11212

38

D E R M A T I T I S

D E L

A R E A D E L P A N A L

TESIS DE POSTGRADO EN DERMATOLOGIA, LEPROLOGIA Y MICOLOGIA.

CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dr. Balfré Torres Bibiano.
México, D.F.,

2002

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Al profr. Dr. Fernando Latapí
Mi agradecimiento eterno por sus valiosísimos conocimientos que me transmitió durante mi formación como dermatólogo.
Honor a quien honor merece.

Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez.
Ejemplo de muchas generaciones, gracias por su desinteresada ayuda y el gran apoyo brindado.

Profundo agradecimiento a los asesores de esta tesis.
Drs. Roberto Arenas Guzmán.
Guadalupe Ibarra Durán.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dr. Rafael Equihua y esposa.
Afecto y gratitud.

A mis queridos maestros:

Dr. Amado Saúl Cano.
Dr. Eduardo Castro Bernal.
Dr. Alvaro Peñaloza.
Dra. Yolanda Ortiz
Dra. Rosa María Gutiérrez
Dra. Elvia Pérez.
Mi reconocimiento y gratitud.

Al químico Samuel Reynoso.
Gracias por su gran ayuda en el campo de la micología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis amores, Irma y Karlo,
esposa e hijo.

A lo mejor que la vida me ha otorgado, mis padres.
Julio (D.E.P.) y María.

A mis hermanos:

Jesús.
Máxima.
Lucila.
Diego.

Especial gratitud para:
Alejandro y Emperatríz,
cuñado y hermana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reconocimiento por su apoyo constante a la familia Cárdenas Villalobos.

A los esposos Norma y Fernando, por el interés en mi formación.

Por sus consejos y sabias enseñanzas, gracias Madre Caritina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con justicia y cariño a mi tía,
Carlota e hijas.

A mis suegros:
Ernestina y Ramón.

Sin olvidar tu valiosa ayuda,
Lupita Ontiveros.

A mis inolvidables amigos:
Lupita y Carlos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

I. - P A R T E .

Indice

Introducción I

Historia 3

Fisiología de la Piel del Neonato 5

Definción 16

Sinonimia 17

Etiología 17

Cuadro Clínico 17

Sintomatología 19

Etiopatogenia 19

Alteraciones por Corticoesteroides, bibliografía. 23

Histopatología 27

Complicaciones 29

Diagnóstico Diferencial 30

Pronóstico 31

Tratamiento 31

Microorganismos de la Zona del Pañal 36

Fotos Clínicas 39

II. -P A R T E .

Objetivos 51

Material y Métodos 52

Resultados 60

Comentarios 77

Conclusiones 82

Bibliografía 84

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N T R O D U C C I O N

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El infante quizá sea la figura más importante y relevante dentro del núcleo familiar, sobre el cual se centran las atenciones de los padres, hermanos y demás, para el que no admitimos ofensas de ninguna índole y en el que vemos a la criatura indefensa y tierna que merece nuestros lazos de afecto, amor y protección.

En este extremo de la vida puede considerarse que el recien nacido atraviesa por una etapa difícil ya que por su misma condición no nos puede señalar o indicar los problemas de piel u otros órganos que pueden perturbar su tranquilidad, y es el cuidado y observación de la madre o en ocasiones la inquietud o el llanto lo que nos dá la pauta para fijar la atención en él.

Es a nosotros los médicos, llámese dermatólogo, pediátra o médico general, a los que corresponde hacer un examen físico general minucioso, si se quiere hasta detectivesco que incluya desde la región cefálica a la podálica, fijando como meta cuál o cuáles son las posibles áreas que presentan patología.

Por otro lado, una vez descubiertas estas áreas debemos tener presente que como médicos, lo primero es no hacer daño y que es preferible no hacer nada a empeorar la situación, ya que en nuestro país como en otras latitudes existen las compañías transnacionales que muchas veces nos colman de propaganda mal intencionada que lejos de ayudarnos a resolver los problemas de nuestros pacientes los hacen más complicados, obviamente que ésto va aparejado con la ignorancia del médico o los intereses creados.

Toca a las madres, en el caso de la dermatitis del área del pañal tener el cuidado necesario en el cambio frecuente de los pañales mojados

y en el perfecto lavado de los mismos con suficiente agua y jabón para así evitar la irritación de la piel vecina a los genitales y posteriormente las sobreinfecciones que puedan presentarse y agravar más la situación.

Estos detalles quizá no nos resuelvan totalmente la problemática que implica esta dermatosis pero al menos nos serán de gran utilidad en algunos casos.

La dermatitis del área del pañal es un desorden universal que ciertamente no ataca estructuras vitales pero que algunas veces su severidad es desastrosa, se produce por las noches generalmente y sus manifestaciones son usualmente limitadas al primer año de vida, desapareciendo cuando se dejan de usar los pañales.

Probablemente lo sencillo para la elaboración de su diagnóstico y lo frecuente en su aparición hace muy a menudo que no le demos la importancia debida por parte del médico y la madre, y por lo mismo su manejo y tratamiento no sean los adecuados, haciendo con ello víctima a estos pequeños de numerosas pomadas, unguentos, cremas, polvos y remedios "caseros".

La alta frecuencia con que es observada esta dermatosis en este centro dermatológico, en la consulta privada y la casi nula aportación a la lituratura mundial por parte de los médicos mexicanos, así como las grandes interrogantes que todavía presenta en su etiología fué lo que me motivó a realizar esta tésis.

Es obvio que lo escrito no es novedoso, ni pretendo que lo sea, sólo quiero con ésto estimular a futuras generaciones para que interesen en investigar y reportar lo que ocurre en el área cubierta por el pañal.

El autor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

H I S T O R I A

La dermatitis del área del pañal es una de las afecciones cutáneas más frecuentes durante la edad de la lactancia, es conocida en dermatología pediátrica desde 1876, cuando fué descrita por Parrot.

En 1877 Jacquet describió una erupción en la zona de los pañales, y desde entonces se han repetido los esfuerzos para explicar el trastorno.

Parrot describió una forma vesicular y una papulosa, y atribuyó esta última a la sífilis, denominandola sífilis lenticular.

La idea de que la sífilis era una causa principal de "exantemas" por pañal persistió hasta los primeros años del siglo actual.

Al inicio de este siglo se intentó explicar el "exantema" del pañal basándose en la nutrición, alcalinidad de las heces, infección e irritación, tanto química como mecánica.

En 1915, Zahorsky llamó la atención hacia la asociación casi constante del olor amoniacal en el pañal con la erupción en la zona cutánea correspondiente.

Sin embargo, esta asociación no se aclaró hasta que Cooke (1921) aisló en orina y heces el brevibacterium amoniágenes (bactaria aerobia gram positiva) y demostró el papel de ésta en la producción de amoniáco a partir de la urea que se encuentra en la orina.

El aclaramiento del problema de la dermatitis amoniacal fué interesante, pero desafortunadamente hizo que se diera demasiada importancia a este mecanismo de producción del "exantema" con exclusión de todos los demás factores. De hecho, hasta hace poco la mayor parte de textos mencionaban la dermatitis amoniacal con el nombre de "exantema de pañal".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1961 Burgoon y cols. afirmaron que el 'exantema de pañal" no es un trastorno específico, sino más bien una reacción de la piel en una zona localizada.

Indicaron que se producían diversos cambios morfológicos por acción de factores causales múltiples.

Estos autores dividieron tales factores en predisponentes y activantes.

En la actualidad muchos autores (Ross, Benson, Nagmatsu, entre otros) han descrito los numerosos factores que intervienen en la producción de la dermatitis del área del pañal, así como las diferentes normas terapéuticas a seguir ante su aparición en el lactante. (7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FISIOLOGIA DE LA PIEL DEL NEONATO.

LA SUPERFICIE CUTANEA.

La epidermis fetal es un órgano rico en glucógeno que está cubierto por una mezcla de células de descamación, sebo, agua, y otras substancias derivadas del líquido amniótico. Esta película grasosa, o vernix caseoso, se pierde durante las primeras semanas de la vida por el cambio normal de la epidermis, favorecido por el lavado con agua y la frotación con aceites a que frecuentemente se somete al recien nacido. El glucógeno que se encuentra dentro de las células epidérmicas desaparece de la superficie cutánea después del sexto mes fetal, ya que las células basales dejan de producirlo pasado este período. El glucógeno de la capa basal puede reaparecer durante la queratogénesis que se produce cuando la piel está lesionada o en vías de reconstrucción (Pass, 1965).

FUNCIONES DE LA SUPERFICIE DE LA PIEL

pH de la piel

La determinación del pH cutáneo es, en realidad, la medida de la concentración del ión hidrógeno en la fase acuosa de la emulsión superficial.

Aunque el pH superficial de la mayor parte del cuerpo es ácido en el niño y el adulto, la acidez de la superficie cutánea es un fenómeno que depende de la edad, como lo demuestran los detallados estudios de Behrendt y Green (1971). En una serie importante de infantes nacidos a término, se obtuvo un pH superficial medio de 6.34 en los dos primeros días de vida, utilizando datos combinados de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tres sitios diferentes; hombro, axila y abdomen. Durante los cuatro días siguientes el pH descendió a 4.95 y entre el séptimo y trigésimo día bajó aún más, a 4.70. Sin embargo, hay que hacer notar que se advirtió una amplia variación individual entre los infantes, con cifras de 3.4 a 8.5 en los días primero y segundo, 3.0 a 7.9 en el tercero al sexto, y 3.2 a 7.2 del séptimo al trigésimo. No se advirtieron diferencias por sexo o raza. Los datos de los infantes de bajo peso al nacimiento indican una declinación similar en el pH superficial con el aumento de la edad postnatal.

Es de suponer que la neutralidad de la capa superficial al nacer esté influída por el pH del vernix caseoso y el líquido amniótico en el que ha estado sumergido el infante. Aún después de quitado el vernix el pH de la piel se mantiene elevado durante el primero o segundo día de la vida. El mecanismo responsable de la variación del pH durante los días siguientes es poco claro, pero puede estar relacionado con la alteración en la composición de los lípidos superficiales y de la capacidad funcional y actividad de las glándulas ecrinas.

SEBO

A veces, el infante presenta acné en el período neonatal. Esto es posiblemente resultado de una excesiva respuesta idiosincrática de las glándulas sebaceas del infante al estímulo de los andrógenos maternos.

Es igualmente interesante hacer notar que los infantes con un síndrome de testículo feminizante tienen glándulas sebáceas incapaces de ser estimuladas por la testosterona porque carecen, en apariencia, de la enzima responsable de convertir la testosterona inactiva en 5-dihidrotestosterona activa. Los niños con un síndrome de testículo

feminizante no llegan a tener acné.

Ramasastry y sus colegas (1970) estudiaron los efectos de la edad sobre las alteraciones de los lípidos superficiales de la piel normal en 51 sujetos, de 5 días a 15 años de edad. Utilizando una microtécnica, se estableció que , cualitativa y cuantitativamente, los lípidos de la superficie cutánea del recién nacido son similares a los de los adultos. Las cifras varían lentamente, de manera que a los 4 años de edad, los lípidos reflejan una relativa inactividad de las glándulas sebáceas. En el primer mes, la película superficial es rica en triglicéridos, ácidos grasos libres y ésteres céreos (sebo) y pobre en colesterol (lípidos epidérmicos).

A la edad de 4 años el lípido que predomina es el colesterol, lo que refleja la inactividad de las glándulas sebáceas. En la pubertad los lípidos cambian otra vez de carácter, como resultado de la activación de la función de las glándulas sebáceas.

F L O R A C U T A N E A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La colonización de la piel del recién nacido es un hecho fisiológico que se produce durante las primeras horas y los primeros días de la vida y pueden ser modificados por factores ambientales. En un estudio de la flora bacteriana de los infantes en el momento del parto, se encontró la piel colonizada principalmente por estafilococos coagulasa negativos no patógenos y bacilos difteriodes, presentándose coliformes en un 10% y estreptococos en un 45% de los infantes (Sarkany, 1967).

No se encontraron, en número apreciable, ni estafilococos ni Candida albicans. La piel de los infantes nacidos por cesárea aparecía,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por lo general, estéril. Durante las horas siguientes de la vida se notó un agudo aumento del número de todos los tipos de flora.

En un amplio estudio sobre colonización de la región umbilical, se encontró que el microorganismo predominante era el estafilococo epidermidis (estafilococo coagulasa-negativo), mientras que también se cultivaron, en pequeño número, estafilococo aureus, estreptococos gamma, pseudomonas, klebsiella-enterobacter y algunas otras especies.

Un número de infantes cada vez mayor se hallaba colonizado por estos microorganismos hasta el cuarto día, momento en el cual aproximadamente el 80% de la población infantil madura estaba colonizada en la región umbilical. Los infantes prematuros tenían, en relación con los nacidos a término, una mayor prevalencia de estafilococo aureus en la región umbilical. No se advirtieron diferencias por sexo (Evans, 1970).

El número y las especies de microorganismos que se encuentran en la piel del infante pueden verse alterados profundamente por la manipulación de las condiciones ambientales. Aunque el lavado de rutina con agua y jabón no parece influir sobre la frecuencia o la forma de colonización cutánea, se ha observado que el lavado con hexaclorofeno provoca una notable supresión de la flora cutánea permanente, así como una disminución en el número de estafilococos aureus. El efecto sobre los estreptococos o la E. coli es reducido.

También se observó un aumento promedio del 20% en la incidencia de proteus en todos los sitios (Sarkany, 1970).

Los infantes que resultan muy colonizados con estafilococos y bacilos gramnegativos son más propensos a la infección que los que presentan una escasa colonización. El traspaso de organismos potencialmente patógenos se pueden producir por la manipulación de la madre

o el personal de enfermería, así como por contacto con microorganismos transmitidos por las escamas de la piel y dispersados en el medio ambiente. El estafilococo aureus puede hallarse con relativa frecuencia en la ingle, axila, y ombligo. La adquisición de microorganismos gramnegativos, sobre todo en el infante de pre-término, es facilitada cuando en la cuna de aislamiento se mantiene una atmósfera con elevado índice de humedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA BARRERA EPIDERMICA

Absorción percutánea.

Es sabido que la barrera fisiológica a la penetración de la piel por substancias exógenas reside casi enteramente en el estrato córneo, la capa externa compacta de la epidermis. El fenómeno de la absorción percutánea es fundamentalmente la difusión de una substancia a través del estrato córneo de la epidermis hacia la dermis, donde se cumple el pasaje de la microcirculación. La entrada en la dermis se produce a través de los orificios de las estructuras anexiales, que pueden actuar como desvíos en este proceso, pero su área superficial relativa es pequeña (Scheuplein, 1971), y su contribución a la permeabilidad de toda la epidermis está limitada, salvo en cuanto a permitir la entrada de ciertas moléculas de gran tamaño.

La variación en las cifras de permeabilidad está quizá relacionada también con las diferencias anatómicas en el espesor del estrato córneo.

Sin embargo, la absorción también es modificada por factores genéticos y otras variables, como la solubilidad lípida y acuosa de la substancia penetrante, hiperemia de la piel y alteraciones en la temperatura e hidratación cutánea.

Se conoce muy poco acerca de la permeabilidad de la piel fetal y

neonatal. Los estudios recientes de la función de barrera en fetos de rata y de cobayo sugieren que la maduración de la barrera epidérmica se produce durante la última cuarta parte de la gestación, como lo demuestra la disminución en la permeabilidad acuosa, el aumento en el contenido epidérmico en sulfhidrilos (como medida de queratinización) y las alteraciones de la ultraestructura de las células epidérmicas (Singer, 1971).

El aumento en la permeabilidad por difusión de la piel de fetos de menos de 24 semanas de edad, se ha demostrado por medio de preparados in vitro y con el empleo de líquidos isotópicos (Parmley, 1970).

Los estudios in vivo apoyan el argumento de que la piel fetal puede ser más permeable que la del adulto. Nachman y Esterly (1971) evaluaron la permeabilidad midiendo la respuesta de empalidecimiento de la piel de infantes de diferente edad gestacional, a la aplicación tópica de solución de neo-sinefrina al 10%.

Los infantes de una edad gestacional de 28 a 34 semanas tenían una respuesta de empalidecimiento rápida que no se producía después del 21 días de vida postnatal. Los infantes de edad gestacional de 35 a 37 semanas respondían de una manera menos espectacular y perdían esta respuesta a los 7 y 10 días de edad.

Los infantes de término, en la mayoría de los casos, no mostraban ese empalidecimiento ni en el primer día de vida.

En los infantes de cualquier edad parecía que las palmas y las plantas no eran permeables a la neo-sinefrina.

Es necesario acumular más datos sobre la absorción percutánea en el feto humano y en el recien nacido; desgraciadamente, los estudios en animales ofrecen resultados que son difíciles de interpretar, porque la permeabilidad no es directamente comparable entre las diferentes especies de mamíferos (Tregar, 1966).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERDIDA DE AGUA TRANSEPIDERMICA.

La pérdida de agua transepidérmica de un número de factores que incluyen las variaciones regionales, la hidratación del estrato córneo, la temperatura de la superficie cutánea, la humedad ambiente y el control neural de la sudación ecrina.

Normalmente, en el infante recién nacido, hay conservación de la pérdida de agua. Weldnauer y Kennedy (1970) demostraron en este grupo de edad una pérdida de agua transepidérmica un 30% inferior a la del infante algunas semanas mayor.

Aunque la inactividad de la glándula ecrina en este período podría desempeñar cierto papel en este fenómeno, el reciente hallazgo en infantes de pretérmino de que la fototerapia (empleada en casos de hiperbilirrubinemia) provoca un aumento en la pérdida de agua transepidérmica (Wu, 1972) sugiere que podrían ser igualmente importantes otros factores como la dilatación vascular y los efectos fotobiológicos.

Sudación

Las glándulas sudoríparas ecrinas se hallan distribuidas por todo el cuerpo. En las últimas etapas del desarrollo fetal (unas 28 semanas) estas glándulas adquieren propiedades secretoras.

En el momento del nacimiento no existe sudación funcional o es muy escasa. Durante este tiempo es fundamental el adecuado control ambiental para el mantenimiento de la temperatura normal del cuerpo.

En infantes maduros normales, la transpiración comienza alrededor del tercer día postnatal y rápidamente alcanza la función del adulto, pero no se llega a una actividad completa hasta dos o tres años antes de la pubertad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sudación térmica (Kuno, 1956), los infantes de término recién nacidos sometidos al calor, no son capaces de hacer descender la temperatura cutánea por medio de la transpiración. En estos niños se observa un aumento en la temperatura rectal hasta que se inicie la respuesta de sudación.

En la mayoría de los casos, ésto se produce entre el segundo y el quinto día postnatal. Los infantes de pretérmino o de bajo peso al nacimiento sufren una demora de 21 a 33 días en el comienzo de la transpiración.

Sudación mental (Kuno, 1956), en 18 infantes de término recién nacidos se estudió la transpiración provocada emocionalmente y se observó que ella se inicia de los 38 a los 97 días después del nacimiento.

Kuno considera que la inducción de la transpiración térmica depende de la maduración de un centro hipotalámico y que la transpiración emocional depende de la maduración de la corteza cerebral.

