



Viernes 11 de febrero de 2011

Seminario:

“Lesiones dermatológicas,  
¿esto qué es?”

Moderadora:

M.<sup>a</sup> Luisa Vega Gutiérrez  
Pediatra. CS Pilarica. Valladolid.

Ponentes/monitores:

- Jesús Vega Gutiérrez  
Dermatólogo. Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

¿Cómo citar este artículo?

Vega Gutiérrez J. Dermatología: casos clínicos de especial interés y terapéutica dermatológica básica. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 165-70.

## Dermatología: casos clínicos de especial interés y terapéutica dermatológica básica

Jesús Vega Gutiérrez

Dermatólogo. Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.  
[jvegagu@gmail.com](mailto:jvegagu@gmail.com)

### RESUMEN

En el presente capítulo repasaremos los tratamientos más novedosos empleados en Dermatología pediátrica y recogeremos, a modo de “vademecum práctico”, una selección de las fórmulas magistrales que consideramos de mayor utilidad para el pediatra, y la manera más correcta de emplearlas.

Entre las novedades terapéuticas, hablaremos de los fármacos biológicos empleados en la psoriasis infantil, entre los cuales solo está aprobado en la actualidad el etanercept. Se trata de un inmunosupresor selectivo que inhibe el factor de necrosis tumoral alfa.

El tratamiento de la *tinea capitis* siempre requiere fármacos sistémicos. Los nuevos antifúngicos como la terbinafina, el itraconazol y el fluconazol tienen ratios de eficacia y de efectos adversos similares a la griseofulvina en tiñas por *Tricophyton*, con la ventaja de que la duración del tratamiento es menor. Sin embargo, para las tiñas por *Microsporum*, la eficacia de la griseofulvina es superior.

El propranolol es la terapéutica actual de elección en los hemangiomas infantiles que, por motivos estéticos o médicos, precisen tratamiento. Sus efectos secundarios más importantes son la hipotensión, la bradicardia y la hipoglucemia, que obligan a un control básico previo y durante el tratamiento.

El tacrolimus y el pimecrolimus constituyen una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de los brotes de dermatitis atópica, si bien son necesarios estudios a largo plazo que establezcan de manera definitiva su seguridad. El tacrolimus también ha sido aceptado como terapia de mantenimiento para espaciar y controlar mejor los brotes, aplicándolo dos veces a la semana.

## INTRODUCCIÓN

La Dermatología pediátrica abarca tal cantidad de enfermedades y síndromes con afectación cutánea que sería imposible resumirlos en este seminario. Al mismo tiempo, la exposición de casos clínicos "cotidianos" ha demostrado ser una manera práctica y atractiva de aprender enfoques diagnósticos y terapéuticos, sobre todo en una especialidad tan visual como es la Dermatología.

Por este motivo, este seminario se centrará en la presentación y discusión de una selección de casos que hemos considerado de especial interés por su reto diagnóstico o por sus implicaciones terapéuticas, haciendo hincapié en la necesidad o no de derivación hacia una atención dermatológica especializada. Se intentará que la patología presentada sea lo más atractiva y útil para el pediatra.

Otro de nuestros objetivos será el repaso de los tratamientos más adecuados en la patología cutánea infantil de presentación frecuente en Atención Primaria, incluyendo las fórmulas magistrales de mayor utilidad y la actualización de los nuevos fármacos que han ido apareciendo.

De hecho, dado que la exposición se centrará en la presentación ágil de múltiples casos clínicos, en este capítulo recogeremos tan solo, a modo de "vademecum práctico", una selección de las fórmulas magistrales que consideramos de mayor utilidad para el pediatra y la manera más correcta de emplearlas, así como un resumen de las novedades terapéuticas que han ido apareciendo en los últimos años.

## ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

### Fármacos biológicos

El desarrollo de los llamados "fármacos biológicos" ha supuesto una nueva era en el tratamiento de múltiples patologías. Su mecanismo de acción se basa en la actuación selectiva sobre distintos componentes de la respuesta inmunitaria, logrando así una mayor eficacia con menos interacciones y efectos secundarios que los anti-guós "inmunosupresores". Cada vez son más los fármacos de este grupo que van apareciendo, y se van sucediendo los ensayos clínicos y los estudios que analizan su eficacia y su seguridad.

