

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN-MANAGUA)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis Monográfica para Optar al Título de Especialista en Pediatría

Dermatosis más frecuentes diagnosticadas en niños y niñas que asistieron por primera vez a la consulta externa de dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera La Mascota, en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015

Autora:

Dra. María José Aguirre García
Médico y Cirujano.

Tutora Clínica:

Dra. Maribel Palacios.
Dermatóloga Pediatra.

Tutora Metodológica:

Dra. Andrónica Flores.
Hematóloga Pediatra.

Managua Abril 20

OPINION DEL TUTOR

Las consultas por algún tipo de dermatosis representan entre el 6 y el 24 % de todas las visitas pediátricas, y el 7,6 % en una consulta de Medicina general. En estudios de países subdesarrollados la prevalencia de dermatosis en niños en edad escolar oscila entre el 34 y el 87,7%, mientras que en países desarrollados se detecta alguna dermatosis en el 22,8 y el 77 %.

En cuanto a los diagnósticos, en los países desarrollados la dermatitis atópica es el más frecuente, representando de un 25 a un 33 % del total de las consultas recibidas, seguida de los nuevos melanocíticos, con cifras que oscilan entre el 3 y el 20 %, o las verrugas víricas, que representan alrededor del 5-13 %. Los resultados son diferentes en países subdesarrollados, en los que predominan las infecciones y las infestaciones.

Teóricamente, en una consulta de Dermatología deberían predominar las dermatosis de difícil diagnóstico, como las Genodermatosis y dermatosis crónicas de manejo complicado, como las dermatitis atópicas graves, mientras que en la consulta de Pediatría se deberían tratar con mayor frecuencia dermatosis infecciosas agudas, infestaciones y dermatosis comunes como la costra láctea o la dermatitis del pañal.

Es por ello que la realización del presente trabajo, permitirá ampliar conocimientos sobre las dermatosis más frecuentes en la edad pediátrica, y por ende contribuirá a un manejo diagnóstico y terapéutico adecuado, con el fin de recuperar la salud de nuestros niños y niñas que acuden en busca de una solución a su enfermedad.

Dra. Maribel Palacios Sequeira.

Dermatóloga Pediatra

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios por su compañía y protección, por haberme guiado y utilizado para cuidar a los más chiquitos.

A los niños, por ser los principales maestros en mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi madre por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional. A mi padre, porque a pesar de nuestra distancia física, siento que ha estado conmigo siempre, y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan importante para él como lo es para mí.

A mis tíos Cruz y Pablo por todo su cariño y respaldo desinteresado.

A mis tutoras Dra. Maribel Palacios y Dra. Andrónica Flores por haberme brindado su tiempo y conocimientos, necesarios para finalizar este trabajo.

INDICE

OPINION DEL TUTOR	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	9
VII. MATERIAL Y MÉTODO.....	31
VIII. RESULTADOS.....	34
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	36
X. CONCLUSIONES.....	38
XI. RECOMENDACIONES	39
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	42

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal retrospectivo, en la consulta externa de dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, La Mascota, en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015, con el objetivo de conocer las dermatosis más frecuentes diagnosticadas en niños y niñas que asistieron por primera vez a la consulta externa de dermatología en dicha institución. Posterior a la obtención estadística de 758 casos, se seleccionó una muestra representativa de 310 casos.

Se encontró que predominó el sexo femenino 61% (190), sexo masculino 39% (120). Las edades más afectadas 0 a 12 meses 31% (91), 13 meses a 3 años 23.9% (74) y 4 a 6 años con el 13.2% (41). Los departamentos de procedencia fueron Managua 67.7% (210), Granada 5.7% (19) y Masaya 12% (3.8). Las dermatosis más frecuentes fueron la dermatitis atópica 29.4% (91), las micosis superficiales 24.5% (76), los hemangiomas 22.9% (71), el impétigo 11.3% (35), la pitiriasis versicolor 5.8% (18), las verrugas vulgares 5.2% (16), la dermatitis solar 3.9% (12), la dermatitis de contacto y la dermatitis seborreica con un 3.5% (11). Las enfermedades concomitantes alergias/urticarias 27.1% (84), asma bronquial 4.5%(14), 33.2% de los pacientes no presentaban ninguna patología asociada. El 54.5% de los pacientes habían acudido inicialmente a alguna institución médica.

