madres sobre la importancia del cuidado del área del pañal y el uso de ropa de algodón (no utilizar ropa o pañales de tejido sintético).

Por ser Prûrigo por insectos la dermatosis más frecuente en menores de 5 años, debe enfatizarse la importancia de las medidas preventivas hacia las picaduras de insectos.

Siendo el ciclo prurito - rascado - prurito, la causa más frecuente de sobre infección, principalmente de tipo bacteriano, es indispensable que el médico haga énfasis en el tratamiento del mismo evitando así mayores complicaciones.

XI. RESUMEN

El presente estudio fue realizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Departamento de Pediatría, Servicio Consulta Externa Dermatológica, el cual describe las 10 principales dermatosis pediátricas, tratamiento y complicaciones de los pacientes atendidos dentro de las edades de 0 a 12 meses, de 13 a 24 meses y de 25 a 60 meses.

Para la realización del mismo fueron revisados los libros de Consulta Externa e Historias Clínicas del período del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1995, encontrándose que 969 pacientes consultaron por enfermedades cutáneas, de los cuales el grupo etáreo más afectado por las 10 principales dermatosis fue el de 25 a 60 meses con un 41.2% (287).

Las enfermedades más frecuentes dentro de las edades de 0 a 12 meses fueron: Dermatitis por pañal, Hemangiomas y Dermatitis Seborrética; de las edades de 13 a 24 meses encontramos, Prurigo por insectos, Dermatitis Atópica y Hemangiomas y entre las edades de 25 a 60 meses el primer lugar fue ocupado por Verrugas, seguido por molusco Contagioso y Prurigo por insectos.

El sexo femenino fue el más afectado entre las edades de 0 a 24 meses con un 52.3%. Observando que dentro de los Hemangiomas este predominó en los tres grupos etáreos con un 72%.

De las infecciones secundarias dentro de las edades de 0 a 12 meses las producidas por *Cándida* fueron las más frecuentes, de las cuales el 49% se presentaron en pacientes con Dermatitis por pañal.

Dentro de los medicamentos más utilizados en estas dermatosis encontramos Maleato de Clorferinamina, Derivados Imidazólicos e Hidrocortisona.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Arenas, R. DERMATOLOGIA: ATLAS, DIAGNOSTICO Y TRASTAMIENTO. México: Mac Graw Hill. 1987. pag. 53 - 56, 647 - 652, 502 - 562.
- Barker A. F. Hanifin J. M. et al. AIRWAY RESPOSIVERSS IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS. J Allergy Clin INmunology 87: 780 - 783, 1991.
- Berhrman, R. E. et al Nelson: TRATADO DE PEDIATRIA. 13 edición. México D.F. Interamericana, 1987. Pag. 1499 - 1503, 1518 - 1522. 1971.
- Brown M.A. Hanifin J.M. ATOPIC DERMATITIS. Courrent Opinions in inmunity 2: 531 - 534. 1990.
- Burgoon, C.F. LA PIEL. TRATADO DE PEDIATRIA. Nelson 14 edición. Mexico D.F., Interamericana, 1989. Pag. 1497.
- Burks A.W. Mallory S.B. Williams L.W. et al. ATOPIC DERMATITIS: CLINICAL RELEVANCE OF FOOD HIPERSENSITIVITY REACTIONS. Journal Pediatric 113: 447 - 451, 1988.
- Cordero, Fernando. DERMATOLOGIA MEDICO QUIRURGICA. 4ta. Edición. Litografía impcolor, Guatemala. 1976. pag 246 - 247.
- Congreso Ibero Americano de Dermatología, 12o. Guadalajara México. AVANCES EN DERMATOLOGIA PEDIATRICA. Guadalajara 30 de noviembre de 1991. Documento mimeografiado.
- Esterly N.B. LESIONES VASCULARES, TRATADO DE PEDIATRIA NELSON. 13 edición México, Interamericana. 1986. Pag. 1503 - 1506.
- Erghand H. and Kligman A. THE PATOGENESIS OF MILIARIA RUBRA BRIT J DERMATOLOGY. 99: 117, 1978.
- Frawcett D.W. TRATADO DE HISTOLOGIA. 11 edición México: Interamericana Mac Graw Hill. 1990. Pag 549 - 579.