En Dermatología, su indicación fundamental es la psoriasis, patología que afecta al 2% de la población. Se estima que el 30%-40% de los pacientes tiene los primeros síntomas durante la infancia o la adolescencia. Los agentes biológicos deben ser considerados únicamente en psoriasis severas refractarias a tratamientos convencionales. De todos los agentes biológicos disponibles actualmente, el etanercept (un inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa) parece tener menos efectos secundarios y ser el más seguro, por lo que de momento es el único con aprobación para la psoriasis infantil<sup>1</sup>. Hay que descartar previamente infecciones activas, tuberculosis, hepatitis, insuficiencia cardíaca grave, neoplasias y enfermedades desmielinizantes. Es un tratamiento bien tolerado, que se pauta semanalmente mediante inyecciones subcutáneas y cuya duración dependerá de la respuesta y de la evolución de la patología<sup>2</sup>.

### Tratamiento de la *tinea capitis*

La *tinea capitis* es una dermatofitosis originada fundamentalmente por especies del género *Trichophyton* y *Microsporum*. Esta última sigue siendo la más frecuente en nuestro medio, a pesar del aumento de otras especies en Europa, debido fundamentalmente a la población inmigrante.

Esta infección siempre requiere tratamiento sistémico a causa de la falta de penetración de los tratamientos tópicos.

cos en el folículo piloso. El sulfuro de selenio, el ketocozonazol y otros antimicóticos tópicos se podrán añadir como adyuvantes, en forma de crema o loción, aplicados una vez al día durante una semana, o mediante el uso de champú dejándolo actuar unos cinco minutos, dos veces a la semana durante 2-4 semanas<sup>3</sup>.

Recientemente, la Sociedad Europea de Dermatología Pediátrica ha publicado unas guías para el tratamiento de la *tinea capitis* en niños<sup>4</sup>. Concluye que todos los antifúngicos empleados tienen un buen perfil de seguridad. Los nuevos antifúngicos como la terbinafina, el itraconazol y el fluconazol tienen ratios de eficacia y de efectos adversos similares a la griseofulvina en las tiñas por *Trichophyton*, con la ventaja de que la duración del tratamiento es prácticamente la mitad que la empleada con la griseofulvina (2-6 semanas frente a 6-12 semanas), lo que facilita la adherencia al tratamiento. Sin embargo, para las tiñas causadas por especies de *Microsporum*, la eficacia de la griseofulvina es superior, por lo que se mantiene como el tratamiento de elección.

Otros factores que se deben tener en cuenta en la elección del antifúngico son el económico (la griseofulvina es más barata que el resto) y la disponibilidad o no del producto (la griseofulvina ya no se comercializa en algunos países europeos como Bélgica, Grecia, Portugal y Turquía).

### Propranolol en los hemangiomas infantiles

Los hemangiomas infantiles son tumores vasculares benignos que generalmente aparecen a partir de la segunda semana de nacimiento, crecen durante el primer año de vida y regresan de forma espontánea a lo largo de la infancia. Se estima una incidencia global del 10% de los niños, y su localización más frecuente es la cabeza.

La tendencia natural de los hemangiomas ha motivado que la actitud terapéutica más extendida sea "pasiva". Sin embargo, en ocasiones originan una gran morbilidad, bien sea por su carácter desfigurante, con las implicaciones psicológicas y sociales que supone para el niño y su entorno, o por verdaderas complicaciones como pueden ser las ulceraciones, la destrucción de estructuras cartila-

ginasas o las derivadas de su gran tamaño, su localización en zonas especiales como las periorificiales, etc.

Hasta hace apenas uno o dos años, el tratamiento en estas situaciones era complejo y no estaba bien establecido. El más empleado eran las dosis altas de prednisona oral, pero la respuesta era variable y los efectos secundarios evidentes, destacando el hábito cushingoide, los cambios en la personalidad asociados a irritabilidad, la irritación gástrica y la candidiasis oral o en el área del pañal. Otros tratamientos empleados son los corticoides intralesionales, la vincristina y el interferón. También se observan buenas respuestas con el láser de colorante pulsado, especialmente en los hemangiomas superficiales y los ulcerados; en ocasiones es necesario recurrir a la cirugía<sup>5</sup>.