Se concluyó que predominó el sexo femenino; menores de 5 años; originarios de Managua; las dermatosis más frecuentes fueron dermatitis atópica, micosis superficiales y los hemangiomas; las enfermedades concomitantes más frecuentes se relacionaron con la atopia; más del 50% de los pacientes tuvieron contacto previo con alguna unidad de salud.

Se recomienda diseñar e implementar estrategias efectivas que permitan incrementar la información del médico general y el pediatra relacionados con las dermatosis así como tomar conciencia de la necesidad de realizar un abordaje integral y efectivo de dichas patologías, reconociendo las características especiales de los infantes.

I. INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano protector por excelencia, el tejido sólido más accesible, por cuanto los cambios patológicos que ocurren pueden ser observados a simple vista, y proporcionar evidencias de una enfermedad interna. Factores como la edad, el sexo, la raza y el clima pueden modificar su aspecto y constitución, alterando su vulnerabilidad. (1). Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta pediátrica tanto a nivel primario como secundario. Según datos estadísticos procedentes de Estados Unidos 1 de cada 3 niños presentan algún problema en la piel. (1). En la infancia se pueden observar prácticamente todas las dermatosis de la edad adulta, sin embargo, ellas se presentan con distinta frecuencia y a veces bajo diferentes formas clínicas.

En relación al adulto la piel de los niños tiene mayor área de superficie corporal en relación a su masa lo que aumenta su temperatura corporal en ambientes muy calurosos, tanto en descanso como durante el ejercicio y sudan menos, características que incrementan la posibilidad de sufrir desórdenes termales y enfermedades dérmicas (2,3). Por otro lado, los niños, en particular los recién nacidos y lactantes, poseen una piel fina, delgada y menos pilosa, su pH es poco ácido y tiene un bajo contenido de ácidos grasos lo que disminuye la resistencia a distintas agresiones por agentes bacterianos, parasitarios y ambientales, esto anudado al hecho que aún no ha adquirido una inmunidad ideal, que fisiológicamente, la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas es más escasa, sus reacciones suelen ser más extensas y en ocasiones más graves que en el adulto (2,3).

Dada la frecuencia de patologías cutáneas en niños que acuden a nuestro hospital, así como la importancia de las mismas, se decidió realizar el presente trabajo de investigación para conocer las dermatosis de consulta más frecuentes en dermatología pediátrica, y de ese modo contribuir a la mejora de conocimientos sobre esta problemática.

II. ANTECEDENTES

Internacionales

Isa y colaboradores, publicaron un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en República Dominicana en el 2002, "Pitiriasis versicolor en niños. Estudio epidemiológico y micológico de 797 casos estudiados en la república dominicana" Evaluaron de forma retrospectiva y transversal a pacientes infantiles con pitiriasis versicolor confirmada por estudio micológico de enero a diciembre de 1999. Encontraron que entre 5.160 casos de pitiriasis versicolor se encontraron 797 en menores de 15 años (13,5%) (promedio 8 años) y, de éstos, 92 en lactantes. La localización más frecuente fue la cara, en el 50,2%, el tronco en el 25,6% y las extremidades en el 19,4 % seguido de el cuello en el 4,8%. Los autores concluyeron que la pitiriasis versicolor en niños es frecuente en climas cálidos y húmedos, y predomina en la cara y el tronco. (5)

Hernández y colaboradores reportan en el 2007 los resultados de un estudio descriptivo de corte transversal, "Morbilidad dermatológica pediátrica en consulta externa Jatibonico, Cuba. Abril 2004-marzo 2005", con el objetivo de caracterizar la morbilidad dermatológica pediátrica a partir de una muestra de 232 pacientes. Los resultados fundamentales fueron: predominó el grupo de 0-4 años, femenino, blanco, que residía en zona urbana; las entidades más frecuentes: las infectocontagiosas, siguiéndoles las dermatitis atópica. (6)

Casanova y colaboradores publicaron en el 2008 un estudio descriptivo, retrospectivo, "Dermatosis infantiles en la consulta de Dermatología" de un hospital general universitario en España, con el objetivo de llevar un registro sobre las visitas realizadas a pacientes de ≤ 16 años de edad en el año 2005 y sus diagnósticos. Encontraron que la Dermatología Pediátrica representa el 12,1 % de la carga de trabajo (1.329/10.998 visitas fueron a ≤ 16 años). Los tumores y las infecciones fueron los diagnósticos más frecuentes, ya que entre ambos

representan el 55,4 % del total. A distancia les siguen los eczemas (15,0 %) y las enfermedades anexiales (8,8 %). El diagnóstico individual más frecuente fue nevo melanocítico (19,8 %), seguido de verruga vírica (12,1 %), dermatitis atópica (8,9 %), molusco contagioso (8,4 %) y acné (7,0 %). Concluyeron que en la mayoría de países desarrollados la dermatitis atópica es el diagnóstico más frecuente en los niños. (7)