Componentes del sudor.

El sudor contiene agua, electrolitos y lactato. La glucosa se encuentra en concentraciones mínimas (3 a 10 mg./100 ml.). El pH del sudor se halla entre 4 y 6.8.

En la fibrosis quística, el sodio del sudor puede elevarse por encima de las cifras normales de 60meq/l y alcanza, a menudo, a 90meq/l ó más.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respuesta farmacológica de la glándula ecrina del recién nacido.

Behrendt y Green (1969) estudiaron la respuesta sudorífica de las glándulas ecrinas neonatales a la acetilocolina y la adrenalina.

Después de estudiar 125 neonatos de unos siete días de edad, llegaron a la conclusión de que la respuesta de la glándula sudorípara a estos agentes era función de la edad gestacional. Cuanto menos maduro es el infante, más elevado es el umbral del estímulo. De manera similar, en un estudio posterior (1970) hallaron que el inhibidor de la colinesterasa, la neostigmina, era menos efectivo en la estimulación de la transpiración en los neonatos de término que en los infantes recién nacidos maduros.

En resumen, la glándula sudorípara ecrina parece estar morfológicamente madura a las 28 semanas de edad gestacional, pero funcionalmente inmadura hasta las 38 a 40 semanas de la vida, aproximadamente. No se ha aclarado que componente es responsable de su falta de función.

Tono vasomotor.

El tono vasomotor es alterado por una serie delicada y compleja de mecanismos de control nervioso y farmacológico. A este nivel actúan, probablemente, el sistema nervioso simpático, la noradrenalina, los polipéptidos vaso-activos, los corticosteroides y las prostaglandinas también desempeñan un papel en la vasomotilidad y el tono.

El control nervioso de la termorregulación incluye la participación del hipotálamo, centros cerebrales superiores, nervios autónomos y sensoriales y el reflejo axónico. De manera similar, la circulación venosa es controlada por alteraciones nerviosas, farmacológicas, de los tejidos locales y condiciones hemodinámicas sistémicas.

Es de máxima importancia que el tono circulatorio periférico pueda reflejar también los profundos cambios hemodinámicos que se producen en los vasos sanguíneos cardiopulmonares, umbilicales y otros igualmente importantes durante las primeras horas a los primeros días después del nacimiento (Schaffer, 1971).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además, a medida que se desarrolla la superficie cutánea, proliferan los capilares de manera desordenada y sólo en forma lenta adquieren la forma común del adulto (Perera, 1970).

La presión sanguínea suele ser baja y la sangre es más viscosa. Los últimos factores, combinados con la inmadurez de la pared de los vasos, conducen a la extravasación de líquidos y como resultado, al edema cutáneo.

El infante prematuro muestra una exageración de todas estas respuestas, así como déficit en la transpiración, reflejo de estremecimiento y aislamiento mínimo de la almohadilla grasa.

El resultado es una deficiente regulación de la temperatura corporal y la necesidad de un cuidadoso control ambiental en el infante de bajo peso al nacimiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El reflejo axónico.

La madurez del sistema nervioso periférico está relacionada más con la edad gestacional y el peso, que con la edad media a partir del día del nacimiento. Wilkes, Freedman y Hodgman (1966) estudiaron la reacción de reacción de enrojecimiento a la histamina (que junto con el eritema central y la formación de un habón constituyen la triple respuesta de Lewis) en infantes recién nacidos como índice de la capacidad de reflejo axónico. Hallaron que la reacción del reflejo axónico era menos constante en los neonatos maduros que en los adultos, y más difícil de despertar en infantes prematuros.

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y DE LA PIEL

Guillman (1970) y Sims (1970) estudiaron los efectos cutáneos de la desnutrición y la mayor parte del material incluido en este breve comentario puede encontrarse, ampliado, en sus excelentes revisiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se considera que el problema de la desnutrición es de una enorme importancia universal y que es necesario llamar la atención sobre este aspecto de la biología cutánea.

La alimentación deficiente puede iniciarse poco después del nacimiento y verse agravada por su régimen imprudente después del destete.

Los signos y síntomas sistémicos de la mala nutrición, son evidentemente, más profundos que los que se observan en la piel y aparecen, por lo general, durante el año siguiente. La rapidez con que se presentan los efectos de la desnutrición se relaciona con la constitución genética del paciente, la naturaleza de la dieta deficiente y las interacciones del sistema endócrino del infante, así como algunos de sus mediadores (por ejemplo, la relación entre el ácido araquidónico y las prostaglandinas). Los efectos de la desnutrición sobre la piel son de diferentes tipos: 1) alteraciones pigmentarias, tanto de hiperpigmentación en las zonas expuestas a la luz, como hipopigmentación del cabello. 2) descamación y exfoliación. 3) edema del cutis. 4) comedones e hiperqueratosis perifolicular, y 5) alteraciones del cabello, que incluye reducción de su diámetroy de su crecimiento lineal, que es función de la disminución de la síntesis proteica.

El pelo pierde su ondulación, se vuelve blando y se hincha excesivamente cuando es expuesto al agua. También se altera la curva de tensión-esfuerzo, lo que indica un aumento en la fragilidad del pelo.

ASPECTO DE LA PIEL DEL RECIEN NACIDO.

A las pocas horas del nacimiento, la piel adquiere un intenso color rojo que puede durar un período de varias horas. Cuando se desvanece este eritema se hace evidente un moteado azulado (livedo reticularis) sobre

todo cuando el infante está expuesto a un ambiente frío, con el agregado, a veces, de acrocianosis. También puede observarse un ligero edema localizado sobre el pubis y el dorso de las manos y de los pies, posiblemente como manifestación adicional de la circulación periférica inestable.

Aunque la superficie del cuerpo muestra tendencia a una menor pigmentación durante el período neonatal, posteriormente, ciertas regiones, como la línea alba, las aereolas y el escroto están a menudo intensamente pigmentadas como resultado de las altas cifras de hormonas maternas y placentarias presentes en la circulación. Como respuestas normales de los órganos terminales a estas hormonas, también se observan nódulos de tejido mamario palpables, secreción activa de la glándula mamaria e hiperplasia del Epitelo vaginal.

La piel del infante prematuro es fácilmente distinguible de la piel del infante de término. Al nacimiento, la piel es más transparente y gelatinosa y con tendencia a hallarse exenta de arrugas. El infante prematuro puede aparecer cubierto de un fino lanugo que el infante de término ha perdido o , en algunas regiones, ha sido reemplazado por vello.

Los efectos hormonales sexuales son menos notables en el infante prematuro; el escroto es menos rugoso y pigmentado, los labios mayores son menos prominentes, y las tetillas y las areolas están menos pigmentadas siendo menos palpable el tejido mamario. (21).

Definición.- Rook, la define como un trastorno inflamatorio inducido por contacto prolongado con la orina o heces, o ambos y ocasionalmente por substancias químicas irritantes contenidas en el pañal. (18).

Para Bogaert es la forma de dermatitis por contacto más frecuente en el primer año de vida, causada en la mayoría de los casos por el efecto irritante del amoniáco de la orina y ocasionalmente por detergentes o jabones presentes en el pañal. (2).

Nelson, menciona que es un tipo de reacción cutánea localizada a las zonas cubiertas por el pañal y dada por una gran variedad de alteraciones morfológicas producidas por factores etiológicos múltiples. (17).

Sinonimia.- Dermatitis glútea, (3) dermatitis amoniacal, (7) eritema de Jacquet, (18) exantema del pañal, (7) dermatitis irritante, (23) rosadura por pañal, (22) eritema del pañal y eritema zona del pañal (9).

Etiología - Es una dermatitis de contacto por irritante primario, es una de las dermatosis más frecuentes entre los primeros meses de vida. Es un complejo variable de síntomas inducidos por el amoníaco de la orina, pH de las heces, sobre todo cuando hay diarreas frecuentes, y el material del pañal que actúan en forma directa o indirecta sobre una piel que es suceptible. (23).

Cuadro clínico.- Es una dermatitis por contacto que afecta las superficies cutáneas que están en contacto con el pañal, como son los glúteos, bajo abdomen, genitales, regiones perianal, y parte alta de muslos. Estas regiones son las más afectadas, pero en algunos casos están involucradas otras áreas, como son: tronco, piernas y talones. En ocasiones la distribución depende de la posición que el infante guarde más frecuentemente al estar acostado.

Las flexuras y profundidades de los pliegues generalmente son respetados, sobre todo en niños obesos. (18).

Se caracteriza por: eritema de distinto grado y límites más o menos bien definidos, inflamación de la piel en las áreas afectadas (6) pápulas erosiones, fisuras, vesículas, pústulas pequeñas, (19) pápulas escoriadas, exulceraciones y descamación fina.

En otros momentos de la evolución puede exhibir aspecto más o menos seco, escamoso y liquenificado. (6).

El picante olor a amonio es con frecuencia obvio cuando los niños

están desnudos, sobre todo por la mañana.

Nosotros proponemos una clasificación clínica de la dermatitis del área del pañal, que puede ser fácilmente entendible y muy práctica.

FASES DE LA DERMATITIS DEL AREA DEL PAÑAL

Dermatitis por contacto:

1) Fase aguda.

2) Fase subaguda.

3) Fase crónica.

En la primera fase encontraremos : eritema, vesículas, ampollas, exulceraciones, piel húmeda y maceración. Estas lesiones pueden encontrarse aisladas o combinadas en un mismo paciente.

En la segunda se verán: eritema, pápulas y pápulas decapitadas.

En la tercera observaremos: eritema, descamación fina, liquenificación, pápulas con costras hemáticas y piel con aspecto apergaminado. (8).

Sifiloide post-erosiva de Sevestre-Jacquet.- Las lesiones habitualmente se van a localizar en la zona genital o perianal, llegando en ocasiones a semejar a las observadas en la sífilis.

El cuadro clínico está formado por algunas vesículas superficiales, pústulas aisladas, pápulas duras que miden algunos milímetros de diámetro, de color rojizo o rojo azulado, de superficie lisa, brillante y en cuyo vértice hay una ligera erosión o ulceración. No tienen tendencia a confluir, pero sí a unirse en grupos numerosos que asientan sobre una piel sana o algo eritematosa; por fuera de esa región hay elementos aislados, sobre piel con aspecto normal.

Al curar dejan una pequeña zona pigmentada que finalmente desaparece. Si las condiciones etiológicas persisten, se presentan nuevos brotes, pu-

diendo verse elementos en distintos estadios evolutivos. (10).

Dermatitis del pañal con lesiones psoriasiformes.- La condición es probablemente una verdadera psoriasis inducida por factores externos en un infante con predisposición genética.

El cuadro se inicia generalmente entre el segundo y octavo mes de vida, se desarrolla casi explosivamente y usualmente alcanza su plenitud en unos cuantos días.

Las lesiones son placas bien delimitadas, levantadas, escamosas, de color rojo obscuro o café amarillentas con un borde bien definido.

En ocasiones estas lesiones sólo se encuentran en el área del pañal, pero en otras el cráneo también se vé involucrado.

En el área del pañal las lesiones son largas y más prominentes y pueden extenderse a miembros inferiores o tronco.

En el cráneo las áreas pueden ser múltiples, circunscritas o difusas pero bien definidas.

Pequeñas áreas difusas pueden salir en glúteos y una que otra en la cara, especialmente en los párpados, alrededor de los oídos, en el cuello y las axilas. El estado general no se ve afectado y no parece haber prurito.

Las lesiones generalmente desaparecen en unas cuantas semanas con un tratamiento simple; las recaídas son excepcionales, pero el pronóstico es incierto. (18).

Candidiasis en el área del pañal.- Candida albicans es en ocasiones aislada de la piel afectada por lesiones en la zona cubierta por el pañal.

Es común encontrar placas eritematosas húmedas, fisuras y pústulas.(23)

SINTOMATOLOGIA.- Prurito, el cual puede ser de grado variable y que ocasiona irritabilidad, inquietud, llanto y poco descanso al infante. (22).

ETIOPATOGENIA.- Para que aparezca el eritema en la zona del pañal se necesitan varias circunstancias que actúan en forma simultánea.

Primero se requiere posiblemente un terreno predispuesto a padecerlo del tipo de la constitución atópica o alérgica, unido a ello es necesaria la presencia de un agente químico desencadenante, que generalmente en estos casos es el amoniáco de la orina, pH del excremento y material del pañal.

Cooke en 1921 demuestra la relación existente entre la presencia de una bacteria (Brevibacterium amoniágenes) productora de ureasa en la orina y presente en el excremento que actúan en la formación de amoniáco en los niños afectados de dermatitis del área del pañal. Igualmente se demuestra como favorece su aparición al encontrar un pH intestinal y local alcalino.

Factores que intervienen en la etiopatogenia de la dermatitis del área del pañal:

1.- Factor endógeno. Está en relación ante todo con la presencia en el lactante de una diátesis de tipo alérgico o atópico.

Estos enfermos adquirirían o heredarían una capacidad reaccional exagerada ante la presencia de los diferentes factores desencadenantes. El hecho de existir un núcleo endógeno común con otros tipos de reacciones cutáneas motiva el que aparezca fundamentalmente en niños con tendencia a padecer lesiones como la dermatitis seborreica o la neurodermatitis. Tanto en la dermatitis seborreica como en la neurodermatitis existen probablemente trastornos endógenos enzimáticos de transmisión genética que perturban tanto la normal integridad anatomofuncional de la piel como de las mucosas, metabolismo, equilibrio endócrino y neurovegetativo, etc., se justifica así la posibilidad de otras manifestaciones cutáneas o generales y la sensibilidad de la piel del area del pañal a diversos agentes exógenos.

En algunas formas con infección microbiana o micótica no debe ser

olvidado el papel del déficit inmunitario del lactante, en especial su disgammaglobulinemia transitoria.

2.- Factores desencadenantes son: el amoniaco de la orina, pH de las heces y el material del pañal. La permanencia de pañales durante algún tiempo con abundante orina y substancias fecales, motiva el que haga proliferación abundante de bacterias y sobre todo del Brevibacterium amoiágenes.

Unido a ésto, que como se verá tiene el papel principal en el desencadenamiento de la dermatitis del área del pañal, se han encontrado otros bacilos como el Proteus mirabilis y bacterias de tipo coliforme. El bacilo amoiágenes necesita para su crecimiento encontrarse en un medio alcalino.

Su acción principal estaría ligada a la capacidad de producir ureasa, la cual convierte la urea de la orina en amoniáco. El relacionar al agente químico desencadenante de la dermatitis del área del pañal con los productos de degradación de la urea fué motivado por la observación de la escasa acción irritativa cutánea de la orina, cuando ésta era de micción reciente, de ahí que Jacquet al describir la dermatitis del área del pañal promulgara como primer punto fundamental para su tratamiento el procurar reducir el tiempo de permanencia de los lactantes con el pañal empapado de orina.

La acción del amoiáco sobre la piel es de tipo local, originando una maceración superficial. Dicha maceración favorece la penetración de la acción irritativa del amoniaco a capas más profundas, además de actuar acentuando la acción de los factores coadyúdantes y elevando el pH.

El material del pañal aunque no está bien clara su forma de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actuar, provoca irritación en la piel de los infantes (9).

3.- Factores coadyudante.- Son muy numerosos. Actúan fundamentalmente de 2 formas diferentes, al disminuir las defensas cutáneas ante la acción irritativa local del amoniáco, o agravando las lesiones primarias originadas por éste. Los primeros serían aquellos que favorecen la proliferación bacteriana, entre los que engloban todas las causas que producen un pH alcalino. Esta defensa cutánea puede también estar disminuída por factores generales como la avitaminosis, distrofias, etc. Un mayor grupo de factores pertenecen a los que agravan las lesiones eritematosas iniciales, llegando incluso a producir por su persistencia la forma más grave de dermatitis del área del pañal, como es la papuloerosiva.
La acción de estos factores se motivan en un doble sentido. En ocasiones permiten que la exposición cutánea al amoniáco tenga una mayor duración con lo cual las lesiones serían más duraderas y más graves, mientras que en otras sería la sobreinfección la que agrava las lesiones.

Entre estos factores se describen como más importantes los siguientes: jabones, detergentes, blanqueadores y perfumes.

La higiene deficiente es el factor coadyudante fundamental, llegando incluso en ocasiones a constituirse como factor desencadenante. La higiene correcta iría encaminada a disminuir diversos mecanismos.

Mediante un continuo cambio de pañales a los lactantes se logra impedir el que la ureasa producida por el bacilo amoniágenes, tenga un tiempo suficiente de exposición para que sea capaz de producir amoniáco.

El uso de pañales de fibras sintéticas y sobre todo los calzoncitos de plástico son en gran parte responsable en el incremento de las dermatitis

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

del area del pañal, ya que al no ser transpirables la descomposición de la urea se acelera.

Además el tiempo de exposición condicionan y motivan en la piel un aumento de temperatura lo que facilita la acción tanto para el amoniáco como para los gérmenes. (10).

Retención de la humedad causando bloqueo de los conductos sudoríparos y daño a la piel (20).

Entre los factores iatrogénicos coadyuvantes destacarían los corticoesteroides tanto sistémicos ómo tópicos, así como los antibióticos, ya que ambos favorecen el desarrollo de hongos, virus y bacterias entre otras cosas.

Otros son los remedios "caseros" tópicos que en muchos casos contribuyen a agravar más la situación. (8).

Mencionaré algunas citas bibliográficas que señalan las alteraciones ocasionadas por los corticoesteroides.

Goldsmith (1955): describe las modificaciones causadas por los esteroides en piel normal: aumento en la temperatura cutánea, de la resistencia capilar y de la sudoración; disminución de la sal del sudor, de la secreción sebácea y de la reacción de la piel a los rayos ultravioleta.

Interviene también, en la formación del tejido mesenquimatoso incluyendo la reparación fibroblástica.

Saúl (1958): los pacientes que han recibido esteroides a grandes dósis presentan los siguientes cambios histológicos: reducción en el número de células epiteliales y adelgazamiento de la epidermis con atrofia de glándulas sebáceas.

Los esteroides tópicos penetran más rápidamente en piel eritematosa.

Mark y Blak (1969): en un estudio de 26 pacientes reportan alteraciones histológicas: en epidermis atrofia, queratinización y dilatación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de folículos pilosos, en dermis, infiltrado de linfocitos, plasmocitos, fibrosis y vasodilatación capilar.

Viglioglia (1970): el dipropionato de betametasona tiene igual efecto vasoconstrictor que la fluocinolona. Los esteroides tienen un reservorio en la capa córnea. Aquí persisten, por ejemplo, la hidrocortisona y fluocinolona que aparecen a los pocos minutos y permanecen por período de 16 días resistiendo al lavado de agua, jabón y alcohol.

Kaiser y Hochheuser (1972): observaron una miopatía caracterizada por debilidad y atrofia simétrica, causada por corticoesteroides fluorinados por vía paranteral, oral o local. Esta miopatía fué reversible en varios meses.

Sabin y Alexander y Merk (1972): manifiestan haber encontrado 11 niños con antecedentes de empleo de potentes corticoesteroides tópicos, erupciones no pruriginosas caracterizadas por eritema, brillantez, pápulas pequeñas superficiales, pústulas y descamación localizada.

