

LA PIEL EN LA PRÁCTICA DIARIA

Dermatosis perineales frecuentes en la infancia

Cristina Mauleón Fernández
y José Manuel Hernanz Hermosa

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid. España.

Las lesiones de la zona anogenital, como la dermatitis del pañal o las dermatitis irritativas, son dermatosis que suelen ser tratadas por el pediatra y sólo son remitidas al dermatólogo cuando se cronifican o evolucionan desfavorablemente. Sin embargo, existen otras, como la dermatitis perianal estreptocócica o la psoriasis invertida, cuyo diagnóstico y tratamiento exigen conocimientos dermatológicos. En este artículo se intenta llevar a cabo una revisión de las enfermedades que con más frecuencia nos podemos encontrar en pacientes pediátricos, en la práctica diaria.

90

DERMATITIS ESTREPTOCÓCICA PERIANAL

La dermatitis estreptocócica perianal es una enfermedad producida por estreptococos betahemolíticos del grupo A de Lancefield, o *Streptococcus pyogenes*¹, que clásicamente se da en niños aunque también se han descrito casos en adultos². Es más frecuente en varones, con un pico de incidencia en torno a los 4 años. Cuando ocurre en niñas, suele tratarse de prepúberes, con una afección más intensa y vulvovaginitis asociada³. Como el resto de infecciones estreptocócicas, la mayoría de los casos se da en invierno y primavera. Cursa como una placa perianal, de unos 2 a 4 cm, que puede tener distinta morfología según las diferentes etapas evolutivas⁴ (fig. 1). En un primer momento es intensamente eritematosa, brillante, edematosas y de bordes netos. Posteriormente, el eritema disminuye y está menos definido. Finalmente, tiene una apariencia psoriasiforme, con mayor extensión.

Característicamente la lesión cutánea lleva asociada una serie de signos y síntomas digestivos, como fisuras anales, secreción mucoide anal, hematoquecia e intenso dolor a la defecación, que en el niño provoca estreñimiento. Debido a esta clínica digestiva, los pacientes son, en muchas ocasiones, diagnosticados erróneamente de estreñimiento crónico y tratados con tratamientos

Correspondencia: Dra. C. Mauleón Fernández.
Hospital Universitario Gregorio Marañón.
Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.



Figura 1. Dermatitis estreptocócica perianal. Placa eritematosa infiltrada de bordes netos, con la característica secreción mucoide anal.

inapropiados. De esta manera se produce un retraso diagnóstico de meses, con la consecuente morbilidad asociada.

La existencia de un foco infeccioso estreptocócico, como en el caso de las infecciones faríngeas, puede desencadenar brotes de psoriasis *guttata* y, muy ocasionalmente, glomerulonefritis postinfecciosa. Por ello, sería recomendable descartar infección perianal en estos casos⁵.

Existen varias hipótesis para explicar su modo de transmisión: por un lado, una posible contaminación digital desde un foco a distancia, y por otro, a través de la vía digestiva, a partir de foco respiratorio⁶.

El diagnóstico se basa en el cultivo de la zona y la negatividad del cultivo de hongos y parásitos en las heces. La candidiasis perianal, la psoriasis invertida y la dermatitis irritativa son las afecciones con las que se debe establecer el diagnóstico diferencial.

PUNTOS CLAVE

- La dermatitis estreptocócica perianal con frecuencia es confundida con procesos digestivos, debido al estreñimiento y las fisuras anales asociadas, con un gran retraso diagnóstico.
- El tratamiento de la dermatitis irritativa del pañal se basa en extremar las medidas higiénicas, evitar la oclusión cutánea y la sobreinfección por *Candida* y tratarla con derivados imidazólicos tópicos en el caso de que aparezca. Pueden asociarse corticoides de baja potencia.
- En la enfermedad de Kawasaki, la afección perianal puede ser la clave para el diagnóstico, ya que es precoz y aparece antes que la característica descamación acral.
- La afección del fondo del pliegue junto con papulopustulas satélites aparece no sólo en el intertrigo candidiásico sino también en la dermatitis seborreica. Como ayuda al diagnóstico puede ser útil buscar afección cutánea en otras áreas seborreicas.
- En la candidiasis primitiva perianal el tratamiento con derivados azólicos tópicos es fundamental para la curación, a veces asociados con el tratamiento oral, en especial si hay diarrea.