Menéndez y colaboradores en el 2010 reportaron los resultados de un estudio descriptivo observacional, "Consultas dermatológicas en pediatría de atención primaria", realizado durante todo el año 2008 en España, que analiza las consultas pediátricas por causas dermatológicas. Se obtuvieron los motivos principales de las consultas, se cuantificó la tasa de resolución de éstas en el ámbito de la Atención Primaria y se elaboró un listado de procesos dermatológicos como guía para futuras actividades formativas en dermatología pediátrica. Los autores encontraron que de un total de 21.748 consultas, 1.323 se debieron a procesos dermatológicos (6,1%). La categoría con mayor número de diagnósticos correspondió al grupo dermatitis/eczema con 438 consultas (33%), seguida de las infecciones víricas con 352 (26%), las infecciones bacterianas con 128 (10%) y las zoonosis con 118 (9%). Fueron derivados 75 niños (5,7% de las consultas) al servicio de dermatología. Los autores concluyeron que la mayoría de procesos dermatológicos de la infancia pueden ser manejados en Atención Primaria, manteniendo una estrecha colaboración con los especialistas en dermatología para aquellas situaciones precisadas por el escenario clínico. (8)

Nacionales

Bayardo Bravo publicó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo, titulado "Dermatosis más frecuentes en los niños que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera durante el 2004", con el objetivo de conocer las dermatosis más frecuentes en la población pediátrica. Dentro de los principales resultados encontró que 233 (53.2%) pertenecían al sexo

masculino y 205 (46.8%) al sexo masculino, los grupos de edad más afectados fueron de 0 a 12 meses y de 4 a 6 años ambos con 92 (21%). Dentro de las dermatosis más frecuentes fueron las dermatosis atópicas (24%), las micosis superficiales (14%) y los tumores benignos de piel (12%). (9)

Álvarez y colaboradores, publicaron en el 2006 un estudio observacional descriptivo retrospectivo, titulado Epidemiología de las dermatosis infantiles en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, realizado en el Hospital HEODRA de León, dentro de los resultados principales encontraron que durante la consulta pediátrica del 2004, el 18% fue debido a dermatosis y que la más frecuente fue la dermatitis atópica y las dermatosis asociadas infección. También los autores señalan que el grupo etario más afectado fue entre 1 y 4 años. (10)

III. JUSTIFICACIÓN

El campo de la Dermatología Pediátrica ha ganado importancia con el aumento de la cantidad de pacientes pediátricos y la discrepancia de las dermatosis respecto de las presentaciones en los adultos. A pesar de ello en todo el mundo, es limitada la cantidad de estudios epidemiológicos que estimen la frecuencia de las enfermedades en grupos pediátricos. (3)

Nuestro país no escapa a dicha problemática, por lo que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la distribución de las dermatosis más comunes en distintos grupos etarios, por sexo y área de procedencia, ya que consideramos que el conocimiento de dichas patologías reviste gran interés por su importancia en la implementación de políticas de salud en otros países y el nuestro, enfocándose en el aislamiento de factores incidentes y/o predisponentes en el surgimiento de estas enfermedades.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las dermatosis más frecuentes diagnosticadas en niños y niñas que asistieron por primera vez a la consulta externa del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera La Mascota, en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar las dermatosis más frecuentes diagnosticadas en niños y niñas que asistieron por primera vez a la consulta externa del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera La Mascota, en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015.

Objetivos específicos

- Describir las principales características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
- Identificar la frecuencia y las características clínicas de las dermatosis más frecuentes en los pacientes en estudio.
- Conocer las enfermedades concomitantes, y el contacto previo con los servicios de salud relacionados con las enfermedades dermatológicas más frecuentes.

