



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

“FRECUENCIA DE LAS DERMATOSIS
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS EN EL HOSPITAL
INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO
GÓMEZ”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN :

PEDIATRÍA

P R E S E N T A:

Dra. Valeria Escobar Rosado

TUTOR:

Dra. en Ciencias. Mirna E. Toledo Bahena



CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE FIRMAS

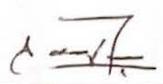
DR. SARBELIO MORENO ESPINOSA

DIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DESARROLLO ACADÉMICO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



M. EN C. MIRNA ERÉNDIRA TOLEDO BAHENA

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



DRA. ADRIANA MARÍA VALENCIA HERRERA

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



DR. CARLOS ALFREDO MENA CEDILLOS

JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, que me bendice todos los días.

A mis papás Juan Manuel y Mayra, por todo su amor, trabajo, paciencia y sacrificio en estos 3 años, es un privilegio ser su hija, y agradezco por todos los valores que me enseñaron, y las oportunidades que me regalan todo el tiempo, gracias a ustedes he llegado hasta aquí. A mi hermanita Amayrani por ser mi otra mitad, por ser mi mejor amiga y apoyarme siempre en todas mis decisiones y soportarme el llegar cansada de las postguardias y darme su mejor sonrisa.

A la doctora Mirna Toledo por su paciencia y por la disposición de ayudarme, la cual ha permitido que el trabajo se realice con éxito en especial el compartirme sus conocimientos.

Por último y no menos importante al Hospital Infantil de México, por mi formación como profesional.

ÍNDICE

1.- Antecedentes	3
2.- Marco teórico	4
3.- Planteamiento del problema	50
4.- Justificación	50
5.- Objetivos (General, específicos)	51
8.- Métodos	52
9.- Descripción de variables	53
10.-Plan de análisis estadístico	55
11.- Resultados	56
12.- Cronograma de actividades	65
13.- Limitación del estudio	66
13.- Referencias bibliográficas	67
15.- Anexos	70

ANTECEDENTES

Las dermatosis son patologías que se presentan frecuentemente en poblaciones de países en vías de desarrollo. Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta externa general, representan del 6 al 24% de la consulta pediátrica.¹

El concepto de emergencia en dermatología implica aquella situación patológica con riesgo vital inmediato para el paciente. Otro concepto es urgencia dermatológica, la cual involucra que el paciente demande atención inmediata.

Las dermatosis que precisan atención urgente son excepcionales; no obstante, las consultas dermatológicas en los servicios de urgencias resultan frecuentes.²

A diferencia de lo que sucede con otros órganos, cuando la piel muestra lesiones, éstas son rápidamente identificadas por los pacientes o sus familiares a simple vista, ello con frecuencia genera ansiedad y en muchos casos les motiva a buscar atención médica de urgencia. La asistencia a los servicios de urgencias por parte de pacientes con dermatosis que no suponen un riesgo vital representa uno de los factores que inciden en el aumento progresivo de la demanda asistencial a estos servicios. Se calcula un crecimiento anual de la demanda en los servicios de urgencias de 10 a 20% en los de adultos y en los de pediatría.²

MARCO TEÓRICO

Si bien pocos trastornos cutáneos pediátricos son agudos, algunos (como la varicela, la gingivostomatitis herpética y el impétigo bulloso) pueden ser graves, pero no muchos son potencialmente mortales. La incidencia de diversas afecciones dermatológicas difiere según la edad, la raza, la ubicación geográfica, el clima, la nutrición, la higiene, las condiciones socioeconómicas y la herencia. Varios problemas, incluida la falta de educación, la falta de saneamiento, el exceso de contaminación y el hacinamiento, contribuyen a una mayor incidencia de trastornos infecciosos en los países en desarrollo.

Las dermatosis más frecuentes en la población escolar en los países en vías de desarrollo, según la OMS son pioderma (impétigo, foliculitis, forúnculo, ántrax), infecciones virales (verrugas, molusco contagioso), escabiosis y otras infecciones por ectoparásitos (pediculosis capitis, p. corporis), tiña capitis y otras micosis superficiales (dermatosis, pitiriasis versicolor) y las dermatitis (atópica, por contacto).¹

En estudios epidemiológicos de diferentes países, se encontró que las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias fueron mayormente infecciosas. En un estudio de Argentina en el año 2019 sobre las dermatosis más frecuentes atendidas en un servicio de emergencias en un hospital de tercer nivel, se encontró que las más

frecuentes fueron Trastornos infecciosos en un 67.9% (1680), predominó varicela con un 16% (397 casos), impétigo 15.2% (377), y furunculosis 9.8% (242). Las infecciones virales se observaron en 35.96% pacientes (604).⁴

En un estudio realizado en el mismo año, en el sur de India los trastornos inflamatorios fueron los más comunes (50,24%), seguidos de las infecciones en (44,82%) pacientes. Entre los pacientes hospitalizados, 25 (55,6%) tenían SIRS, que incluyó infecciones cutáneas (56%), vasculitis en (20%) y urticaria en (12%) pacientes.⁵

En 2013, en un departamento de emergencias en Suiza, los trastornos inflamatorios y alérgicos fueron los más frecuentes (42,9%), las infecciones cutáneas (31,8%), las lesiones cutáneas inducidas físicamente (11,9%), los trastornos desconocidos (11,1%) y los trastornos congénitos (2,3%). El exantema vírico y parainfeccioso fue el diagnóstico más frecuente (17,6%), seguido de la dermatitis anogenital (7,7%), la gingivoestomatitis (7,1%), las petequias (6,4%), las quemaduras (6,0%), la urticaria (5,0%) y las picaduras de insectos (5,0%).⁵

En México en el año 2018 se realizó un estudio en el departamento de urgencias de un hospital de la Ciudad de México sobre las dermatosis más frecuentes, y se encontró que las infecciosas predominaron en un 30.6%, las farmacodermias en un 24.7%, los eccemas en 22.4%, Transmitidas y producidas por artrópodos 11.6%, Tumores cutáneos 5.8% y neonatales 1.9%.

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

AUTOR	AÑO	LUGAR	NUM PACIENTES	DISEÑO	RESULTADOS	OBSERVACIONES
Sandra Bazán-Godínez, Jorgue guillermo Pérez-Tuñón ²	2018	CDMX, México	347	Retrospectivo, descriptivo y observacional	Infecciosas 30.6%, Farmacodermias 24.7%, Eccemas 22.4%, Transmitidas y producidas por artrópodos 11.6%, Tumores cutáneos 5.8%, neonatales 1.9%.	
Dei Cas et al ⁴	2019	Argentina	2,475 Género	Prospectivo y descriptivo	El 67.9% (1680) fueron Trastornos infecciosos, predominó varicela con un 16% (397 casos), impétigo 15.2% (377), y furunculosis 9.8% (242). Las infecciones virales se observaron en 35.96% pacientes (604).	
Rohini Mathias ¹	2013	India	90	Descriptivo	Infecciones cutáneas primarias (40%), reacciones adversas cutáneas a medicamentos (13,33%), púrpura fulminante (12,22%), dermatosis congénitas (11,11%), vasculitis (8,90%), angioedema (6,67%), enfermedades vasculares del colágeno (2,22%), enfermedad del suero (2,22%), cerebelitis posvaricela (1,11%), glomerulonefritis por sarna posinfectada (1,11%) e histiocitosis de células de Langerhans (1,11%)	
Dharshini Sathishkumar F)	2019	Sur de la India	203	Estudio de cohorte prospectivo	Los trastornos inflamatorios 102 (50,24%), seguidos de las infecciones en 91 (44,82%) pacientes. Entre los pacientes hospitalizados, 25 (55,6%) tenían SIRS, que incluyó infecciones en 14 (56%), vasculitis en 5 (20%) y urticaria en 3 (12%) pacientes.	

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

E. Baquero-Sánchez G)	2015	Sevilla, España	861	Retrospectivo descriptivo	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%).	
Suzan Alhater H)	2017	Arabia Saudita	2,070	Retrospectivo	La dermatitis atópica (10,8%), urticaria (9,7%). La categorización de las enfermedades según la etiología reveló que la mayor proporción de pacientes presentaba enfermedades infecciosas (25,2%).	
Brigitte Landolt, Georg Staubli, Ulrich Lips, Lisa Weibel I)	2013	Suiza	1,572	Retrospectivo	Los trastornos inflamatorios y alérgicos fueron los más frecuentes (42,9%), infecciones cutáneas (31,8%), las lesiones cutáneas inducidas físicamente (11,9%), los trastornos desconocidos (11,1%) y los trastornos congénitos (2,3%). El exantema vírico y parainfeccioso fue el diagnóstico más frecuente (17,6%), seguido de la dermatitis anogenital (7,7%), la gingivostomatitis (7,1%), las petequias (6,4%), las quemaduras (6,0%), la urticaria (5,0%) y las picaduras de insectos (5,0%).	
Moon, Castelo-Soccio, and Yan et al J)	2016	Pennsylvania, EUA	347	Retrospectivo	Más común: Infecciones y los trastornos inflamatorios de la piel. La dermatitis atópica fue el diagnóstico individual más común.	

Figure 1

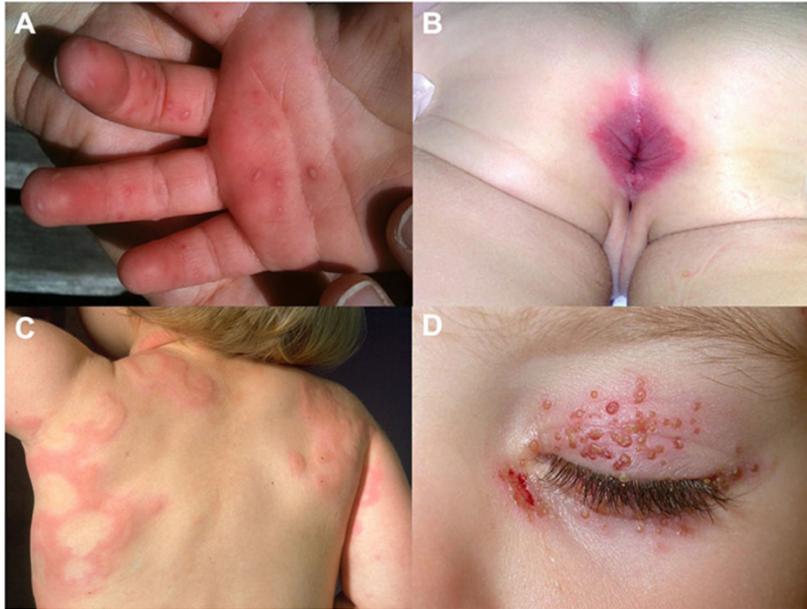


Figure 1. Clinical examples of skin disorders which were commonly encountered in the Pediatric Emergency Department. 1A. Hand-foot-mouth disease. 1B. Perianal streptococcal infection. 1C. Annular urticaria of childhood. 1D. Periocular herpes simplex virus infection. Skin disorders encountered in a Swiss paediatric emergency department

Por orden de frecuencia se mencionarán las patologías dermatológicas más comunes en la consulta de urgencias en el mundo:

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las enfermedades infecciosas son las dermatosis más frecuentes de las consultas de urgencias en los diferentes países, ocupando una tercera parte de estas, se subdividen en virales, que incluyen herpes zóster, Herpes simple, Exantema viral, varicela, quinta enfermedad, enfermedad pie-mano- boca, verrugas, molusco contagioso, ruseola, las bacterianas las cuales pueden incluir celulitis, impétigo,

abscesos y fiebre escarlata, las fúngicas que incluyen tiña capitis, tiña corporal, onicomicosis, intertrigo fúngico, dermatitis fúngica.

