

Dermatitis del pañal. Revisión

Jorge Lopez Granja¹

Definición

La dermatitis del pañal es una dermatosis localizada exclusivamente (al menos de inicio), en la piel cubierta por el pañal (1).

El término pañalitis o dermatitis del pañal, se usa con frecuencia como un diagnóstico, tal como si las diversas dermatosis que pueden afectar a esta región constituyeran una sola entidad clínica. En realidad la dermatitis del pañal no es un diagnóstico específico, sino un síndrome variable, iniciado por la combinación de varios factores. Los más significativos son: la exposición prolongada a la orina y las heces, la maceración de la piel, y en muchos casos, la infección secundaria por bacterias o *Candida albicans* (2).

Palabras clave

Dermatitis del pañal, pH urinario, enzimas fecales, *Candida albicans*, maceración, placas eritematosas

■ EPIDEMIOLOGÍA

La dermatitis del pañal es quizás el trastorno cutáneo más frecuente de la infancia (2). Su incidencia se estima entre un 7% y 35%, entre las edades de 9-12 meses (2). La dermatitis seborreica es un factor predisponente (3). Cabe destacar que con el advenimiento de los pañales desechables con mayor capacidad de absorción, las formas severas de dermatitis del pañal han disminuido su incidencia. La dermatitis del pañal irritativa y la asociada a *Candida albicans* son las formas más comunes de dermatitis del pañal a cualquier edad (4).

■ PATOGÉNESIS

El factor desencadenante es la humedad excesiva y prolongada de la piel. Esta incrementa la fricción, disminuye la función de barrera, y causa una mayor sensibilidad a sustancias irritantes (4).

En el pasado, el amoníaco derivado de la urea en la orina, fue catalogado como el responsable de la dermatitis del pañal. Más recientemente se ha establecido que son el pH alcalino de la orina y las bacterias fecales los factores primarios, las enzimas producidas por dichas bacterias. Las proteasas y lipasas pancreáticas en las heces (las cuales se activan en un medio alcalino) actuarían como agentes irritantes iniciales. Adicionalmente, las ureasas producidas por bacterias fecales, generan un aumento adicional del pH. Esto explica por qué es más probable que aparezca la dermatitis del pañal en niños alimentados con fórmula, que en los que reciben lac-

tancia materna exclusiva. Las fórmulas de leche de vaca son colonizadas por un mayor número de bacterias productoras de ureasa. En síntesis, el uso prolongado de los pañales, la humedad y los factores detallados anteriormente, conducen a la ruptura de la función de barrera de la capa córnea. Además, el pH alcalino también facilita el desarrollo de la infección secundaria por *Candida albicans* (3).

La dermatitis del pañal tiende a ser más prominente en las partes internas de los muslos, los genitales y los glúteos. Por tanto, la fricción entre la piel de esas áreas y el pañal, probablemente actúa como un factor físico que conduce a una irritación adicional. Además, los componentes químicos del pañal, las preparaciones tópicas utilizadas y toallitas para bebé, pueden conducir a una mayor irritación por contacto (3).

■ CUADRO CLÍNICO

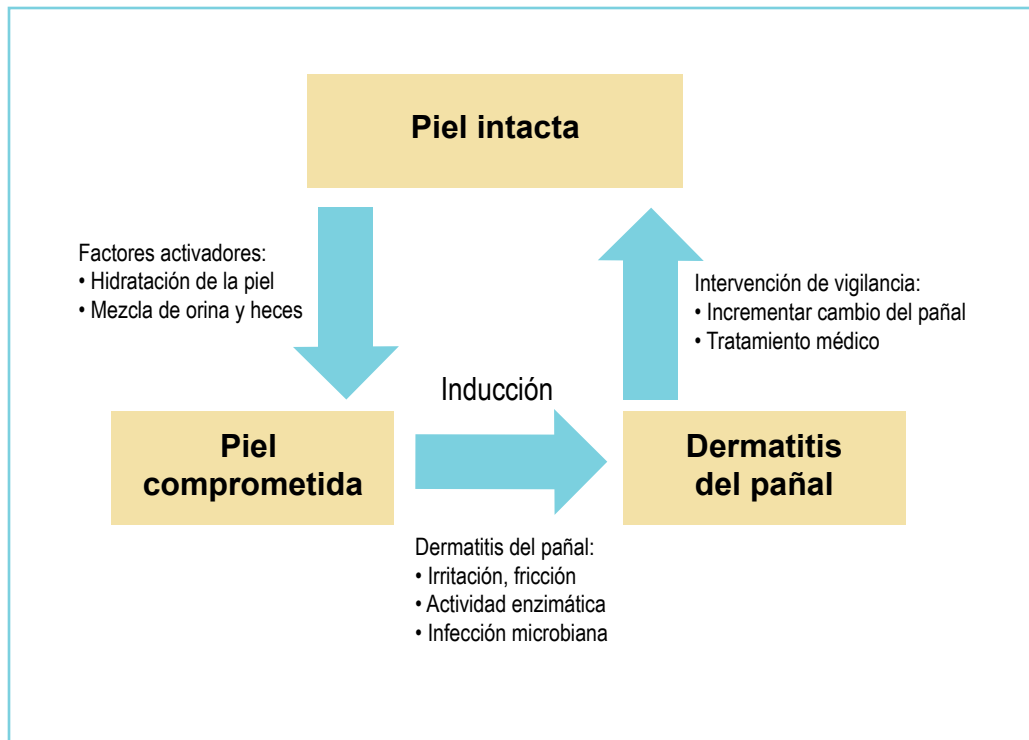
El cuadro clínico de la dermatitis del pañal varía en dependencia de si existe una infección secundaria agregada o si hay una dermatosis subyacente concomitante (por ejemplo: dermatitis seborreica, psoriasis, etc) (3).

■ DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Cualquier dermatitis del pañal resistente al tratamiento, debe investigarse más a fondo para descartar una enfermedad subyacente. La inflamación de la piel en el área del pañal, debe diferenciarse de condiciones como la dermatitis de contacto alérgica, la psoriasis, histiocitosis de las células de Langerhans, acrodermatitis enteropática, enfermedad de Kawasaki, dermatitis perianal estreptocócica, sífilis congé-

¹ Médico especialista en Dermatología, Belize Medical Associates, 5791 St. Thomas Street, Belize City, Belice.
Email: info@drlopezgranja.com

Gráfico 1- Dermatitis del pañal



nita o por abuso infantil y la infección por VIH.

■ TRATAMIENTO

Los objetivos principales en la prevención y tratamiento de la dermatitis del pañal, incluyen mantener la piel seca, protegida y libre de infección. Antes de considerar alguna terapia para tratar la dermatitis del pañal, debe establecerse su etiología.

El cambio frecuente de pañales, se asocia con una menor incidencia y severidad de la dermatitis y conduce a un pH más fisiológico (3). Además, el pañal debe dejarse abierto tanto como sea posible cuando el bebé duerme, para permitir el secado de la piel. Los paños fríos de *Matricaria chamomilla* (manzanilla) durante 30 minutos, dos o tres veces al día, son rápidamente efectivos en el control de la inflamación. Es vital informar a los padres que la dermatitis del pañal puede ser recurrente. También se les debe enseñar que la limpieza de la zona del pañal es necesaria solo cuando las heces están presentes, ya que el lavado en exceso puede conducir a la irritación. El óxido de zinc y las formulaciones a base de vaselina, tienden a ser los compuestos más efectivos en la formación de una barrera, para evitar el contacto de la piel con la orina y las heces. Estos se deben aplicar con cada cambio de pañal, cuando la dermatitis aguda está presente (2). La infección por *Candida* requiere el uso de un agente antimicótico tópico, por ejemplo: nistatina, clotrimazol, econazol, miconazol. Éstos deben aplicarse dos veces al día hasta que la erupción desaparezca en aproximadamente 10 días. Puede haber eritema residual después de los 10 días, se trata con hidrocortisona al 1% en crema, seguido después

de algunas horas, por una formulación tópica efectiva contra *Candida*. Cabe destacar que el fluconazol oral es menos efectivo que las cremas antifúngicas tópicas en infecciones secundarias de piel producidas por *Candida* (5).

Las infecciones bacterianas sobreañadidas deben ser tratadas con un antibiótico sistémico adecuado. El ungüento de mupirocina al 2%, aplicado tres o cuatro veces al día es efectivo para la infección por *Candida* e infección bacteriana del área del pañal.

Aunque la tinción de violeta genciana se ha utilizado durante décadas para el tratamiento de la candidiasis oral y del pañal, los informes de infección bacteriana y cistitis hemorrágica asociados a su uso, indican que debe discontinuarse (2). También, el uso de talco y otras preparaciones de venta libre, deben de evitarse por dos razones, en primer lugar, debido al riesgo de la formación de granuloma por talco y en segundo lugar, debido a aspectos toxicológicos. La ingestión accidental de talco puede causar neumonía por aspiración e incluso la muerte (6).

■ CONCLUSIONES

De todo lo anterior se desprende que la dermatitis del pañal se debe y puede prevenir. Y aún más, que una vez que aparece es necesario acudir al médico; para evitar que las lesiones se infecten haciendo que el tratamiento se complique y demore más tiempo.