El tratamiento de elección consiste en antibióticos sistémicos y locales, como la mupirocina y el ácido fusídico, si bien el tratamiento tópico con mupirocina podría ser suficiente para controlar la infección y disminuir el número de recidivas⁷. La mupirocina es eficaz contra los cocos grampositivos y se ha demostrado más eficaz que la eritromicina para el tratamiento de infecciones cutáneas producidas por *S. aureus* o *S. pyogenes*⁸.

El grupo antibiótico más utilizado es el de los betalactámicos⁹, en concreto las penicilinas, ya que son muy eficaces y seguras en niños. El antibiótico de referencia es la penicilina G intramuscular, pero por su posología más cómoda se utiliza la cloxacilina oral, a dosis de 50 mg/kg/día durante 10 días, o bien la amoxicilina-ácido clavulánico, de 20 a 40 mg/kg/día durante 10 días¹⁰. En caso de alergia a betalactámicos o de resistencia antibiótica, se puede utilizar el grupo de los macrólidos. Así, se puede usar eritromicina de 40 a 50 mg/kg/día durante 10 días, si bien en niños mayores de 12 años es preferible utilizar azitromicina durante 5 días: 500 mg el primer día y 250 mg del segundo al quinto día, por sus menores efectos secundarios gastrointestinales. La resistencia de *S. pyogenes* a los macrólidos no es mayor del 5-10% y no suele tener relevancia clínica¹¹.

DERMATITIS PERIANAL IRRITATIVA

Es una inflamación cutánea cuya causa es una fuente exógena de irritación local inespecífica, que es secundaria a procesos infecciosos, traumáticos, inflamatorios, etc. Puede deberse a múltiples etiologías, aunque en este artículo se describen algunas en las que el problema cutáneo puede ser la clave y ayudar al diagnóstico de una enfermedad sistémica.

Enfermedad de Crohn

La afección perianal en la enfermedad de Crohn (EC) puede preceder o aparecer con posterioridad al diagnóstico de la enfermedad, y es una localización común. La edad media al diagnóstico de la EC en la infancia es de 11,5 años¹², y el compromiso perianal tiene una prevalencia del 13 al 65%, según las series. Esta afección se puede clasificar en EC perianal leve, moderada o grave, y de todas ellas la más frecuente es la primera, con lesiones como dermatitis irritativa perianal (6,7%), fisuras anales (57%), así como papillas y colgajos hipertróficos cutáneos (17%). Otras lesiones más importantes son: úlceras cavitadas, abscesos y fistulas¹³. La afección perianal es más frecuente en el caso de localización rectosigmoidea, pero es más grave en la localización rectocólica, ya que se asocia con EC grave en el 83% de los casos.

La EC perianal grave ha sido ampliamente descrita en población adulta con EC, pero ha sido escasamente referida en la edad pediátrica. Se caracteriza por úlceras cavitadas con poca tendencia a cicatrizar, fistulas complejas de alto débito, etc. Es una de las formas más devastadoras por su implicación psicosocial y su importante morbilidad¹⁴. El tratamiento más utilizado es el metronidazol, los corticoides sistémicos, la azatioprina, la salazopirina y otros inmunosupresores.

Se debe sospechar una EC perianal ante niños mayores con eritema y eccema perianal, fisuras anales, fistulas, abscesos y excreencias cutáneas perianales, en las que la histología demuestra granulomas no caseificantes.

Abuso sexual

En este apartado se incluyen las lesiones traumáticas e irritativas secundarias a la práctica sexual. No vamos a referirnos a las distintas enfermedades de transmisión sexual (ETS), ya que se ha llevado a cabo una amplia revisión en esta misma revista.

Se considera abuso sexual todo contacto sexual en menores de 18 años, normalmente por parte de una persona cercana con mayor jerarquía de poder, tanto psicológico como profesional. El abusador suele ser un varón de mediana edad, heterosexual, de conducta social en general poco sospechosa. El niño que sufre abuso tiene casi siempre un comportamiento peculiar, con retraimiento y escasas relaciones sociales, mal rendimiento escolar, episodios de agresividad con sus compañeros y sobreprotección hacia sus hermanos más pequeños. En general, estos niños no delatan espontáneamente a sus abusadores por temor y sentimiento de culpabilidad.