Stevanovic (1972): los derivados fluorinados son los que desencadenan la existencia de atrofia y telangiectasias.

Ashurts (1972): realiza un estudio en 40 pacientes, demuestra que el butirato de hidrocortisona tópica tiene buenos efectos sistémicos, pero que también puede tener efectos indeseables, como desarrollo de bacterias, infecciones micóticas y virales, debido a la depresión de la defensa local de los mecanismos y la intensificación directa del crecimiento de esos organismos.

Basex (1972): el fluor que contienen los corticoesteroides fluori - nados, es la causa del granuloma glúteo, ya que esta substancia es un halógeno y que en otras ocasiones este cuadro se ha presentado en pacientes que han utilizado bromo, por lo que propone que se llame halogenides del recien nacido.

Delacretaz y cols. (1972): reportan 3 casos, lactantes que fueron tratados tópicamente con esteroides fluorinados. Presentaron lesiones granulomatosas en regiones genito-inginal y glútea, estudios de laboratorio identi-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ficaron Candida albicans. La conclusión de los autores es que las lesiones eran debidas a la aplicación de esteroides.

Sneddon (1973): los corticoesteroides fluorinados tópicos producen daño a la colágena dérmica, lo que indica la presencia de telangiectasias y atrofia. Estos esteroides al ser suspendidos producen un rebote con formación de pústulas en rosácea, acné vulgar y dermatitis perioral.

Latapí (1973): la cortisona puede ser peligrosa por su gran actividad, y a medida que la industria ha ido modificando su estructura química, al hacerla más potente, la ha hecho también más peligrosa. La corticomanía, como otras manías, se contagia al grado que los médicos casi por reflejo recetan un medicamento que está de moda.

Este fenómeno lo considero como un problema de salud pública por el gran número de casos, por su gravedad y por otras complicaciones. Reconoce la utilidad de los esteroides y aún su necesidad en algunos pacientes con pénfigo y lupus eritematoso sistémico.

Entre sus efectos indeseables señala las eritrodermias en psoriasis, el "martirio" cortisónico en niños con dermatitis del área del pañal, el desarrollo de gérmenes piógenos, dermatofitos y Candida; en úlcera de pierna la dificultad de la cicatrización; el agravamiento del acné y la dermatitis perioral.

Recalca la frecuencia de los rebotes en acné y neurodermatitis.

Latapí (1973): el tejido conectivo se ve afectado, la piel se adelgaza con desarrollo de telangiectasias y de hipertricosis, hay estrías atróficas, sobre todo, en región inguinal.

Goldman y Kitzmiller (1973): los corticoesteroides tópicos o intralesionales causan atrofia. A nivel perioral causan en un principio piel enrojecida, brillante y telangiectasias con dolor y prurito y constituyen la atrofodermia perioral en pacientes corticodependientes.

Raab (1976): demuestra los efectos no deseados de los glucocorticoides tópicos en piel inflamada como son: actividad catabólica, estímulo del metabolismo microbial, viral y micótico, depresión del mecanismo de defensa local de la piel.

Por estas razones no debe usarse en piel afectada.

Calnan (1976): considera los efectos causados por el uso y abuso de los corticoesteroides tópicos como efectos colaterales. Principalmente: superinfecciones, atrofia, absorción con efectos sistémicos, hábito y contacto sensitivo.

Groniowska: en observaciones al microscópio electrónico aprecia en los tejidos de pacientes que previamente se han aplicado esteroides tópicos, datos de hipoactividad fibroblástica y anormal balance entre la síntesis y la degradación del colágeno, dando como resultado progresiva atrofia.

Parish y Witkowski (1978): reconocen los efectos colaterales de los esteroides tópicos: atrofia estriada, rosácea, dermatitis perioral, telangiectasias, equimosis, piel delgada y hasta adicción cutánea; efectos sistémicos: suprime el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal.

Describen que se debe dejar de usar los esteroides, maravilla terapéutica, demasiado peligrosa para ser prescrita rutinariamente, deberán ser reservadas para usarse únicamente por los médicos conocedores de los efectos colaterales.

Marks (1978): en piel los esteroides tópicos causan disminución en la actividad mitótica epidérmica, delgadez epidérmica, disminución de tamaño de células epidérmicas, disminución en la actividad metabólica global dentro de la epidermis, delgadez dérmica y disminución en la síntesis del colágeno. (1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Histopatología.- Resumen histopatológico en los diferentes estadios de la dermatitis del área del pañal (adaptado de Ferrand 1908).

	Estrato córneo	Estrato de Malpighi	Dermis
Eritema común	paraqueratosis focal.	espongiosis e infiltrado de leucocitos.	edema papilar
Eritema y vesículas.	Paraqueratosis.	Vesícula intraepidérmica llena de líquido, restos nucleares y pocos leucocitos polimorfonucleares.	Edema papilar e infiltrado inflamatorio.
Dermatitis erosiva.	Destruído.	Destruído. Restos celulares. Espongiosis rodeando a las erosiones.	Edema papilar e infiltrado inflamatorio. Dilatación de capilares.
Eritema y pápulas	ORTOQUERATOSIS	Acantosis.	Edema papilar. Los capilares están dilatados e inflados en el endotelio. Infiltrado inflamatorio superficial. (linfocitos e leucocitos polimorfonucleares).

En Glasgow, Girwood Fergusson y cols. (1966) describen los hallazgos histopatológicos de la dermatitis Psoriasiforme en el tronco de infantes con dermatitis del área del pañal. En la cual encontraron: Paraqueratosis, moderada espongiosis y ocasionalmente vesículas intraepidérmicas. Ligero infiltrado inflamatorio crónico en dermis papilar. (15).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La histopatología en la dermatitis del área del pañal.- La patogénesis exacta en la dermatitis del área del pañal no ha sido plenamente comprobada, tal vez ésto es en parte porque poco ha sido el conocimiento de la histopatología que se ha obtenido.

El conocimiento adquirido por dermatopatólogos acerca de los puntos más importantes del área del pañal han recibido muy poca atención.

Hay 3 razones principales:

1.- Es fácil diagnosticar la patología por medio de un reconocimiento clínico del infante únicamente; ésto hace innecesario tomar una biopsia confirmatoria.

2.- Esto llega a ser más bien difícil - aún cuando es un procedimiento inocuo - y es cuando el dermatólogo sugiere a los padres una biosia.

3.- Los dermatopatólogos rara vez se comprometen a desempeñar un trabajo de investigación sin tener antes una base precisa del área del pañal.

Jacquet (1900) en su extenso conocimiento del trabajo de Parrot. (1876) , describió el modelo de información de las vesículas.

Inicialmente las vesículas son intraepidérmicas, pero más tarde se rompen y se comunican con otras, para después tener una separación rápida del estrato córneo por lo que ocurre una acumulación de líquido mucoso.

Parrot también observó la congestión de vasos en la dermis. Estos resultados fueron vistos en lo que Jacquet llamó como eritema vesicular. En casos con erosiones Parrot observó la epidermis y dermis proliferante con oclusión de vasos, lo cual resulta en la necrobiosis.

En pacientes diagnosticados como eritema papuloso, Parrot encontró un infiltrado inflamatorio perivascular en dermis superior.

En resumen lo mencionado por Jacquet, Parrot hizo una correlación clínica microscópica en la cual distinguió las fases de vesícula y de pápula

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

erosiva en la erupción del pañal.

Hodara (1898) hizo un cuidadoso estudio microscópico de las lesiones y antes de la publicación de su artículo discutió sus experimentos con Jacquet, llegando a un acuerdo. Los descubrimientos de Hodara confirmaron y aumentaron las observaciones anteriores de Parrot.

Hodara encontró hiperplasia epidérmica, alteración de las cavidades, poco edema, dilatación de los capilares de la dermis papilar.

Ferrand (1908) describió los datos microscópicos de los diferentes estados en la dermatitis del área del pañal.

Muchos años más tarde en Filadelfia, Burgoon (1961) confirma los descubrimientos de Hodara y Ferrand. (15).

COMPLICACIONES . - Las más frecuentes son: la sobreinfección, candidiasis y la iatrogenia por corticoesteroides.

Pueden estar motivadas por diferentes tipos de gérmenes: bacterias, virus y hongos. De estos últimos es la Candida albicans la que se ha aislado en un mayor número de casos, este aumento de frecuencia viene determinado por 2 hechos fundamentales: el empleo sistemático de antibióticos para el tratamiento de las enteritis del lactante, ya que etiológicamente va a formar parte en muchas ocasiones de dicha enteritis y la aplicación tópica por tiempo prolongado de productos que contienen corticoesteroides.

Las lesiones son: piel muy eritematosa, brillante, húmeda y macerada.

Las bacterias que predominan son : estreptococo y estafilococo dorado, esta última especialmente en ambientes hospitalarios, siendo en estos casos muy rebelde al tratamiento.

Las lesiones observadas son: pápulas erosivas, rodeadas de eritema. De las sobreinfecciones virásicas ha sido la del herpes simple la más frecuente y en algunos casos más raros por el virus vacunal, teniendo por lesiones: vesículas, ampollas, eritema y descamación fina. (10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las lesiones ocasionadas por la iatrogenia de los corticoesteroides son: telangiectasias, atrofia de la piel, hipertricosis, lesiones granulomatosas, estrías atróficas, piel enrojecida, brillante, pápulas, pústulas y descamación fina (8).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .- Se debe hacer con las siguientes dermatosis:

Dermatitis seborreica, que afecta región génito-crural, después de los 2 meses de edad y en donde se ve eritema, escamas grasosas amarillentas, maceración y a veces eritrodermia, estas mismas lesiones pueden verse en otras regiones como son el cráneo y tronco.

Miliaria, se observa generalmente en lactantes obesos, afectando ingles, nalgas y otras regiones. Las lesiones son: pápulas, vesículas y pústulas.

Candidiasis, la cual puede verse en regiones perianal, inguinales, muslos, genitales y otras. Se aprecian placas eritematosas ligeramente levantadas, bien limitadas, brillantes y en algunas ocasiones pústulas satélites, maceración con piel húmeda.

Intértrigo, las lesiones son eritematosas y sobre las flexuras o pliegues

Sífilis, las lesiones se pueden encontrar en glúteos, región perianal, alrededor de orificios naturales, palmas y plantas.

Están constituídas por pápulas, descamación y máculas.

Dermatitis por contacto, Esta puede ser a cualquier substancia de aplicación tópica. Las lesiones pueden ser: eritema, vesículas o ampollas y pueden encontrarse en cualquier región.

Acrodermatitis enteropática, en esta entidad se ve afectada la región perianal y se pueden apreciar ampollas, bulas y eritema, además de signos y síntomas generales como son : diarrea, pérdida de peso y otras manifestaciones.

Enfermedad de Letterer-Siwe, la que se aprecia en regiones genitales o perianales, pápulas, nódulos y erosiones además de hepatomegalia y esplenomegali

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Herpes simple, se instala en genitales y otras áreas, las lesiones son: vesículas o ampollas.

Impétigo estafilococcico, afecta regiones periorificiarias y pliegues, además de otras áreas. Se aprecian ampollas, eritema y costras melicéricas.

Dermatitis perianal, la lesión que se distingue es el eritema alrededor del ano.

Psoriasis invertida, en la cual se pueden observar placas eritematosas o eritematoescamosas ubicadas en el área del pañal.

Neurodermatitis, ésta puede presentarse en el área del pañal, aunque no es habitual, las lesiones son placas eritematosas, pápulas, costras hemáticas, descamación fina y cuando es crónica viene la liquenificación como consecuencia del rascado. (18).

PRONOSTICO .- Sin tratamiento la condición puede persistir hasta que se descarte la "rosadura" por pañal. Con un manejo adecuado casi todos los casos mejorarán materialmente en el curso de varias semanas, pero algunos persistirán durante meses a pesar de un cuidado meticuloso por parte de la madre, se debe también tener en mente la susceptibilidad individual. (18).

TRATAMIENTOS .- En nuestro medio tomamos en cuenta la fase que clínicamente presenta en el momento de la consulta cada paciente.

En fase aguda y subaguda, generalmente, primero usamos substancias tópicas secantes, antisépticas y anti-inflamatorias como: acetato de aluminio (Domeboro) al 1:20, subacetato de plomo (agua de vegeto) con agua destilada a partes iguales o bien manzanilla hervida. Se pueden utilizar en fomentos o baños de asiento.

Cuando la fase eczematosa ha cedido, agregamos una pasta al agua que puede ser:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agua destilada	10 cc.
Lanolina	30 g.
Oxido de zinc	5 g.

En fase crónica pomadas inertes o lubricantes de la piel, por ejemplo:

Cold cream	30 g.
Vaselina	20 g.
Oxido de zinc	5 g.
Talco	5 g.

En las que presentan aspecto psoriasiforme o con proceso de liquenificación se pueden usar reductores y queratolíticos, ejemplo:

Vaselina	30 g.
Alquitrán de hulla ...	0.5 g.
Acido salicílico	0.5 g.

En los casos con prurito se agrega un antipruriginoso tópico como la calamina o por vía oral, puede administrarse el maleato de parabromodilanina (Dimetane).

En muchos casos es necesario acidificar la zona del pañal a base de ácidos débiles como : ácido bórico, láctico o vinagre blanco en fomentos o baños de asiento.

En pacientes sospechosos de candidiasis o en los que se compruebe, además de acidificar la zona comprometida, se pueden agregar substancias tópicas como la nistatina, haloprogin o miconazol.

Las aplicaciones se deberán llevar a cabo después que ha desaparecido el eczema.

En algunos casos basta cambiar el pH de la piel enferma para que desaparezca la candidiasis.

Aquellos casos que presentan procesos piógenos agregados, deberán primero, tratarse éstos y luego la dermatosis primaria.

Estas infecciones pueden manejarse a base de antisépticos como el sulfato de cobre al 0.5:1000 en fomentos o baños de asiento; retirando las costras

melicéricas, hemáticas o ambas. Se puede también agregar yodocloroxiquinoleína en forma tópica.

La duración del tratamiento estará sujeta a la evolución de cada caso en particular.

En los pacientes que presentan cuadros diarreicos, infecciones de las vías urinarias u otras dermatósis o enfermedades sistémicas que comprometan el área del pañal, es necesario sean corregidos dichos cuadros en forma conjunta con la dermatosis que nos ocupa.

MEDIDAS GENERALES .- Es muy importante recordarle a las madres los cuidados generales que se deben llevar a cabo en estos pacientes, ya que de lo contrario cualquier tratamiento por bien que se realice estará encaminado al rotundo fracaso.

Así mismo en muchas ocasiones estas medidas formarán parte de la profilaxis en esta patología cutánea, que cada día se observa con más frecuencia en nuestro medio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECOMENDACIONES.

1.- Cambiar los pañales después de cada micción y evacuación.
2.- No usar pañales desechables o de material sintético, sólo de tela.
3.- Los pañales deberán ser lavados con jabón de pastilla y enjuague enérgico, remojándolos posteriormente con algún ácido débil o vinagre blanco.
4.- No usar jabón o detergentes para el aseo de la zona cubierta por el pañal, sólo agua.
5.- Se deberá evitar el uso de corticoesteroides por cualquier vía.

melicéricas, hemáticas o ambas. Se puede también agregar yodocloroxiquinoleína en forma tópica.

La duración del tratamiento estará sujeta a la evolución de cada caso en particular.

En los pacientes que presentan cuadros diarreicos, infecciones de las vías urinarias u otras dermatósis o enfermedades sistémicas que comprometan el área del pañal, es necesario sean corregidos dichos cuadros en forma conjunta con la dermatosis que nos ocupa.

MEDIDAS GENERALES .- Es muy importante recordarle a las madres los cuidados generales que se deben llevar a cabo en estos pacientes, ya que de lo contrario cualquier tratamiento por bien que se realice estará encaminado al rotundo fracaso.

Así mismo en muchas ocasiones estas medidas formarán parte de la profilaxis en esta patología cutánea, que cada día se observa con más frecuencia en nuestro medio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECOMENDACIONES.

1.- Cambiar los pañales después de cada micción y evacuación.
2.- No usar pañales desechables o de material sintético, sólo de tela.
3.- Los pañales deberán ser lavados con jabón de pastilla y enjuague enérgico, remojándolos posteriormente con algún ácido débil o vinagre blanco.
4.- No usar jabón o detergentes para el aseo de la zona cubierta por el pañal, sólo agua.
5.- Se deberá evitar el uso de corticoesteroides por cualquier vía.

6.- La prescripción de pomadas, polvos, cremas, ungüentos o soluciones, se debe llevar a cabo exclusivamente por el médico capacitado.

7.- Evítese el uso de "remedios caseros".

8.- La alimentación debe ser la normal para su edad. (8) .

Quizá sería útil hacer un breve repaso de algunas drogas locales usadas con cierta frecuencia en diversas latitudes en esta dermatosis.

Las drogas incluyen:

a) Polvos inertes.

b) Silicones.

c) Emolientes.

d) Astringentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a) Polvos inertes: tienen la propiedad de ser adherentes, secantes, refrescantes y antisépticos. Entre ellos se pueden mencionar al almidón, talco oxido de zinc, calamina, etc.

Su efecto colateral es la formación de costras duras y adherentes, mecánicamente irritantes.

b) Silicones: son hidrorrepelentes, forman una película viscosa, evitan la perspiración y la evaporación de exudados, entre ellos se pueden mencionar a la dimeticona. Tienen el inconveniente de favorecer la maceración.

c) Emolientes: son substancias grasas adherentes, protectoras, aumentan la flexibilidad cutánea, evitan la perspiración y absorción de exudados. Se les considera tipos con bases oleoginosas absorbentes, emulsivas e hidrosolubles. Se pueden mencionar, el aceite de oliva, lanolina, glicerina, aceite de almendras dulces, vaselina, etc.

Presentan el inconveniente de favorecer la maceración y aumentar la

temperatura local. Frecuentemente se les usa en forma de pastas en combinación de polvos inertes.

d) Astringentes: precipitan las proteínas en la superficie celular, actúan sobre el piso y células del endotelio de los capilares, disminuyen la exudación, contraen los capilares, disminuyen la secreción mucosa glandular, tienen acción hemostática y antiséptica local.

Presentan dichas propiedades, las sales de plomo, de zinc, el tanino, las sales de cobre y las de aluminio. Su inconveniente radica en que pueden ser cáusticas.

Estos últimos si bien empiezan a actuar como cáusticos, dado la concentración en que se utilizan y su manejo, pueden ser incluídos en el tratamiento de esta patología cutánea.

Respecto a los principios a seguir en el tratamiento de una dermatitis del área del pañal, un punto de controversia es el uso de agua o aceite para la higiene de la zona afectada.

Algunos autores se inclinan por el uso del agua, ya que lo consideran como el mejor solvente de todos los productos capaces de ocasionar dermatitis químicas, por ser el que se consigue con facilidad y abundancia en todo tipo de paciente. No necesita explicación de cómo debe ser usada, lo que facilita su manejo.

De muy fácil eliminación total, no interfiriendo sobre drogas activas utilizadas a posteriori.