En el año 2008 se publicó en el *New England Journal of Medicine* un trabajo sobre el propranolol en hemangiomas infantiles severos<sup>6</sup>. A partir de entonces han sido múltiples los estudios que han corroborado la espectacular respuesta de estos tumores vasculares al propranolol, y que han convertido a este fármaco en el tratamiento de elección para estas lesiones<sup>7</sup>. Aún no están establecidas las pautas concretas del tratamiento. Se suele empezar con dosis de 2 mg/kg/día, que se mantienen durante un mínimo de 4-6 meses o hasta que el niño cumpla el año de edad, cuando supuestamente cesa la fase proliferativa del tumor.

El propranolol ha sido empleado durante décadas y es un fármaco bien conocido y con buen perfil de seguridad. Sus efectos secundarios más importantes son la hipotensión, la bradicardia y la hipoglucemia, que obligan a un control básico previo y durante el tratamiento<sup>8</sup>.

### Inhibidores tópicos de la calcineurina: tacrolimus y pimecrolimus. Situación actual

La dermatitis atópica es una dermatosis inflamatoria que afecta al 15%-20% de los niños en los países desarrollados. El impacto médico y social de esta patología es considerable, sobre todo en casos severos, en los que los niños presentan intenso prurito, eccemas más o menos intensos, sobreinfecciones, pérdida de sueño, falta de

capacidad de atención, etc. Tradicionalmente, el tratamiento de esta dermatosis ha incluido la aplicación de corticoides tópicos en los brotes y el uso frecuente de emolientes y el cuidado de la piel, junto con la evitación de los múltiples factores desencadenantes conocidos como terapia de mantenimiento. Sobre esta base, se intenta controlar el picor con antihistamínicos, se tratan las impetiginizaciones y, en casos más severos, se recurre a tratamientos sistémicos como los corticoides, la ciclosporina o el micofenolato mofetilo, entre otros. También es útil el empleo de la fototerapia, especialmente con UVB de banda estrecha.

En los últimos años se han desarrollado dos inmunosupresores tópicos que actúan inhibiendo la calcineurina y frenando la activación de los linfocitos T. Son el pimecrolimus y el tacrolimus.

El tacrolimus al 0,1% es tan efectivo como los corticoides tópicos potentes para el tratamiento de la dermatitis atópica, lo que lo hace muy útil especialmente en casos resistentes y en zonas más sensibles a los efectos adversos de los corticoides, como la cara, así como en pacientes que dependen del uso constante de corticoides potentes. El pimecrolimus es menos efectivo, por lo que su empleo se reserva a casos más leves<sup>9</sup>.

Se ha demostrado que ambos fármacos aplicados tópicamente son absorbidos mínimamente a través de la piel y que tienen un perfil de seguridad muy favorable. El efecto secundario más frecuente es la reacción local, particularmente la sensación de quemazón durante los primeros días de tratamiento. No presentan un aumento significativo de las infecciones locales y carecen de los efectos secundarios de los corticoides tópicos. Han sido publicados casos de neoplasias en pacientes tratados con los inhibidores tópicos de la calcineurina, si bien no hay hasta el momento evidencia clínica de un aumento del riesgo de desarrollar tumores malignos. Sin embargo, su potencial teórico de aumentar la posibilidad de desarrollar un cáncer, especialmente en niños con dermatitis atópica moderada-severa y un alto porcentaje de afectación de superficie corporal, ha llevado a extremar las precauciones y a realizar numerosos estudios. Dichos trabajos siguen sin confirmar el aumento de

riesgo de neoplasia, especialmente de linfomas, si bien es verdad que los estudios clínicos no tienen aún suficiente duración para dar respuestas definitivas, ya que estos fármacos están disponibles desde hace apenas diez años<sup>10</sup>.

Podemos concluir que el tacrolimus y el pimecrolimus constituyen una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de los brotes de dermatitis atópica, si bien son necesarios estudios a largo plazo que establezcan de manera definitiva su seguridad. Su empleo está aceptado en niños a partir de los dos años y no se recomienda su uso en mucosas ni bajo oclusión. El tacrolimus también ha sido aceptado como terapia de mantenimiento para espaciar y controlar mejor los brotes, aplicándolo dos veces a la semana<sup>11</sup>.

## FÓRMULAS MAGISTRALES MÁS EMPLEADAS

### Alopecia areata

- Clobetasol propionato al 0,05%.
- Ácido cítrico anhidro al 0,1%.
- Minoxidil al 2%-5% en 60 ml.

Aplicar en las zonas alopécicas todas las noches.