12. Falabella, Rafael et al. DERMATOLOGIA. 4ta. edición. Caribajal Santa Fé Bogotá. 1990. Pag. 104 - 118, 542.
13. Habif Thomas. CLINICA DERMATOLOGICA. 2da. edición. Mosby, San Luis Missouri, 1990.
14. Hernández Pérez E. CLINICA DERMATOLOGICA. San Salvador. UCA Editores. 1987. Pag. 217, 348 - 349.
15. Huwittz, Sidney. CUTANEOS DISORDER OF THE NEWBORN. IN : CLINICAL PEDIATRIC DERMATOLOGY. Philadelphia: W.B. Saunders, 1981. Pag. 6 - 38.
16. Hurwitz Sidney. THE SKIN AN SISTEMIC DESEASE IN CHILDREN. In: Medical publishers, Inc. Editorial Year Book. Chicago. 1985. Pag. 283 - 293, 299 - 301.
17. Jenner Solare, Sandra Jeannette. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MAS FRECUENTES EN LA POBLACION DE SAN ANDRES ITZAPA: DESCRIPCION DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MAS FRECUENTES QUE CONSULTARON AL PUESTO DE SALUD, DEL 1 DE FEBRERO DE 1991 al 31 de ENERO DE 1992. Tesis. (Medico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. Pag. 8 - 14. 43 - 46.
18. Jolveth, Alvin. NEVUS VASCULARES EN DERMATOLOGIA PEDIATRICA. Clínicas Pediátricas de Norte America. Editorial Interamericana S.A. México D.F. 1988. Pag. 8 - 14. 43 - 46.
19. Krugman, Saul. ENFERMEDADES INFECCIOSAS. Editorial Intramericana S.A. México D.F. 1988. Pag 437 - 473.
20. Mallory, Susan. ENFERMEDADES INFECCIOSAS. Editorial Interamericana S.A. México. D.F. 1980. Pag. 53 - 58.
21. Mallory, Susan B. NEONATAL SKIN DISORDERS. The pediatric clinics of north america. 1991. Aug: 38: 715 - 760.

Martínez, Olga M. Toledo, Ana. et al. DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL IGSS. Revista Guatemalteca Pediatrica. 1985. oct - dic; 7: 256 - 268.

Meda, Alvarez, Telma Y. DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN NEONATOS Descripción sobre las primeras diez dermatosis en neonatos en al unidad de Neonatología y Consulta Externa de Niño sano de Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios en el período de mayo a junio de 1992. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. Pag. 8 - 15.

Moore, K.L. PIEL Y APENDICES CUTANEOS. Embriología Básica. 3a. Edición México. Interamericana S.A. 1990. Pag. 303 - 306.

Nempe, Henry, et al. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICO. Editorial El Manual Moderno, S.A. DE C.V. México. 1983. Pag. 190 - 191.

Orahilly, Ronnan. PIE, PELO Y UÑAS. Anatomía 5 ta. Edición México. D.F. Interamericana S.A. 1989. 52 - 56.

Pérez, Ch. Edgar. et al. PITYROSPORUM OVALE EN DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL Y EN OTRAS DERMATOSIS INFANTILES. México. Med. Cut. I.L.A. 1989.; 17: 98 - 101.

Ruiz Maldonado, Saul Ibarra Tamayo. TEMAS DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA. Editorial Mendez Cervantes, México d.f. 1980. Pag. 185 - 193.

Ruiz Maldonado. DERMATITIS ATOPICA CLINICA Y TERAPEUTICA EN ALERGOLOGIA. México D.F. 1985. pag. 3 - 9.

Tamayo Lourdes. TEMAS DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA. Editorial Mendez Cervantes, lera. Edición México. 1980. Pag. 25 - 36, 77 - 80.

[illegible]