Si bien es sabido que el agua es irritante de la piel denudada por ser hipotónica, dado el breve tiempo de exposición, se considera prácticamente nulo el efecto macerativo.

El mecanismo de arrastre sobre la patología infecciosa agregada también la hace aconsejable. Lo único que hay que sugerir respecto a su uso es el perfecto secado de la zona.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En contraposición, el aceite, aparte de no cumplir con todo lo enunciado anteriormente referente al agua, no se debe olvidar que es un emoliente, que evita la exudación y favorece la maceración, para eliminarlo totalmente es necesario una buena fricción, por lo cual su uso en las dermatitis agudas exudativas está contraindicado. (5).

Microorganismos de la zona del pañal.- La literatura más reciente se ha centrado en la Candida albicans y algunas bacterias. No hay duda que estos organismos pueden frecuentemente ser descubiertos en la zona cubierta por el pañal.

Así vemos que algunos investigadores han encontrado Candida albicans; Dixon encontró una prevalencia del 41 % en 117 pacientes con dermatitis del área del pañal y 1 caso de 68 con piel sana. (13)- (14).

Montes y cols, obtuvieron un promedio de 77% en 2 series relacionadas con severas erupciones por pañal seguidas de una forma psoriásica generalizada y 12 % en niños de piel normal. (12).

Jefferson demostró Candida albicans en 20 de 32 pacientes afectados de dermatitis del área del pañal. (12) - (13).

Fergusson reporta casi un 50 % de incidencia en 29 pacientes similares. (12) - (14).

Desmons y cols, encuentran este mismo agente en 33 casos de 53 niños afectados por esta dermatosis. (4).

Brookes y cols, no encuentran C. albicans en 35 infantes con piel normal. (12).

Warin y Faulkner encontraron C. albicans en 4 de 17 casos estudiados.(12)

Mackie y cols, encontraron que el 12% de los hallazgos correspondía a C. albicans en 40 casos estudiados. (14).

Leyden y cols, encuentran a este microorganismo en un 80% de 100 casos diagnosticados clínicamente como moniliasis localizada en el área del pañal y 33% en casos sospechosos de infección por C. albicans con diseminación más

allá del área del pañal y sólo en 5 casos de 40 infantes normales fué encontrado este agente. (12).

Estos investigadores creen que la Candida albicans es un colonizador secundario que agrava pero que no empieza la erupción y agregan que el fracaso de no encontrarla en casos considerados como "típicos" clínicamente y su encuentro en otros no sospechosos, los ayuda a sostener el punto de vista de que la Candida actúa como un factor secundario pero que no ocasiona la erupción, excepto en ciertas formas severas de dermatitis del área del pañal en donde representa un encuentro significativo se le otorga un papel de productor primario. (12).

Una variedad de otros organismos incluyendo al estafilococo dorado, E. Coli y proteus han sido encontrados, pero no se consideran causantes de esta dermatosis.

Obviamente que no hay una microflora uniforme característica en la erupción por pañales, el asunto radica en que si unas formas son precipitadas por microorganismos, han sido contradichas por descubrimientos como los de Brookes y cols. que en 35 infantes normales y 25 con dermatitis del área del pañal no encontraron diferencias en la microflora. (12).

Mackie y cols. en un estudio de 40 niños con dermatitis del área del pañal encontraron: E. coli 64 %, Estafilococo coagulosa negativo 44% y Estafilococo aureus 28%. (14).

Leyden y cols. encuentran en 18 infantes con esta misma dermatosis: 7 con micrococos coagulasa negativo, 3 con difterides lipofílicos, 8 con estreptococos, 10 con difteroides de colonias grandes, en 5 E. coli, 4 con proteus y 6 con pseudomonas.

En 63 niños sanos los hallazgos fueron: Micrococos coagulasa negativo 43, Estreptococo 27, Difteroides lipofílicos 12, Difteroides de grandes colonias 30, E. coli 25, Proteus 10 y Pseudomonas 4. (13).

Montes y cols. hallaron en 35 casos estudiados con dermatitis del área del pañal: E. coli 51.4 %, Estafilococo aureus 42.8%, Micrococos 14.3, Estafilococo coagulasa negativo, Corynebacterium y Aerobacter aerógenes 11.4% y en 25 niños con piel sana observan lo siguiente: E. coli 64%, Estafilococo coagulasa negativo 44%, Estafilococo aureus 28%, Corynebacterium 24%, Micrococos y Gaffkya tetrágena 16%. (16).

Estas investigaciones previas no han correlacionado lo clínico con lo microbiológico; el resultado ha sido la confusión y el desacuerdo.

Así mientras algunos descartan o aprueban del todo a las bacterias como agentes etiológicos, que tienen cierta actividad ureasa, otros ven a la Candida albicans como culpable de esta dermatosis.

Aunque el punto de vista más aceptado quizá, es aquel que considera al amoniaco liberado de la urea (por Brevibacterium amoniágenes) como el agente irritante primario en una piel condicionada.

Esto hace suponer a los investigadores que a pesar de muchos estudios no se ha alcanzado una verdadera conclusión en relación a cuales organismos si es que existiere alguno, juega un papel principal en la producción de la dermatitis del área del pañal. (12).

F O T O G R A F I A S C L I N I C A S

D E L A

D E R M A T I T I S D E L A R E A D E L P A N A L

DERMATITIS DEL AREA DEL PAÑAL EN FASE AGUDA

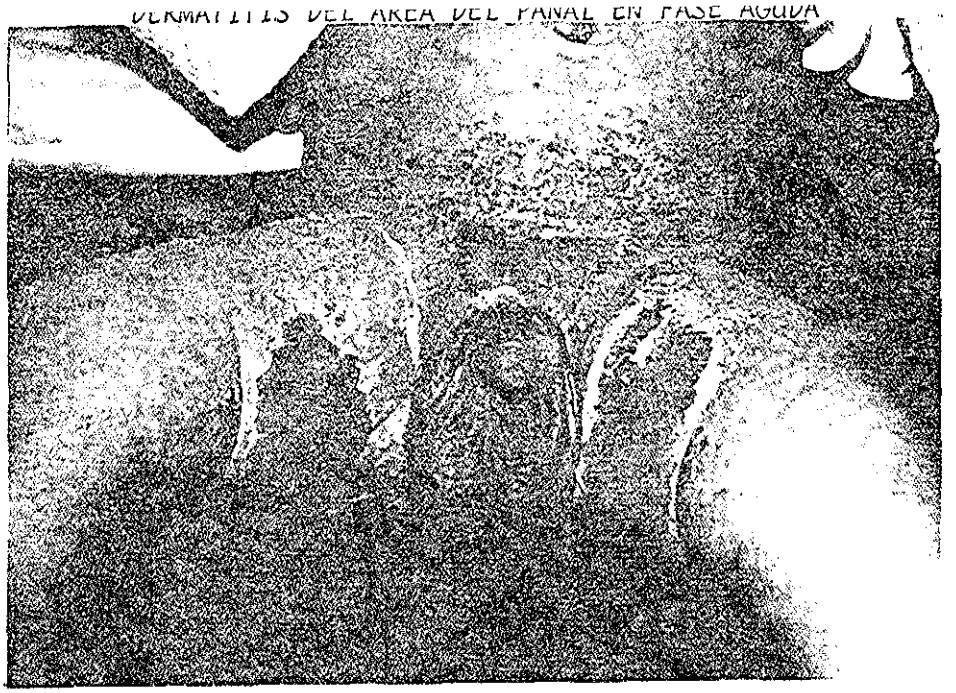


Fig. No. 1

Obsérvese las zonas de exulceraciones y eritema, por cultivo demostró colonias de bacilos y cocos Gram positivos

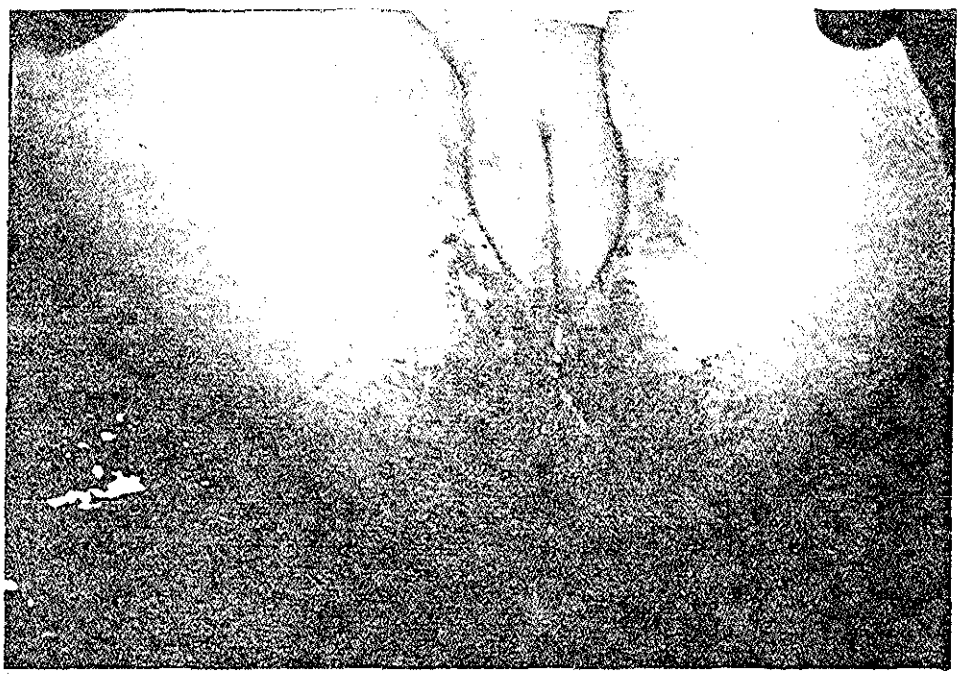


Fig. No. 2

Humedad y eritema local en la fase aguda, por cultivo demostró colonias de cocos Gram positivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. No. 3

Eritema en escroto y pliegues de flexión por la permanencia del pañal humedecido por excretas.

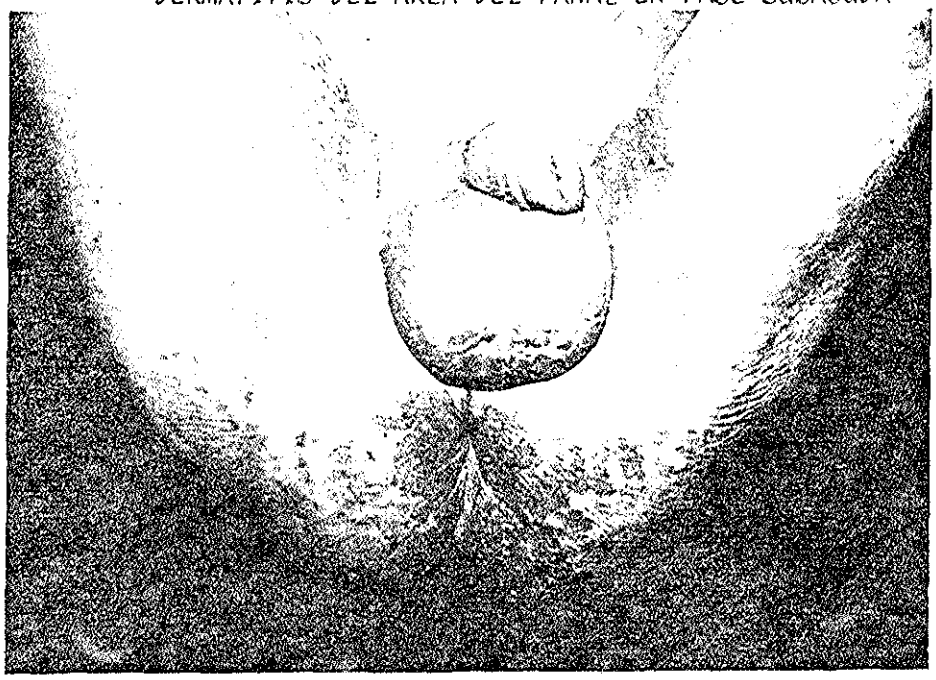


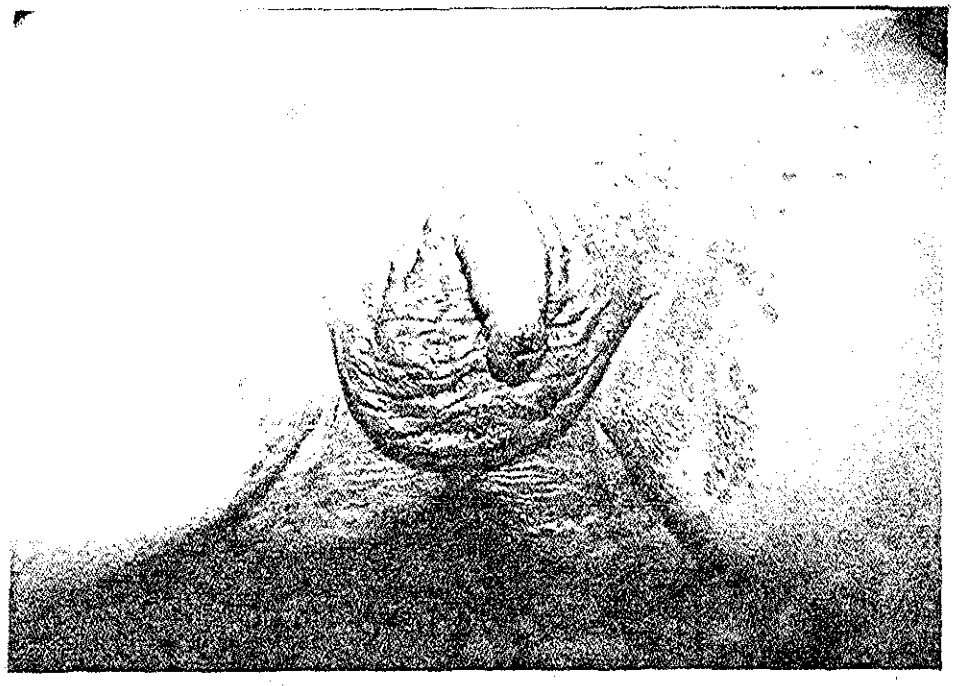
Fig. No. 4

Piel con Eritema muy marcado en genitales.

Fig. No. 5

La descamación fina y el Eritema son evidentes en esta área.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



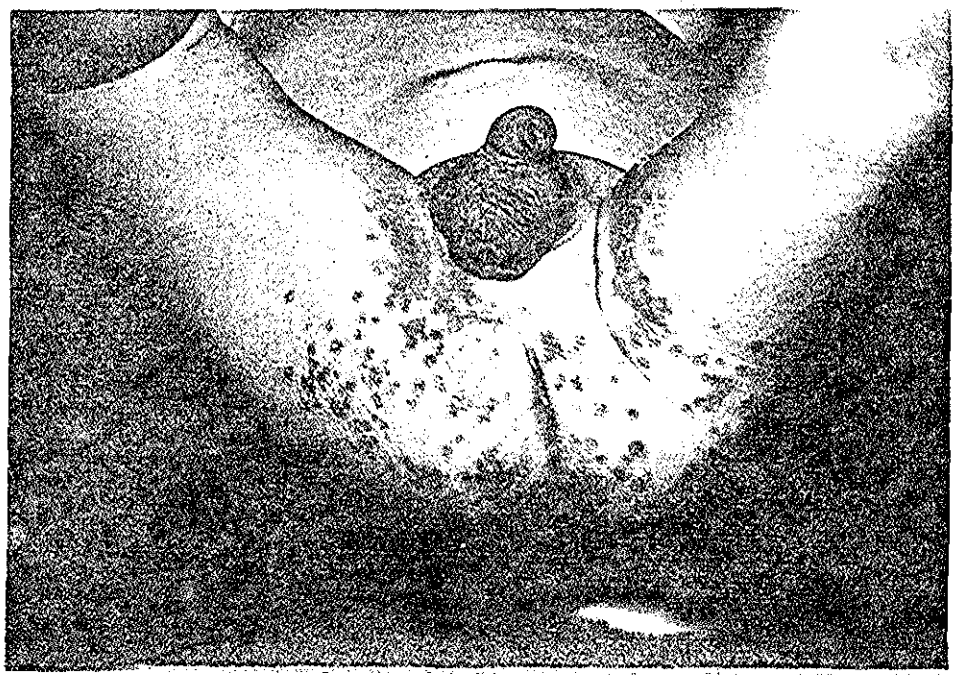


Fig. No. 6

Pápulas y pápulas decapitadas aisladas y confluentes que limitan la zona del pañal. Por cultivo demostró colonia de cocos Gram positivos y aspergillus A.P.

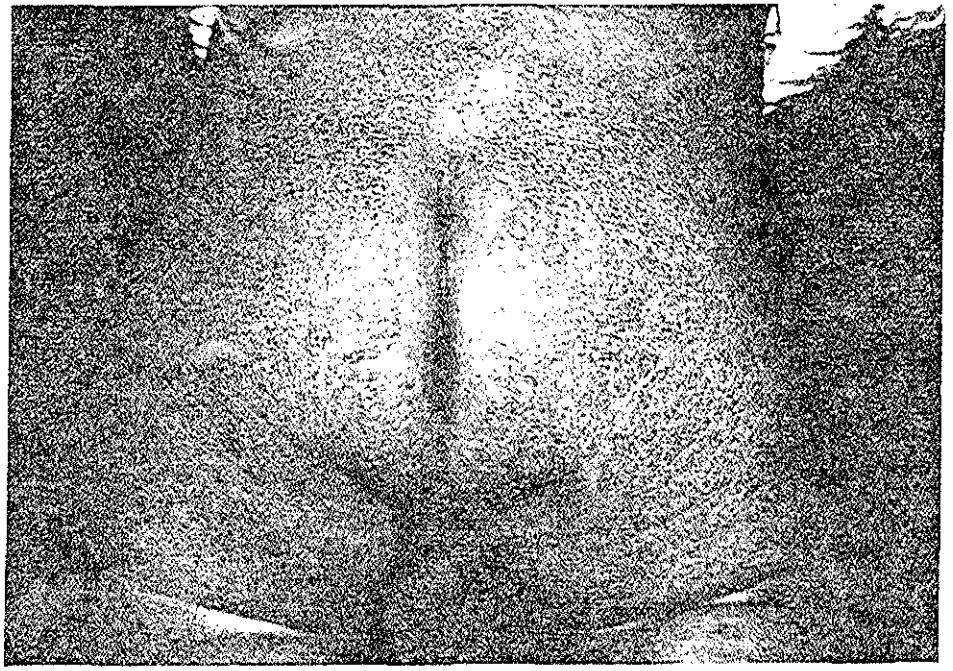


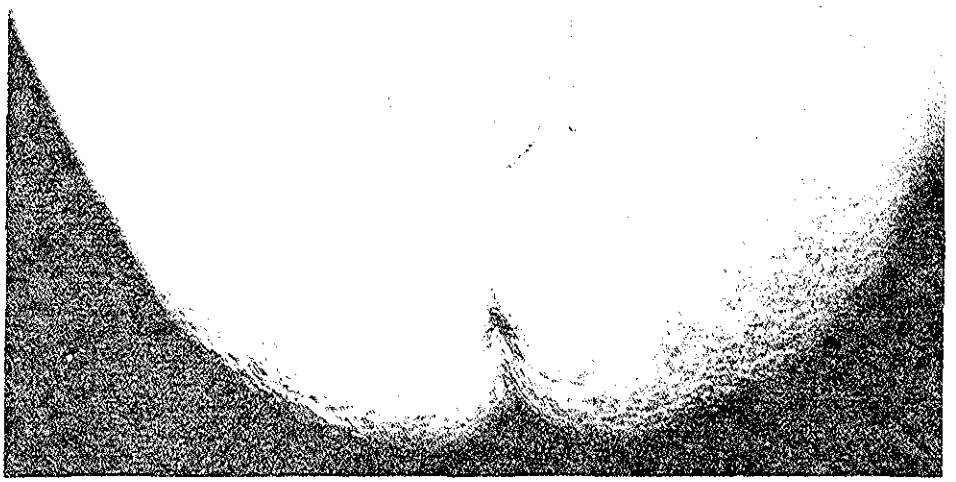
Fig. No. 7

Aspecto apegaminado debido a la evolución tan prolongada de esta dermatosis.