Se debe indicar a los padres y cuidadores que las principales medidas en la prevención y tratamiento de la dermatitis del pañal, incluyen:

- mantener la piel seca, protegida y libre de infección.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TIPOS DE DERMATITIS DEL PAÑAL MÁS COMUNES

	Morfología	Localización	Historia clínica	Exámenes de laboratorio
Irritativa primaria	Piel con aspecto brillante/húmedo, eritema confluyente y en ocasiones descamación. Con el tiempo se pueden desarrollar lesiones de aspecto verrucoso	Superficies convexas (nalgas, muslos, abdomen, pubis, labios mayores/escroto). Los pliegues inguinales suelen respetarse	La erupción puede ser intermitente, diarrea reciente, cambios de pañal poco frecuente, uso de calzones plásticos	Ninguno
Por <i>Cándida albicans</i>	Pápulas, erosiones y placas rojo brillante y de aspecto húmedo. Son características las lesiones satélites con collarettes periféricos	Pliegues de la piel, así como superficies convexas	Uso de antibióticos orales, diarrea, <i>Cándida albicans</i> de la flora intestinal, que contamina con frecuencia cualquier tipo de dermatitis del pañal presente \geq 3 días.	KOH
Impétigo buloso*	Bulas flácidas, costras melicéricas	Inicia en superficies convexas (muslos, nalgas, hipogastrio). Puede propagarse rápidamente a otras áreas	Común en los recién nacidos (colonización del ombligo <i>Staphylococcus</i>)	Tinción de Gram, cultivo bacteriano
Atopia*	Igual que la irritativa primaria. Excoriaciones, liquenificación, costras hemáticas	Superficies convexas, eccema en otros sitios (las mejillas, fosas antecubitales y poplíteas)	Antecedentes familiares de atopía, prurito, cronicidad	Ninguno
Intertrigo	Eritema bien delimitado, maceración de la piel, no hay lesiones satélites	Pliegues	Se observa frecuentemente en niños con sobrepeso	Ninguno
Miliaria rubra	Pápulas eritematosas, milimétricas, ásperas con disposición retiforme	En sitios donde los componentes plásticos del pañal causan oclusión de las glándulas sudoríparas. Además, torso y pliegues del cuello	Rápido cambio de clima (frío a cálido) y en niños con demasiada ropa	Ninguno
Dermatitis seborréica	Placas color salmón, bien delimitadas, escamas con aspecto oleoso, amarillentas	Pliegues con propagación a superficies convexas. Es común la afección del cuero cabelludo, pliegues retro auriculares, axilas y cuello	Asintomática, presente en la infancia temprana, buena respuesta al tratamiento	Ninguno

*Etiológicamente no están relacionadas con el uso del pañal.

Tabla adaptada del libro: Harper's textbook of Pediatric Dermatology, 3rd Edition. Wiley-Blackwell, 2011

- el cambio frecuente de pañales, se asocia con una menor incidencia y severidad de la dermatitis y conduce a un pH más fisiológico.
- el pañal debe dejarse abierto tanto como sea posible cuando el bebé duerme, para permitir el secado de la piel.
- la limpieza de la zona del pañal es necesaria solamente cuando las heces están presentes, ya que el lavado en exceso

puede conducir a la irritación.

- el uso de talco y otras preparaciones de venta libre, debe de evitarse.
- los paños fríos de *Matricaria chamomilla* (manzanilla) son rápidamente efectivos en el control de la inflamación.
- el óxido de zinc y las formulaciones a base de vaselina, son los compuestos más efectivos en la formación de una



Imagen 1. Dermatitis por contacto irritativa de la zona del pañal. (El eritema involucra principalmente el área del pañal).



Imagen 2 Dermatitis del pañal por Candida albicans, patrón psoriasiforme.

barrera para evitar el contacto de la piel con la orina y las heces, una vez que la dermatitis está presente.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Oranje, AP. General aspects of Napkin Dermatitis. In: Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC, ed. Harper's textbook of Pediatric Dermatology, 3rd Ed. Wiley-Blackwell, 2011; 18:1
2. Paller AS, Mancini AJ, ed. Hurwitz's clinical pediatric dermatology: a textbook of skin disorders of childhood and adolescence. 4th Ed. Elsevier, 2011
3. Reider NO Fritsch P. Other Eczematous Eruptions. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology 3rd Ed. Elsevier Saunders Ltd, 2012; 229
4. Chang, MW, Orlow SJ. Neonatal, Pediatric and Adolescent Dermatology. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, ed. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8th Ed. McGraw-Hill; 2012: 1197
5. Superficial Fungal Infections. In: Habif, TP. Clinical Dermatology: a color guide to diagnosis and therapy, 5th Ed. Mosby; 2010: 534
6. Oranje, AP. Management of napkin dermatitis. In: Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC. Harper's textbook of Pediatric Dermatology, 3rd Ed. Wiley-Blackwell, 2011; 21:1



Imagen 3 Candidiasis del pañal, placas eritematosas y lesiones satélites.