En los niños las manifestaciones son más larvadas que en las niñas. Podemos encontrar, además de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como sífilis, gonorroea, herpes genital y otras, estigmas como eritema perianal consecuencia de la práctica, prurito anal, tanto irritativo como consecuencia de tensión emocional, equimosis, heridas, etc.

También pueden aparecer en otras localizaciones lesiones con un componente secundario a situaciones de estrés, como alopecia areata, prurito cutáneo o genital, glosodinia, etc.¹⁵.

En general, ante un niño con eritema perianal se deberá sospechar abuso sexual cuando se asocien otras manifestaciones clínicas. El simple hallazgo de eritema perianal no debería orientar a pensar en abuso sexual¹⁶.

Parásitos intestinales

Los parásitos intestinales pueden causar una dermatitis irritativa perianal cuando se asocia con diarrea crónica o bien si producen prurito. Se habla de diarrea crónica cuando tiene una duración mayor de 3 o 4 semanas¹⁷. Su causa puede ser un síndrome de malabsorción, por ejemplo en enfermedades como la fibrosis quística, la enfermedad celíaca o por sobrecrecimiento bacteriano. Puede deberse, también, a la intolerancia a la lactosa o a otros alimentos, o bien al síndrome de diarrea crónica no específico, que no produce disminución de peso y es debido a un aumento de la velocidad del tránsito intestinal. La diarrea crónica puede ser, por sí sola, causa de dermatitis irritativa perianal.

Los parásitos que con mayor frecuencia causan diarrea crónica son *Giardia lamblia* y *Cryptosporidium*. La amebiasis se asocia con diarrea subaguda o crónica junto con hematoquecia, lo que a veces induce a pensar en una enfermedad inflamatoria del intestino. De hecho, siempre que se plantea el diagnóstico de enfermedad in-



Figura 2. Dermatitis de pañal irritativa, con sobreinfección candidásica secundaria y afección del fondo del pliegue.

flamatoria del intestino, y antes de comenzar el tratamiento con inmunosupresores, se deberá descartar una diarrea por parásitos¹⁸. La estrongiloidiasis cursa como diarrea subaguda, dolor abdominal y eosinofilia¹⁹. La enfermedad por *Enterobius vermicularis* se asocia con gran prurito nocturno, porque la hembra del nematodo sale el exterior a través del orificio anal para poner allí los huevos, lo que causa prurito e irritabilidad en el niño pequeño, que se asocia con eccema irritativo perianal mal definido.

La afección de otros miembros de la familia, un viaje al extranjero reciente, diarrea asociada, etc., pueden orientarnos hacia el diagnóstico de esta afección, que se confirmará con una muestra en fresco para examen de parásitos.

92

DERMATITIS DE LA ZONA DEL PAÑAL

La dermatitis del pañal (DP) es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes del lactante, con un pico de incidencia a los 7-15 meses y una prevalencia en torno al 50%, según las estadísticas^{20,21}. Es un término amplio y ambiguo, utilizado para describir una inflamación cutánea aguda de la zona del pañal. En la mayoría de los casos es consecuencia de la irritación local provocada por la oclusión, la fricción y la maceración de la orina y las heces²². La oclusión favorece la hiperhidratación y aumenta la permeabilidad de la piel a los irritantes, disminuyendo su resistencia²³. El aumento del pH, que ocurre en condiciones de oclusión prolongada y deposiciones blandas, provoca una activación de las lipasas y las proteasas fecales. En muchas ocasiones, en especial si la irritación dura más de 72 h²⁰, existe una sobreinfección secundaria por *C. albicans*, presente en



Figura 3. Dermatitis de Jacquet. Papulonódulos intensamente eritematosos como consecuencia de irritación crónica en zonas de roce del pañal, como la bolsa escrotal.

más de la mitad de los casos de DP (fig. 2). El origen de *C. albicans* suele estar en las heces contaminadas, hasta en el 90% de los casos²⁴.

La expresión *dermatitis del pañal*, en sentido estricto, equivaldría a la dermatitis secundaria a la irritación de la zona del pañal. Pero también se utiliza para nombrar la candidiasis primaria de la zona del pañal, la dermatitis seborreica del pañal y la psoriasis del pañal. Con motivos prácticos la DP se puede clasificar según la topografía de las lesiones (tablas I, II y III):

- Dermatitis de las convexidades, o en «W», consecuencia de la irritación local e hiperhidratación. Puede existir sobreinfección secundaria por *C. albicans*.
- Dermatitis de las flexuras, como la candidiasis primaria y la dermatitis seborreica.

Ambos tipos pueden evolucionar al «pañal rojo», que es la situación final de cualquier DP²⁵. En esta situación, tanto las zonas de roce como las flexuras están afectadas. En otras ocasiones, cuando la DP es de larga evolución, podemos encontrar erupciones específicas, como la dermatitis de Jacquet (fig. 3), que consiste en papulonódulos y úlceras bien delimitadas en los labios mayores o el pene, y responde bien al tratamiento convencional de la dermatitis del pañal. El tratamiento de la DP se basa en medidas higiénicas y tratamientos tópicos:

Medidas higiénicas. Son tanto preventivas como de tratamiento.

- Cambio frecuente del pañal: es una de las medidas preventivas y de tratamiento más importantes, ya que

TABLA I. Dermatitis de las convexidades

ETIOLOGÍA	EVOLUCIÓN	CLÍNICA	EDAD	FRECUENCIA
Dermatitis en W	Subaguda	Eritematoirritativa	7-15 meses	Muy frecuente
Dermatitis de Jaquet	Subaguda	Papulonódulos violáceos	7-15 meses	Poco frecuente
Eccema de contacto	Aguda o crónica	Vesículas o eritematoescamosa	Cualquier edad	Poco frecuente

Modificada de Chavigny.

reduce el tiempo de contacto de los irritantes con la piel; por otra parte, disminuye la hiperhidratación.

– Uso de pañales desechables: están compuestos de gel poliacrílico, que absorbe 80 veces su peso en agua y permite mantener seca la superficie cutánea. La parte en contacto con la piel puede estar impregnada en óxido de cinc o en petróleo. El uso de pañales desechables ha disminuido la incidencia de DP. Si incluyen óxido de cinc o petróleo la frecuencia es aún menor²⁶.

– Uso de pañales transpirables: estos nuevos pañales disminuyen la incidencia de eritema e irritación, efecto que es más evidente en los genitales y los pliegues²⁷.

Tratamientos tópicos. Los tratamientos tópicos, como la pasta de óxido de cinc, cuando ha pasado la fase aguda, y tratamientos combinados con antimicóticos y corticoides tópicos poco potentes, cobran mayor importancia a medida que la DP se cronifica y se sobreinfecta por *Candida*. Se debe tener especial precaución con el tratamiento corticoideo con estos pacientes, ya que se trata de una zona hiperhidratada, ocluida e inflamada en la que la absorción será mayor que en otras localizaciones.

Los compuestos más usados son hidrocortisona junto con un derivado azólico tópico. Otra opción es utilizar mupirocina como agente antifúngico, en especial si existen dudas de si hay asociada sobreinfección bacteriana^{28,29}. Algunos autores recomiendan el uso de antimicóticos sistémicos, por vía oral, en el caso de sobreinfección candidiásica, para erradicar el reservorio en las deposiciones diarreicas.

Candidiasis primaria de la zona del pañal

La infección por *Candida* de la zona perianal puede ocurrir de forma primaria, sin que exista una dermatitis irritativa previa. En estos casos suele comenzar como una maceración aguda de la mucosa anal y piel perianal, junto con deposiciones diarreicas. Posteriormente evoluciona a la característica erupción papulopustulosa con lesiones satélites a distancia sobre base eritematosa. Estas papulopustulas se pueden encontrar también en la dermatitis seborreica del pañal.

El intertrigo candidiásico primario es otro proceso clásicamente descrito en esta localización, con lesiones que afectan al fondo del pliegue, donde puede existir una erosión superficial dolorosa, con pápulas y pustulas satélites.