Fig. No. 8

Liquenificación y aspecto seco bien limitado al área del pañal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



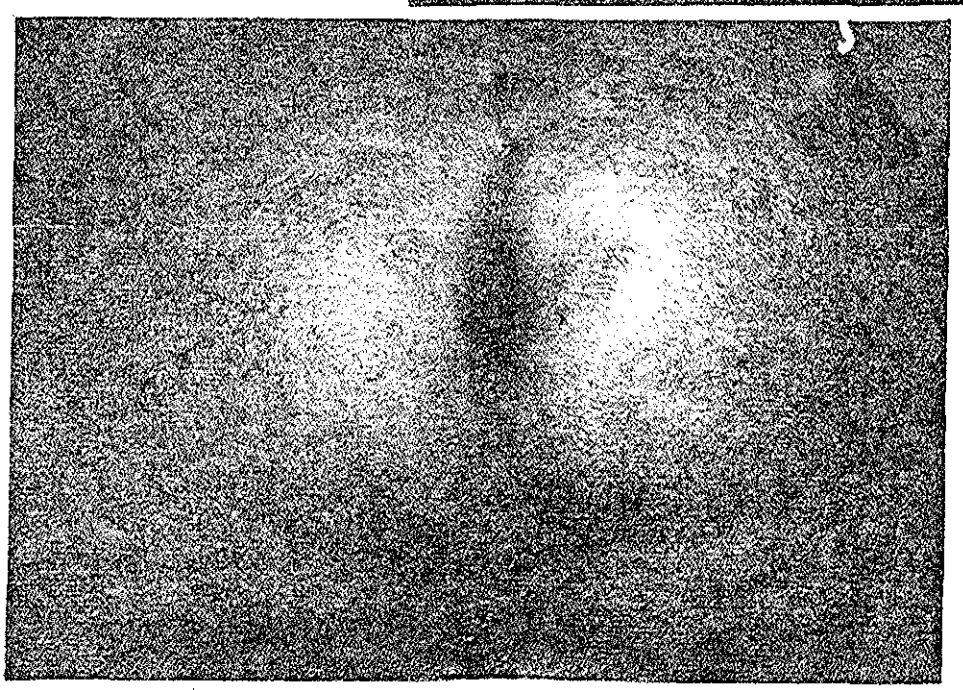


Fig. No. 9

Obsérvense las placas liquenificadas con límites y tanto difusos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

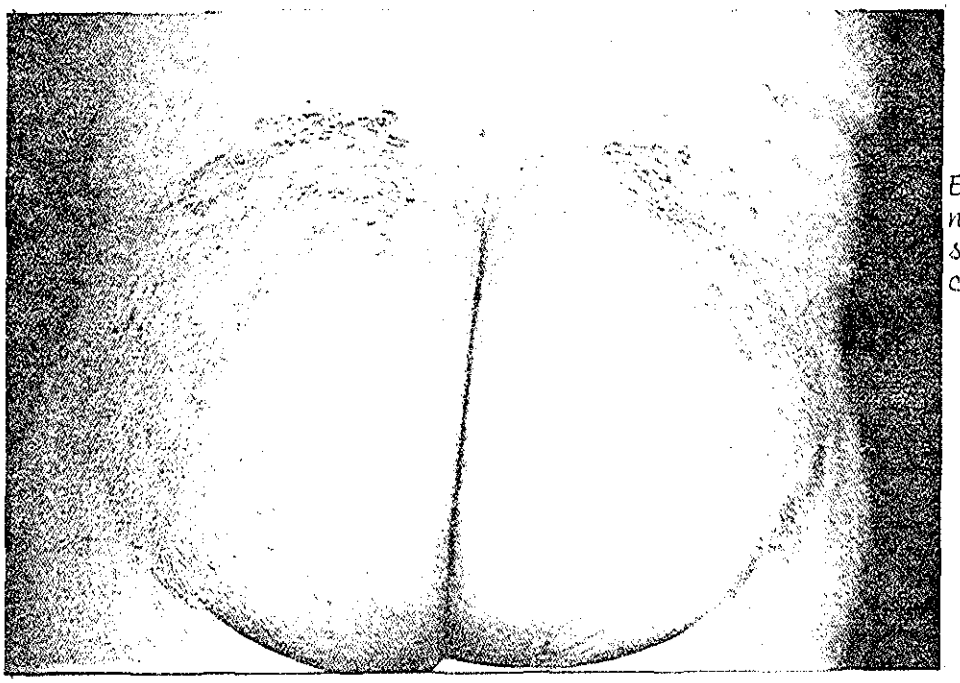


Fig. No. 10

Escaso Eritema y notorio el aspecto seco en la fase crónica.

Fig. No. 11

Pápulas erosionadas vistas en la forma sifilide post-erosiva de Sevestre- Jacquet.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

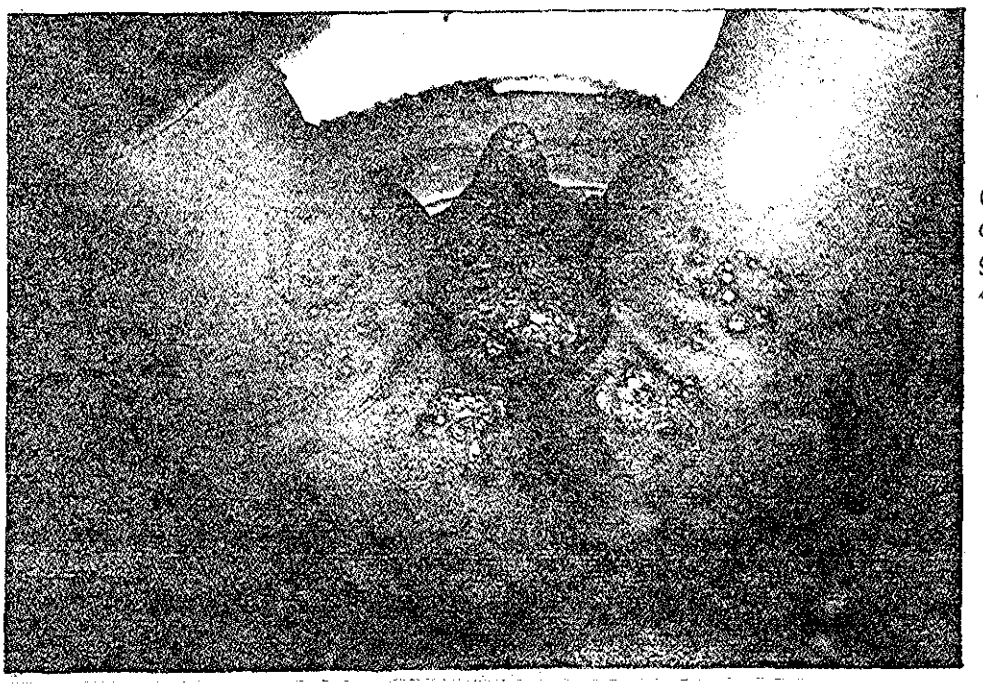


Fig. No. 12

Obsérvese la tendencia de las pápulas a formar grupos en la forma sifiloide.

Fig. No. 13

Eritema y exulceraciones donde hubo ampollas y vesículas en la forma sifilide.

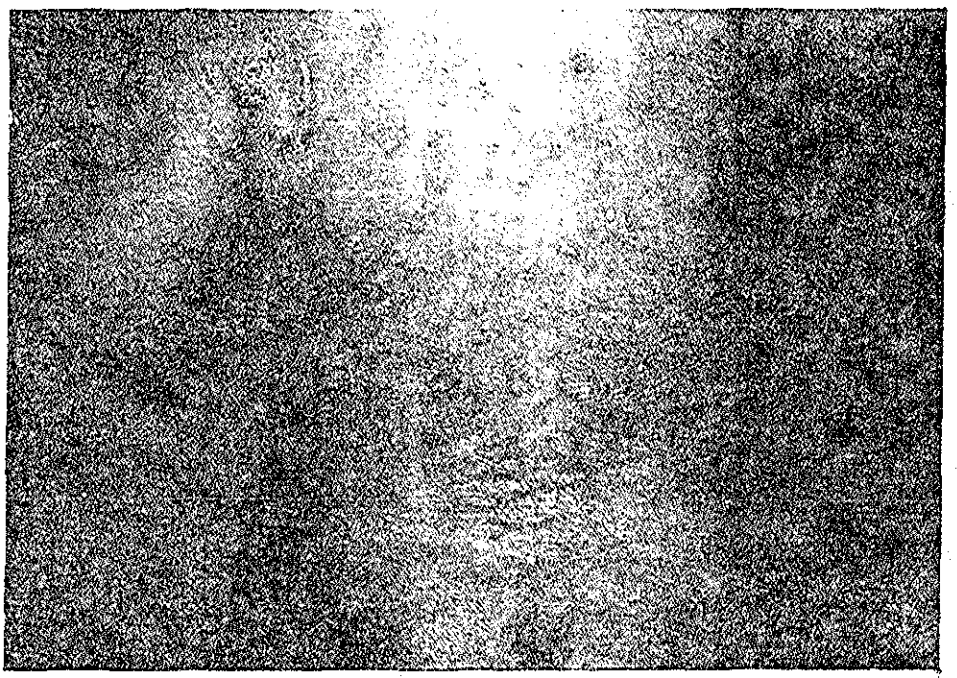


Fig. No. 14

Numerosas placas psidriasiformes diseminadas a tronco.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

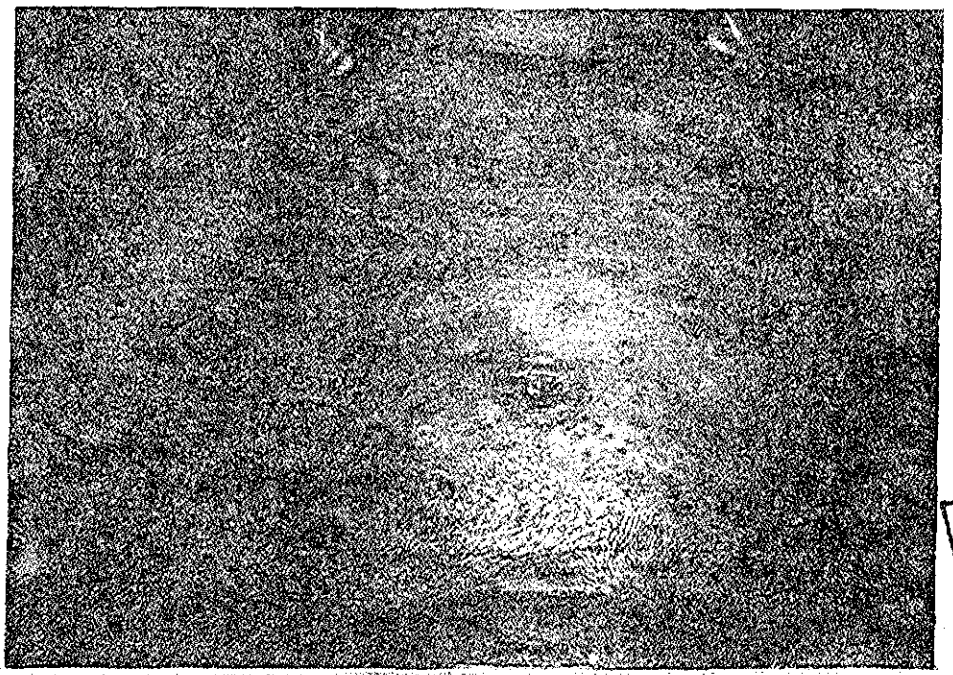


Fig. No. 15

Combinación de eritema, pápulas y placas psoriasiformes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

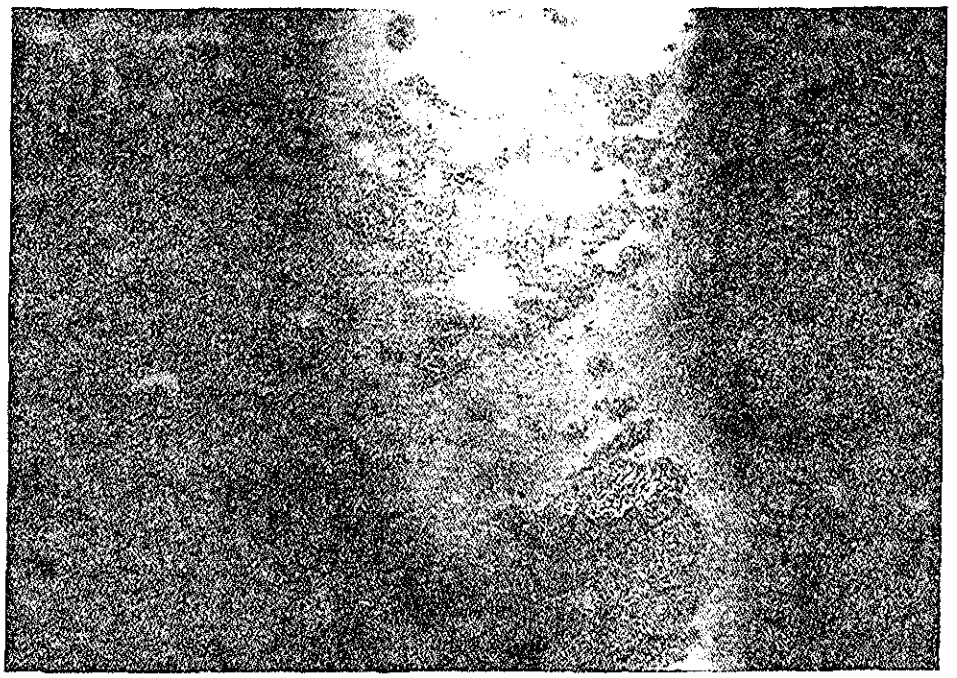


Fig. No. 16

Placas psoriasiformes eritematoescamosas y eritema importante la zona del pañal.

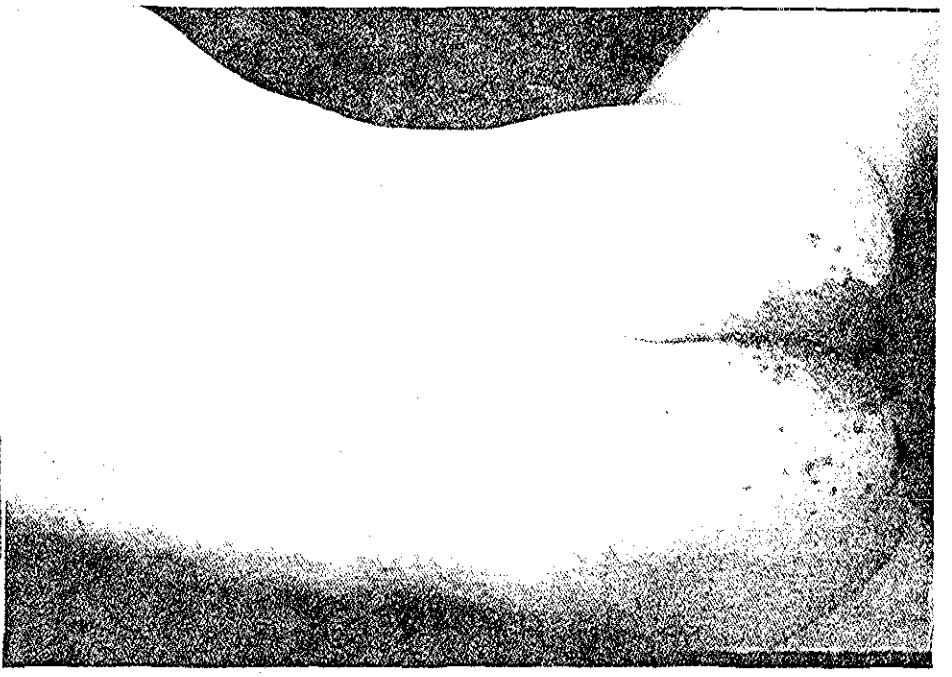


Fig. No. 17

Obsérvense las placas ovaladas en tronco y la combinación de eritema y pápulas en glúteos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

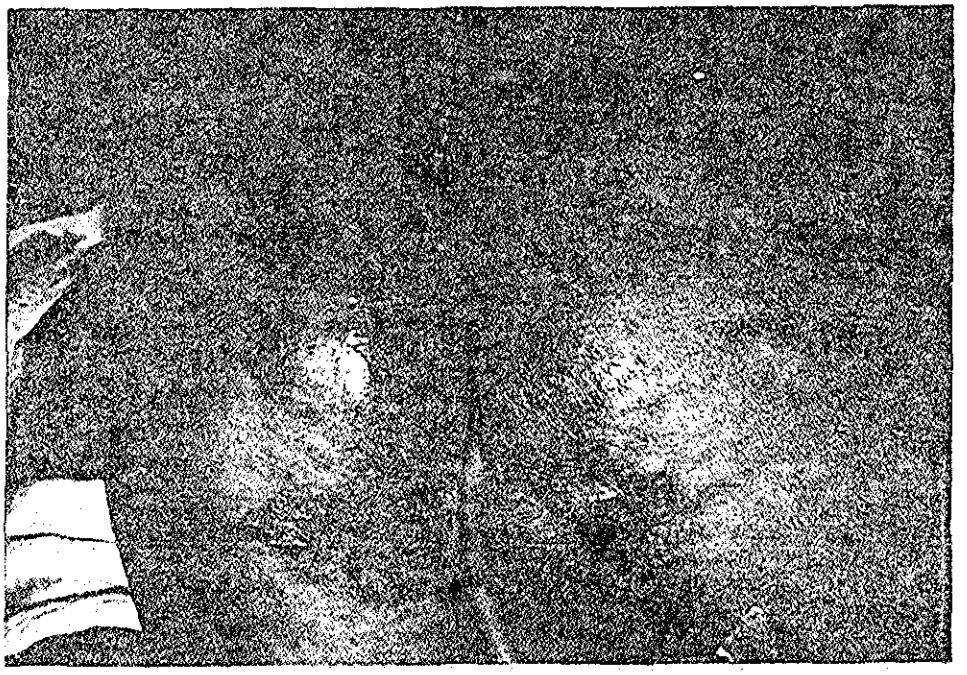


Fig. No. 18

Paciente con gastroenteritis y candidiasis agregada a la dermatitis del área del pañal

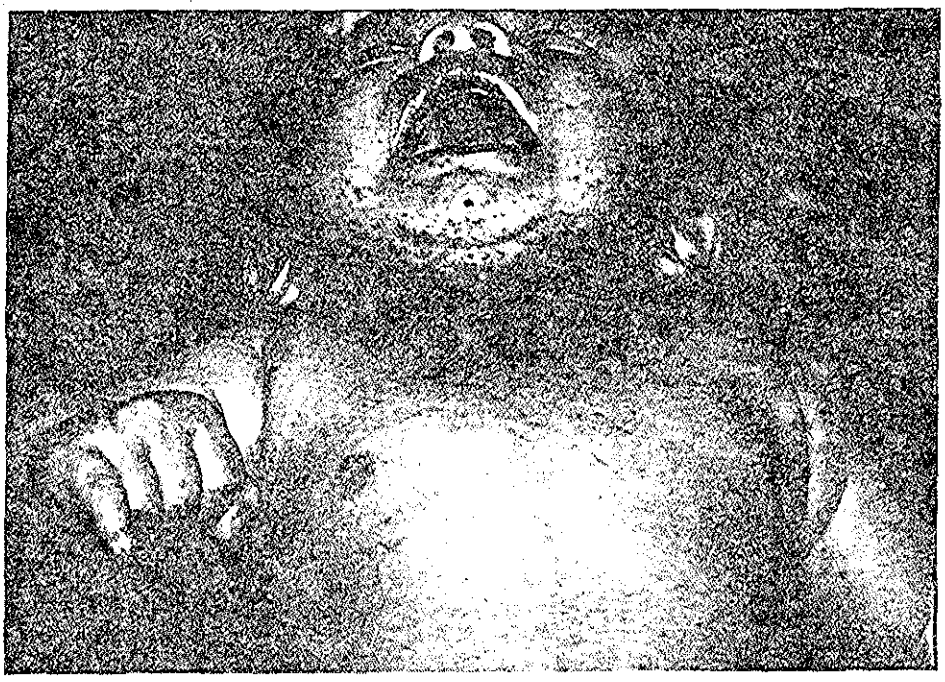


Fig. No. 19

Placas eczematosas en cuello, labios y mucosas. Lesiones que por algún mecanismo se han diseminado de la zona del pañal.