FARMACODERMIAS

La segunda categoría que más se presentó fueron las farmacodermias las cuales incluyen eritema exudativo multiforme, Stevens Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, urticaria medicamentosa. En un estudio de farmacodermias agudas en niños realizado en un hospital de tercer nivel de México, Rodolfo Pinto – Almazán y cols, encontraron que el grupo de pacientes entre los seis y 12 años y los mayores de 12 años fueron los más afectados, en términos de la clasificación de la morfología del tipo de farmacodermias y el medicamento causal, las manifestaciones dermatológicas más frecuentes fueron las reacciones

maculopapulosas, exantemáticas y exfoliativas asociadas a antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos (aines) y polifarmacia en un 48.3%. Por otro lado, Se observó que las familias de los antibióticos, sobre todo de penicilinas y sulfas, fueron los más relacionados; y los antiinflamatorios no esteroideos (aines) fueron los medicamentos más frecuentemente asociados con la presencia de farmacodermias.⁹

ECCEMAS:

La dermatitis atópica (también conocida como eczema) es una enfermedad inflamatoria familiar, crónica y recidivante que se caracteriza por un prurito extremo y una dermatitis eczematosa.

Generalmente se presenta en bebés y niños, pero puede continuar o comenzar en adultos. Es la enfermedad crónica de la piel más común en los niños, y afecta hasta al 20% de los niños en Estados Unidos y otros países desarrollados; afecta hasta al 10% de los adultos. Causada por la desregulación del sistema inmunitario y la consiguiente disfunción de la barrera cutánea.²⁴

El diagnóstico se basa en la historia del paciente y la exploración física y requiere el hallazgo de prurito y lesiones cutáneas eczematosas con historia crónica o recidivante, morfología típica y patrones de distribución específicos para cada edad. El tratamiento comienza con el manejo básico de baños regulares durante al menos 10 minutos, el uso de cremas hidratantes para la piel después, y la

evitación de factores desencadenantes (irritantes), independientemente de la gravedad de la enfermedad.

Tratamiento basado en la gravedad de la enfermedad:

- Dermatitis atópica leve

Tratamiento básico solo como terapia de mantenimiento.

Tratar los brotes de actividad de la enfermedad con corticosteroides tópicos de menor potencia (clase VII) dos veces al día durante un máximo de 3 días después de la desaparición del brote.

- Dermatitis atópica de moderada a grave

Terapia de mantenimiento con manejo básico más tratamiento antiinflamatorio tópico en los sitios de enfermedad recurrente, utilizando la potencia más baja de corticosteroide que sea efectiva, especialmente en niños.

Corticosteroide tópico de potencia media (clase III o IV) aplicado de una a dos veces por semana, evitando la cara y los ojos, y/o corticosteroide tópico de baja potencia (clase V-VII) aplicado una o dos veces al día, incluyendo la cara y los ojos, o Inhibidor tópico de la calcineurina (tacrolimus (aprobado para la enfermedad de moderada a grave) o pimecrolimus [aprobado para la enfermedad de leve a moderada] aplicado de 2 a 3 veces por semana (diariamente si no responde).

Transmitidas y producidas por artrópodos

A nivel mundial, las enfermedades transmitidas por vectores registran altas tasas de morbilidad y mortalidad. Según la OMS, las enfermedades *airborne* (*arthropod-borne*) representan 17% del total de las enfermedades infecciosas en el mundo, con 1,000 millones de casos y un millón de defunciones anuales. Se conoce como vector biológico a cualquier organismo vivo capaz de transportar y transmitir un patógeno a otro organismo. Los vectores biológicos más comunes son los insectos hematófagos que al alimentarse de la

sangre de un portador infectado, ingieren microorganismos patógenos que posteriormente inoculan a otro individuo. ²⁵

En las urgencias pediátricas en diferentes países ocupa desde un 5 a 11% de las consultas dermatológicas y este porcentaje se elevará aún más en zonas endémicas.

Las dermatosis más frecuentes en niños atendidos en el servicio de urgencias en el hospital infantil de México Federico Gómez no se conoce, sin embargo contamos con las 10 patologías más frecuentes en la consulta dermatológica investigadas en el periodo de 1994-2003, las cuales son dermatitis atópica, dermatitis de la zona del pañal, acné, prurigo por insectos, verrugas virales, tiñas, miliaria, vitiligo, impétigo y dermatitis por contacto, por lo que conocer las más comunes en el servicio de urgencias nos podría ayudar a comprender y actualizar su frecuencia y por ende familiarizarnos para dar una atención de calidad.

Dermatitis atópica:

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 inmunológicos y constitucionales, sobre los que actúan factores desencadenantes. Es la dermatosis más frecuente en población pediátrica. La prevalencia ha mostrando incremento en

las últimas décadas, siendo del 18-20%, 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.

De acuerdo con la morfología, pueden definirse tres tipos de lesiones, sin ser el tiempo de evolución determinante para su definición:

1. Aguda. Caracterizada por pápulas y vesículas muy pruriginosas, sobre un área de piel

eritematosa, asociada a escoraciones, erosiones, exudado seroso y costras melicéricas

(eccema).

2. Subaguda. Caracterizada por eritema, pápulas, descamación y escoriaciones

3. Crónica. Placas de piel engrosada, con liquenificación y pápulas fibróticas

La asociación americana de dermatología en 2003, publicó unos criterios que se

resumen en este cuadro y que simplifican el diagnóstico a la vez que pueden

aplicarse a todos los grupos de edad. ¹⁰

Criterios que considerar en el diagnóstico de pacientes con dermatitis atópica
Adaptado de Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2014;70:338-51.

• *Características esenciales:*

- Prurito

- Eccema (agudo, subagudo, crónico): morfología típica y patrones específicos para cada edad *

* Los patrones incluyen cara, cuello y superficies extensoras en lactantes y niños; lesiones flexurales actuales o previas a cualquier edad, y respeto de las regiones inguinales y axilares.

, historia crónica o recurrente.

• *Características importantes* (aparecen en la mayoría de los pacientes y añaden apoyo al diagnóstico):

- Edad de inicio temprana
- Atopia: historia familiar o personal, IgE elevada
- Xerosis

• *Características asociadas* (estas asociaciones clínicas ayudan a sugerir el diagnóstico de DA, pero son demasiado inespecíficas para usarlas para definir o detectar DA en estudios de investigación):

- Respuestas vasculares atípicas (p. ej., palidez facial, dermografismo blanco, respuesta retardada de blanqueamiento)
- Queratosis pilar/pitiriasis alba/hiperlinealidad palmar/ictiosis
- Cambios oculares/perioculares
- Otros hallazgos regionales (cambios periorales/cambios periauriculares)
- Acentuación perifolicular/liquenificación/lesiones de prurigo

• *Condiciones excluyentes:* el diagnóstico de DA implica que se excluyan otras posibles patologías, como escabiosis, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto (irritativa o alérgica **

** La dermatitis de contacto alérgica puede ser un diagnóstico alternativo o un exacerbador de la DA en algunos pacientes.

), ictiosis, linfoma cutáneo T, psoriasis, dermatosis por fotosensibilidad, inmunodeficiencias, eritrodermia por otras causas, etc.

Tratamiento:

Es fundamental la explicación a los padres las características de la enfermedad y la evolución crónica y recurrente, así como las medidas generales encaminadas a eliminar factores irritantes sobre la piel (evitar ropa de lana o fibras sintéticas, prefiriendo las prendas de algodón, que deben lavarse con jabón de pasta evitando detergentes, suavizantes o cloro; 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 la sudoración excesiva). Utilización de emolientes y lubricantes en la dermatitis crónica y subaguda y pastas y medidas secantes (antisépticos y astringentes) en las lesiones agudas. Antibióticos tópicos o sistémicos en casos de impétigo secundario o cuando se considere que la sobrecolonización bacteriana es un factor importante. El tacrolimus y pimecrolimus tópico son inmunosupresores tópicos que han mostrado resultados en lesiones subagudas y crónicas.. El uso de corticoesteroides tópicos es útil en casos de inflamación importante de la piel que no ha respondido a otras medidas, sin embargo su uso debe ser racional, prefiriendo preparaciones de baja potencia y ciclos cortos de administración. El empleo de corticoesteroides sistémicos, PUVA, inmunomoduladores (talidomida, ciclosporina, interferón, factor de transferencia) y citotóxicos deberá reservarse a casos graves, supervisado por un especialista experto en su uso. ¹⁰



Figuras 15.8 Dermatitis atópica. Forma de lactante.



Figura 15.9 Dermatitis atópica. Presentación en escolares.



Figura 15.10 Dermatitis atópica. Presentación en adolescentes.

Fuente: J. de la Flor i Brú, J. Marès Bermúdez, M. Ridaó Redondo. Infancia y adolescencia: principales problemas de salud, clinicalkey, Elsevier

Dermatitis de la zona del pañal:

Erupción inflamatoria aguda del área cubierta por el pañal. Afecta con mayor frecuencia recién nacidos y lactantes, con un pico de incidencia a los 9 a 12 meses, aparentemente en relación con el cambio en la dieta.

Existen diferentes patrones de afección clínica:

Dermatitis eritematosa simple; Es el más frecuente. Afecta áreas convexas (en W), respetando los pliegues. Las formas más leves se caracterizan por eritema y descamación; el eritema puede desarrollar una apariencia vidriosa y aparecer pápulas.

Variedad sifiloide pápulo-erosiva o poserosiva de Sevestre-Jaquet; Es una forma moderada de la dermatitis eritematosa simple. Se presenta sobre las superficies convexas en que se observan pápulas del color de la piel o eritematosas, generalmente menores de 5 mm de diámetro, que por acción de la fricción o maceración se erosionan en la cúpula. Pueden volverse violáceas y liquenificadas.

Ulcerosa: Se caracteriza por pérdida cutánea epidérmica o más profunda, siendo la presentación más grave de las anteriores; surge como consecuencia de la potencia y el tiempo de exposición a la agresión y sensibilidad individual de la piel.

Dermatitis perianal. Limitada a esta área, se manifiesta como eritema, erosiones o pústulas; es mas frecuente en el periodo neonatal. Puede deberse a cambios químicos (alteración del pH en procesos diarreicos o enteropatías) o infecciosos (dermatitis estreptocóccica perianal, parasitosis).

Clínico: puede solicitarse examen directo con KOH y cultivo para corroborar infección micótica. La biopsia se reserva a casos resistente al tratamiento, en que se sospecha otra enfermedad de base. ¹⁰

Tratamiento: El cambio frecuente del pañal y la limpieza del área limita el contacto prolongado de la piel con heces y orina, y por ello constituye un aspecto esencial del tratamiento. La limpieza debe realizarse en forma suave con agua tibia y una pequeña cantidad de un producto con pH fisiológico.

El uso de antimicóticos tópicos está indicado en un paciente con dermatitis del pañal y evidencia clínica de sobreinfección por Cándida.

Las cremas que combinan esteroides tópicos con antimicóticos y/o antibióticos tópicos están contraindicadas para el tratamiento de la Dermatitis del pañal. Todas ellas contienen esteroides tópicos de alta potencia o ultrapotentes que pueden dar lugar a atrofia cutánea, supresión adrenal y síndrome de Cushing iatrógeno.

El uso de antibióticos tópicos u orales está indicado cuando existe una sobreinfección bacteriana. Si dicha infección es localizada y leve, la aplicación de mupirocina tópica 2 veces al día por 5 a 7 días es suficiente para el tratamiento. En

casos más extensos o graves, incluyendo la dermatitis perianal estreptocócica, se recomienda la administración de antibióticos orales. ¹¹



Figura 15.2 Dermatitis del pañal sobreinfectada por *Candida*.



Figura 15.1 Dermatitis del pañal. Eritema en W.



Figura 15.3 Dermatitis del pañal. Forma erosiva: sifiloides de Jacquet.

Fuente: J. de la Flor i Brú, J. Marès Bermúdez, M. Ridaó Redondo. Infancia y adolescencia: principales problemas de salud, clinicalkey, Elsevier

Prurigo por insectos

Dermatosis reaccional a la picadura de insectos. Morfológicamente prurigo se define como pápulas con datos de rascado (costras hemáticas).