VI. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta externa general y representan del 6 al 24% de la consulta pediátrica. De hecho, el principal campo de acción de los dermatólogos es la atención hospitalaria en la consulta externa. (11)

Existen diversos estudios epidemiológicos que establecen cuales son las dermatosis más frecuentes en la edad pediátrica, se considera que el 80% de las dermatosis en niños de edad escolar está dado por las verrugas virales, el prurigo por insectos, la dermatitis atópica, la dermatitis del pañal, tiñas y el impétigo; pero hay pocos datos epidemiológicos que indiquen el comportamiento de estas dermatosis. A continuación detallaremos los aspectos fundamentales de las dermatosis más frecuentes en pediatría. (11)

DERMATITIS ATÓPICA (12)

SINONIMIA: Prurigo de Besnier, eccema del lactante. (12)

DEFINICION: Enfermedad reaccional, crónica y recidivante de la piel, con un patrón clínico e historia natural característicos. No se conoce la causa específica, pero se ha relacionado con susceptibilidad genética, disturbios inmunológicos y constitucionales, sobre los que actúan factores desencadenantes. (12)

EPIDEMIOLOGIA: Es la dermatosis más frecuente en población pediátrica. La prevalencia ha mostrando incremento en las últimas décadas, siendo del 18-20%. Es más frecuente en áreas urbanas de países industrializados, especialmente en inmigrantes provenientes de países con menor prevalencia. No existe clara predilección racial ni diferencia en cuanto al sexo. Puede presentarse a cualquier edad, con claro predominio en la población pediátrica, 60-85% de los casos inicia

en el primer año de vida y 85-95% antes de los 5 años; 10-25% de los casos persiste con recaídas en la edad adulta. (12)

ETIOPATOGENIA: La etiología es desconocida pero parece ser resultado de una compleja interacción aspectos genéticos, inmunológicos y defectos en la barrera epidérmica, existiendo múltiples factores desencadenantes, que actúan sobre un terreno constitucionalmente alterado. (12)

Genéticamente tiene clara naturaleza familiar, pero no se ha precisado el mecanismo de herencia, existiendo en 70% de los pacientes antecedentes de atopia, siendo los genes involucrados el 11q13 , el 5q31-33 y el 16p12.1 los cuales modulan la respuesta inmune mediadas por Th2 y la producción de IgE y el cambio de las células B para la producción de IgE. Por otro lado los antígenos de histocompatibilidad que se han descrito en estos pacientes son HL-A9, HL-A3, HL-B12 y el HL-Bw40. (12)

Desde el punto de vista inmunológico estos pacientes presentan cambios significativos en la inmunidad humoral y celular, entre el 45-80% muestran aumento en la producción de IgE y se ha descrito además disminución de la IgA secretoria. Respecto a la inmunidad celular, se ha reportado reducción en el número de linfocitos T, una relación anormal de linfocitos T cooperadores/ T supresores y disminución en las respuestas cutáneas de hipersensibilidad retardada. Asimismo existe alteración en la relación Th1/Th2, ya que en la enfermedad inicial existe aumento de Th-2 e IL-4, mientras que en lesiones crónicas éstas disminuyen y aumenta Th-1 e interferón gamma. (12)

En cuanto a los defectos en la barrera epidérmica existe una disminución cuantitativa de la producción de grasas en la piel, en específico ácidos grasos poliinsaturados (ácido linoleico) importantes en la síntesis de la barrera lipídica y el mantenimiento de la integridad epidérmica. El resultado es sequedad cutánea, mayor susceptibilidad a la acción de irritantes sobre la piel y alteración en la

síntesis de metabolitos de los ácidos grasos, como prostaglandinas y leucotrienos, así como pérdida del efecto inhibitorio que ejercen sobre la producción de citoquinas, desencadenando inflamación cutánea. (12)

FACTORES DESENCADENANTES: Son múltiples desde factores psicológicos (pacientes inteligentes, aprensivos, hiperactivos e introvertidos, siendo el gatillo el estrés), sudoración excesiva, factores infecciosos (sobre crecimiento de *Staphylococcus aureus* en la piel, así como infecciones virales de vías aéreas superiores), agentes irritantes externos (lana, jabones, detergentes, desinfectantes, solventes, cambios climáticos) y factores alérgicos. (12)

CUADRO CLINICO. De acuerdo con la morfología, pueden definirse tres tipos de lesiones, sin ser el tiempo de evolución determinante para su definición: (12)

Aguda. Caracterizada por pápulas y vesículas muy pruriginosas, sobre un área de piel eritematosa, asociada a excoriaciones, erosiones, exudado seroso y costras mielicéricas (eccema). (12)

Subaguda. Caracterizada por eritema, pápulas, descamación y escoriaciones.