Fig. No. 20

Eritema Brillante, Humedad, maceración y desnutrición en este paciente.

Fig. No. 21

El cultivo demostró C. albicans, y colonias de penicillium. La orina fué necesario drenarla a través de sonda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

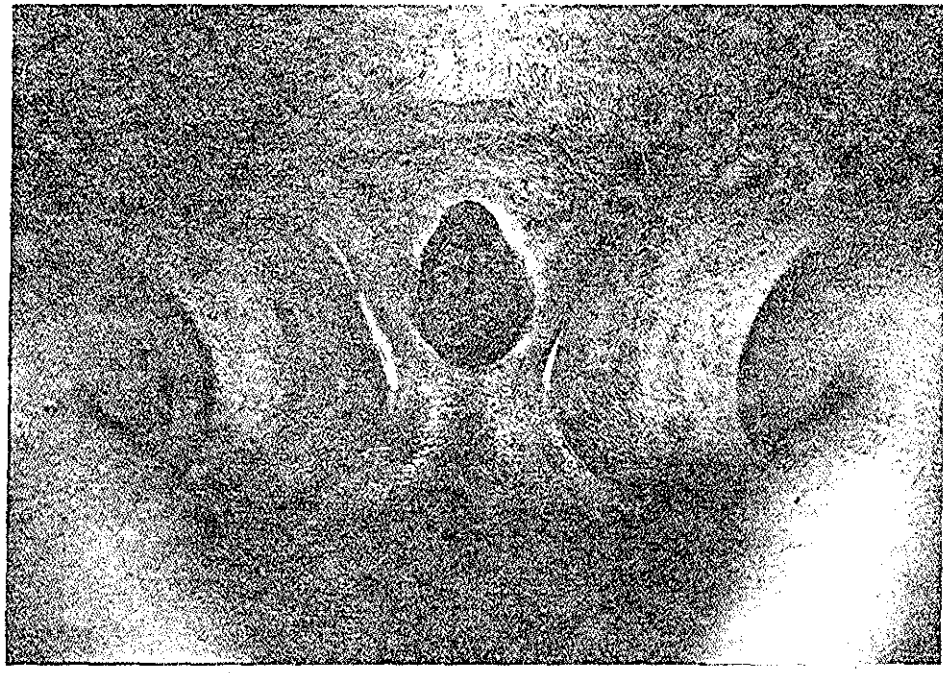


Fig. No. 22

Osérvese el aspecto de la piel y la extensión de las lesiones.

Fig. No. 23

Paciente corti-coestropeado que además demostró por cultivo C. albicans.

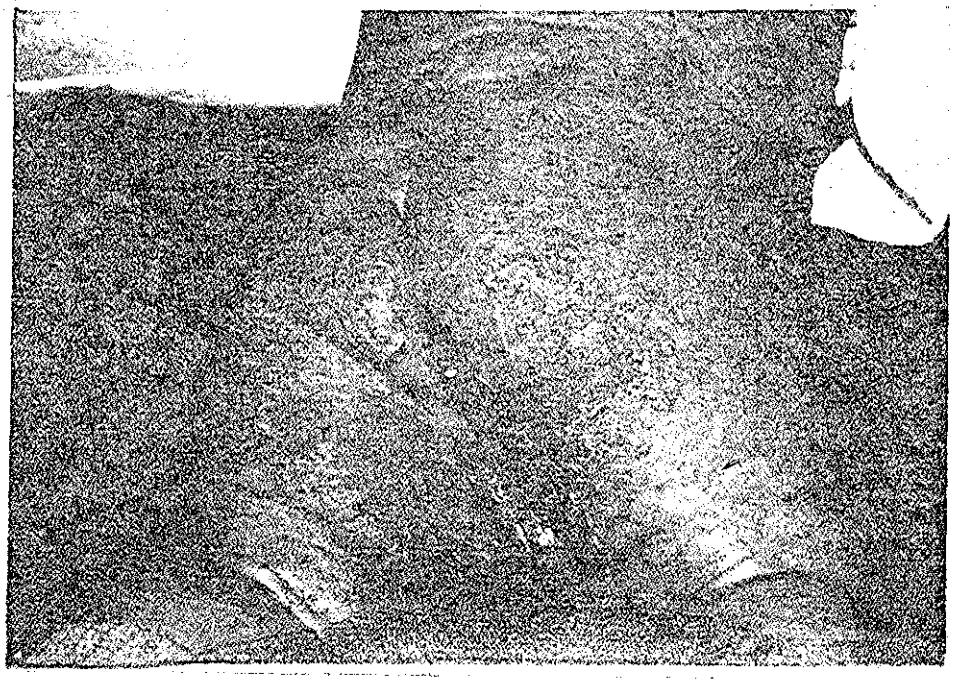


Fig. No. 24

Las lesiones se han extendido hasta los muslos en los cuales se aprecian numerosas pústulas, demostró C. albicans.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

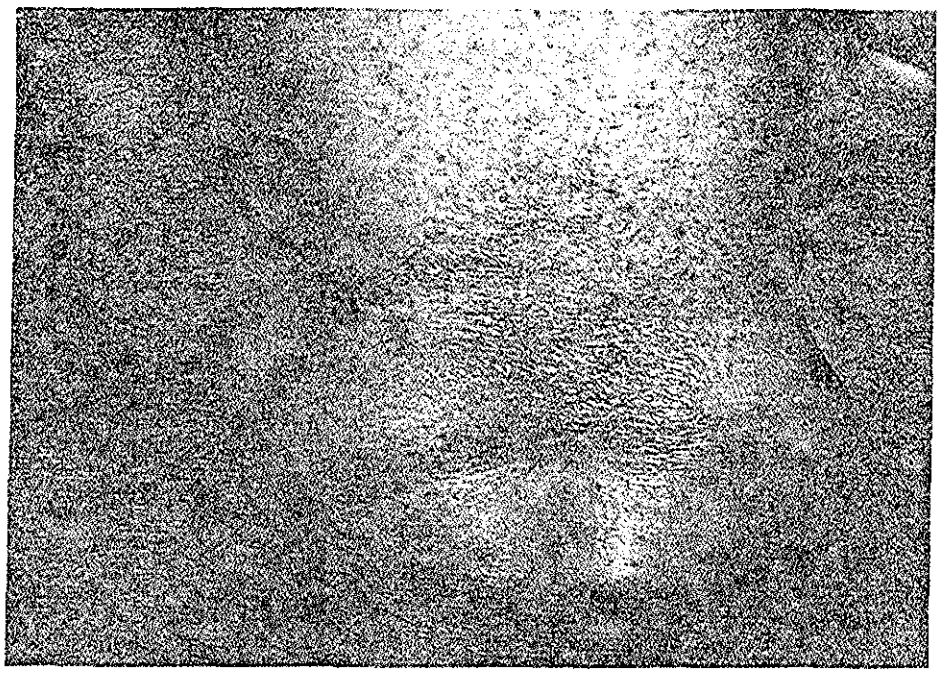


Fig. No. 25
Obsérvese el aspecto plegado de la piel y la extensión de las lesiones que han rebasado los límites del área conferida al pañal.

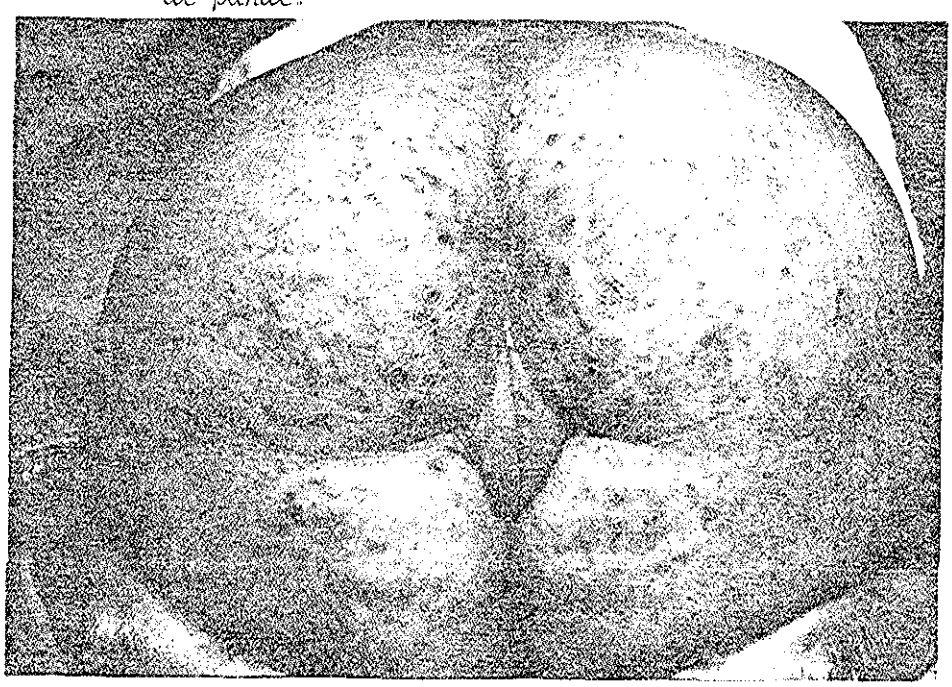


Fig. No. 26
Algunas de las lesiones que se presentan por el uso y abuso indiscriminado de corti coesteroides durante mucho tiempo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

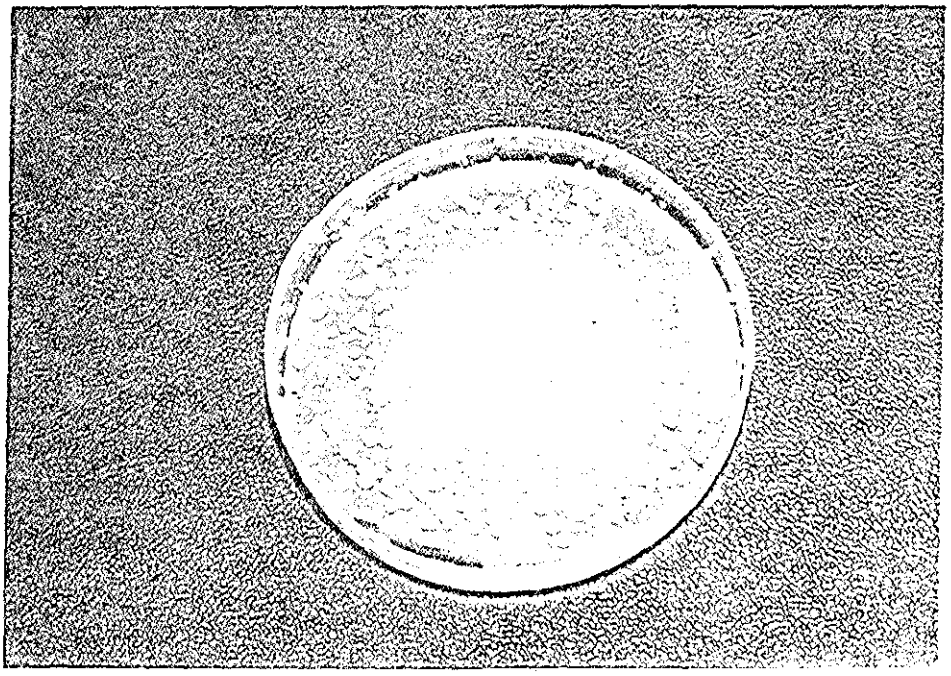


Fig. No. 27

Obsérvese el aspecto cremoso que presentan las numerosas colonias de candida albicans encontradas en este paciente.

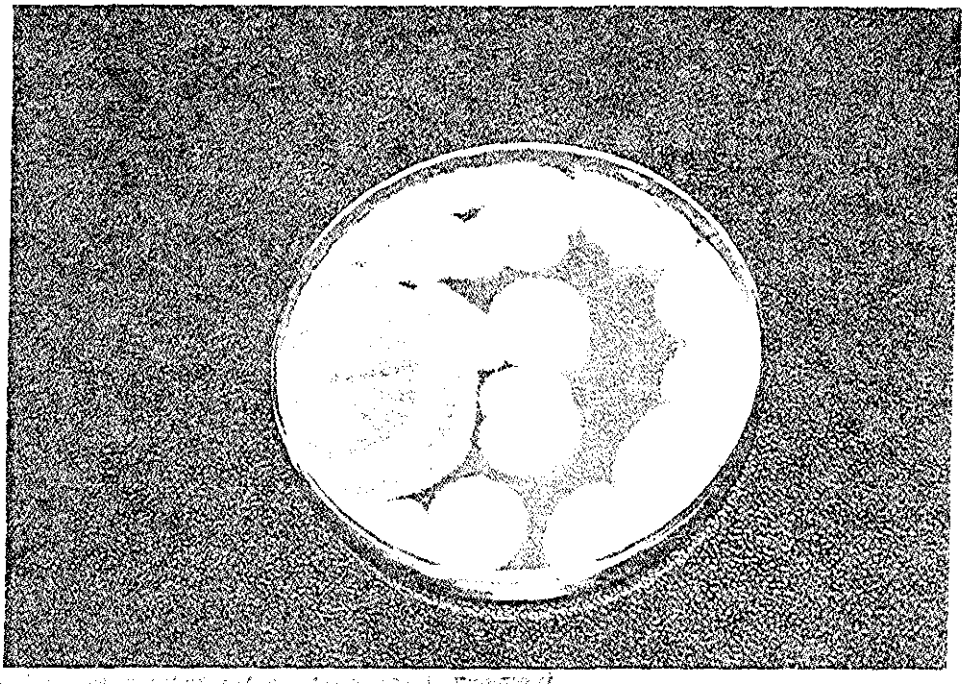


Fig. No. 28

Contaminantes encontrados con relativa frecuencia, fueron las colonias de aspergillus.

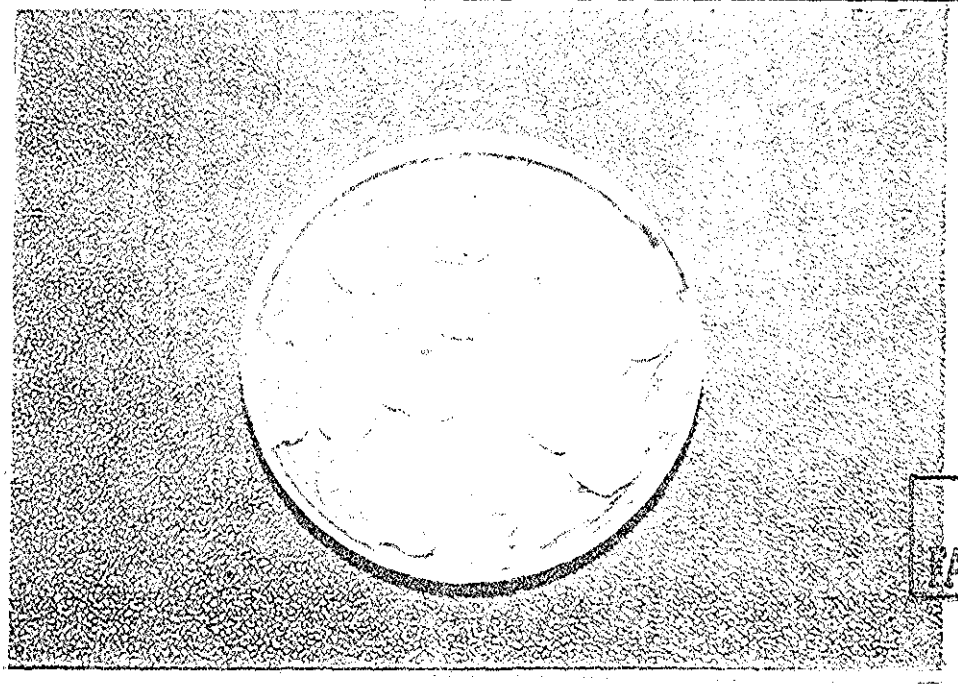
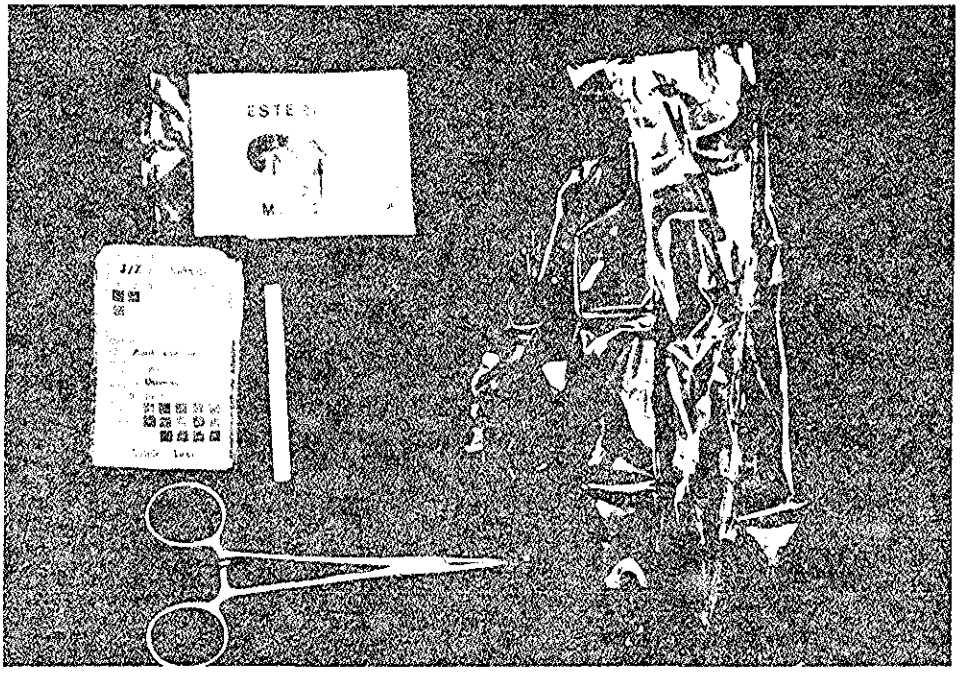


Fig. No. 29

Véase el aspecto seco y corrugado de las colonias de penicillium SP. que resultaron ser contaminantes en algunos cultivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIG. NO. 30

utensilios usados para la toma de las muestras que se valoraron en el transcurso de este trabajo.