El tratamiento de ambos tipos de infección se basa en derivados azólicos tópicos, en algunos casos, especialmente cuando existe diarrea que pudiera actuar como reservorio, se puede asociar tratamiento oral²⁴.

Dermatitis seborreica del pañal

Suele comenzar a las pocas semanas de vida, como un eritema asintomático cubierto por escamas amarillentas oleosas, de bordes bien definidos, localizado en los pliegues inguinales; puede aparecer asociado con pequeñas pápulas satélites similares a las encontradas en el intertrigo candidiásico (fig. 4). Con anterioridad a esta placa eritematosa, o bien en las semanas posteriores, aparecen lesiones de similares características en el cuero ca-

TABLA II. Dermatitis periorificiales

ETIOLOGÍA	EVOLUCIÓN	CLÍNICA	EDAD	FRECUENCIA
<i>Candida</i> Dermatosis perianal estreptocócica	Aguda Subaguda	Eritema húmedo, edema mucosa Eritema indoloro, estreñimiento, fisuras anales, secreción mucoide anal	Neonato	Frecuente
Oxiuros	Subaguda	Irritación perianal y lesiones de rascado	4 años	Poco frecuente
Abuso sexual	Crónica	Irritación perianal. ETS. Glosodinia, prurito. Mal rendimiento escolar	Mayores de un año	Frecuente
Enfermedad de Crohn	Subaguda	Pápulas perianales hipertróficas, eccema perianal, fistulas	Preescolares o escolares	Poco frecuente
Acrodermatitis enteropática	Aguda	Erosiones periorificiales, onicodistrofia, alopecia, irritabilidad, diarrea	11 años Paso de lactancia materna a artificial	Poco frecuente
Enfermedad de Kawasaki	Aguda	Fiebre elevada, adenopatías, exantema tronco, descamación distal, vasculitis coronarias	Preescolares, Japón	Poco frecuente

ETS: enfermedades de transmisión sexual.

Modificada de Chavigny.

TABLA III. Dermatitis intertriginosas

ETIOLOGÍA	EVOLUCIÓN	CLÍNICA	EDAD	FRECUENCIA
Dermatitis seborreica Psoriasis	Crónica Crónica	Escamas oleosas, costra láctea Pliegue inguinal, surco interglúteo. Placa neta eritematoescamosa. Lesiones en otros pliegues. Familiar	Menos de 2-3 meses	Frecuente
Candidiasis	Aguda	Erosión fondo pliegue. Papulopustulas a distancia	Mayores de un año	Poco frecuente
Histiocitosis de células de Langerhans	Crónica	Papulas purpúricas, úlceras	Meses 3-6 meses	Frecuente Poco frecuente

Modificada de Chavigny.



Figura 4. Dermatitis seborreica. En ocasiones es similar a la candidiasis, con lesiones satélites y afección del fondo del pliegue. La afección de otras zonas seborreicas puede ayudar al diagnóstico.



Figura 5. Paciente de la figura 4, con descamación fina oleosa en el cuero cabelludo y zonas seborreicas.

belludo, sin alopecia asociada, la zona retroauricular, la zona interciliar y el surco nasogeniano³⁰ (fig. 5).

El principal diagnóstico diferencial se debe realizar con el intertrigo inguinal candidiásico, que no tiene un aspecto tan oleoso ni asocia lesiones en otras localizaciones y con la dermatitis atópica; esta última suele aparecer en niños mayores de 2 meses y es pruriginosa. Hay ocasiones en las que la dermatitis seborreica se asocia con prurito y otras en las que la dermatitis atópica aparece en niños más pequeños. En estos casos el diagnóstico diferencial tiene mayor dificultad, pero es importante hacerlo, ya que si bien el tratamiento es similar el pronóstico es distinto.

Psoriasis invertida y psoriasis del pañal

La psoriasis invertida es una forma de presentación frecuente de esta enfermedad en niños, en la que las lesiones aparecen en los pliegues; la psoriasis del pañal es también relativamente frecuente probablemente debido al fenómeno de Koebner por el roce del pañal.

Las lesiones psoriásicas tienen el aspecto de placas eritematosas bien delimitadas, con pocas escamas, hú-



Figura 6. Psoriasis invertida. Placa eritematosa, con descamación seca en la zona perineal que afecta al surco interglúteo.

medas, localizadas en el periné o bien en zonas intertriginosas, como pliegues inguinales o surco interglúteo (fig. 6).

En muchas ocasiones existen placas en el glande o la vulva (en esta última en general sobre piel queratinizada), así como lesiones a distancia en la región umbilical, las axilas, etc.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la candidiasis, aunque a veces es difícil debido a que en ocasiones las lesiones psoriásicas pueden adoptar carácter exudativo.

El tratamiento se basa en corticoides tópicos, a ciclos cortos, ya que se trata de niños y las lesiones se localizan en los pliegues, donde la absorción es mayor. Por otra parte, no se debe olvidar el riesgo de infección secundaria por *Candida*. No es recomendable el empleo de derivados de la vitamina D, breas o queratolíticos³¹. Algunos autores recomiendan el uso de derivados de la calcineurina, como el tacrolimus tópico al 1%, que si bien no es eficaz en la psoriasis clásica del adulto sí puede hacer efecto en estas lesiones más exudativas intertriginosas, así como en las placas localizadas en la cara³². Sin embargo, hacen falta estudios para comprobar estos datos, así como perfiles de eficacia, tolerabilidad y efectos secundarios en niños.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS CON AFECCIÓN PERIANAL

Enfermedad de Kawasaki

Es una vasculitis sistémica que afecta a lactantes y preescolares varones, con mayor prevalencia en Japón. Curra con fiebre elevada, adenopatías y manifestaciones cutáneas, cardíacas y digestivas. Su etiología no está aclarada, aunque parece posible la implicación de toxinas bacterianas que actuarían como superantígenos³³. En el 50% de los pacientes existe participación de los vasos cardíacos, con especial predilección por las arterias coronarias, y posibilidad de formación de aneurismas. De entre los síntomas cutáneos destacan la afección precoz de las mucosas oral y ocular, el eritema palmoplantar con posterior descamación y el exantema polimorfo en el tronco.



Figura 7. En ocasiones se pueden encontrar verrugas vulgares en la zona genital, causadas casi siempre por el HPV tipo 2.

Con una frecuencia variable, del 10 al 80%, se encuentra un eritema perianal precoz, ligeramente doloroso, con descamación en los días posteriores. Este signo aparece con anterioridad al exantema en tronco y puede ser de gran ayuda diagnóstica ante un niño preescolar con fiebre elevada, hiperemia conjuntival y afección de la mucosa oral.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos, y el tratamiento incluye ácido acetilsalicílico a dosis de 100 mg/kg/día, en 4 tomas, en ocasiones asociado a inmunoglobulinas por vía intravenosa, a dosis única de 2 g/kg. El tratamiento combinado con ambos fármacos logra disminuir la incidencia de aneurismas coronarios.

Acrodermatitis enteropática

Es una enfermedad poco frecuente, de herencia autosómica recesiva, causada por el déficit de una proteína fijadora del cinc, de forma que éste no puede ser absorbido. Se manifiesta en el paso de la lactancia materna a la leche artificial, ya que la leche materna tendría entre sus componentes sustancias que ayudarían a la absorción de este mineral. El cinc interviene en el metabolismo de sustancias como la vitamina A, los hidratos de carbono y las proteínas, ya que forma parte de enzimas tales como la anhidrata carbónica, la fosfatasa alcalina o las carboxipeptidasas, entre otras.

Esta afección cursa con diarrea y lesiones cutáneas erosivoulcerosas periorificiales y acrales, placas alopecicas, onicodistrofia, irritabilidad, retraso en el crecimiento, hipogonadismo, y otros signos y síntomas. Las lesiones en la zona del pañal comienzan en la zona perianal, en forma de erosiones superficiales, que pronto evolucionan a úlceras sin tendencia a la curación; estas erosiones se van extendiendo hacia el periné, los genitales y los glúteos. Existen lesiones periorales similares.

La complicación más grave es la inmunodeficiencia asociada, que puede conducir a infecciones graves e incluso a la muerte. El diagnóstico se basa en demostrar valores bajos de cinc y de fosfatasa alcalina. La biopsia cutánea es inespecífica. El tratamiento consiste en administrar suplementos de cinc con la dieta, a dosis de 5



Figura 8. Condilomas perianales tras haber sido tratados con imiquimod tópico. Se aprecian pequeñas erosiones secundarias a la irritación producida por el tratamiento.

a 10 mg/kg/día como inicio y 1-2 mg/kg/día como mantenimiento. La respuesta es espectacular, con una mejoría en 48 h³⁴.

Histiocitosis de células de Langerhans

Es una histiocitosis potencialmente fatal que afecta a preescolares y niños pequeños. Las lesiones pueden aparecer en cualquier localización del tegumento, pero son más frecuentes en el cuero cabelludo, y las zonas retroauricular y del pañal. Consiste en maculopápulas eritematopurpúricas, en ocasiones erosivas, en especial en el área del pañal. En el cuero cabelludo las lesiones son similares a las encontradas en la dermatitis seborreica. Puede aparecer afección hepática, esplénica, ósea y anemia.

CONDILOMAS ANOGENITALES

La frecuencia de los condilomas o verrugas anogenitales ha aumentado en los últimos años, tanto en pacientes adultos como en pediátricos. Aunque no se debe olvidar la posibilidad de abuso sexual, conviene recordar que en la mayoría de los casos la transmisión se produce a través de las manos de padres o cuidadores, portadores del virus del papiloma humano (VPH), o de lesiones que el niño tenga en otras localizaciones. El VPH tipo 2, responsable de las verrugas vulgares, se ha detectado en gran número de verrugas anogenitales en niños (fig. 7). En menores de 2 años existe la posibilidad de transmisión vertical, durante el parto.

El tratamiento se basa en la destrucción local de las lesiones visibles mediante procedimientos físicos, químicos o inmunológicos. La tasa de recidivas es elevada, ya que se tratan sólo las lesiones visibles ocasionadas por el virus, pero éste no se puede destruir, por lo que podría volver a aparecer. Algunos de los tratamientos son crioterapia, electrocoagulación, hidróxido de potasio, podofilino, 5-fluorouracilo, etc. Estos últimos no deben utilizarse en las mucosas. Entre los tratamientos inmunológicos destaca el imiquimod, que está basado en destrucción viral mediante el propio sistema inmunológico del huésped (fig. 8). Algunos autores destacan que

