

# Cuidados de la piel del niño

ANNA CODINA

Farmacéutica.



Habitualmente recibimos mucha más información de todo lo que concierne al mundo del bebé que del niño en edades intermedias. De hecho, cuando hablamos de la infancia habitualmente nos referimos al período comprendido desde el nacimiento hasta los 12 años, aunque algunos autores lo sitúan incluso más tarde. La autora aborda de forma específica los cuidados de la piel y los problemas dermatológicos asociados a los niños a partir de los 3 años aproximadamente.

A partir de los 3 años, el bebé entra en una etapa con unas características especiales, tanto en ciertas enfermedades más frecuentes relacionadas con la piel como, en menor grado, a los cuidados cosméticos que puede precisar y que lo diferencian de la primera infancia.

## Fisiología

Es importante destacar que el grosor de la epidermis y la composición lipídica en los niños y en los bebés no varían significativamente respec-

to a los de los adultos. En cambio, la epidermis del bebé prematuro sí que es marcadamente más fina, con un estrato córneo aún poco desarrollado. Por esta razón, los cuidados de la piel de los bebés prematuros son sumamente importantes y es evidente que, ante estas características, debe tenerse en cuenta el mayor riesgo de penetración de los medicamentos y productos aplicados tópicamente a los bebés prematuros.

En lo que concierne a los bebés y a los niños, éstos ya poseen una epidermis que cumple con una de sus funciones primordiales, la de barre-

ra cutánea. De todas formas, sí que existen diferencias en cuanto al desarrollo tanto de la epidermis como de la dermis, ya que éste no es completo al nacer. Podemos decir que la piel empieza un proceso de maduración y adaptación posnatal y, de forma gradual, se va pareciendo cada vez más a la piel del adulto.

Debemos tener especial cuidado al aplicar agentes tópicos sobre la piel de los niños, ya que la relación entre la superficie corporal y el peso es mayor que en los adultos, con el consiguiente incremento del riesgo de absorción percutánea.

Por otro lado, la síntesis de sebo empieza a incrementarse a los 6 años en las niñas y a los 7 en los niños, seguramente estimulado por los andrógenos de las glándulas adrenales.

Otra característica fisiológica en la infancia es que las fibras elásticas de los niños a partir de los 3 años ya son similares a las de los adultos.

### Dermatitis atópica de la niñez

La dermatitis atópica de la niñez o juvenil es también conocida como dermatitis atópica tardía. Sabemos que la dermatitis atópica es la dermatosis más frecuente dentro de las patologías infantiles, pero no se tratará en este artículo, ya que aparece sobre todo en el primer año de vida y habitualmente cura hacia los 3-5 años. Pero sí que consideraremos la dermatitis atópica de la niñez, porque es una patología que abarca desde los 3 hasta los 11 años.

La característica principal es la aparición de pápulas de prurigo, con o sin liquenificación, en las zonas de flexión, ya sea en los pliegues de la nuca, la frente, el cuello en su parte anterior y lateral, las axilas o las inguinales. Todo ello acompañado del desagradable prurito que, tratándose de niños, puede ser un factor desencadenante de problemas en la escuela. También se ven afectadas la comisura de los labios y la zona palpebral donde se observan pliegues a veces dobles.

En la dermatitis atópica de la niñez las manos aparecen secas y fisuradas y las plantas de los pies presentan el llamado «síndrome de los pies secos», caracterizado por hiperqueratosis, fisuración de dedos y talones, acompañado todo ello de eritema. La afección de los pies suele ser más corriente en invierno y por esta razón se desaconseja el uso de calcetines de nylon.

Además, en esta dermatitis el cuero cabelludo está impetiginizado y en los muslos y las nalgas puede aparecer prurigo acompañado de eczema. En este caso, el nombre que recibe la dermatitis es muy apropiado tratándose de niños: «dermatitis del tobogán».

### Dermatosis virales

Habitualmente, las dermatosis causadas por virus corresponden a un cuadro benigno y autolimitado.