ESTUDIO DE 40 INFANTES CON DERMATITIS DEL AREA DEL PAÑAL REALIZADO EN EL CENTRO DERMATOLOGICO " DR. LADISLAO DE LA PASCUA."

O B J E T I V O S :

1.- Hacer una clasificación clínica de la dermatitis del área del pañal en niños de 0-2 años de edad.

2.- Conocer el pH de la piel afectada en esta área, piel normal, orina y excremento.

3.- Conocer la frecuencia de Candida albicans, su papel como patógena y las condiciones que la determinan.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Del 13 de agosto de 1979 al 27 de febrero de 1980, se estudiaron 40 pacientes de ambos sexos de 0 a 2 años de edad, procedentes de la consulta de primera vez, en el Centro Dermatológico Pascua, a los que se diagnosticó clínicamente como dermatitis del área del pañal y/o algunos probable candidiasis.

A cada paciente se le realizó estudio clínico dermatológico (se anexa forma de estudio).

Se hizo hincapie en la presencia de enfermedades asociadas.

En la primera parte de la forma de estudio (topografía), se investigó que región o regiones eran las más afectadas y cuantos habían presentado diseminación a otras áreas.

En la segunda (morfología), que lesiones de las encontradas fueron las más frecuentes y la predilección por la región o regiones del cuerpo.

En la tercera (interrogatorio y evolución), se consigna la fecha y forma de inicio, así como el período evolutivo de la dermatosis, recalcando antecedentes de patología previa en la zona destinada al pañal.

En la cuarta (tópicos usados), se insiste a la madre en el uso de pomadas, polvos, ungüentos, cremas, aceites y 'remedios caseros', así como el tiempo de su utilización.

En la quinta (Tipo de pañal usado), si es de tela (algodón, franela), desechables u otro material, desde que edad los usa, la frecuencia con que son removidos y si es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aseada el área antes de colocarlos y que material usa para efectuar dicho aseo.

En la sexta (enfermedades asociadas), se insiste en la presencia de diarrea, infecciones de las vías urinarias, malformaciones congénitas de los genitales y padecimientos dermatológicos como : prúrigo por insectos, escabiasis, neurodermatitis, candidiasis, dermatitis por contacto y otros.

Posteriormente se le realizó a cada paciente historia clínica general.

Se tomaron fotografías de las áreas afectadas en la primera consulta.

Se practicó la medición del pH con tiras reactivas Triple-test en piel sana y en zonas afectadas (área del pañal), así como de la primera orina de la mañana que fue coleccionada en "bolsitas" de polietileno estériles donde se introdujo un extremo de la tira reactiva.

El excremento a medirse se procuró fuera lo más reciente posible y se aplicó en un extremo de la tira reactiva hasta cubrir totalmente su superficie, la consistencia del mismo, en ocasiones fué sólida, semilíquida y en otras líquida.

La interpretación de las tiras reactivas se llevó a cabo en todos los casos después de dejar el material en cuestión durante 60 segundos expuesto a la superficie reactiva de la tira, pasado este tiempo se procedió a agregar 30 ml. de agua para retirar de dicha superficie los residuos del material estudiado.

Por último se observó el color que presentaba la tira reactiva y se comparó con la escala de colores y números que están impresos en la cubierta de las mismas tiras, sacando así

los valores del pH que presentaba cada paciente.

En seguida se practicó a cada paciente la toma de muestra en la zona problema, con método del "tapiz", la cual se llevó a cabo sin la aplicación previa (por lo menos de 48 horas)de ningún medicamento tópico.

Todas las muestras fueron cultivadas en cajas de Petri que contenían Sabouraud adicionado de cloranfenicol y ciclomeximida.

La interpretación de las mismas fué realizada en el laboratorio de micología del Centro Dermatológico Pascua.

Por último se indicó tratamiento tópico a los que sólo presentaban patología cutánea y los que además cursaban con gastroenteritis u otra enfermedad sistémática se les canalizó con su médico pediátra.

El tratamiento tópico se individualizó a cada caso, pero en general para aquellos que estaban clínicamente en fase aguda o subaguda se les indicó: subacetato de plomo y agua destilada a partes iguales, manzanilla hervida o acetato de aluminio en fomentos o baños de asiento, posteriormente pastas al agua.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los casos crónicos se usó: concentrado coloidal de avena con petrolato líquido en fomentos o baños de asiento, pomadas a base de lanolina, vaselina, aceite de almendras dulces, oxido de zinc y talco.

En la mayoría de los casos fué necesario acidificar la zona comprometida a base de vinagre blanco diluído.

En los casos con prurito muy intenso se agregó maleato de parabromodilamina por vía oral a razón de 2 gotas por kilogramo de peso cada 8 horas.

En aquellos que se comprobó la presencia de Candida al-

bicans se hicieron aplicaciones tópicas a base de ungüento de nistatina.

Como medidas generales se recomendó:

No aplicar otros medicamentos tópicos o "remedios caseros" que no fueran los indicados por el médico tratante.

Cambio de pañales después de miccionar o defecar.

Aseo de la zona cubierta por el pañal con agua o aceite, sin frotar.

Suspender el uso de pañales desechables o calzoncitos de material sintético.

Usar sólo pañales hechos de tela de algodón.

Prohibido el uso de jabones o detergentes en el área comprometida.

Estrictamente prohibido el uso de corticoesteroides por cualquier vía. Se recomendó no alterar la dieta indicada por su pediátra o la madre.

Las citas para control se realizaron cada semana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODO DEL " TAPIZ ".

Esta técnica fué descrita por Mariat en octubre de 1967, quien publicó con Carmen Adan Campos en los anales del Instituto Pasteur de Paris, esta nueva técnica sencilla y de bajo costo, para toma de muestras en micosis superficiales, que efectuada en buenas condiciones, constituye uno de los elementos en que se baja el éxito del diagnóstico.

El tapiz, es una técnica simple que consiste en frotar enérgicamente la superficie cutánea a estudiar con un trozo de tapiz (alfombra o " moqueta "), que mida 6X6 cms., se le quitan los pelos cortos. La moqueta debe ser montada sobre una trama de fibras vegetables o animales.

Los cuadritos de tapiz son remojados en agua durante 48 horas, después de lavados en agua destilada para quitarle pegaduras, asperezas y productos insecticidas eventualmente presentes.

FALLA DE ORIGEN

Luego se secan y se envuelven en papel para ser esterilizados en autoclave una hora a 120°C.

Los cuadritos entonces están listos para usarse.

Estos utensilios de toma, son simples, de un precio bajísimo, que permite obtener un gran número.

Su estructura y su naturaleza son muy interesantes, ellos realizan el efecto de un cepillo de pelos de queratina bien apretados, donde las propiedades electrostáticas al ser frotados, contribuyen a la captura de esporas.

Al momento de la toma, el cuadro de tapiz se saca del papel y es frotado enérgicamente sobre la superficie a estudiar (lesión de piel lampiña, de piel cabelluda, etc.) después se desplaza al interior de la caja de Petri, previamente preparada

con gelosa glucosada de Sabouraud con cicloheximida (actidione) y cloranfenicol a dósis de 1 X 1000.

En contacto con este medio, se coloca en 2 ó 3 ocasiones el cuadro de tapiz, y para ésto se abre la caja cerca de un mechero de Bunsen, se saca el tapiz y se cierra la caja, sellándola perfectamente y se incuba a 25°C, o se deja a la temperatura ambiente.

Este método ha permitido obtener el aislamiento de diversos hongos a partir de lesiones cutáneas: Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton y C. albicans, los resultados son superiores a los que se han obtenido por métodos clásicos.

La gran ventaja de la técnica es que permite el aislamiento de hongos patógenos diseminados sobre grandes superficies cutáneas que no presentan lesiones clínicas y los agentes responsables son difíciles de cultivar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el curso de una encuesta efectuada por Mariat y Adan Campos se reportó la presencia de dermatofitos que fueron buscados sistemáticamente de cabezas de consultantes de un hospital de Paris.

Los enfermos presentaban parasitosis diversas, pero en ningún caso ni sospechas de dermatofitosis; se encontraron Trichophyton soudanense 11%, rubrum 3% y Epidermophyton floccosum 1%.

En un enfermo afectado con T. soudanense, fué posible observar, posteriormente al cultivo lesiones clínicas muy discretas de tiña.

Los portadores de dermatofitos sin lesión no pudieron ser detectados por los métodos usuales.

Proponen los autores el empleo de la técnica en la

micología humana, refiriendo excelentes resultados para el aislamiento de hongos a partir de animales que presentan o nó una micosis clínica.

Mariat y Tapia, encontraron en 115 cenocéfalos, 64 portadores de dermatofitos, ya que tres sólamente podían considerarse como tiñas.

Esta técnica ha sido usada para la búsqueda de dermatofitos o de otros hongos patógenos en diversos animales (gatos, perros, ratas, ratones, cobayos, gallinas u cabras), sobre soportes inertes (paredes, muros, estufas, muebles de laboratorio) o sobre vegetales (plantas y hojas).

Así se ha aislado de troncos: Sporothrix en plantas sospechosas de ser el origen de un caso de esporotricosis.

Los cuadros de tapiz han sido igualmente empleados por Drouhet , Marcel Y Labonde , en el curso de un estudio sobre la flora dermatofítica de las piscinas.

Los autores al terminar su trabajo concluyen que el método descrito debe ser empleado para efectuar las tomas sobre lesiones micósicas superficiales, para controlar los resultados en tratamientos antimicóticos, pero sobre todo para la búsqueda de hongos patógenos queratinofílicos y otros sobre superficies cutáneas extendidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FORMA UTILIZADA PARA EL ESTUDIO DE LA DERMATITIS DEL AREA DEL PAÑAL EN 40 PACIENTES.

TOPOGRAFIA: Regiones genital, perianal, perineal, glúteas e interglúteas, muslos, ingles y pubis.

MORFOLOGIA: Eritema, inflamación, descamación, pápulas, vesículas, ampollas, maceración, pústulas, costras hemáticas, melicéricas, exudado seroso o seropurulento, manchas hipocrónicas, hiperpigmentación y placas.

INTERROGATORIO Y EVOLUCION: Forma de inicio, con tiempo de evolución : días, semanas, meses.

TOPICOS USADOS : Pomadas, polvos, ungüentos, cremas, aceites, " remedios caseros ", etc.

TIPO DE PAÑAL USADO: Material sintético, tela o desechable.

ENFERMEDADES ASOCIADAS : Prúrigos, escabiasis, neurodermatitis, candidiasis, dermatitis por contacto, etc.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S

Edad y sexo (ver cuadro NO. 1).

Las regiones que resultaron afectadas en orden decreciente fueron : perineal, perianal, genitales externos, glúteos, pubis y sólo 12 pacientes (30%) presentaron diseminación de lesiones a otras áreas.

Estas fueron: muslos y piernas en caras internas, abdomen tronco en todas sus caras (con predilección dorsal), cuello caras internas de antebrazos y pabellones auriculares.

Las lesiones que con mayor frecuencia hicieron su aparición fueron: eritema, descamación fina, pápulas, exulceraciones, humedad, maceración y liquenificación.

Las de menor fueron: Placas eritematoescamosas y pústulas.

Los sitios más severamente afectados fueron: regiones perineal, perianal, glúteos y genitales externos. Los de menor, caras externas de muslos y piernas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El inicio de esta dermatosis en 32 casos (80 %) fué en forma aguda y en 8 (20%) paulatinamente.

En todos los casos el dato de inicio proporcionado por las madres fué el de la presencia de "enrojecimiento" o " rosadura" en la zona destinada al pañal.

La evolución promedio fué de 4-5 semanas.

Cinco pacientes (12.5%) tenían antecedentes de dermatitis del área del pañal de repetición. Dos (5%) con patología no especificada y localizadas a la zona cubierta por el pañal.

Substancias (pomadas) tópicas que fueron usadas con más frecuencia:

Corticoesteroides.- Les fueron aplicados por más de 3 semanas ininterrumpidamente a 9 pacientes (22.5%).

De éstos, el más usado fué la fluocinolona (synalar), 7 casos (17.5%). En 2 (5%) valerianato de diflucortolona (nerisona).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Otras substancias usadas con cierta frecuencia fueron: vaselina, lanolina y oxido de zinc (pasta de Lassar), las cuales se emplearon por más de 15 días, en 11 pacientes (27.5%).

Las vitaminas A y D combinadas con cloruro de benzalconio y oxido de zinc (capent) se utilizaron en 9 casos (22.5%) durante 10 días aproximadamente.

Remedios caseros.- De éstos fué maizena, la que con mayor frecuencia se utilizó, 6 casos (15%), por más de 15 días.

En un grupo de pacientes la aplicación tópica de substancia alguna, fué negada, por parte de las madres, los que sumaron un total de 7 niños (17.5%).

En algunos casos las aplicaciones fueron múltiples y diversas, las cuales van desde substancias comunes de uso doméstico, hasta antimicóticos, antihistamínicos, anestésicos, antibióticos, etc.

Tipo de pañales utilizados desde el nacimiento hasta la fecha de consulta.

De tela (franela y algodón), 24 pacientes (60 %).

Desechables (a base de material sintético), 7 casos (17.5%). Usados en forma alterna y periódica, los de tela y desechables, 9 pacientes (22.5%).

El cambio de pañales se llevó a cabo en 6 ocasiones

(como promedio), 4 durante el día y 2 por la noche.

El aseo antes del cambio de pañales se realizó con aceites (para bebé) en 24 pacientes (60%).

En 10 casos (25%) se utilizó agua y jabón, y en 6 (15%) el cambio se realizó sin aseo de la zona destinada al pañal.

ENFERMEDADES ASOCIADAS. (ver cuadro 2).

Corticoestropeo, 9 casos (22.5%), 5 femeninos y 4 masculinos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desnutricaón, 2 pacientes (5%), 1 femenino y 1 masculino.

Sudamina, 2 casos (5%), femeninos.

Gastroenteritis, 2 femeninos (5%).

Candidiasis, (comprobada por cultivo) 19 pacientes (47.5%), 9 femeninos y 10 masculinos.

Las enfermedades anteriores estuvieron presentes en 34 pacientes (85%),de los cuales 19 (47.5%) correspondieron al sexo femenino y 15 (37.5%) al masculino.

Los resultados del tratamiento instituído para la dermatosis que nos ocupa fué como sigue:

Dados de alta por curación 32 pacientes (80 %).

No acudieron a consultas subsecuentes por más de 3 ocaciones, 5 pacientes (12.5%).

Presentaron recidivas, 3 casos (7.5%).

Cabe señalar que los pacientes estudiados pertenecieron a todas las clases sociales, prevaleciendo la baja (humilde) con 19 casos (47.5%), la media con 14 (35 %) y 7 (17.5%) correspondieron a la alta.

Los resultados del pH encontrado en piel normal de niños con dermatitis del área del pañal, fueron los siguien-

tes (ver cuadros 3 y 4): con 4.5 de pH, 2 casos (5%), femenino y masculino.

Con 5 de pH, 11 pacientes (27.5%), 5 femeninos y 6 masculinos.

Presentaron pH de 5.5, 8 casos (20%), de los cuales 3 correspondieron al sexo femenino y 5 al masculino.

En 17 pacientes (42.5%) hubo un pH de 6, de éstos, 12 fueron femeninos y 5 masculinos.

Con 7 de pH, 1 paciente (2.5%) masculino.

Un caso (2.5%) femenino se le encontró un pH de 9.

Al medir el pH en piel patológica del área del pañal, se obtuvieron los siguientes resultados (ver cuadros 5 y 6):

Se obtuvo pH de 3, en 1 caso (2.5%), femenino.

Con 4 de pH, 2 pacientes (5%), femeninos.

En 2 infantes (5%), 1 femenino y 1 masculino se obtuvo un pH de 4.5.

En 17 casos (42.5%), 9 femeninos y 8 masculinos se midió un pH de 5.

Se encontró 5.5 de pH en 6 niños (15%), 3 femeninos, 3 masculinos.

Con 6 de pH fueron 7 casos (17.5%), 3 femeninos y 4 masculinos.

En 1 femenino (2.5%) el pH fué de 6.5.

En 3 casos (7.5%), 1 femenino y 2 masculinos se encontró un pH de 7.

Con pH de 8, 1 femenino (2.5%).

La medición del pH de la orina aportó los siguientes resultados (ver cuadros 7 y 8):

Se obtuvo 4.5. de pH en 1 femenino (2.5%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 8 pacientes (20%) el pH fué de 5, de los cuales, 5 fueron femeninos y 3 masculinos.

Con 5.5 de pH, 10 casos (25 %), 4 femeninos y 6 masculinos.

Se encontraron con 6 de pH, 15 pacientes (37.5 %), 7 femeninos y 8 masculinos.

Con pH de 6.5 fueron encontrados 2 casos (5%), 1 femenino y 1 masculino.

En 4 niñas (10%) el pH medido fué de 7.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El pH obtenido de las muestras de excremento dió por resultado lo siguiente (ver cuados 9 y 10):

Se encontró un pH de 4, en 3 casos (7.5%), de los cuales fueron, 1 femenino y 2 masculinos.

Con un pH de 4.5, se encontraron 5 pacientes (12.5%), 3 femeninos y 2 masculinos.

En 19 casos (47.5%) se encontró un pH de 5, de los cuales 12 eran femeninos y 7 masculinos.

Se obtuvo un pH de 5.5 en 4 casos (10%), 2 femeninos, 2 masculinos.

En 5 pacientes (12.5%) se midió un pH de 6, de los que 2 correspondieron al sexo femenino y 3 al masculino.