Cuadro clínico:

En todos los casos las lesiones fundamentales serán inicialmente ronchas o “pápulo-ronchas” con carácter transitorio y posteriormente pápulas y en ocasiones vesículas o ampollas, así como escoriaciones y costras hemáticas, secundarias a prurito intenso. Evolución crónica, por brotes, pueden aparecer al despertarse el niño o al llegar al lugar donde se encuentren los insectos.

El diagnóstico es clínico.¹⁰

Habitualmente es suficiente la historia y la imagen clínica para diagnosticar las picaduras. Es útil preguntar por la afectación de otras personas próximas, el contacto con animales y la estancia en lugares sospechosos (excursiones, jardines, granjas, casas cerradas, etc.). Algunos pacientes no reconocen estos antecedentes y son reacios a admitir el diagnóstico. En la mayoría de casos no

es posible establecer cual ha sido el agente causal teniendo en cuenta sólo la morfología y disposición de las lesiones. La biopsia ayuda a establecer el diagnóstico, sobre todo si en el infiltrado hay gran cantidad de eosinófilos, pero en muchos casos no permite afirmarlo con certeza.⁸

Tabla 688.1 Picaduras de chinches frente a otros artrópodos: características clínicas y epidemiológicas principales*				
ARTRÓPODO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN EL EXAMEN	LOCALIZACIÓN	CRONOLOGÍA DEL PRURITO	CONTEXTO
Chinches	3-4 picaduras en una línea o una curva	Áreas expuestas	Matutino	Viajes
Pulgas	3-4 picaduras en una línea o una curva	Piernas y nalgas	Diurno	Propietarios de mascotas o ambiente rural
Mosquitos	Pápulas urticariformes inespecíficas	En cualquier sitio	<i>Anopheles</i> spp. por la noche; <i>Culex</i> spp. por la noche; <i>Aedes</i> spp. por el día	Distribución mundial
Piojos de la cabeza	Piojo vivo en la cabeza asociado a lesiones pruriginosas rascadas	Cuero cabelludo, orejas y cuello	En cualquier momento	Niños, padres o contacto con niños
Piojos del cuerpo	Pápulas excoriadas e hiperpigmentación; el piojo vive dentro de la ropa	Espalda	En cualquier momento	Personas sin hogar, países en vías de desarrollo
<i>Sarcoptes scabiei</i> (sarna)	Vesículas, túneles, nódulos y lesiones secundarias inespecíficas	Espacios interdigitales, antebrazos, mamas, genitales	Nocturno	Transmisión sexual, núcleos familiares o instituciones
Garrapatas	Eritema migratorio o úlcera	En cualquier sitio	Asintomático	Propietarios de mascotas o senderistas
<i>Pyemotes X ventricosus</i>	Signo del cometa, un trayecto macular eritematoso lineal	Bajo la ropa	En cualquier momento cuando está dentro de su hábitat	Personas expuestas a muebles contaminados por carcoma (<i>Pediculoides ventricosus</i> es un parásito de la carcoma)
Arañas	Necrosis (infrecuente)	Cara y brazos	Dolor inmediato sin prurito	Ambiente rural

*Es difícil diagnosticar una picadura. El diagnóstico se fundamenta en una serie de argumentos, ninguno de los cuales es específico por sí mismo; es la asociación de elementos lo que resulta sugestivo. Cualquier picadura de artrópodo puede ser totalmente asintomática.
De Bernardeschi C, Le Cleach L, Delaunay P, Chosidow O: Bed bug infestation. *BMJ* 346:f138, 2013.

Tratamiento:

En primer lugar hay que asegurarse que el agente causal y los aguijones u otras partes del insecto han sido eliminados, tal y como ocurre con las garrapatas. Una vez producida la picadura se debe aplicar hielo o compresas frías, excepto en las picaduras de himenópteros, donde la aplicación de calor local destruye las toxinas

termolábiles. Para mejorar el prurito son útiles los corticoides tópicos de potencia media y alta y los antihistamínicos orales. Los antihistamínicos tópicos deben evitarse por el riesgo de producir reacciones de fotosensibilidad. En casos con gran edema o ampollas puede ser útil una tanda breve de corticoides orales. Las picaduras de heminópteros (abejas y avispas, sobre todo) pueden provocar un shock anafiláctico en pacientes sensibilizados. Además de la administración inmediata de 0.3-0.5 ml de adrenalina subcutánea 1/1.000, estos pacientes deben ser remitidos al alergólogo para estudio y posible desensibilización.⁸

Cuando se trata de lesiones muy exudativas y existen indicios de sobreinfección bacteriana (costras amarillentas, supuración, celulitis, linfangitis, fiebre, etc.) Hay que administrar antibióticos tópicos o sistémicos, según la gravedad. Las lociones o cremas repelentes, tipo dietiltoluamida o etilhexaneodiol, pueden evitar nuevas picaduras. Cuando se trata de garrapatas es importante no desprenderlas por tracción brusca, pues puede quedar parte de su cuerpo dentro de la piel y provocar un granuloma a cuerpo extraño.⁸



Fig. 688.1 Pápulas pruriginosas tras picaduras por chinches.



Fig. 688.2 Pápulas rojizas marronáceas en la urticaria papulosa.



Fig. 688.5 **A**, Escabiosis difusa en un lactante. La cara está respetada. Las lesiones son más numerosas alrededor de las axilas, el pecho y el abdomen. **B**, Sarna. La infestación de las palmas y las plantas es frecuente en los lactantes. Todas las vesículas se han roto. (De Habif TP, editor: Clinical dermatology, ed 4, Philadelphia, 2004, Mosby, Figs. 15.8 y 15.9.)

Fuente: Daren A. Diorio y Stephen R. Humphrey, Picaduras de artrópodos, clinicalkey, Elsevier

Acné

Es la inflamación crónica de la unidad pilosebácea producida por retención de sebo. Es el padecimiento cutáneo más frecuente durante la adolescencia y la pubertad; las lesiones comienzan entre 12 y 14 años, un poco antes en la mujer, hasta los 20 o 22 años, aunque en ocasiones se prolonga. Los factores patógenos fundamentales son: queratinización folicular anormal, secreción sebácea aumentada, colonización bacteriana e inflamación local. No hay influencia práctica de la dieta. Al llegar la pubertad, por aumento en la sensibilidad de las glándulas sebáceas, las hormonas andrógenas generan aumento de tamaño y de la secreción de las mismas, lo que aunado a la hiperqueratosis de la pared y el poro foliculares, originan la lesión fundamental e inicial del acné, el comedón (“espinilla”).

Se ha demostrado la presencia de *Propionibacterium acnes*, quien transforma los triglicéridos del sebo en ácidos grasos libres, que tienen efecto irritante local, favorece la inflamación por este mecanismo.

Si la inflamación se realiza en la parte terminal del conducto folicular, a nivel de la epidermis, se origina una pústula, pero si se hace en la parte proximal del folículo y en la misma glándula sebácea, se originan los abscesos.

Cuadro clínico:

Afecta cara, cuello y tórax, sobre todo en su parte superior. En cuanto a la morfología, el acné se caracteriza por polimorfismo lesional encontrándose lesiones no inflamatorias que son los comedones abiertos y cerrados; el comedón abierto se reconoce como una concreción gris oscuro, café o negro dentro de un orificio folicular dilatado y el comedón cerrado es una pequeña pápula del color de la piel. Las lesiones inflamatorias son pápulas eritematosas, pústulas y nódulos. Las secuelas del acné son cicatrices y senos epiteliales.

De acuerdo al tipo de lesión predominante, el acné se clasifican en: comedónico, papuloso, pustuloso, quístico, conglobata (abscesos y fístulas), queiloideo y fulminans (pápulas, nódulos y quistes acompañados de datos de infección sistémica).

De acuerdo a la gravedad del acné, se clasifican en:

- a) Acné leve: Predominan los comedones
- b) Acné moderado: Con predominio de pápulas y pústulas inflamatorias.
- c) Acné grave: Que consta de nódulos (abscesos) y de pápulas, pústulas y comedones. ¹²



Acné infantil

Paediatrics and Child Health.
Solman, Lea; Layton, Alison
M.. Publicado February 1, 2019.
Volume 29, Issue 2. Páginas 85-89.
© 2019

Tratamiento: Los principios del tratamiento del acné en los niños consisten en adoptar regímenes sencillos, evitar los efectos adversos y dirigirse a las lesiones clínicas y los factores fisiopatológicos implicados en el acné. Éstos incluyen la interacción entre cuatro factores principales, en primer lugar la sebogénesis que resulta de un aumento de los niveles de andrógenos en la adrenarquia, los cambios en el crecimiento folicular y la diferenciación dentro del conducto intrafolicular, la colonización de los folículos con *P. acnes* (sin: *C. acnes*), con las consiguientes respuestas inmunitarias innatas y adaptativas que conducen a la inflamación.

La identificación de la morfología de las lesiones clínicas permite seleccionar tratamientos dirigidos específicamente a las lesiones. Las lesiones características incluyen lesiones comedonales (puntos negros y puntos blancos) y lesiones inflamatorias (pápulas, pústulas y nódulos). Los cambios de pigmentación y las

cicatrices surgen de la inflamación, por lo que es importante tratar el acné de forma temprana y eficaz para evitar estas secuelas desfigurantes.

A nivel microscópico, se observa el microcomedón. Este es el precursor de las lesiones tanto no inflamatorias como inflamatorias. El tratamiento dirigido a despejar y prevenir el desarrollo del microcomedón tratará las lesiones clínicas establecidas y evitará que se produzcan otras nuevas. La prevención y el mantenimiento son una parte importante del tratamiento en los niños, ya que el acné es una enfermedad crónica que suele durar entre 5 y 6 años.

La selección del tratamiento debe tener en cuenta la extensión y la gravedad de la enfermedad, así como el impacto psicológico.¹⁵

Verrugas virales

Neoformaciones epidérmicas benignas causadas por la infección con un virus papiloma humano (VPH); son autolimitadas y curan sin dejar cicatriz. Existen cuatro tipos principales: verrugas vulgares, planas, plantares y condiloma acuminado.

Se observan en pacientes de todas las edades pero es más común en la niñez y adolescencia, con una mayor incidencia entre los 10 y 19 años, reportándose en 7

a 10%. El 70% de las verrugas vulgares se observa en escolares y al igual que las planas

predominan en este grupo de edad, mientras que las verrugas plantares y acuminadas son más frecuentes en adolescentes y adultos, disminuyendo notablemente durante la vejez. Los condilomas acuminados se han reportado hasta en un 27% de los pacientes con SIDA.

Los VPH son virus DNA de la familia Papovavidae de los cuales se han reconocido más de 70 subtipos cada tipo asociado a una localización y morfología específica.

Cuadro clínico

Verrugas vulgares. Se presentan en cualquier parte de la piel, predominando en áreas expuestas (dorso de manos, cara y antebrazos). Son crecimientos circunscriptos, firmes, elevados, con una superficie anfractuosa, áspera y seca, del color de la piel o grisáceas, de 3 a 10 mm; a veces se observan en la superficie puntos oscuros que corresponden a pequeñas hemorragias o trombosis de capilares dérmicos. Habitualmente son indoloras, excepto las de localización subungueal y algunas periungueales. Las verrugas filiformes, son una variante frecuente en párpados y ala de la nariz.

Verrugas planas. Predominan en cara, dorso de manos, antebrazos y rodillas. Son neoformaciones pequeñas, de 2 a 5 mm, redondas o poligonales, del color de la piel o un poco más oscuras (pardo a marrón), con leve relieve y superficie

aterciopelada. El número es variable desde unas pocas hasta cientos. Tienden a presentarse alineada (autoinoculación) o confluentes, formando placas.¹²

Diagnóstico: Es clínico. En el caso de las verrugas anogenitales es importante la tipificación de VPH para tratar de determinar la vía de contagio en población pediátrica y detectar los tipos oncogénicos, para mantener vigilancia adecuada.