#### *Papovavirus*

Es un virus ADN causante de las típicas verrugas vulgares, de las verrugas planas juveniles y de las verrugas plantares. Aunque entre un 60 y un 70% de las verrugas desaparezcan de forma espontánea al cabo de unos 3 meses, es necesario el tratamiento, pues la curación suele tardar y además son muy contagiosas. Por esta razón, expondremos cuáles son los tratamientos actuales de elección en pediatría. Es importante resaltar que es más difícil la desaparición de las verrugas pequeñas y múltiples, que de las verrugas solas y grandes.

---

## En la dermatitis atópica de la niñez las manos aparecen secas y fisuradas y las plantas de los pies presentan el llamado «síndrome de los pies secos»

---

Las verrugas vulgares afectan sobre todo a niños en edades comprendidas entre los 5 y los 12 años. La mejor arma contra estas verrugas es la crioterapia o también la aplicación diaria, por parte de un adulto, de un colodión de ácido salicílico y ácido láctico al 15-20%. Esta técnica es lenta y es necesaria la constancia de los padres y del niño para conseguir buenos resultados. En verrugas plantares las dosis del colodión lactosalicílico pueden aumentarse hasta un 25-50%.

Para las verrugas que se instalan en las zonas periungueales, palmares y plantares de los niños se aconseja también la aplicación dia-

ria de una solución acuosa de glutaraldehído al 10-20%.

Las verrugas múltiples son más difíciles de eliminar. Se han propuesto varios tratamientos, quizás los más eficaces sean, por un lado, la maceración con un apósito plástico en el caso de verrugas periungueales. Por otro lado, la administración de cimetidina durante 3 meses a dosis de 25-40 mg/kg al día está dando buenos resultados, ya que la cimetidina a dosis elevadas actúa como inmunomodulador.

En las mejillas y en las manos de niños y jóvenes se instalan fácilmente las verrugas planas juveniles, de coloración amarillenta o marronácea. En este caso, el tratamiento de elección es la utilización del ácido salicílico en solución u otro exfoliante como el ácido retinoico al 0,05%.

El otro tipo de verrugas vulgares que afecta corrientemente a los niños y que presenta unas características especiales son las verrugas plantares, sometidas a presión constante, por lo que crecen hacia adentro. Por esta razón las verrugas plantares son más dolorosas y se contagian fácilmente al andar descalzos. Se pueden tratar de forma similar a las verrugas vulgares, aunque se procede habitualmente a su extracción con bisturí.

#### *Molluscum contagiosum*

El virus *Molluscum contagiosum* es del grupo de los poxavirus y afecta básicamente a niños y adolescentes.

Provoca la aparición de pequeñas pápulas de color rosado, con una depresión central. Por expresión de estas protuberancias se desprende una sustancia blanda llena de granulaciones características de *Molluscum contagiosum*.

Las lesiones suelen ser muy numerosas y aparecen en cara, cuello, párpados, tronco, axilas y genitales.

En la mayoría de los casos las lesiones desaparecen espontáneamente en unos meses, sin embargo se procede al tratamiento para evitar el contagio y los problemas estéticos que provoca, sobre todo si la zona afectada es la cara. Por esta razón se recomienda una serie de tratamientos sencillos y eficaces.

Lo más habitual es proceder a la expresión de las lesiones con pinzas y la aplicación posterior de tintura de yodo.

También pueden quemarse las lesiones con nitrógeno líquido, en este caso las costras caen espontáneamente al cabo de entre 7 y 14 días. Otro tratamiento es la aplicación de un colodión lactosalicílico o de un exfoliante suave como el ácido retinoico.

En el caso de dermatosis viral por *Molluscum contagiosum* es importante mantener secas las ampollas y tapar con tiritas las que estén irritadas por el contacto con prendas de vestir.

#### *Herpes virus*

Este grupo de virus es el responsable del herpes simple, de la varicela y del herpes zoster.

Los niños suelen afectarse del herpes simple cutaneomucoso causado por el HVS-1 presentando prurito, vesículas y eritema, sobre todo en la cara. En los niños pequeños es frecuente la manifestación de la infección como una gingivoestomatitis con fiebre e incluso vómitos.

Si la zona afectada por el herpes simple son los labios o su alrededor, entonces se denomina herpes labial.