Se midió un pH de 6.5 en 4 niños (10%), 2 femeninos y 2 masculinos.

Los resultados de los cultivos practicados con el método del tapiz en los casos estudiados fué como sigue:

Crecieron en los medios de cultivo numerosas colonias de Candida albicans, (más de 60 colonias) en 19 casos (47.5%), de éstos, 9 eran del sexo femenino (22.5%) y 10 masculinos

(25%). (ver cuadro 11).

En 8 pacientes (20%), 3 femeninos (7.5%) y 5 masculinos (12.5%), se observaron colonias de Penicillium y numerosos cocos y bacilos gram positivos.

En 2 femeninos (5%), la observación fué de numerosas colonias de Aspergillus sp. y abundantes cocos gram positivos.

En 3 casos (7.5%), 2 femeninos (5%) y 1 masculino (2.5%) se pudieron observar escasas colonias de Candida albicans (2-3) y algunas colonias de Penicillium (5-6).

En 8 infantes (20%), 6 femeninos (15%) y 2 masculinos (5%), los resultados de los cultivos fueron negativos.

Total: 40 pacientes; 22 femeninos (55%) y 18 masculinos (45%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASOS DISTRIBUIDOS POR EDAD Y SEXO

	FEMENINO		MASCULINO		T O T A L	
EDAD EN MESES	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 —— 4	4	10	7	17.5	11	27.5
5 —— 8	6	15	2	5	8	20
9 —— 12	7	17.5	5	12.5	12	30
13 —— 16	2	5	1	2.5	3	7.5
17 —— 20	1	2.5	1	2.5	2	5
21 —— 24	2	5	2	5	4	10
	22	55	18	45	40	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFERMEDADES ASOCIADAS ENCONTRADAS EN LOS CASOS ESTUDIADOS

	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GASTROENTERITIS	2	5	---	---	2	5
SUDAMINA	2	5	---	---	2	5
DESNUTRICION	1	2.5	1	2.5	2	5
CORTICOESTROPEO	5	12.5	4	10	9	22.5
CANDIDIASIS	9	22.5	10	25	19	47.5
	19	47.5	15	37.5	34	85

FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DEL PH EN PIEL NORMAL

	FEMENINO		MASCULINO		P H						TOTAL	
EDAD EN MESES	Nº	%	Nº	%	4.5	5	5.5	6	7	9	Nº	%
0 — 4	4	10	7	17.5	1	3	4	3			11	27.5
5 — 8	6	15	2	5	1	1	1	5			8	20
9 — 12	7	17.5	5	12.5		5	1	4	1	1	12	30
13 — 16	2	5	1	2.5		1		2			3	7.5
17 — 20	1	2.5	1	2.5			1	1			2	5
21 — 24	2	5	2	5		1	1	2			4	10
	22	55	18	45	2	11	8	17	1	1	40	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR SEXO DEL PH REGISTRADO EN PIEL NORMAL

FEMENINO		MASCULINO		PH	TOTAL	
Nº	%	Nº	%		Nº	%
1	2.5	1	2.5	4.5	2	5
5	12.5	6	15	5	11	27.5
3	7.5	5	12.5	5.5	8	20
12	30	5	12.5	6	17	42.5
—	—	1	2.5	7	1	2.5
1	2.5	—	—	9	1	2.5
22	55	18	45		40	100

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS Y DISTRIBUCION DEL PH EN PIEL PATOLOGICA DEL AREA DEL PAÑAL

	PH									FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
EDAD EN MESES	3	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7	8	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4	1	—	1	2	—	3	—	3	1	4	10	7	17.5	11	27.5
5 — 8	—	—	1	3	1	2	1	—	—	6	15	2	5	8	20
9 — 12	—	1	—	5	4	2	—	—	—	7	17.5	5	12.5	12	30
13 — 16	—	—	—	2	1	—	—	—	—	2	5	1	2.5	3	7.5
17 — 20	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	2.5	1	2.5	2	5
21 — 24	—	—	—	3	1	—	—	—	—	2	5	2	5	4	10
	1	2	2	16	7	7	1	3	1	22	55	18	45	40	100

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR SEXO DEL PH REGISTRADO EN PIEL PATOLOGICA DE LA ZONA DEL PAÑAL

FEMENINO		MASCULINO		P H	T O T A L	
Nº	%	Nº	%		Nº	%
1	2.5	—	—	3	1	2.5
2	5	—	—	4	2	5
1	2.5	1	2.5	4.5	2	5
9	22.5	8	20	5	17	42.5
3	7.5	3	7.5	5.5	6	15
3	7.5	4	10	6	7	17.5
1	2.5	—	—	6.5	1	2.5
1	2.5	2	5	7	3	7.5
1	2.5	—	—	8	1	2.5
22	55	18	45		40	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS Y DISTRIBUCION DEL PH EN ORINA

	PH						FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
EDAD EN MESES	4.5	5	5.5	6	6.5	7	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 —— 4	—	3	2	5	—	1	4	10	7	17.5	11	27.5
5 —— 8	—	1	2	3	—	2	6	15	2	5	8	20
9 —— 12	—	1	2	6	2	1	7	17.5	5	12.5	12	30
13 —— 16	1	1	—	1	—	—	2	5	1	2.5	3	7.5
17 —— 20	—	1	1	—	—	—	1	2.5	1	2.5	2	5
21 —— 24	—	1	3	—	—	—	2	5	2	5	4	10
	1	8	10	15	2	4	22	55	18	45	40	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR SEXO DEL PH REGISTRADO EN ORINA

	FEMENINO		MASCULINO		T O T A L	
P H	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4.5	1	2.5	—	—	1	2.5
5	5	12.5	3	7.5	8	20
5.5	4	10	6	15	10	25
6	7	17.5	8	20	15	37.5
6.5	1	2.5	1	2.5	2	5
7	4	10	—	—	4	10
	22	55	18	45	40	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS Y DISTRIBUCION DEL PH EN ESCREMENTO

	PH						FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
EDAD EN MESES	4	4.5	5	5.5	6	6.5	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4	—	—	5	2	2	2	4	10	7	17.5	11	27.5
5 — 8	—	3	5	—	—	—	6	15	2	5	8	20
9 — 12	2	1	5	2	2	—	7	17.5	5	12.5	12	30
13 — 16	1	1	1	—	—	—	2	5	1	2.5	3	7.5
17 — 20	—	—	2	—	—	—	1	2.5	1	2.5	2	5
21 — 24	—	—	1	—	1	2	2	5	2	5	4	10
	3	5	19	4	5	4	22	55	18	45	40	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR SEXO DEL PH REGISTRADO EN ESCREMENTO

	FEMENINO		MASCULINO		T O T A L	
P H	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4	1	2.5	2	5	3	7.5
4.5	3	7.5	2	5	5	12.5
5	12	30	7	17.5	19	47.5
5.5	2	5	2	5	4	10
6	2	5	3	7.5	5	12.5
6.5	2	5	2	5	4	10
	22	55	18	45	40	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASOS EN LOS CUALES EL CULTIVO DEMOSTRO

CANDIDA ALBICANS

	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
EDAD EN MESES	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 ——— 4	1	2.5	4	10	5	12.5
5 ——— 8	2	5	1	2.5	3	7.5
9 ———12	3	7.5	3	7.5	6	15
13 ———16	1	2.5	—	—	1	2.5
17 ———20	1	2.5	—	—	1	2.5
21 ——— 24	1	2.5	2	5	3	7.5
	9	22.5	10	25	19	47.5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O M E N T A R I O S

La dermatitis del área del pañal a través de los años se ha ido incrementando, llegando a verse con mayor frecuencia en las últimas décadas y a la vez que se ha convertido en " martirio " de los niños y motivo de preocupación en algunos padres.

No pretendo, de ninguna manera con esta casuística aclarar todos los puntos obscuros que envuelven a la(s) etiología(s); ni tampoco a la forma intrínseca de actuar de los diversos factores que intervienen en la producción de este padecimiento, sino más bien trato, primero, cumplir con los objetivos propuestos, y luego, sembrar la semilla del interés en los colegas, para que en un futuro profundicen o abran nuevos caminos que despejen las grandes interrogantes que vivimos hoy día.

Me parece oportuno mencionar que en los casos estudiados hubo ligero predominio para el sexo femenino (55%) en relación con el masculino (45%), en contraste con los pacientes que estudió Montes y cols, (1971), donde el predominio fué a la inversa.

En cuanto a la edad, ésta predominó en el grupo comprendido entre los 9 y 12 meses, lo que concuerda con los casos estudiados por Mackie y cols. (1979).

Las regiones más afectadas fueron las vecinas a genitales externos y la lesión principal fué el eritema, lo cual no extraña a pediátras y dermatólogos; lo que tal vez llame la atención sea la cantidad de niños vistos (30%) con disemina-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ción de lesiones a otras áreas.

Se explica que las regiones perineal, perianal y glúteos sean las más afectadas, debido a que son los sitios que con mayor frecuencia están en contacto por períodos prolongados con pañales humedecidos por la orina o excremento y a los cambios del pH a que está sujeta esa zona.

Así mismo que la extensión de lesiones se haya presentado en el mayor número de casos a muslos y piernas (caras internas), debido a la posición (decúbito dorsal) que por más tiempo guarda el infante.

El eritema como todos sabemos, se presenta como una respuesta a la agresión que la piel sufre por parte del amoniáco liberado de la urea y a la fricción continua del pañal sobre esa área; sin olvidar, obviamente, el "terreno" predispuesto que presentan estos niños.

Las pápulas y el prurito se deben a una reacción de la piel, debido a la continua agresión sobre la misma, y como consecuencia hay costras hemáticas y liquenificación.

La humedad y maceración se podrían explicar por el desaseo de esta zona y el retardo en el cambio de pañales por parte de la madre, aunado al aumento de la temperatura local, substancias tópicas usadas y quizá a la descomposición de microorganismos (bacterias, virus y hongos).

La forma clínica que se observó con mayor frecuencia, fué la aguda, tal vez por ser la más "aparatosa" o la más molesta para el infante, lo cual preocupa o motiva a algunas madres para que acudan a la consulta especializada.

Haciendo una comparación con los casos vistos por Leyden

y cols. (1978) el mayor porcentaje también correspondió a esta forma clínica.

Cabe añadir que para la obtención de algunos datos, sobre todo en el renglón de las aplicaciones tópicas, fué en ocasiones difícil, debido al precario grado de cultura y preparación de los padres, aunado a la falta de responsabilidad que manifiestan muy a menudo.

De las substancias tópicas aplicadas estuvo a la cabeza una pasta inerte (pasta de Lassar), siguiendole los corticoesteroides y las vitaminas A y D.

Probablemente ésto sea debido a la popularidad de que gozan estos productos en el mercado y tal vez a la diferencia de precios, ya que en nuestro medio, como en otros, todavía prevalece la idea, de que cuando un medicamento es de bajo costo, no es bueno, y se debe cambiar por otro de mayor precio.

El mayor número de pacientes utilizaron exclusivamente pañales de tela y el menor desechables, esta situación podría hacernos pensar que el papel de factor desencadenante que se le atribuye al pañal desechable es falso y que es indistinto el uso de uno u otro para que se inicie esta dermatosis, sin embargo debemos recordar que existen otros factores y condiciones que pueden actuar en forma separada o conjunta para determinar la aparición de la dermatitis del área del pañal.

Encontramos 6 pacientes (15%) donde los pañales eran removidos sin previo aseo de la zona destinada a los mismos, lo cual indica el nulo o escaso propósito de preveer el agravamiento de lesiones o las sobreinfecciones que suelen presentarse en esta patología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entre las enfermedades asociadas, la de mayor incidencia fué la candidiasis y las de menor, la gastroenteritis, desnutrición y sudamina.

En la primera se encontraron numerosas colonias de Candida albicans en algunos casos en los cuales el aspecto clínico era "típico" de esta enfermedad - lo cual poco extraña - y en otros que ni remotamente se pensó en ésta, se encontró también Candida albicans en abundancia, este hecho nos hace pensar que la participación de este microorganismo en la producción de la dermatitis del área del pañal es nula y que sólo contribuye a ser un agravante secundario, antes que iniciador de esta dermatosis.

Quiero agregar que estos casos presentaban también, un pH alcalino en la zona destinada al pañal y en el excremento, lo que pone de manifiesto la estrecha relación que hay entre alcalinidad y Candida albicans en esa zona, tal vez, determinado la primera, la aparición de la segunda.

De los casos vistos con cuadros diarreicos, es difícil obtener conclusiones, debido a que sólo 2 pacientes presentaban esta patología, sin embargo, queremos mencionar que el pH encontrado en el excremento y piel de la zona del pañal fué ácido, lo que tal vez podría tener valor si la casuística fuera numerosa, ya que contaríamos con un apoyo que nos permitiera sostener la estrecha relación que pueda existir entre acidez y dermatitis del área del pañal y que ha sido señalada por otros autores.

Los resultados del pH tomado de piel normal y orina, no presentaron grandes variantes con respecto a la neutralidad, exceptuando algunos casos, los cuales estuvieron en puntos

opuestos (alcalinidad y acidez), hecho debido quizá a causas no bien conocidas.

En cambio las lecturas obtenidas de las muestras tomadas de la piel enferma (zona del pañal) y el excremento dieron por resultado en más del 50% de los casos un pH alcalino, un 10% fué para el pH ácido y el resto estuvo en la neutralidad, lo que quizá pondría en claro que en la dermatitis del área del pañal, sí hay alteraciones del pH local y del excremento, con tendencia a la alcalinidad en los casos que no presentan cuadros diarreicos y tal vez acidez en los que están involucrados con esta patología.

Respecto a los resultados del tratamiento instituído en este Centro Dermatológico, las formas clínicas que mejor y más rápidamente respondieron, fueron: las agudas y subagudas, siendo un tanto renuentes y más retardada la solución en los casos de evolución crónica y en los que presentaban diseminación de lesiones a otras áreas.

Por último, quiero señalar un punto que me parece muy interesante y es el que se refiere al hecho de encontrar esta dermatosis en todos los continentes, sin distinción de razas, sexos o clases sociales, en los cuales las recidivas no son la excepción, lo que apoyaría en parte la idea del "terreno" predispuesto (atopia) que presentan estos niños y que ha sido mencionado por varios autores (7) (10) (17) (18).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O N C L U S I O N E S

1.- La dermatitis del área del pañal es frecuente en la consulta dermatológica y pediátrica.

2.- Existe una predisposición de tipo hereditaria en los niños con dermatitis del área del pañal.

3.- Se debe investigar el papel que juegan las bacterias en la eticlogía de esta dermatosis.

4.- Actúan como factores desencadenantes principalmente: el amoniáco liberado de la orina, el pH del excremento, el cambio poco frecuente de pañales y no está bien demostrado el pañal.

5.- La participación de Candida albicans en la producción de la dermatitis del área del pañal es nula, pero constituye un agravante secundario en esta patología.

6.- El pH alcalino favorece la aparición de Candida albicans.

7.- Las complicaciones más frecuentes son: la candidiasis y el corticoestropeo.

8.- La respuesta a los tratamientos locales a base de inertes y ciertos cuidados higiénicos, es buena, pero las recidivas no son la excepción sinó se prodigan dichos cuidados.

9.- Los corticoesteroides tópicos o sistémicos deben olvidarse en la terapéutica de esta dermatosis, por las alteraciones ya conocidas que originan con su uso.

10.- La prevención se puede realizar mediante aseo local y cambio constante del pañal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.- El método del tapiz se debe seguir utilizando en la investigación de hongos superficiales, por su gran efectividad y bajo costo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- Aquino, J.M.A.: Corticodermias. Tésis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México D.F. 1979. p.p. 4-12.

2.- Bogaert, D.H.; Sánchez, Y. : Manual de dermatología. The C. V. Mosby Company. San Luis. Toronto. Londres. México. 1979. p.p. 66.

3.- Catel, K. W. ; Dost, G. F. H. : Heintzen, K. P.: Diagnóstico en pediatría. Salvat Editores, S.A. 3ª ed. Barcelona. Madrid. Buenos Aires. México. Caracas. Bogotá. Río de Janeiro. 3,1967. p.p. 509.

4.- Desmons, F. ; Deligny, J.V. : Etude du role pathogène de Candida albicans au cours de diverses affections du nourrisson comprenant une dermite du siége (d'après 64 observations). Ann. derm. venereol., 104 (3) : 185-189, marzo, 1977.

5.- Díaz, B.O.R. ; Lodolo, J. C. ; Tagliabue, L.L. ; Cabrera, M. E. ; Klim, H. ; Campo, A. : Dermatitis de la zona del pañal. Enfoque clínico-terapéutico. Revista Argentina de Dermatología, (180): 35-40, enero-marzo, 1978.

6.- Escalona, P. E. ; Magaña, L. M. : Dermatología. Impresiones modernas, S.A. 4ª ed. México, D.F. octubre, 1971. p.p. 180-181.

7.- Goldberg, P. M. ; Jacobs, H. P. ; Jarratt, M. Koblenzar, J. P. ; Maibach, I.H, M. E. ; Orkin, M. ; Price, H. V.; Raumussen, E. J. ; Schmidt, M. L. ; Watson, W. : Clínicas pediátricas de norteamérica. Dermatología Pediátrica. Nueva editorial interamericana. W. B. Sauders company. Philadelphia. México. Argentina. España. Brasil. Colombia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chile. Ecuador. Perú. Uruguay. Venezuela. 1ª ed. 25 (2) : agosto, 1978. p.p. 209-212.

8.- Ibarra, D. G.; Torres, B.B.: Comunicación verbal. Septiembre, 1980.

9.- Ibarra, D. G. : Comunicación verbal. Septiembre, 1980.

10.-Jiménez, R. ; Muñoz, F. : La dermatitis del área del pañal en el lactante. Revista cubana de pediatría, 41 (6) : 479-484, diciembre, 1969.

11.-Lacayo, L. G. M. : El tapiz. Tésis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México D.F. 1979. p.p. 54-57.

12.-Leyden, J.J. ; Kligman, A. M. : The role of microorganisms in diaper dermatitis. Arch. dermatol., 114 (1) : 56-59, enero, 1978.

13.-Leyden, J. J. ; Katz, S. R. S. ; Kligman, M. A. : Urinary ammonia and ammonia-producing microorganisms in infants with and without diaper dermatitis. Arch. dermatol., 113 (12) : 1678-1680, diciembre, 1978.

14.-Mackie, R. M. ; Scott, E. : Topical miconazole cream in infantile napkin dermatitis. The practitioner., 222 (1327): 124-126, enero, 1979.

15.-Montes, L.F. : The histopathology of diaper dermatitis. J. cutan. pathol., 5 (1) : 1-4, febrero, 1978.

16.-Montes, L. F. ; Pittillo , R. F. ; Hunt, D. ; Narkates, A. J. ; Dillón, H. C. : Microbial flora of infant's skin. Arch. derm., 103 : 640-648, junio, 1971.

17.-Nelson, W. E. ; Vaughan, V.C. ; Mckay, R. J. : Tratado de pediatría. Salvat editores, S.A. Salvat mexicana de ediciones, S.A. de C.V.W.B. Sauders company de Philadelphia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN