

Dermatitis del pañal: otra forma de presentación clínica

Dras. Margarita Larralde*, María Luisa Raspa*, Silvia Habicheyn*, Fernando Lamas*

Resumen

Presentamos dos pacientes con una nueva forma clínica de dermatitis en la zona del pañal. El dato clínico más relevante ha sido su particular localización en la cara lateral de cadera y glúteo, así como su morfología triangular invertida.

En ambos pacientes se realizó la prueba del parche y se estableció que la hipersensibilidad al adhesivo del pañal era el principal factor etiológico de esta nueva entidad.

Su conocimiento por parte de pediatras y dermatólogos evitará errores diagnósticos y llevará a un adecuado enfoque terapéutico.

Palabras claves: dermatitis del pañal, primera infancia.

Summary

We report two patients with a peculiar contact dermatitis in the diaper area which have been seen in our in our Pediatric Dermatology Section. The main feature has been a unique topography, which reminds the "cowboy pistols' belt handle", located in the buttocks and lateral thigh area.

Patch tests have been used in both patients; sensitization to the nappies' components was considered the main related factor.

Key words: diaper dermatitis, infancy.

vamos una placa eritematosa de tamaño variable (2 a 4 cm de diámetro), de límites difusos, aunque algunos casos presentaron bordes netos. La intensidad de las lesiones varió desde casos mínimos (eritema), hasta cuadros más complejos con pápulas, vesículas, pústulas, erosiones, costras y liquenificación. El prurito fue el síntoma común.¹

CASOS CLÍNICOS

Paciente N° 1

Paciente de 12 meses de edad (Fotografía 1), de sexo femenino, con dermatitis en el área del pañal de 10 días de evolución. Clínicamente se presentó como una placa eritematosa de límites difusos, ligeramente sobreelevada, con pápulas, vesículas, pústulas y lesiones escoriadas.

FOTOGRAFÍA 1. Placa eritematosa de límites difusos, sobreelevada con pápulas, vesículas y pústulas. Signos de escoriación por prurito.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis del pañal por contacto es una de las dermatosis más comunes de los lactantes, caracterizada por eritema y erosiones en el área convexa del pañal donde éste roza con la piel, sin compromiso inicial de los pliegues.

En nuestra consulta habitual en la Sección de Dermatología Pediátrica del Hospital Ramos Mejía, llamaron nuestra atención los numerosos niños que presentaban una dermatitis del pañal con características distintivas en cuanto a su localización y manifestaciones clínicas, por lo cual decidimos presentar dos casos interesantes.

Esta patología se caracteriza por presentar compromiso en la cara externa de caderas y región superior de glúteos, a predominio unilateral, con morfología triangular invertida. Clínicamente obser-

* Sección Dermatología Pediátrica. Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Margarita Larralde Acevedo 1070. Banfield. (1828) Buenos Aires. República Argentina.



Localización: región glútea derecha. Como síntoma relevante presentaba prurito intenso.

Antecedentes neonatológicos: G1 P1 A0. Recién nacido de término con peso adecuado para la edad gestacional. Peso de nacimiento: 3.500 g.

Sin antecedentes heredofamiliares de importancia.

Prueba del parche: positiva a las 48 horas en el parche N° 3, con reacción tipo 2.

Examen micológico directo y cultivos negativos.

Se inició tratamiento sintomático basándose en medidas higiénico-terapéuticas, cambio frecuente del pañal y aplicación tópica de pasta con óxido de zinc, constatándose una curación clínica al término de 10 días.

Paciente N° 2

Paciente de 9 meses de edad (Fotografía 2), de sexo masculino, con dermatitis localizada en la región del pañal, de 7 días de evolución. Al examen físico presentaba una lesión eritematosa de límites netos, circinados, con morfología anular, conteniendo

FOTOGRAFÍA 2. Placa eritematosa de límites netos, circinados, con morfología anular, con pápulas y vesículas en su interior.



pápulas y vesículas, algunas escoriadas por el intenso prurito.

Localización: región externa del glúteo derecho.

Antecedentes neonatológicos: G2 P2 A0. Recién nacido de término con peso adecuado para la edad gestacional. Peso de nacimiento: 3.350 g.

Sin antecedentes heredofamiliares de importancia.

Prueba del parche: positiva a las 48 horas en el parche N° 3, con reacción tipo 2.

Examen micológico: directo y cultivo negativos.

Se realizó el mismo tratamiento que en el paciente N° 1, con resolución clínica a la semana.

DISCUSIÓN

En nuestra práctica dermatológica diaria observamos que un motivo de consulta frecuente era la presencia de lesiones distintivas en las áreas donde se fija el pañal con las bandas adhesivas.²

Esto nos llevó a realizar un estudio prospectivo y protocolizado de los pacientes que consultaban con esta nueva entidad.¹ En ese estudio se incluyeron 53 pacientes.