Conviene tener en cuenta que si los cuidados higiénicos no son adecuados, los niños acabarán por desencadenar una impetiginización de su herpes facial.

Conviene dar a las personas afectadas de herpes simple una serie de recomendaciones higiénicas y paliativas, desde el uso de detergentes corporales de pH ácido, el secado correcto después de la limpieza diaria o el uso de antisépticos locales de aciclovir.

Para paliar el dolor que causa el herpes labial es preferible recurrir a los gargarismos con soluciones alcalinas, por ejemplo con una solución al 1-3% de peróxido de hidrógeno.

Otra de las patologías causadas por un virus herpes es el virus de la varicela zoster (VVZ), que es la varicela. Es una enfermedad sumamente contagiosa que se transmite por vía respiratoria. Suele afectar a los niños menores de 10 años y es más frecuente durante los meses de invierno y primavera. La característica principal es la aparición de



vesículas que contienen una elevada cantidad de virus en su interior. Inicialmente aparecen en el cuero cabelludo y en el tórax. Estas lesiones cutáneas eritematosas son muy pruriginosas, razón por la cual los niños tienden a rascarse y es fácil que se sobreinfecten las lesiones, dejando inestéticas cicatrices.

#### *Exantemas virales*

Aparte de las dermatosis que hemos visto hasta ahora, hay una serie de exantemas virales frecuentes en la infancia, causados por virus ARN, cuya incidencia es muy baja debido al uso sistemático de las vacunas: son la rubéola, que afecta a niños entre los 5 y los 15 años, y el sarampión, que es más frecuente en los niños de 5 a 9 años.

Los exantemas, mayoritariamente de origen viral, presentan una serie de características comunes: una erupción cutánea de tipo eritematoso, autolimitada, de extensión y distribución variable, y formada por lesiones que pueden ser máculas, pápulas o bien vesiculopústulas.

Otra patología caracterizada por la aparición de una erupción eritematosa macular o maculopapular es el eritema infeccioso, provocado por el parvovirus B19, de mayor incidencia en los meses de verano y primavera. Este cuadro es más frecuente en edades comprendidas entre los 5 y los 14 años.

También suele aparecer exantema en otras patologías infantiles virales, como en la mononucleosis infecciosa que está causada por un herpes virus de distribución universal, el virus de Epstein-Barr y el síndrome de Gianotti-Crosti.

Precisamente este síndrome aparece en niños de uno a 6 años y se considera una respuesta individual a una infección por un gran número de virus, entre ellos el virus de la hepatitis B. Esta enfermedad aparece de forma brusca y la erupción característica afecta a zonas como la cara, las palmas de las manos, las plantas de los pies, las nalgas y las extremidades. A medida que remite el proceso, se produce una ligera descamación y cura al cabo de unas 4 semanas.

#### **Dermatosis bacterianas**

Dentro de este grupo se encuentran el impétigo verdadero y también las lesiones impetiginizadas.

El impétigo es una infección estafiloestreptocócica muy contagiosa y muy común entre los niños. Es más habitual que se presente en verano. Los niños desarrollan más fácilmente el impétigo si su piel está afectada por otros problemas dermatológicos como el eczema, las picaduras de insectos y la dermatitis atópica, pero lo que influye definitivamente es el haci-

namiento y la suciedad (playas con una higiene deficiente).

Aparecen alrededor de la nariz y de la boca unas vesiculoampollas transparentes que se vuelven oscuras, se rompen y aparecen posteriormente costras. Es una infección muy contagiosa y fácilmente trasladable a otras partes del cuerpo si el niño se toca con los dedos, así puede aparecer en otras localizaciones como el cuero cabelludo y las manos.

La infección suele propagarse a través de la ropa (toallas, sábanas), por lo que es importante la limpieza y desinfección de la ropa del enfermo. Evidentemente, debemos insistir en las buenas normas higiénicas acostumbrando a los niños a lavarse las manos antes de comer y siempre que lo consideremos necesario.

El tratamiento se basa en el uso de pomadas con antibióticos locales (mupirocina) o la aplicación de antisépticos tópicos (clorhexidina). En áreas extensas es conveniente el uso de jabones de pH ácido y descostrar la zona. No es necesario eliminar toda la costra, pero sí mantener toda la zona limpia.

### Micosis superficiales

Las infecciones fúngicas superficiales o micosis superficiales son muy frecuentes y se clasifican en: no dermatofíticas y dermatofíticas o dermatofitosis. En general, las dermatofitosis son menos frecuentes en los niños que en los adultos y se caracterizan por la apariencia circular de la lesión que puede afectar la piel, el pelo o las uñas.

De todas formas, *Tinea capitis* y *Tinea corporis* son las dos infecciones más frecuentes en niños menores de 12 años. También son frecuentes las onicomiasis o infecciones ungueales.

Habitualmente se recurre al tratamiento con antifúngicos sistémicos y la curación tiene lugar en la gran mayoría de los casos.

#### Tinea capitis

Esta dermatofitosis afecta el cuero cabelludo. La que es muy frecuente entre los niños es la causada por *Microsporum*, llamada también tiña

**Tabla 1. Dosis de terbinafina recomendadas en pediatría, según el peso corporal del niño**

Peso (kg)	Dosis (mg)
< 20	62,5
20 – 40	125
> 40	250

microspórica, de carácter no inflamatorio y que causa brotes epidémicos en áreas de concentración, como las escuelas, ya que el contagio es tanto directo como indirecto. El mejor diagnóstico es la tracción de los pelos, que se vuelven frágiles y se rompen fácilmente, para el estudio microscópico, ya que debido a la higiene actual las placas descamativas características son difíciles de observar. Los cabellos vuelven a crecer después del tratamiento.

Para la tiña del cuero cabelludo se utilizan los siguientes tratamientos: itraconazol, potente antifúngico triazólico, a dosis de 3 a 5 mg por kg de peso durante 4 semanas. También se utiliza el fluconazol, en este caso se dosifica a 6 mg/kg durante 4-6 semanas. Por último, cabe mencionar que las dosis de terbinafina recomendadas en pediatría están en función del peso corporal del niño, según la tabla 1 (Jones TC. Br J Dermatol 1995;132:683-9).

#### Tinea corporis

Afecta al tronco, los miembros o las zonas lampiñas de la cara. En estos casos, a parte de la transmisión directa, también puede darse el contagio a través de la ropa, utensilios o por autoinfección desde, por ejemplo, *Tinea capitis*.

Las lesiones aparecen secas y descamadas o bien húmedas y cubiertas con costra.

Las formas superficiales de la tiña corporal curan con tratamiento local de clotrimazol o miconazol tópico. Si la tiña es más grave, puede ser necesario el uso de antifúngicos orales como la griseofulvina, el itraconazol, la terbinafina o el fluconazol.

#### Onicomiasis

El dermatofito puede invadir la uña, tanto de las manos como de los pies, por diferentes vías situán-

dose en la zona proximal de la uña, donde la queratina es nueva y más blanda, y extendiéndose también a la zona distal.

Se utilizan dos de los antifúngicos comentados anteriormente, el itraconazol y la terbinafina. Con la terbinafina la pauta a seguir es la administración diaria durante 6 semanas, si las uñas afectadas son las de las manos, y 12 semanas en las uñas de los pies. Las dosis a seguir también son las de la tabla 1. De hecho, esta alilamina penetra muy bien la lámina ungueal.

Se puede usar el itraconazol a dosis de 5 mg/kg durante 1 semana por mes y la duración del tratamiento es de 3 o 4 meses.

A parte del tratamiento con antifúngicos, el farmacéutico puede dar una serie de consejos al paciente con tiña: mantener la piel bien seca para evitar el crecimiento de los hongos, secar cuidadosamente la piel después del baño o la ducha y asegurarse de estar completamente seco antes de vestirse. También recomendaremos cambiar diariamente los calcetines y aconsejar el uso de calzado abierto, si la estación del año lo permite.

En el caso de *Tinea capitis*, se aconsejará el uso de un champú o loción de sulfuro de selenio o de un derivado azólico dos veces a la semana.

Las tiñas pueden persistir durante largos períodos, incluso años, si no se tratan adecuadamente.

### Piojos

En edades escolares es muy frecuente la aparición de pediculosis capitis, provocada por *Pediculus humanus capitis*. Además, últimamente existe una exacerbación de la enfermedad, con cierta frecuencia de aparición de epidemias en centros escolares. Los malos hábitos higiénicos y el pelo largo favorecen en gran medida su aparición y también que la transmisión de los piojos tiene lugar básicamente a través de cepillos, peines, sombreros y contacto directo.

El primer lugar donde observaremos las liendres es en la nuca y en los pabellones auriculares. El niño va a estar inquieto, pues el

prurito es el principal síntoma de esta pediculosis lo que provoca el rascado y la posible impetiginización de la zona.

Los tratamientos de elección para eliminar el parásito son las piretrinas, sobre todo las permetrinas. Éstas se utilizan al 1-1,5% en forma de champú o de lociones hidroalcohólicas y se aplican durante 10 minutos antes de lavar el pelo. Es importante utilizar formulaciones que contengan también butóxido de piperonilo como agente sinérgico. De hecho, el butóxido de piperonilo actúa inhibiendo las enzimas que hidrolizan las piretrinas.

El lindane también se utiliza para eliminar los piojos, pero no es el tratamiento más adecuado en niños debido a su mayor absorción percutánea.

---

Para evitar la reseca-  
ción excesiva de la piel  
tras el lavado diario,  
lo más adecuado  
es usar una leche  
hidratante justo  
después de secarse

---

### Higiene y cuidados cosméticos

Los niños en edad escolar corren, saltan, juegan, se ensucian en el patio de la escuela y se tiran fácilmente al suelo. Todo ello permite aconsejar necesariamente una ducha o baño diario.

El uso de geles de baño y champús suaves es lo más adecuado en estas edades. De hecho, los niños y los adolescentes usan básicamente productos ideados para los bebés por ser mucho más suaves que los de adultos. Son más suaves a nivel ocular y están sometidos a estrictos controles de toxicidad (irritación, fotosensibilidad).

En la formulación de champús infantiles se mantiene un pH neutro, afín a la mucosa ocular, para así evitar su irritación. Además, se tiende al uso de tensioactivos cada

vez más suaves, como los derivados de azúcares. No obstante, aún es corriente el uso de tensioactivos aniónicos en una proporción más baja que en las fórmulas para adultos, acompañado siempre de algún tensioactivo anfótero que disminuye notablemente su poder irritante.

Para la higiene diaria corporal es preciso recomendar jabones de pH neutro e incluso el uso de *syndets* por su mayor suavidad. Es preciso resaltar que cualquier jabón tiende a deslipidar la piel y es conveniente no usarlos en gran cantidad.

Para evitar la reseca-  
ción excesiva de la piel tras el lavado diario, lo más adecuado es usar una leche hidratante justo después de secarse, pues con la piel húmeda el producto penetra mejor.

La piel seca es frecuente entre los niños, sobre todo en invierno, debido al uso generalizado de la calefacción. Algunos de ellos presentan además dermatitis atópica o ictiosis, por lo que aún es más importante una buena hidratación.

Las formulaciones de leches hidratantes incluyen lípidos emolientes y agentes hidratantes sencillos como la urea, la glicerina y el ácido láctico, entre otros.

### Fotoprotección

Por último, pero no menos importante, cabe destacar la cuestión de la fotoprotección en la infancia. Éste es un tema del que se habla habitualmente, pero nunca está de más insistir en la importancia de proteger a los niños de los rayos solares, primero con la ropa adecuada (gorras, camisetas) y después con cremas y leches fotoprotectoras. Debemos pensar que es durante la infancia y la adolescencia cuando recibimos más de la mitad de la radiación ultravioleta, que ya sabemos que es acumulativa y puede acabar desarrollando con el tiempo un cáncer cutáneo.

Desde la farmacia se debe aconsejar el uso de fotoprotectores de factor de protección solar de 15 o superior, tanto en niños como en adolescentes, que sean preferiblemente resistentes al agua e insistir en su aplicación correcta para que sea efectivo. □