Puede asociarse tratamiento oral con zinc: aspartato de zinc 50 mg csp, 100 pastillas. Una pastilla por la mañana y otra por la noche durante 2-3 meses.

### Foliculitis

- Sulfato de cobre al 0,1%.
- Eritromicina al 0,2%.
- Agua destilada csp l l.

Aplicar en las zonas afectadas 1-2 veces al día.

## Lesiones exudativas

Son lesiones exudativas el impétigo, los eccemas agudos o sobreinfectados, las erosiones, etc.

- Permanganato potásico al 1/10 000, diez sobres de 0,25 mg.

Diluir en 2 l de agua y aplicar mediante fomentos con gasas empapadas durante 3-5 minutos 1-2 veces al día. Conservar protegido de la luz. En estas condiciones, la dilución puede durar hasta 15 días.

- Sulfato de cobre al 0,1%.
- Agua destilada csp 2 l.

Aplicar en las zonas afectadas 1-2 veces al día.

## Acné infantil

- Peróxido de benzoilo al 5% + clindamicina al 1% en gel neutro csp 40 g.

Aplicar en las zonas afectadas por las noches previa limpieza con un jabón suave. Lavar a la mañana siguiente.

## Aftas orales y liquen plano oral

- Propionato de clobetasol al 0,025% +/- xilocaína al 2% en orabase csp 30 ml.
- Triamcinolona al 0,1% en orabase csp 30 ml.

Aplicar en las zonas afectadas 1-2 veces al día.

## Costra láctea

- Aceite salicílico al 2%-3% csp 50 ml.

Aplicar dando un masaje en el cuero cabelludo y dejar 2-4 horas. Retirar con suavidad con la ayuda de un cepillo

de dientes y lavar con un champú suave. Repetir varios días hasta el control.

## Pseudotiña amiantácea

- Aceite de enebro + aceite de oliva a partes iguales (50 g).

Dejar actuar 2-4 horas. Retirar con suavidad con la ayuda de un cepillo de dientes y lavar con un champú suave. Repetir varios días hasta control.

## CONCLUSIONES

La Medicina es una disciplina en continuo avance. En este capítulo hemos querido repasar los últimos tratamientos que han ido apareciendo para la patología cutánea infantil, así como añadir una selección de las fórmulas magistrales que consideramos de mayor utilidad para el pediatra y la manera más correcta de emplearlas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marji JS, Marcus R, Moennich J, Mackay-Wiggan J. Use of biologic agents in pediatric psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2010;9:975-86.
2. Siegfried EC, Eichenfield LF, Paller AS, Pariser D, Creamer K, Kricorian G. Intermittent etanercept therapy in pediatric patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:769-74.
3. González U, Seaton T, Bergus G, Jacobson J, Martínez-Monzón C. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Kakourou T, Uksal U. European Society for Pediatric Dermatology Practice Guidelines. Guidelines for the

- management of tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol.* 2010;27:226-8.
5. Sánchez-Carpintero I, Hontanilla Calatayud B. Hemangiomas y Malformaciones Vasculares: claves diagnósticas y tratamiento. Barcelona: ESMONpharma; 2008.
  6. Léauté-Labrèze C, Dumas de la Roque E, Hubiche F, Boralevi F, Thambo JB, Täieb A. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med.* 2008; 358:2649-51.
  7. Schiestl C, Neuhaus K, Zoller S, Subotic U, Forster-Kuebler I, Michels R *et al.* Efficacy and safety of propranolol as first-line treatment for infantile hemangiomas. *Eur J Pediatr.* 2010 Oct 9 [e-pub ahead of print].
  8. Lawley L, Siegfried E, Todd JL. Propranolol treatment for hemangioma of Infancy: risks and recommendations. *Pediatric Dermatology.* 2009;26:610-4.
  9. Kirsner RS, Heferman MP, Anta R. Safety and efficacy of tacrolimus ointment versus pimecrolimus cream in the treatment of patients with atopic dermatitis previously treated with corticosteroids. *Acta Derm Venereol.* 2010;90:58-64.
  10. McCollum AD, Paik A, Eichenfield LF. The safety and efficacy of tacrolimus ointment in pediatric patients with atopic dermatitis. *Pediatric Dermatology.* 2010;27:425-36.
  11. Chen SL, Yan J, Wang FS. Two topical calcineurin inhibitors for the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Dermatolog Treat.* 2010;21:144-56.