

# Dermatitis seborreica

# Clínica y tratamiento

■ JOAN DALMAU ARIAS, ANTONIA T. VILA y LLUÍS PUIG SANZ •  
Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Los autores del presente artículo, dermatólogos, describen la clínica, el diagnóstico y las opciones de tratamiento de la dermatitis seborreica, un trastorno dermatológico crónico que suscita dudas y consultas en el mostrador de la oficina de farmacia.

**L**a dermatitis seborreica es una erupción de la piel bastante frecuente, de curso prolongado y recurrente, caracterizada por manchas rojizas bien delimitadas y cubiertas por escamas de aspecto grasiento distribuidas en las áreas del cuerpo con mayor cantidad de glándulas sebáceas (cara y cuero cabelludo).

## EPIDEMIOLOGÍA

Aunque puede afectar a cualquier edad, la mayor incidencia se observa entre las dos primeras semanas de vida y los tres meses de edad y entre los 40 y 60 años, especialmente en varones. Se cree que existiría una transmisión hereditaria, dada la elevada incidencia que se observa en algunas familias.

## ETIOPATOGENIA

La etiología de la dermatitis seborreica es desconocida, aunque se sabe que intervienen varios factores, entre los que destaca el aumento de la secreción de las glándulas sebáceas, que favorecería el desarrollo de microor-



ganismos como *Malassezia globosa*, que podría ser el responsable del cuadro clínico, ya que en la piel descamativa de los pacientes con dermatitis seborreica su presencia se halla incrementada. Se ha propuesto que *M. globosa* podría inducir la respuesta inflamatoria a través de la activación del complemento.

Son frecuentes los brotes en situaciones de tensión emocional, fatiga, estados de depresión, frío y ambientes secos.

La dermatitis seborreica se asocia a diversos procesos neurológicos, como la enfermedad de Parkinson o la parálisis facial, y en los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana pueden verse formas extensas y severas de la enfermedad.

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Si se realiza una biopsia cutánea se pueden observar cambios propios de eccema subagudo con predominio de acantosis con paraqueratosis y espongirosis de menor intensidad.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Como se ha señalado, se distinguen dos formas principales de dermatitis seborreica: la infantil y la del adulto.

#### Dermatitis seborreica infantil

Es una erupción que se presenta entre las dos primeras semanas de vida y los tres meses. Aparecen pápulas y placas eritematosas descamativas, de bordes policíclicos precisos y que se localizan en el cuero cabelludo, la cara (sobre todo en la zona centrofacial; véase fig. 1) y los pliegues (sobre todo del cuello, del ombligo, del área del pañal y de las axilas; véase fig. 2).

La mayoría de las veces el cuadro se resuelve en tres o cuatro semanas sin complicaciones. En algunos casos las lesiones recidivan y evolucionan hacia psoriasis o hacia dermatitis atópica.

Se pueden observar tres tipos clínicos característicos de dermatitis seborreica infantil:

- Costra láctea: es una dermatitis seborreica infantil que afecta el cuero cabelludo de forma importante, con descamación intensa, lesiones costrosas y olor a leche rancia.

- Dermatitis del pañal: es una dermatitis seborreica infantil, con placas eritematosas, poco descamativas, de bordes precisos, que afecta los pliegues inguinales (el área del pañal).

- Eritrodermia: es una dermatitis seborreica infantil que presenta lesiones eccematosas generalizadas.

Fig. 1. Dermatitis seborreica del lactante



## La dermatitis seborreica del adulto puede ser muy recidivante y sufrir variaciones periódicas en su intensidad

Fig. 2. Forma extensa de dermatitis seborreica del lactante



### Dermatitis seborreica del adulto

Se caracteriza por pápulas o placas eritematosas bien delimitadas, recubiertas de escamas untuosas blancomarillentas, que se localizan en áreas del cuerpo donde existe una mayor concentración de glándulas sebáceas como la cara, las orejas, regiones centrales del pecho y la espalda y en los genitales:

- En la *cara* se localizan en las cejas (blefaritis seborreica), alrededor de la nariz, en el borde del cuero cabelludo y en la parte interna del pabellón auricular. En el pliegue por detrás de la oreja se puede presentar un proceso inflamatorio con abundante exudación purulenta. Se suele acompañar de prurito de intensidad variable. La foto de apertura de este artículo muestra un caso de dermatitis seborreica limitada con distribución peribucal.

- En el *cuero cabelludo* se pueden distinguir tres formas. En la forma más leve (caspa o pitiriasis seca), las escamas son pequeñas, secas, blanquecinas y se desprenden con facilidad y de forma espontánea. En la forma moderada (clásica) se observan las escamas descritas anteriormente pero de mayor tamaño. En la forma más severa (falsa tiña amiantácea) se observan placas que pueden ser de tamaño diverso, desde pequeñas hasta bastante extensas (algunas llegan a ocupar buena parte de la superficie del cuero cabelludo). Están formadas por escamas secas, gruesas, malolientes, que agrupan los cabellos en mechones de espesor variable. Todas las formas se suelen acompañar de prurito de intensidad variable.

- En el *tórax* las lesiones presentan un contorno redondeado, bien delimitado y de color rojo parduzco (petaloides), y se localizan en la parte media del pecho (dermatitis seborreica centrotorácica de Brocq) y en la zona interescapular. Se pueden generalizar a todo el tronco y a las extremidades. El prurito es escaso o ausente.

- En los *pliegues*, sobre todo axilas, ingles, pliegue interglúteo y región submamaria, la dermatitis seborreica se presenta como un intertrigo en el que aparece un eritema difuso, brillante, bien delimitado, con escasa descamación. Afecta especialmente a personas con sobrepeso. En el pubis y en la región inguinal puede extenderse hacia la vulva o la región anal, siendo una posible causa de prurito anal.

- Otras localizaciones características son el *conducto auditivo externo* y los *genitales externos*.

- En *pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*, las lesiones de dermatitis seborreica son de mayor intensidad y extensión que en el resto de los pacientes.

La dermatitis seborreica del adulto puede ser muy recidivante y sufrir variaciones periódicas en su intensidad. La exposición al sol, el cansancio y el estrés suelen ser responsables de nuevos brotes o del empeoramiento de lesiones ya existentes.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El dermatólogo efectuará el diagnóstico diferencial respecto de otras enfermedades, que es característico en función de si se trata de niños o adultos.

**Dermatitis seborreica infantil**

Se hará el diagnóstico diferencial respecto de:

- Dermatitis atópica: es de inicio más tardío (a los tres meses). Suele presentar antecedentes familiares de eccema y prurito intenso, se suele localizar en la periferia de la cara y en las extremidades y suele cursar con brotes repetidos durante toda la infancia.
- Psoriasis infantil.
- Histiocitosis de células de Langerhans.

**Dermatitis seborreica del adulto**

El diagnóstico diferencial se hará en función de las partes del cuerpo a que afecte la dermatitis:

- Si afecta al tronco: pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor y lupus eritematoso.
- En cara, cuero cabelludo o genitales: psoriasis. A veces la distinción entre dermatitis seborreica y psoriasis resulta imposible, y algunos autores hablan de «seborriasis» para referirse a lesiones eccematosas de características seborreicas con intensa descamación similar a la psoriasis.
- En los pliegues: candidosis y eritrasma.

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

El médico y el farmacéutico pueden realizar una importante labor de educación sanitaria a los pacientes afectados de dermatitis seborreica. A continuación se relacionan algunos consejos relevantes:

- Es importante informar al paciente de que la dermatitis seborreica del adulto es un proceso crónico, que puede cursar con brotes y que el tratamiento va dirigido a controlar las manifestaciones clínicas, no a curar la enfermedad.
- Se debe informar al paciente de la tendencia que presenta la enfermedad a mejorar con el paso de los años y de que no es contagiosa.

- La dermatitis seborreica frecuentemente se agrava por factores emocionales, por sequedad ambiental y falta de higiene (efecto de arrastre físico) y habitualmente se observan empeoramientos estacionales: en otoño-invierno suelen afectar a las lesiones de la cara y el cuero cabelludo y en verano, a las lesiones de los pliegues.
- Se recomienda el lavado frecuente y relativamente enérgico con agua y jabón.
- No son recomendables los cosméticos con contenido graso o muy ocluyentes, ni los que contengan alcohol (por ejemplo, limpiadores faciales o colonias).

En estudios recientes se ha podido comprobar la elevada eficacia y seguridad de tacrolimus y pimecrolimus tópicos

- El consumo de alcohol y los alimentos picantes o muy especiados suelen incrementar la intensidad de las lesiones de la dermatitis seborreica.
- Los vasodilatadores periféricos con frecuencia incrementan también las lesiones.
- La exposición solar suele tener un efecto beneficioso.

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TÓPICO**

El tratamiento farmacológico tópico varía en función de la zona del cuerpo afectada.

**Dermatitis seborreica del cuero cabelludo**

En las formas leves se lavará el cuero cabelludo y el cabello con un champú antifúngico cada 2 o 3 días, dejando transcurrir 10 minutos antes de acla-

rarlo. Los champús antifúngicos utilizados incluyen uno o varios de los siguientes principios activos:

- Bifonazol al 1%.
- Ciclopirox olamina al 1-1,5%.
- Dipiritiona de magnesio al 2%.
- Flutrimazol al 1%.
- Ketoconazol al 2%.
- Piritiona de cinc al 2%.
- Piroctona olamina al 0,3-3%.
- Sertaconazol al 2%.
- Sulfuro de selenio al 2-5%.

También pueden utilizarse, como alternativas, champús o lociones que contengan:

- Alquitrán de hulla, 2 o 3 veces por semana.
- Brea o sus derivados, 2 o 3 veces por semana.
- Ictiol, 1-2 veces/día.
- Keluamida, 1-2 veces/día.

En las formas moderadas y graves se puede utilizar cualquiera de los siguientes productos solos o combinándolos con alguno de los tratamientos de las formas leves:

- Calcipotriol en solución al 0,5%, una aplicación diaria.
- Corticoides tópicos en loción o solución, 1-2 aplicaciones diarias:
  - a) Acetato de hidrocortisona al 1-2,5%.
  - b) Acetonido de triamcinolona al 0,1%.
  - c) Dipropionato de betametasona al 0,05%.
  - d) Fuorato de mometasona al 0,1%.
  - e) Prednicarbato al 0,25%.
  - f) Valerato de betametasona al 0,1%.

- Queratolíticos en lociones o champús, solos o asociados a antifúngicos (o alquitrans). El más empleado suele ser el ácido salicílico.

**Dermatitis seborreica facial**

En las formas leves puede realizarse un lavado con un champú o gel antifúngico una vez al día.

También pueden aplicarse lociones, emulsiones, geles o cremas no engrasantes que contengan cualquiera de los siguientes activos en su formulación:

- Alfahidroxiácidos.
- Breas liposomadas.
- Ictiol.
- Keluamida.
- Urea.

En las formas moderadas y graves, además de los tratamientos incluidos en las formas leves, pueden utilizarse cremas o lociones de corticoides adecuados para esta localización (potencia intermedia-baja):

- Aceponato de metilprednisolona al 0,1%.
- Acetato de hidrocortisona al 1-2,5%.
- Budesonida al 0,025%.
- Butirato-propionato de hidrocortisona al 0,1%.
- Fluocortina éster butílico al 0,75%.
- Fuorato de mometasona al 0,1%.
- Prednicartrato al 0,25%.

**Dermatitis seborreica en otras localizaciones**

En general se emplearán los mismos tratamientos que en la región facial. En las zonas de pliegues y en los genitales existen frecuentes problemas de tolerancia, por lo que se emplearán con preferencia corticoides tópicos de baja potencia o antifúngicos (imidazólicos o ciclopirox olamina), que se aplicarán una o dos veces al día.

La exposición al sol,  
el cansancio y el estrés  
suelen ser responsables  
de nuevos brotes  
de dermatitis  
o del empeoramiento  
de lesiones ya existentes

En el conducto auditivo externo se puede aplicar un corticoide tópico otológico y en las cejas se puede aplicar una crema antifúngica dos veces al día.

**Dermatitis seborreica asociada a infección por VIH**

Se utilizarán los mismos tratamientos que en los pacientes no infectados por VIH, dependiendo de la localización y de la intensidad de las lesiones.

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SISTÉMICO**

Sólo está indicado en situaciones especiales, como la dermatitis seborreica

generalizada, muy intensa o refractaria al tratamiento tópico, o eritrodérmica. Las posibilidades terapéuticas a considerar incluyen:

- Antifúngicos con efecto sobre *Malassezia globosa*: por ejemplo, itraconazol, 100 o 200 mg al día durante 9 o 18 días. La respuesta suele ser pobre en los enfermos infectados por VIH, muchos de los cuales reciben esta medicación u otros imidazoles de forma profiláctica.
- Corticoides sistémicos, a dosis equivalentes de prednisona de 0,5-1 mg/kg/día.
- PUVA o fototerapia UVB (indica sólo en casos muy excepcionales).
- Retinoides. La isotretinoína puede ser útil, a dosis relativamente bajas, en los pacientes con dermatitis seborreica asociada a acné o rosácea graves y resistentes.

**NUEVAS TERAPIAS**

En estudios recientes se ha podido comprobar la elevada eficacia y seguridad de tacrolimus y pimecrolimus tópicos, que evitan el riesgo de efectos adversos locales asociados a la corticoterapia tópica (atrofia, telangiectasias, pústulas, dermatitis perioral) en pacientes con dermatitis seborreica.

**CONCLUSIÓN**

En resumen, el tratamiento de la dermatitis seborreica infantil se basa en la aplicación de una crema corticoidea suave asociada a antifúngicos tópicos, utilizando agentes reductores como el ictiol.

Por otra parte, el tratamiento de la dermatitis seborreica del adulto se basa en la aplicación de cremas corticoideas de potencia media, asociadas o no a agentes queratolíticos.

Una vez conseguida la remisión, debe continuarse con el lavado del cuero cabelludo con champús basados en los principios activos mencionados, dos a tres veces por semana, alternado con champús comunes los días restantes. □

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

Bielsa I. Eccemas II. En: Ferrándiz C, ed. Dermatología Clínica. Madrid: Mosby/Doyma Libros 1996; p.113-24.  
Fonseca E. Dermatitis seborreica del adulto. Salud rural 1998;15(14):113-23.  
Fonseca E. Pitiriasis y dermatitis seborreica del cuero cabelludo. Piel 1994;9:23-8.