Tratamiento: Es importante tener presente que aproximadamente 50% de las lesiones remite espontáneamente antes de dos años, por lo que no deben seleccionarse métodos terapéuticos agresivos que dejen mayor secuela que la propia enfermedad. Hay resultados variables con placebo (30 a 70% de eficacia), no es efectivo en condilomas acuminados. En verrugas vulgares se puede utilizar el ácido salicílico al 15% sólo o en combinación con ácido láctico o resorcina. En verrugas planas se ha utilizado ácido retinoico por vía tópica. En verrugas plantares ácido tricloroacético o salicílico al 40%. En condilomas acuminados podofilina al 20% o podofilotoxina. La aplicación de crioterapia es una alternativa útil en todos los tipos de verrugas, debiendo evaluarse de acuerdo al número de lesiones y localización. Se han intentado otros tratamientos como la bleomicina, los rayos X, rayo LASER, algunos antivirales e inmunomoduladores como la griseofulvina, cimetidina, levamisol y el interferón, que no han demostrado ser muy superiores a los tratamientos antes mencionados, siendo algunos de mayor costo y otros además, menos accesibles.¹⁶



Figure 1 Common warts of differing morphology in different parts of the body in pediatric patients. Choice of treatment will be determined by the number of lesions on the dorsum of the toe (A), the periungual location (B), and the size of the warts on the heel (C).

Tiñas

Micosis superficiales ocasionadas por hongos parásitos afines a la queratina y que en conjunto se les conoce como dermatofitos. Son padecimientos cosmopolitas que afectan al hombre en cualquier etapa de la vida. Su frecuencia como motivo de consulta dermatológica en niños es del 2.4% y ocupa un 9° lugar en conjunto. Los dermatofitos causales se agrupan en 3 géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. En total comprenden más de 40 especies. Se dividen en antropófilicos, geofílicos y zoofílicos según su habitat de preferencia pero la mayoría son potencialmente patógenos para el humano.

Cuadro clínico:

Tiña del cuerpo: Se puede presentar en casi cualquier parte, del cuerpo. Se caracteriza por placas eritematoescamosas circulares, bien definidas, con borde activo y centro resolutivo; son pruriginosas. La tiña inguinal se considera una variante de la del cuerpo y tiene como característica que no conforma círculos perfectos.

Tiña de los pies. Es la más común de las tiñas en la totalidad de los grupos de edad, pero no lo es tanto en niños. La forma intertriginosa afecta los espacios interdigitales, principalmente entre el 4° y 5° dedos y se caracteriza por fisuras, eritema y escama macerada; es pruriginosa. La forma vesiculosa afecta principalmente la zona del arco y produce eritema, vesículas y costras melicéricas; también es muy pruriginosa. La forma hiperqueratósica se localiza en las partes de apoyo y ocasiona engrosamiento de la piel con descamación, rara en niños.

Tiña de la cabeza: Es casi exclusiva de los niños pre-escolares y escolares (92 a 98% es en este grupo de edad). En México es ocasionada por *Microsporum canis* y *Trichophyton tonsurans* más frecuentemente; se presenta con placas de alopecia difusa (pseudoalopecia), escama y pelos tiñosos (parasitados o “pelos en grano de pólvora”), aunque también se pueden ver pápulas, costras hemáticas y costras

melicéricas; se acompaña de prurito. Puede presentar su variedad inflamatoria (Querion de Celso) más frecuentemente que en las otras tiñas.

Tiña de las uñas u onicomycosis: Menos frecuente en el niño que en el adulto, pero aún así, subdiagnosticada. Puede ocurrir en cualquiera de las 20 uñas, pero es más frecuente en las de los pies, y de éstas, en los primeros orfejos. Se observa engrosamiento de las mismas, con pérdida de su transparencia, (color blanco o amarillo opaco, a veces otros colores), y su flexibilidad, volviéndose de un aspecto pulverulento.¹²



Fuente: Tinea capitis in children: a systematic review of management. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.

Miliaria

Alteración común de las glándulas sudoríparas ecrinas ocasionada por la obstrucción del conducto sudoríparo que resulta en retención del sudor; se presenta en condiciones de incremento de el calor y la humedad.

Puede presentarse a cualquier edad, con predominio en neonatos y lactantes. Es uno de los principales motivos de consulta dermatológica en niños, siendo mas frecuente en áreas tropicales y climas cálidos. La miliaria cristalina es más frecuente en recién nacidos con un pico en la incidencia en la primera semana de vida (4.5%); la miliaria rubra es común en lactantes y adultos que viajan a áreas tropicales (30%). No hay predominio de sexo. La miliaria profunda es más común en adultos.

Dentro de la etiopatogenia: Secundario a sudoración intensa, la queratina macerada condiciona obstrucción terminal del conducto ecrino, lo que produce retención de sudor; este sudor actúa como irritante debido a su contenido de sodio, lo cual conduce a inflamación y a prurito.

Dependiendo del nivel en que se presenta la obstrucción del conducto sudoríparo será el cuadro clínico resultante: en la miliaria cristalina es el estrato córneo o

inmediatamente por debajo de este, en la miliaria rubra las capas subcorneas de la epidermis y en la miliaria profunda la unión dermoepidérmica.

Cuadro clínico: Puede afectar casi cualquier parte del cuerpo, con predominio en la frente, piel cabelluda, cuello y tórax. Se distinguen tres formas clínicas:

1. Miliaria cristalina: Se caracteriza por vesículas claras, de 1 a 2 mm, frágiles (sin inflamación).
2. Miliaria rubra. Se observan pápulas pequeñas (1-2 mm), eritematosas (inflamación), asociadas a prurito.
3. Miliaria profunda. Es poco frecuente; aparece como consecuencia de brotes repetidos de miliaria rubra. Se caracteriza por pápulas eritematosas, de 1-3 mm de diámetro, asintomáticas, las complicaciones son la infección y la alteración en la regulación del calor. ¹²

La miliaria cristalina y la miliaria rubra pueden asociarse a un exceso de calor dentro de una incubadora, al exceso de cobertura por pañales, a la fiebre, a vendajes oclusivos o a la falta de aire acondicionado en climas templados. Las lesiones suelen aparecer en la frente, el cuello y la parte superior del tronco, además de áreas de la piel ocluidas.

Las principales características histológicas de la miliaria cristalina son vesículas subcórneas o intracórneas centradas en el acrosiringio, con escasa inflamación circundante. En la miliaria rubra aparece espongiosis intraepidérmica y vesículas, además de infiltrado inflamatorio crónico en la dermis. Parece que un polisacárido

extracelular producido por *Staphylococcus epidermidis* presente en el conducto ecrico tiene cierta responsabilidad, pero no explica todos los casos, sobre todo los congénitos.

La miliaria se resuelve sin tratamiento. La prevención se consigue evitando el sobrecalentamiento y el exceso de pañales si se puede. ¹⁷



Figura 34-5 Miliaria.
A. Las pequeñas vesículas superficiales en la espalda y el cuello de este recién nacido son características de la miliaria cristalina.
B. Miliaria rubra diseminada con numerosas pápulas y pústulas pequeñas.
A, tomado de Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB, et al. (eds). Textbook of Neonatal Dermatology. © 2001 Saunders; B, por cortesía de Antonio Torrelo, MD.

Vitiligo

El vitiligo es una acromia cutánea adquirida e idiopática caracterizada por máculas blancas de diferentes tamaños y formas con tendencia a crecer de forma periférica, que aparecen repentinamente, sin historia previa de trauma o dermatitis y que normalmente son asintomáticas; se ha relacionado con factores genéticos, nerológicos, autoinmunitarios y psicológicos.

En el mundo el vitiligo es una causa relativamente común de leucodermia, con una prevalencia del 0.5% al 1%.

En México, ocupa entre el tercer y quinto lugar entre todas las dermatopatías, variando su porcentaje entre 3 a 5%. No existe predilección racial ni en cuanto al sexo, sin embargo, se ha visto que las mujeres buscan más ayuda médica que los hombres por la preocupación cosmética que representa el vitiligo.

Afecta a todas la edades, es rara en el lactante, puede verse en niños de 3 a 4 años y en 50% de los casos empieza antes de los 20 años de edad; de la población mundial el 23% a 26% de afectados se reporta como menor de 12 años. Es raro que el vitiligo se inicie después de los 50 años.

Pajvani y sus colegas informaron que, entre los niños con vitíligo, los que tenían antecedentes familiares de vitíligo eran más propensos a tener una edad de aparición más temprana de la enfermedad que los que tenían una historia familiar negativa. La incidencia de autoinmunidad encontrada en familias de pacientes con vitíligo infantil en diferentes estudios, oscila entre el 3,3% y el 27,3%. Halder y sus colegas demostraron que los antecedentes familiares de autoinmunidad eran más en los niños con vitíligo, en comparación con los en comparación con los adultos con vitíligo. ¹⁷

El vitíligo se observa con mayor frecuencia en las zonas expuestas al sol y en tipos de piel más oscuros.

La causa básica del vitíligo aún permanece desconocida, en los últimos años se han realizado considerables progresos en el conocimiento de esta enfermedad.

Se sabe que el punto final en la patogenia del vitíligo es la desaparición del melanocito, pero se desconoce cuál es su origen, es decir, si esta desaparición está condicionada por un defecto intrínseco del melanocito o es secundaria a alteraciones de los elementos que forma su entorno, como son el queratinocito, la célula de Langerhans y los elementos dérmicos. ¹²



Fig. 1. Segmental vitiligo, note sharp midline demarcation.



Fig. 3. Unusual onset of vitiligo on Becker nevus.

Fuente: Special Considerations in Children with Vitiligo, Dermatologic Clinics.

Impétigo

Infección bacteriana superficial de la piel, benigna, contagiosa y autoinoculable; se caracteriza por ampollas casi siempre efímeras, que quedan reemplazadas por pústulas que se desecan con rapidez y forman costras melicéricas que recubren una erosión puramente epidérmica.

Ocupa uno de los primeros cinco lugares en la consulta dermatológica en niños; no hay predilección por sexo o clase social; parece predominar en verano, climas tropicales y en pacientes con desnutrición; influyen en su frecuencia traumatismos, infecciones piógenas extracutáneas y mala higiene personal.

Puede originarse por estafilococos, estreptococos o ambos, cuya frecuencia varía en diferentes estudios; en México predomina la infección por estafilococos. Las especies encontradas mas a menudo son *Staphylococcus aureus* y estreptococo beta hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). *S. aureus* puede ser encontrado en niños con impétigo de todas las edades, *S. pyogenes* es mas común en edad preescolar y es inusual antes de los dos años de edad, excepto en zonas altamente endémicas.

El estreptococo llega a la piel mediante el contacto con otro niño con infección estreptocócica en su piel, condición necesaria para la colonización. El estafilococo en cambio, está el epitelio nasal del 20-40% de los individuos y en algunos también en el perineo y las axilas, reservorios desde donde se produce la colonización cutánea.

Cuadro clínico: Pueden distinguirse dos formas clínicas principales de impétigo: 1. Impétigo primario: Aparece sobre una piel sin dermatosis previa, localizándose con mayor frecuencia, alrededor de orificios naturales: boca, fosas nasales, pabellones auriculares y ojos, como consecuencia de una infección en estos sitios que genera las lesiones cutáneas. En lactantes predomina en periné y región periumbilical. La lesión inicial es una ampolla de contenido claro, rodeada por un halo eritematoso, que en pocas horas se convierte en pústula; el techo se rompe y aparece un exudado seroso o seropurulento que se deseca y origina costras melicéricas. Las lesiones son de evolución aguda y tienden a la curación espontánea en dos a tres semanas, dejan una piel erosionada y después un mancha de color rosado; al curar no dejan cicatriz. A veces las lesiones se extienden con rapidez por autoinoculación y sobrevienen lesiones adyacentes o a distancia; la extensión periférica forma lesiones circinadas o anulares.