La hipótesis que surgió de la observación clínica fue que las lesiones estarían relacionadas con el adhesivo presente en las bandas de ajuste del pañal.

La mayor incidencia de lesiones unilaterales (predominantemente derechas), estaría vinculado a que la mamá al momento de realizar la colocación y ajuste del pañal, lo hace primero y con más firmeza del lado izquierdo que del lado derecho, posibilitando de esta forma un mayor roce ante los movimientos del niño.

La mayor incidencia de esta patología se observó entre los 12 y 16 meses de edad, hecho que correlacionamos con el inicio de la deambulación, siendo éste otro factor agravante.³

Corroboramos la sensibilización a la zona del adhesivo por medio de la prueba del parche.

Se utilizaron 3 parches de 3 cm por 3 cm, correspondientes a las diferentes partes del pañal.

Parche N° 1: muestra con gel absorbente.

Parche N° 2: banda elástica antidesbordante.

Parche N° 3: banda adhesiva con componentes químicos.

Técnica: Se aplicaron sobre la piel sana en la región dorsal superior con tela adhesiva hipoalergénica.

Las lecturas se realizaron a las 48 horas y en los casos dudosos se realizó una segunda lectura a las 72 horas.

Según las características de las lesiones prevalentes se desarrolló un sistema de puntajes:

- 0: Piel sana, sin erupción.
- +: Eritema.
- ++: Eritema, edema, vesículas.
- +++ : Eritema, vesículas, pápulas, pústulas y erosiones.

La reacción más frecuentemente observada fue la de eritema (40%). Sólo 3 pacientes produjeron una reacción importante con eritema, vesículas, pápulas, pústulas y erosiones; dos al elástico del pañal y uno al adhesivo de la cinta. La edad de mayor compromiso fue entre 12 y 16 meses (47%).

La prevalencia fue mayor en el sexo femenino (60%). La localización de las lesiones fue unilateral en la mayoría de los casos (73%) con predilección topográfica por la región externa de glúteos y cadera derecha, en el sitio donde se fija el pañal. El síntoma común fue el prurito (73%).

Se tuvieron en cuenta antecedentes personales y herodofamiliares de atopía, que sólo fueron positivos en el 27% de los casos. (personal 17%, familiar 10%).

El seguimiento de los niños demostró que solamente el hecho de evitar el contacto con el material del pañal, utilizando tela de algodón como aislante, fue suficiente para mejorar significativamente los síntomas.⁴

Se intensificaron las medidas higiénicas de prevención, como cambio frecuente del pañal y limpieza con aceites o emulsiones. Se indicó como aislante pastas con óxido de zinc y ante la presencia de *Candida albicans*

se incorporaron antimicóticos locales.

Creemos que estamos ante la presencia de una nueva entidad clínica de dermatitis del pañal, producida por un fenómeno de contacto con los componentes químicos de las cintas que lo fijan.^{5,6}

Lo corroboramos por medio de la prueba del parche. Clínicamente lo confirmamos mediante el aislamiento mecánico de la zona, que lleva rápidamente a una mejoría.⁴

La mayor incidencia de esta patología se observa entre los 12 y 16 meses de edad, hecho que correlacionamos con el inicio de la deambulacion. Por lo cual, al factor sensibilizante se agregarían otros factores agravantes como movimiento continuo, roce y fricción.⁷

Posiblemente la localización unilateral en un porcentaje más elevado también se deba a un sitio de menor ajuste y por lo tanto, de mayor roce.

El conocimiento e identificación de esta nueva clínica permitirá su precoz diagnóstico y correcto enfoque terapéutico. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Larralde M, Habicheyn S, Raspa M, Lamas F. Diaper dermatitis: a new clinical feature. *Pediatr Dermatol* 2001; 18(2):167-168.
2. Ayala F, Balato N, Lembo G et al. A multicentre study of contact sensitization in children. *Contact Dermatitis* 1992; 26:112-115.
3. Srapker M. Diapers and diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2000; 17 (1): 80-1.
4. Wilson P, Dallas MJ. Diaper performance: Maintenance of healthy skin. *Pediatr Dermatol* 1990; 7:179-184.
5. Karlberg AT, Magnusson K. Rosin components identified in diapers. *Contact Dermatitis* 1996; 34:176-180.
6. Belhadjali H, Giordano Labadie F, et al. Lucky Luke contact dermatitis from diapers: a new allergen? *Contact Dermatitis* 2001; 44 (4):248.
7. Campbell R, Seymour J, Stone L, et al. Clinical studies with disposable diapers containing absorbent gelling materials: Evaluation of effects on infant skin condition: *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:978-987.