éste es más eficaz y tiene menor índice de recidivas que los tratamientos basados en destrucción mecánica. Hay autores que proponen la abstención terapéutica por la posibilidad de autoinvolución de las lesiones³⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galen W, Cohen I, Rogers M, Smith M. Perianal Streptococcal dermatitis/cellulitis. En: Schachner LA, Hansen R, editors. *Pediatric dermatology*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1995; p. 1175-6.
2. Neri I, Bardazzi F, Marzaduri S, Patrizi A. Perianal streptococcal dermatitis in adults. *Br J Dermatol* 1996;135:796-8.
3. Duhra P, Ilchyshyn A. Perianal streptococcal cellulitis with penile involvement. *Br J Dermatol* 1990;123:793-6.
4. Krol A. Perianal Streptococcal Dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1990;7:97-100.
5. Patrizi A, Costa AM, Fiorillo L, Neri I. Perianal streptococcal dermatitis associated with guttate psoriasis and/or balanoposthitis: a study of five cases. *Pediatr Dermatol* 1994;11:168-71.
6. Redondondo J, Carrero P, Sierra E. Dermatitis estreptocócica perianal. *Act Dermosifiliogr* 2002;93:243-6.
7. Medina S, Gómez MI, De Misa RF, Ledo A. Perianal streptococcal cellulitis: treatment with topical mupirocin. *Dermatology* 1992;185:219.
8. Thornton C, Taylor S, Weinberg J. Topical antimicrobial agents in Dermatology. *Clin Dermatol* 2003;21:70-7.
9. Kadurina M, Bocheva G, Tonev S. Penicillin and semisynthetic penicillins in dermatology. *Clin Dermatol* 2003;21:12-23.
10. Darmstadt G. Antibiotics in the management of pediatric skin disease. *Pediatr Dermatol* 1998;16:509-22.
11. Scheinfeld N, Tutrone W, Torres O, Weinberg J. Macrolides in dermatology. *Clin Dermatol* 2003;21:40-9.
12. Palder S, Shandling B, Bilik R, Griffiths A, Sherman P. Perianal complications of pediatric Crohn's disease. *J Pediatr Surg* 1991;26:513-5.
13. Belaiche M, Besnard M, Faure C, Cézard JP, Navarro J, Mougenot JF. Les lésions anopérinéales dans la maladie de Crohn de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pediatr* 1998;5:3-8.
14. Ortiz L, López P, Sojo A, Vitoria JC. Afectación perianal grave en niños con enfermedad de Crohn. *Acta Pediatr Esp* 2003;61:205-9.
15. Rojo JM, Gil J, Escudero J. Manifestaciones cutáneas del abuso sexual en la infancia. *Piel* 2003;18:70-7.
16. Thomas J, Rudolf M. Is perianal dermatitis a sign of sexual abuse? *Arch Dis Child* 2002;87:262.
17. Kneepkens CMF, Hoekstra H. Chronic non-specific diarrhea of childhood. *Pediatr Clinics of North America*. *Pediatr Gastroenterol* 1996;43:376-90.
18. La Via WV. Parasitic gastroenteritis. *Pediatr Ann* 1994;23:556-60.
19. Burns TW. Parasitic bowel disease: three pathogens important in primary care. *Postgrad Med* 1982;71:130-9.
20. Concanon P, Gisoldi E, Phillips S, Grossman R. Diaper dermatitis: a therapeutic dilemma. Results of a double-blind placebo controlled trial of miconazole nitrate 0,25%. *Pediatr Dermatol* 2001;18:149-55.
21. Ward D, Fleischer A, Feldman S, Krowchuk D. Characterization of diaper dermatitis in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:943-6.
22. Thomsen K. Seborrhoeic dermatitis and napkin dermatitis. *Acta Dermato-venereologica (Stockholm)* 1981;65(Suppl):40-2.
23. Boiko S. Making rash decisions in the diaper area. *Pediatr Ann* 2000;29:50-6.
24. Hoppe J. Treatment of oropharyngeal candidiasis and candidal diaper dermatitis in neonates and infants: review and reappraisal. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16:885-94.
25. Chavigny JM, Crépin V, Stalder JF. Conduite à tenir devant une dermatite du siège. *Ann Dermatol Venereol* 1996;123:681-5.
26. Baldwin S, Odio MR, Haines SL, O'Connor RJ, Englehart JS, Lane AT. Skin benefits from continuous topical administration of zinc oxide/petrolatum formulation by a novel disposable diaper. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15 (Suppl):5-11.
27. Akin F, Spraker M, Soraker M, Aly R, Leyden J, Raynor W, Landin W. Effects of breathable disposable diapers: reduced prevalence of candida and common diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2001; 18:282-90.
28. De Wet PM, Rode H, Van Dyk A, Millar AJ. Perianal candidosis: a comparative study with mupirocin and nystatin. *Int J Dermatol* 1999;38:616-22.
29. Nicholas RO. The antifungal activity of mupirocin. *J Antimicrob Chemother* 1999;43:579-82.
30. Rasmussen J. Classification of diaper dermatitis: an overview. *Pediatrician* 1987;14(Suppl):6-10.
31. Torrelo A, Zambrano A. Tratamiento de la psoriasis infantil. *Piel* 2001;16:524-8.
32. Freeman AK, Linowski GJ, Brady L, Lind L, et al. Tacrolimus ointment for the treatment of psoriasis on the face and intertriginous areas. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:564-8.
33. Fonseca E. Enfermedad de Kawasaki. *Piel* 2003;18:169-71.
34. Perafán-Riveros C, Sayagi LF, Fortes C, Sánchez JA. Acrodermatitis Enteropathica: Case Report and Review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2002;19: 426-31.
35. Allen AL, Siegfried EC. The natural history of condiloma in children. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:951-5.