2. Impétigo secundario. Aparece sobre una dermatosis, generalmente pruriginosa, preexistente y por lo tanto, puede presentarse en cualquier parte del cuerpo. Existe

una variante clínica denominada impétigo ampollar, flictenular o estafilocócico verdadero y en las primeras dos semanas de vida se conoce como pénfigo neonatal. Es una infección estafilocócica caracterizada por ampollas de 0.5 a 3 cm de diámetro, flácidas y de Tello delgado, con contenido claro que rápidamente se enturbia.

Habitualmente son poco numerosas y suelen localizarse en sitios de roce (cuello, axilas, región genital, palmas y plantas); se rompen fácilmente liberando un contenido turbio o francamente purulento que seca rápidamente, dejando superficie erosiva, brillante, pero no costrosa, con un collar de escamas circundante que señala la zona más periférica de la ampolla.

Diagnóstico. Se realiza clínicamente. El estudio histopatológico de una ampolla muestra vesículas subcórneas o en la capa granulosa con células acantolíticas ocasionales en su interior, espongirosis y en la dermis papilar infiltrado inflamatorio perivascular compuesto por linocitos y neutrófilos; el estudio histopatológico de una pústula muestra acumulación subcórnea de neutrófilos y cadenas o ramilletes de cocos gram positivos. El estudio bacteriológico sólo se realiza en presentaciones atípicas o cuando la respuesta al tratamiento es pobre.

Diagnóstico diferencial: El impétigo costroso debe diferenciarse de herpes simple, varicela, dermatitis por contacto aguda, tiñas inflamatorias y candidosis; el impétigo

ampollar debe distinguirse del eritema polimorfo ampollar, penfigoide ampollar, pénfigo vulgar y quemaduras térmicas.

Tratamiento: En todos los casos lavado del área con agua y jabón y aplicación local de un antiséptico debil en fomentos o baños para eliminar mecánicamente las costras.

Los niños con impétigo no complicado (localizado y con pocas lesiones) y que no comprometen la región peribucal pueden tratarse con antibióticos tópicos como mupirocina, ácido fusídico, o yodoclorohidroquinoleína (Clioquinol o vioformo).

En impétigos mas extensos, con numerosas lesiones, está indicado el uso de antibióticos sistémicos resistentes a betalactamasas como son: dicloxacilina, amoxicilina aunada a ácido clavulánico y en pacientes alérgicos a la penicilina etilsuccinato de eritromicina, durante siete a 10 días asociados a las medidas locales ya mencionadas. ¹²



Fuente: Skin and Soft Tissue Infections in the Emergency Department.

Dermatitis por contacto

Síndrome reaccional causado por la aplicación de una sustancia en la piel; puede presentarse como eccema (dermatitis aguda) o liquenificación (dermatitis crónica); se origina por un irritante primario o por un mecanismo de sensibilización.

Epidemiología: Es una de las dermatosis más frecuentes constituyendo del 5 al 10% de la consulta dermatológica. Afecta todas las razas; se observa en ambos sexos y puede presentarse a cualquier edad, inclusive la forma alérgica puede presentarse en edades tan tempranas como la primera semana de vida.

Puede originarse por cualquier sustancia u objeto que esté en contacto directo con la piel. El mecanismo de producción es por irritante primario o por sensibilización; si interviene la luz, puede ser fototóxica o fotoalérgica y hay un tipo inmediato de reacción por contacto. En la dermatitis por contacto por irritante primario o no inmunitaria no hay sensibilidad previa, la susceptibilidad es individual y puede originarse por irritantes débiles o potentes (tóxicos) o por factores mecánicos o físicos como frío y calor. En general se produce daño celular y la sustancia se aplica por tiempo y cantidades suficientes y de éstos depende la intensidad de la reacción.

Las sustancias más comúnmente involucradas son ciertos jabones ásperos y cosméticos, blanqueadores, detergentes, ácidos y álcalis, solventes, partículas de talco, algunos alimentos, la saliva, orina, materia fecal y jugos intestinales. Otros factores que inciden son la sudoración y la posible oclusión de la piel, como ocurre en la dermatitis simple de la zona del pañal. La dermatitis por sensibilización o alérgica aparece en individuos con sensibilización previa; se produce una reacción inmunitaria tipo IV (hipersensibilidad tardía).

Para que se produzca es necesaria la interacción de un antígeno que penetró la superficie de la piel y un sistema inmune celular intacto. Los antígenos (alergenos) son típicamente sustancias químicas de bajo peso molecular que penetran fácilmente la barrera epidérmica (estrato córneo). La interacción entre el antígeno y

el componente del linfocito T del sistema inmune celular es mediada por células epidérmicas presentadoras de antígeno (células de Langerhans) y se divide en dos fases secuenciales una de sensibilización y una siguiente de incitación.¹²



Figure 8.30 Rubber contact dermatitis. This child had become sensitized to the elasticized waist bands of his underpants.

Fuente: Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis. T)

En el contexto epidemiológico en el que nos encontramos, se ha observado una creciente incidencia de padecimientos dermatológicos secundarios a Covid 19. Por lo tanto es un motivo que frecuentemente se podría encontrar en consulta de urgencias.

Desde el informe inicial en diciembre de 2019 del primer caso de neumonía atípica en Wuhan, China, causada por el nuevo coronavirus, se ha detectado una variedad de manifestaciones clínicas, que van desde presentaciones asintomáticas

especialmente en niños hasta síntomas pulmonares o extrapulmonares que fluctúan en gravedad.

Un estudio multicéntrico de niños ingresados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos en Gran Bretaña con enfermedad inflamatoria multisistémica asociada al SARS-CoV-2, informó que el 44% presentaba manifestaciones dermatológicas (erupción cutánea), superpuestas a síntomas compatibles con la enfermedad de Kawasaki, el síndrome de shock tóxico, la linfohistiocitosis hemofagocítica y el síndrome de activación de los macrófagos; los estudios clínicos y de laboratorio eran compatibles con el COVID-19. ¹¹

Los mecanismos por los que la infección por el SRAS-CoV-2 podría causar lesiones cutáneas pueden dividirse fundamentalmente en tres categorías:

I. Vasculitis

II. Coagulopatía

III. Infección viral directa de las células de la piel. ¹¹

1. Lesiones pseudo - sabañón (el 19 %): máculas, placas y nódulos rojo-violáceos en áreas acrales (pies y manos). Con menor frecuencia se puede ver un patrón similar al eritema multiforme con máculas pequeñas (menores a 1 cm) redondeadas,

eritematosas, y vesículas con tendencia a la coalescencia. Pueden presentar áreas purpúricas. Usualmente son asimétricas y pueden acompañarse de dolor o prurito. Afecta principalmente a pacientes jóvenes (edad media de 19,9 años). Son principalmente de aparición tardía (el 59 %), con una latencia media entre los síntomas COVID-19 y los síntomas cutáneos de 9 días. La mayoría se acompañan de PCR negativa. Hay casos descritos que se presentan en forma temprana y hasta puede ser la única manifestación. Se las relaciona con expresiones leves de la enfermedad. ²³

2. Erupciones vesiculares: similares a la varicela (9 %): generalmente son pequeñas vesículas monomorfas en el tronco y en las extremidades. Respeta las mucosas. Pueden presentar contenido hemorrágico y a veces ser grandes o difusas. El prurito es leve o ausente. Afecta a pacientes de mediana edad. Son de aparición temprana y hasta pueden presentarse antes que los otros síntomas. Son útiles en la sospecha de COVID-19 en pacientes asintomáticos o paucisintomáticos. ²³

3. Lesiones urticarianas (el 19 %): son pruriginosas y mayormente se distribuyen en el tronco o son dispersas. Aparecen simultáneamente con otros síntomas de COVID-19.

4. Erupciones maculopapulares (el 47 %): se describen lesiones de distribución perifolicular y descamación, lesiones similares a la pitiriasis rosada, lesiones

purpúricas puntiforme o en grandes áreas, pápulas pseudovesiculares en extremidades, lesiones de eritema multiforme. Se describe que aparecen simultáneamente con otros síntomas de la enfermedad.

5. Livedo o necrosis (el 6 %): en el tronco o en áreas acrales. Se ha observado en pacientes añosos y con una enfermedad grave.²³

En este estudio las incluiremos en el apartado de no clasificables, relacionadas con covid 19. Ya que no existe mucha bibliografía al respecto.

Planteamiento del problema

En el servicio de Dermatología del HIMFG se investigaron las 10 dermatosis más frecuentes en el periodo comprendido entre 1994 y 2003, siendo en orden de frecuencia las antes mencionadas. Sin embargo no contamos con información actualizada que indique la frecuencia de las dermatosis en el servicio de urgencias que podría involucrar dermatosis diferentes a la que se ven comúnmente en la consulta externa.

Justificación

No se cuenta con una publicación de la frecuencia de las dermatosis en población pediátrica en el servicio de urgencia del HIMFG. Conocer su frecuencia de estas nos ayudará a prepararnos en los servicios de urgencias.

Muy escasas son las publicaciones internacionales dedicadas a analizar las enfermedades y alteraciones cutáneas en población pediátrica de los servicios de urgencias y menos aún lo son los trabajos efectuados en nuestra población.

Objetivos

Objetivo general

Identificar las dermatosis que comúnmente se atienden en el servicio de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo comprendido de

Objetivo específico

Determinar la frecuencia y distribución de las dermatosis en niños atendidos en urgencias pediátricas.

Describir las características demográficas de los pacientes que acudan al servicio de urgencias del HIMFG con alguna dermatosis.

Describir las características clínicas de los pacientes con dermatosis que acuden al servicio de urgencias del HIMFG

Metodología

A) Tipo y diseño de estudio:

Observacional, ambilectivo, descriptivo, transversal.

B) Población:

Expedientes de pacientes que acudieron a consulta de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez en la Ciudad de México en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2021.

Criterios de selección: Inclusión, exclusión y eliminación

- **Inclusión:**

Expedientes de pacientes con dermatosis como motivo de consulta en el servicio de urgencias del hospital infantil de México Federico Gómez en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2021.

- **Exclusión:**

Expedientes de pacientes en los que no se confirme que presentaban alguna dermatosis a su ingreso a urgencias.

C) VARIABLES DE ESTUDIO

Tabla de operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Unidad de medición	Tipo de variable	Codificación
Consulta de urgencias	Causa de atención en el área de urgencias		Cualitativa nominal dicotómica	0= Dermatología 1= Otras causas
Grupo etario	Grupo de edad asignado acorde a tiempo transcurrido desde el nacimiento	Neonatos (0-28 días) Lactantes (29 días a <2 años) Pre escolar (2 año-5 años) Escolares (6 a <10 años) Adolescentes (10 a <18 años)	Cualitativa ordinal	0= Neonatos 1= Lactantes 2= Pre-escolares 3= Escolares 4= Adolescentes
Sexo	Fenotipo biológico de hombre o mujer, basado en los genitales de la persona	Hombre Mujer	Cualitativa nominal dicotómica	1= Hombre 2= Mujer
Clasificación de enfermedades dermatológicas por grupos etiológicos	Determinación del orden de las enfermedades de la piel, de acuerdo a su origen o causa	Infecciosa Inmunoalérgica Inflamatoria Vascular Tumoral Farmacodermias Por agentes físicos Otros	Cualitativa nominal politómica	1= Infecciosa 2= Inmunoalérgica 3= Inflamatoria 4= Vascular 5= Tumoral 6= Farmacodermias 7= Por agentes físicos 8= Otros
Diagnósticos dermatológicos	Causa de consulta de urgencias	Dermatosis infecciosa Eccema Dermatitis atópica Prurigo por insectos Tumores Enf.de anexos	Cualitativa nominal politómica	1= Dermatitis infecciosa 2= Eccema 3= Dermatitis atópica 4= Prurigo por insectos 5= Tumores

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

		Alteraciones vasculares Urticaria Angioedema Alteraciones de la pigmentación Vasculitis Fotodermatosis Farmacodermia SSJ NET Agentes infecciosos Genodermatosis Dermatitis ampollosas Dermatitis eritematodescamativas Exantema Celulitis Sx. DRESS Otras		6= Enf.de anexos 7= Alteraciones vasculares 8=Urticaria 9= Angioedema 10= Alteraciones de la pigmentación 11= Vasculitis 12= Fotodermatosis 13= Farmacodermia 14= SSJ 15= NET 16= Agentes infecciosos 17= Genodermatosis 18= Dermatitis ampollosas 19= Dermatitis eritematodescamativas 20= Exantema 21= Celulitis 22= Sx. DRESS 23= Otras
Interconsulta a dermatología	Referencia desde el departamento de urgencias a dermatología pediátrica	0= No 1= Si	Cualitativa nominal dicotómica	0= No 1= Si
Diagnóstico	Diagnóstico dermatológico	Previo Sano Patología de base	Cualitativa nominal dicotómica	0= Previo Sano 1= Patología de base
Destino	Destino del paciente	Domicilio Urgencias Referencias a otra unidad	Cualitativa ordinal	1= Domicilio 2= Urgencias 3= Referencias a otra unidad

Plan de análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva de acuerdo al tipo de variable mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizará el software SPSS 20.0 para trabajar con la base de datos conformada por la hoja de recolección.

Resultados

Con respecto al análisis realizado, se identificó que, 158 pacientes fueron diagnosticados con patología dermatológica durante el periodo establecido de estudio, los pacientes fueron atendidos por el servicio de urgencias, el 86.1% de los casos (136 pacientes) acudían por un problema dermatológico identificado por los padres o pacientes, mientras que el 13.9% (22 casos) acudían por un síntoma secundario a la enfermedad dermatológica, que más tarde sería diagnosticada y atendida; esto es importante porque remarca la característica principal de las lesiones dermatológicas, la visibilidad de la lesión facilita el ingreso al servicio de urgencias, agilizando que los pacientes sean atendidos de forma más rápida por el servicio correspondiente, sin requerir estudios adicionales previos que aumenten el tiempo de atención y por lo tanto ocasionen un avance progresivo de las lesiones.

Los diagnósticos que acudieron a urgencias por presentar síntomas adicionales a los dermatológicos que fueron la base de la búsqueda de la atención fueron: dermatosis infecciosa 54% (12 de 22 casos), vasculitis con 41% (9 de 22 casos) y celulitis 5% (1 de 22 casos), diagnósticos que presentaron una diferencia estadísticamente significativa en buscar atención por otro síntoma en urgencias que no era directamente dermatológico $p = <0.01$.. Por lo que la fiebre puede ser un primer signo (o por lo menos el mas llamativo) para buscar atención de urgencias, en especial en el grupo de edad de los lactantes, pues 40% de ellos (9 de 23 casos) acudieron por otro síntoma que no era de primera intención dermatológico $p = <0.01$. Los pacientes atendidos en su mayoría fueron adolescentes con el 32.9% (52 casos), seguidos de los niños preescolares 25.9% (41 casos), escolares 16.5% (26 casos), lactantes 14.6% (23 casos) y neonatos con el 10.1% (16 casos), esto

posiblemente ocasionado por que a mayor edad es más fácil que el paciente pediátrico pueda informar sobre las molestias que ocasionan las lesiones dermatológicas, como dolor o prurito.

La distribución por sexo de los pacientes atendidos no muestra ninguna diferencia aparente, siendo casi idénticas las proporciones con un 51.9% de mujeres (82 casos) y 48.1% de los hombres (76 casos). En cuanto a la distribución de diagnósticos por sexo, si se puede mencionar una mayor proporción de mujeres diagnosticadas con vasculitis 54% (12 de 22 casos) y urticaria 58% (14 de 24 casos), mientras que la única enfermedad que demostró un predominio claro en los hombres fue el exantema con 67% (4 casos de 6), sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas y se dejan a tomar en cuenta para estudios previos y a discreción del lector de la presente tesis.

Con respecto a los antecedentes, la mayoría ya contaba con una enfermedad previa -de base- que ocasionaba las lesiones dermatológicas que ocasionaban la atención por el servicio de urgencias del Hospital, con un 58.2% (92 casos), esto explica por que acudían de primera intención a un hospital de tercer nivel para una valoración de urgencias, siendo probable que ellos ya contarán con un seguimiento de la unidad, mientras que un porcentaje menor 41.8% (66 casos), se identificaron como previamente sanos, y no habían acudido por un problema dermatológico al hospital. Los diagnósticos asociados a una patología de base fueron las celulitis con 16% (15 de 92 casos), los agentes infecciosos con 15% (14 de 92 casos) y la dermatitis atópica con 13% (12 de 92 casos), mientras que para aquellos que se encontraban aparentemente sanos, existe una mayor prevalencia en el diagnóstico de vasculitis con 29% (19 de 66 casos).

En cuanto al grupo etiológico al que pertenecen las enfermedades dermatológicas, encontramos que en su mayoría son de índole infecciosa con un 36.1% (57 casos), seguido de aquellas inmunoalérgicas con 25.3% (40 casos), inflamatorias con 22.8% (36 casos) y vasculares con 12% (19 casos), siendo raras aquellas con etiología tumoral con 2.5% (4 casos) y extremadamente raras las fármacodermias y aquellas ocasionadas por agentes físicos, ambas con 0.6% (1 caso).

Los diagnósticos etiológicos estuvieron constituidos para un diagnóstico clínico acorde, la etiología infecciosa en su mayoría por las dermatitis infecciosas con 49% (28 de 57 casos) y las celulitis 32% (18 de 57 casos), para las inmunoalérgicas fue la urticaria con 60% (24 de 40 casos), para las inflamatorias aquellas asociadas a agentes infecciosos 42% (15 de 36 casos) seguidas de la dermatitis atópica con 36% (13 de 36 casos), la etiología vascular se constituyó en 100% por vasculitis (19 casos).

Los pacientes fueron manejados por el servicio de urgencias en su mayoría con 70.3% (111 casos), sin embargo, un porcentaje importante requirió un manejo por un servicio subespecialista con el 29.7% requiriendo interconsulta (47 casos). De estos últimos, los diagnósticos que en su mayoría requirieron interconsulta fueron las dermatosis infecciosas con 22% (10 de 47 casos), la dermatitis atópica 15% (7 de 47 casos) y las vasculitis con 13% (6 de 47 casos).

Los diagnósticos clínicos con mayor prevalencia fueron: dermatosis infecciosa 19.6% (31 casos), urticaria con 15.2% de los casos, vasculitis con 13.9% (22 casos) y ocasionada por agentes infecciosos con el 10.8% (17 casos), el resto de las patologías se pueden ver descritos en la tabla 1, sin embargo, presentan prevalencias menores al 10%.

Tabla 1. Prevalencias de los diagnósticos dermatológicos en el área de consulta urgencias del Hospital infantil de México Federico Gómez

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Dermatosis infecciosa</i>	31	19.6	19.6	19.6
<i>Eccema</i>	2	1.3	1.3	20.9
<i>Dermatitis atópica</i>	13	8.2	8.2	29.1
<i>Prurigo por insectos</i>	11	7.0	7.0	36.1
<i>Tumores</i>	4	2.5	2.5	38.6
<i>Enf. de anexos</i>	1	0.6	0.6	39.2
<i>Urticaria</i>	24	15.2	15.2	54.4
<i>Angioedema</i>	1	0.6	0.6	55.1
<i>Vasculitis</i>	22	13.9	13.9	69.0
<i>Fármacodermia</i>	3	1.9	1.9	70.9
<i>Agentes infecciosos</i>	17	10.8	10.8	81.6
<i>Dermatosis ampollosas</i>	2	1.3	1.3	82.9
<i>Dermatosis eritematodescamativas</i>	3	1.9	1.9	84.8
<i>Exantema</i>	6	3.8	3.8	88.6
<i>Celulitis</i>	18	11.4	11.4	100.0
<i>Total</i>	158	100.0	100.0	

Elaboración propia con base en la recolección de datos

Por grupo de edad, el diagnóstico más frecuente en los neonatos fue dermatosis infecciosa con 31% (5 de 16 casos), para los lactantes fueron las vasculitis con 22% (5 de 23), para los pre-escolares fueron las vasculitis 24% (10 de 41 casos) seguidos de cerca de la urticaria con 22% (9 de 41 casos), para los escolares fueron en la misma proporción los agentes infecciosos y las celulitis con 15% (ambos con 4 de 26 casos) y para los adolescentes las dermatosis infecciosas 27% (14 de 52 casos) y la urticaria 19% (10 de 52 casos).

Finalmente, con respecto al análisis descriptivo la mayoría de los pacientes fueron dados de alta con tratamiento en domicilio con 57% (90 casos), el 32.9% (52 casos)

requirió internamiento temporal en el área de urgencias y solo el 10.1% (16 casos) requirió ser referido a otra unidad para manejo por unidades de segundo nivel. Aquellos que requirieron envío a otra unidad fueron en su mayoría por dermatitis infecciosa 31.2% (5 de 16 casos), los que fueron dado de alta de forma inmediata con manejo en domicilio fueron aquellos con urticaria con 21% (19 de 90 casos).

DISCUSIÓN

En el periodo de estudio de diciembre a enero de 2021 se atendieron 7,782 consultas de Urgencias pediátricas del hospital infantil de México, de las cuales sólo el 2.03% fueron dermatosis, si bien es un bajo porcentaje para el esperado, lo cual puede estar explicado por diversos motivos, como ser un hospital de alta especialidad, por lo que los pacientes con diagnósticos de base previamente atendidos en nuestra institución acudían a valoración ante cualquier hallazgo dermatológico respecto a pacientes previos sanos, así como también el retraso de la atención, la normalización de múltiples patologías ó la distancia de residencia a la unidad hospitalaria entre otras causas. Este porcentaje en nuestra población es menor respecto a lo descrito en reportes de Del Cas et al (Argentina), Baquero (Sevilla, España) y Suzan A Alhalter (Arabia Saudita), y similar al de Rohini (India).

Los pacientes fueron manejados por el servicio de urgencias en su mayoría en 70.3% (111 casos), sin embargo, un porcentaje importante requirió interconsulta al servicio de dermatología pediátrica en el 29.7% (47 de los casos), si bien es mucho más el porcentaje de atención por la consulta de urgencias de estas patologías debido a su etiología, en una tercera parte se realizó consulta especializada a dermatología, esto es probablemente debido a la dificultad en la identificación de las dermatosis por el servicio de pediatría en formación y de los pacientes con diagnósticos de alta complejidad ya conocidos por nuestra institución.

Respecto al sexo no hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres. Con un porcentaje casi similar entre ambos grupos, lo cual implica que no hay un sesgo por sexo de los pacientes pediátricos que buscan atención en urgencias del área de dermatología.

Los pacientes atendidos en su mayoría fueron adolescentes con el 32.9%, seguidos de los niños prescolares 25.9%, y neonatos solo en un 10.1%. Esto posiblemente ocasionado por que a mayor edad es más fácil que el paciente pediátrico pueda informar sobre las molestias que ocasionan las lesiones dermatológicas, como dolor o prurito.

Por grupo de edad, el diagnóstico más frecuente en los neonatos fue dermatosis infecciosa, para los lactantes y pre-escolares fueron las vasculitis, esto probablemente causado por el virus Covid 19, el cual esta estrechamente relacionado con el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico fenotipo kawasaki, para los escolares fueron en la misma proporción los agentes infecciosos y las celulitis y para los adolescentes las dermatosis infecciosas 27% (14 de 52 casos) y la urticaria 19% (10 de 52 casos).

En relación al grupo etiológico más frecuente, el cual fue infeccioso, coincide con lo descrito en la literatura, similar en porcentajes en Estados Unidos, India y Argentina, seguido de los trastornos inmunoalérgicos con una incidencia similar a Suiza y Arabia Saudita. Por lo que si se crean estrategias de capacitación en patologías dermatológicas al pediatra en formación, aquellas con mayor prevalencia son las que deben ser priorizadas, y actualizadas en las guías de dicha subespecialidad de nuestra institución para minimizar las interconsultas al servicio de dermatología que

si bien son patologías que puedan seguir siendo tratadas en el servicio de consulta de urgencias.

Nuestros hallazgos son congruentes con estudios previos que muestran los diagnósticos cutáneos más comunes, los más prevalentes son dermatosis infecciosa, urticaria, vasculitis y ocasionada por agentes infecciosos las cuales no se caracterizan por precisar atención de urgencia por el servicio de dermatología pediátrica sin embargo si por el servicio de consulta de urgencias pediátricas.

Por último la mayoría de los pacientes pediátricos fueron dados de alta con tratamiento en domicilio en 57% de los casos, el 32.9% requirió internamiento temporal en el área de urgencias esto debido a diagnósticos de base complejos como pacientes inmunosuprimidos.

CONCLUSIONES

Las dermatosis en la consulta de urgencias son motivo relativamente frecuente de asistencia al servicio de urgencias. Sin embargo en menor proporción que otras enfermedades, si bien muchas de estas causas son tratadas en el servicio de urgencias, una buena proporción requiere una valoración por personal especializado en dermatología, por lo que es necesario instruir al personal de pediatría en formación de las patologías más frecuentes reportadas y el manejo de los trastornos más comunes identificados en este estudio, incluyendo las de etiología infecciosa, inmunoalérgicas, inflamatorias, vasculares y reacciones medicamentosas, esto lograría disminuir el tiempo de espera del paciente y la interconsulta al servicio de dermatología la cual no se consideraría como urgencia.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año	2020					2021								
Actividades	Mes													
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	S
Elaboración del protocolo de investigación														
Revisión del protocolo de investigación														
Recolección de datos														
Organización de datos y análisis de resultados														
Redacción del informe final														

Limitación del estudio

- Falta de registros en el expediente.
- Falta de datos disponibles ó confiables.

Consideraciones éticas

Se cuidará en todo momento la confidencialidad de los datos personales de los pacientes.

Referencias bibliográficas:

- 1.- Ferrufino Euceda, J., Caballero Castro, H., & Guerra, J. (2017). Caracterización epidemiológica y clínica de las cinco dermatosis más frecuentes en consulta externa pediátrica dermatológica. *Acta Pediátrica Hondureña*, 6(2), pp. 473-478.
- 2.- Bazán-Godínez S, Pérez-Tuñón JG. Dermatosis atendidas en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico. *Dermatol Rev Mex*. 2018 septiembre octubre;62(5), pp. 386-391.
- 3.- Avilés-Izquierdo, J. A., Izquierdo del Monte, M. G., Martín-Madruga, M. E., Ardiaca-Burgues, L., Pulido-Fernández, S., & Lázaro-Ochaita, P. (2006). *Enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en atención primaria*. *Piel*, 21(4), pp. 176–179.
- 4.- Dei-Cas I, Carrizo D, Giri M, Boyne G, Domínguez N, Novello V, Acuña K, Dei-Cas P. Infectious skin disorders encountered in a pediatric emergency department of a tertiary care hospital in Argentina: a descriptive study. *Int J Dermatol*. 2019 Mar;58(3), pp. 288-295.
- 5.-Brigitte Landolta,b, Georg Staublib,c, Ulrich Lipsb,d, Lisa Weibela,b,e. (31.12.2013). Skin disorders encountered in a Swiss paediatric emergency department. *Swiss medical weekly, collection 0102*, 1-6. 2013, *De The european Journal of medical sciences*, pp. 24-29.
- 6.- Mathias RC, Jayaseelan E, Augustine M. Spectrum of pediatric dermatological emergencies at a tertiary care hospital in India: a descriptive study. *Int J Dermatol*. 2013 Jan;52(1),pp. 27-31.
- 7.- Sathishkumar D, Udhayakumar P, Adhikari DD, George R. Pediatric Cutaneous Emergencies and their Outcome: Study from a Tertiary Care Center in South India. *Indian Dermatol Online J*. 2019 Nov 1;10(6), pp. 650-656.
- 8.- E. Baquero-Sánchez, J. Bernabéu-Wittel, J.J. Dominguez-Cruz, J. Conejo-Mir Paediatric dermatology emergencies in a tertiary hospital *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 83, Issue 6, December 2015, pp 397-403.

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

- 9.- Jorge Ismael Zaragoza Mora, Erick Martínez-Herrera, Gisela Abigail Monroy-Prado, Óscar Uriel Torres-Páez y Rodolfo Pinto-Almazán, Acute Drug Reactions in Children. Prevalence in a High-Specialties Hospital in Mexico, *DermatologíaCMQ*2019;17(3), pp. 161-165.
- 10.- Suzan A. AlKhater, Randa Dibo, Bashayer Al-Awam, Prevalence and pattern of dermatological disorders in the pediatric emergency service, *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery*, Volume 21, Issue 1, 2017, pp. 7-13.
- 11.- Brigitte Landolt^{a,b}, Georg Staubli^{b,c}, Ulrich Lipsb^d, Lisa Weibela^{b,e}. (31.12.2013). Skin disorders encountered in a Swiss paediatric emergency department. *Swiss medical weekly*, collection 0102. 2013, De The european Journal of medical sciences, pp.1-13.
- 12.- Larenas-Linnemann D. et al, Cutaneous Manifestations Related to COVID-19 Immune Dysregulation in the Pediatric Age Group. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2021 Feb 25;21(2):13, pp. 12-24.
- 13.- Mena cedillos Carlos A., et al. (2003). Guías diagnósticas y terapéuticas de las 10 patologías más frecuentes . 2004, de Hospital Infantil de México Federico Gómez, Buscador: Google, Obtención de datos: Junio 2021, Sitio web: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GDermatologia>
- 14.- Sáez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L, Greenawalt-Rodríguez S. Abordaje clínico y manejo integral de la dermatitis irritativa por pañal. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(6), pp. 427-432.
- 15.- García-Patos Briones. (2015). dermatosis zoonositarias. 31 de mayo 2015, de Asociación española de pediatría. Buscador: Pubmed, fecha de búsqueda: Junio, 2021, Sitio web: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/zoonositarias.pdf>
- 16.- Lea Solman y Alison M. Layton, Acne in childhood RSS, *Paediatrics and Child Health*, 2019-02-01, Volumen 29, Número 2, pp. 85-89.
- 17.- Gerlero, P. et al, Treatment of Warts in Children: An Update, *Servicio de Dermatología, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba*, 16 February 2016. Vol. 107. Núm. 7. pp. 551-558.
- 18.- Gupta, A. K. et al. (2018). Tinea capitis in children: a systematic review of management. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2018 Dec;32(12): pp.2264-2274.
- 19.- Renee M. Howard e Ilona J. Frieden, Enfermedades vesiculopustulosas y erosivas en recién nacidos y lactantes, *Dermatología* 4ta edición, LeSevier, pp.38-54
- 20.- Urvi Pajvani, et al, The relationship between family medical history and childhood vitiligo, *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 55, Issue 2, 2006, pp. 238-244.

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

21.- Vitiligo ref. Alain Taïeb, et al., Special Considerations in Children with Vitiligo, *Dermatologic Clinics*, 2017-04-01, Elsevier Volumen 35, Número 2, pp. 229-233.

22.- Amelia Breyre, MD, Bradley W. Frazee, MD, Skin and Soft Tissue Infections in the Emergency Department, *Emergency Medicine Clinics of North America*, 2018-11-01, Volumen 36, Número 4, pp.723-750.

23.-Robin P. Gehris, Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis, Dermatology, cap. 8, Science direct, Elsevier, pp. 275-340

24.- Eichenfield, L. F. et al ,(2014). Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 71(1) pp. 116–132.

25.- Uribe-Álvarez et all. Las enfermedades transmitidas por vectores y el potencial uso de Wolbachia, una bacteria endocelular obligada, para erradicarlas. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(6), pp. 51-55.

26.- Larenas-Linnemann D, et all, . Cutaneous Manifestations Related to COVID-19 Immune Dysregulation in the Pediatric Age Group. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2021, Feb 25;21(2):13, pp. 23-31

Anexos:

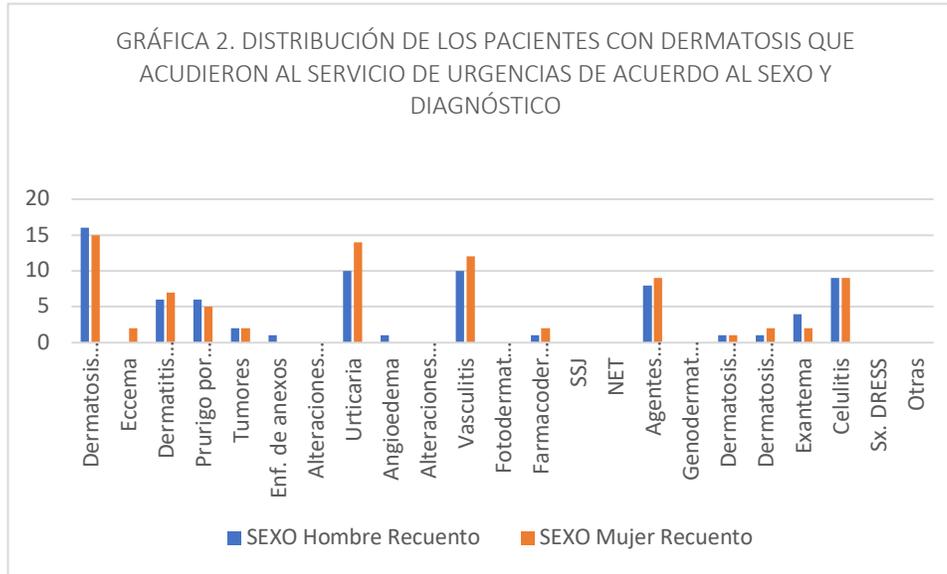
Hoja de recolección de datos:

Iniciales			
Género	<input type="checkbox"/> 0= Masculino <input type="checkbox"/> 1= Femenino	Grupo de edad: <input type="checkbox"/> Neonatos <input type="checkbox"/> Lactantes <input type="checkbox"/> Pre-escolares <input type="checkbox"/> Escolares <input type="checkbox"/> Adolescentes	

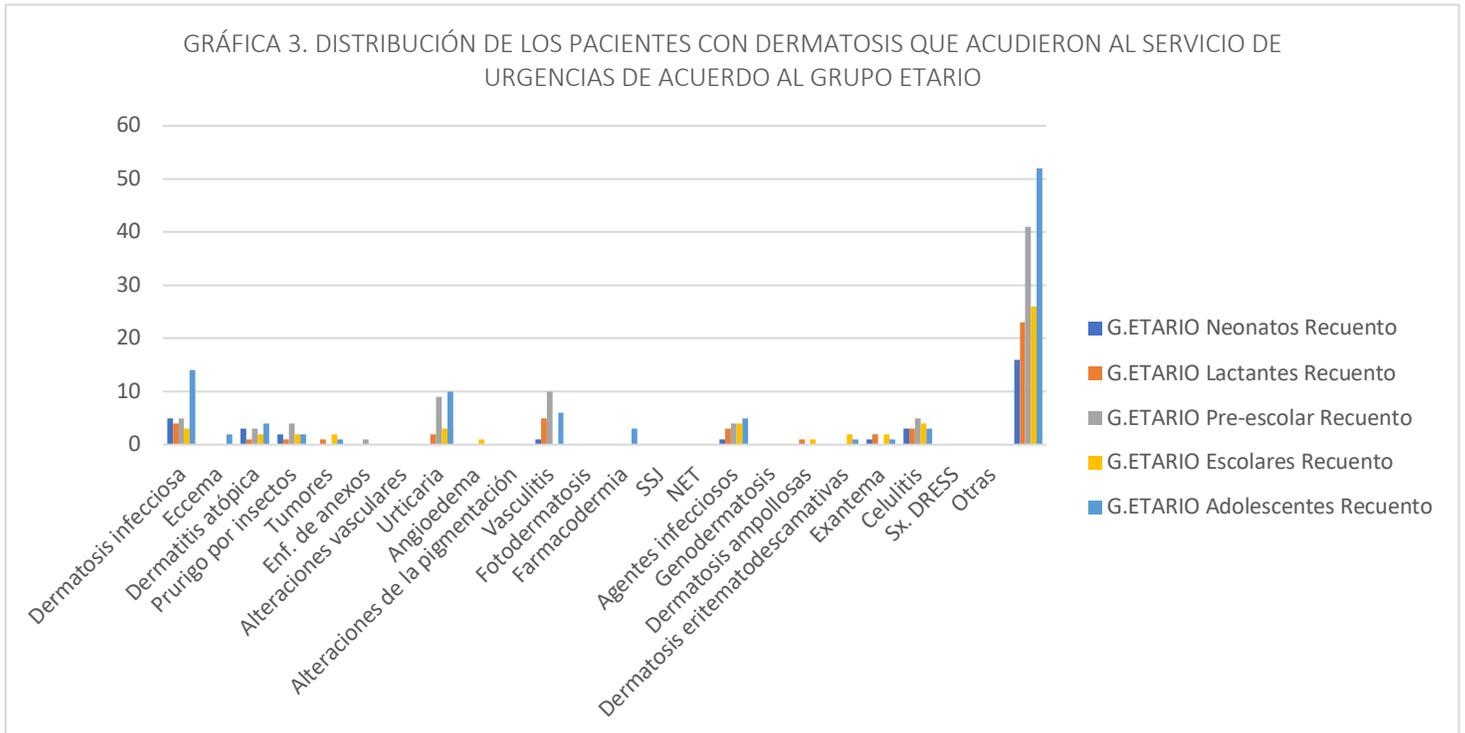
ETIOLOGÍA

Infeciosa <input type="checkbox"/>	Inmunoalérgica <input type="checkbox"/>	Inflamatoria <input type="checkbox"/>	Vascular <input type="checkbox"/>
Celulitis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exantema Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otras:	Eccema: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prurigo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Urticaria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Angioedema: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fotodermatosis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ampollosas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eritematodescamativas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otras:	Eccema: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dermatitis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vasculitis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ampollosas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eritematodescamativas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otras:	Vasculitis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otras:
Tumoral <input type="checkbox"/>	Agentes físicos <input type="checkbox"/>	Farmacodermias <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
Descripción:	Descripción:	SSJ: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NET: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DRESS: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otras:	Alteraciones en pigmentación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades de anexos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Genodermatosis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

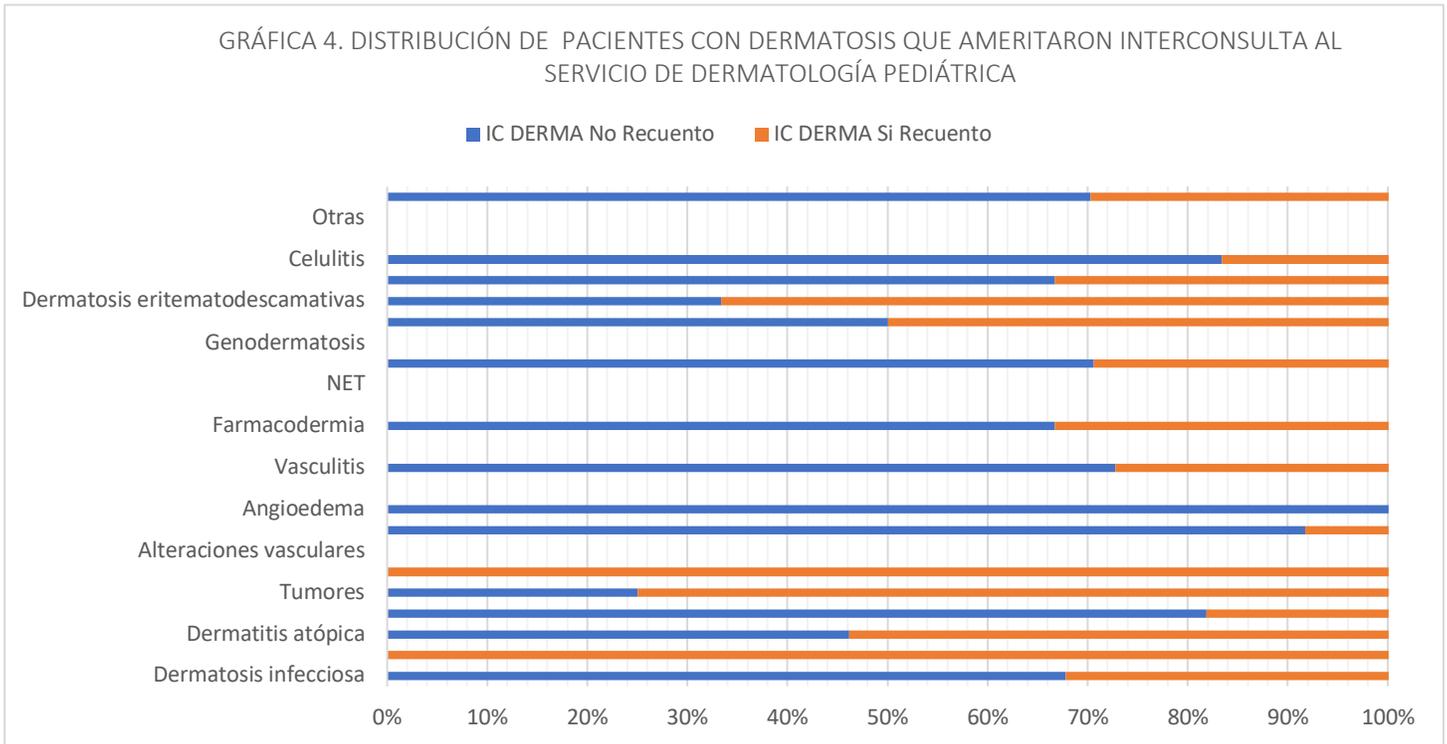


Elaboración propia con base en la recolección de datos

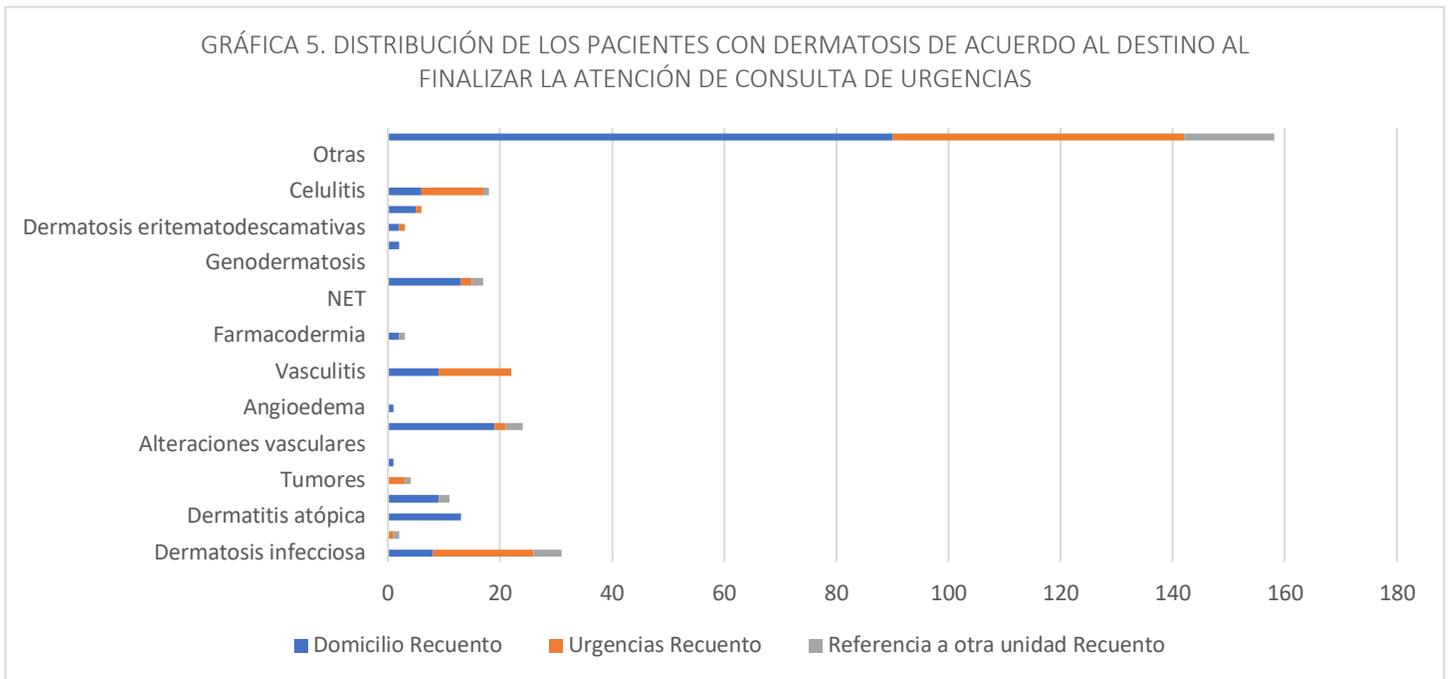


Elaboración propia con base en la recolección de datos

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez



Elaboración propia con base en la recolección de datos



Elaboración propia con base en la recolección de datos

Frecuencia de las dermatosis atendidas en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DERMATOSIS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE URGENCIAS DE ACUERDO AL GRUPO ETIOLÓGICO.

		Infecciosa	Inmunoalérgica	Inflamatoria	Vascular	Tumoral	Farmacodermias	Por agentes físicos	Otros
Diagnóstico dermatológico	Dermatosis infecciosa	28	0	3	0	0	0	0	0
	Eccema	1	0	1	0	0	0	0	0
	Dermatitis atópica	0	0	13	0	0	0	0	0
	Prurigo por insectos	0	11	0	0	0	0	0	0
	Tumores	0	0	0	0	4	0	0	0
	Enf. de anexos	0	1	0	0	0	0	0	0
	Alteraciones vasculares	0	0	0	0	0	0	0	0
	Urticaria	0	24	0	0	0	0	0	0
	Angioedema	0	1	0	0	0	0	0	0
	Alteraciones de la pigmentación	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vasculitis	3	0	0	19	0	0	0	0
	Fotodermatitis	0	0	0	0	0	0	0	0
	Farmacodermia	0	1	1	0	0	1	0	0
	SSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	NET	0	0	0	0	0	0	0	0
	Agentes infecciosos	0	1	15	0	0	0	1	0
	Genodermatosis	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dermatitis ampollosas	1	1	0	0	0	0	0	0
	Dermatitis eritematodes camativas	0	0	3	0	0	0	0	0
	Exantema	6	0	0	0	0	0	0	0
	Celulitis	18	0	0	0	0	0	0	0
	Sx. DRESS	0	0	0	0	0	0	0	0
	Otras	0	0	0	0	0	0	0	0
		57	40	36	19	4	1	1	0

Elaboración propia con base en la recolección de datos