Crónica. Placas de piel engrosada, con liquenificación y pápulas fibróticas

Existen además tres fases cronológicas o formas de presentación, con características específicas:

Lactante (2 semanas a 2 años). Afecta la cara, predominando en mejillas y respetando el triángulo central. Puede extenderse a piel cabelluda, pliegues retroauriculares y de flexión, tronco y nalgas. Predominan las lesiones de dermatitis aguda por lo que se le ha denominado "eccema del lactante". Se puede asociar con dermatitis seborreica en un 17%. Aparece por brotes, siendo frecuente la desaparición de a los 2 años de edad(12)

Escolar o infantil (3 a 14 años). Afecta pliegues de flexión (antecubitales y huecos poplíteos), cuello, muñecas, párpados, región peribucal y genitales. Puede

presentarse con lesiones agudas o crónicas, evolucionando en brotes, con prurito intenso. Puede desaparecer (75-90%) o progresar a la última fase.

Juvenil: Afecta zonas localizadas como plantas y dorso de los pies, región periorbitaria, región intertrigo auricular y eccema del pezón. (12)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS: En 1980 Hanifin y Rajka propusieron criterios clínicos diagnósticos, siendo suficientes 3 criterios mayores o tres o más menores:

Criterios mayores: Prurito, morfología y distribución lesional típica, curso crónico y recidivante, historia personal o familiar de atopia. (12)

Criterios menores: Comienzo temprano, curso influenciado por factores ambientales o emocionales, dermatitis del pezón, eccemátide folicular, acentuación perifolicular, queratosis pilar, pitiriasis alba, xerosis-ictiosis, pliegues anteriores del cuello, pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, hiperlinealidad palmar, oscurecimiento infraorbitario, palidez facial, conjuntivitis recurrente, IgE elevada, dermatografismo blanco, tendencia a dermatitis inespecíficas de manos y pies, catarata subcapsular anterior y queratocono y tendencia a infecciones cutáneas. (12)

DERMATITIS DEL ÁREA DEL PAÑAL.

SINONIMIA: Dermatitis del pañal, dermatitis amoniaca, "rozadura". (12)

DEFINICION: Procesos inflamatorios agudos del área cubierta por el pañal. (12)

EPIDEMIOLOGIA. Afecta con mayor frecuencia recién nacidos y lactantes, con un pico de incidencia a los 9 a 12 meses. Se presenta además en niños mayores y adultos con incontinencia urinaria y/o fecal secundaria a alteraciones urológicas o neurológicas. La prevalencia es del 7 al 35% en población pediátrica, ocupando el 3ª a 4ª causa de consulta dermatológica en niños. No se ha descrito diferencia racial ni en cuanto al sexo. (12)

ETIOPATOGENIA: En 1973 Koblenzer clasificó la dermatitis de esta zona en tres grupos:

Grupo 1. Enfermedades que se producen en forma independiente del uso de pañales.

Grupo 2. Enfermedades agravadas por el uso de pañales. (12)

Grupo 3. Enfermedades provocadas por el uso de pañales, en niños no predispuestos y como consecuencia directa de su uso, es el más frecuente y ocupará nuestra revisión. (12)

Lo más característico es la dermatitis de contacto por irritante primario en la cual la humedad persistente provoca maceración de la piel; lo anterior aunado a la fricción generada por los movimientos del bebé altera la función de barrera y permite la acción de irritantes como las heces (proteasas, lipasas y sales biliares) y la orina (urea y amoníaco). Por otro lado los jabones, lociones, cremas y productos empleados para el lavado de los pañales actúan en la piel previamente dañada haciéndola más susceptible a la infección por *Cándida Albicans* con mayor frecuencia (50%) y más raramente, agentes bacterianos (*S. aureus*, estreptococos y enterobacterias). (12)

CUADRO CLINICO: Dermatitis Irritativa que afecta áreas convexas en W, respetando los pliegues. Las formas más leves se caracterizan por eritema y descamación; la piel se observa roja y seca (12)

COMPLICACIONES:

Candidiasis. Es la complicación más frecuente. Compromete los pliegues inguinales e interglúteos y se caracteriza por pápulas y pústulas sobre una base eritematosa, intensa, brillante, con bordes netos, elevados, geográficos y escama blanquecina; asimismo lesiones satélites constituidas por pápulas y pústulas que se presentan en la periferia. Se ha demostrado colonización por *Cándida Albicans* en la dermatitis de la zona del pañal con más de 72 horas de evolución (45-75%), aún en ausencia del cuadro clínico característico. (12)

Impétigo secundario: Agregándose pústulas y costras mielicéricas.

Granuloma glúteo infantil: Pápulas y nódulos rojizos o purpúricos de 0.5 a 4 cm, en región perianal y glútea; se ha asociado a irritación y fricción crónica, C. Albicans y uso de esteroides.(12)

Variedad ulcerativa o erosiva de Sevestre-Jaquet: Es una forma severa de la dermatitis eritematosa simple. Se presenta sobre las superficies convexas en que se observan pápulas del color de la piel o eritematosas, generalmente menores de 5 mm de diámetro, que por acción de la fricción o maceración se erosionan en la cúpula dejando úlceras en sacabocados con bordes elevados. Frecuente en pacientes con problemas neurológicos. (12)

DIAGNOSTICO: Es meramente clínico; puede solicitarse examen directo con KOH y cultivo para corroborar infección micótica. La biopsia se reserva a casos resistente al tratamiento, en que se sospecha otra enfermedad de base. (12)

PRURIGO POR INSECTOS

SINONIMO: Prurigo de llegada, urticaria papular, prurigo simple agudo. (13)

DEFINICION: Dermatitis reaccional a la picadura de insectos. Morfológicamente prurigo se define como pápulas con datos de rascado (costras hemáticas). (13)

EPIDEMIOLOGIA: Cosmopolita; predomina en regiones tropicales, en primavera y verano, siendo más frecuente en niños de 1 a 7 años de edad, sin preferencia de sexo. Ocupa hasta el 28% en algunas consultas dermatológicas en niños. (13)

ETIOPATOGENIA: La picadura origina una respuesta de hipersensibilidad tanto precoz (tipo I) como tardía. La primera se origina por IgE e histamina, que produce edema vasomotor transitorio de la dermis, manifestado por una roncha; la segunda (24 horas posteriores), depende de linfocitos T así como del depósito de complejos inmunes (IgM) y complemento, que generan infiltrado linfocítico y

vasculitis y se manifiesta por pápulas. Existen lesiones por efecto directo de la picadura y por un fenómeno de sensibilización que origina lesiones a distancia. Los principales insectos son chinche, pulga, moscos, garrapatas, dependiendo de la situación geográfica, estación del año y medio socioeconómico. (13)

CUADRO CLINICO: En todos los casos las lesiones fundamentales serán inicialmente ronchas o “pápulo-ronchas” con carácter transitorio y posteriormente pápulas y en ocasiones vesículas o ampollas, así como escoriaciones y costras hemáticas, secundarias a prurito intenso. (13) Dependiendo del agente involucrado tendrá características específicas:

Chinche (Cimexlectularius): afecta áreas cubiertas como región lumbar (área del cinturón), nalgas y caras externas de extremidades, a menudo simétrica. Las lesiones se disponen en pares o hileras. (13)

Pulgas (Pulexirritans): se presenta en áreas cubiertas. Además de las lesiones descritas pueden observarse petequias y equimosis; no se agrupan, encontrándose dispersa. (13)

Moscas o insectos voladores: Afecta áreas expuestas sin agruparse

DIAGNOSTICO: Es clínico y no requiere ningún estudio. (13)

VIROSIS CUTÁNEAS

VERRUGAS VIRALES

SINONIMOS: verrugas vulgares (mezquinos), verrugas planas (juveniles), verrugas plantares (“ojos de pescado”), condilomas acuminados (verrugas acuminadas). (15)

DEFINICION: Neoformaciones epidérmicas benignas causadas por la infección con un virus papiloma humano (VPH); son autolimitadas y curan sin dejar cicatriz.

Existen cuatro tipos principales: verrugas vulgares, planas, plantares y condiloma acuminado. (15)

EPIDEMIOLOGIA: Se observan en pacientes de todas las edades pero es más común en la niñez y adolescencia, con una mayor incidencia entre los 10 y 19 años, reportándose en 7 a 10%. El 70% de las verrugas vulgares se observa en escolares y al igual que las planas predominan en este grupo de edad, mientras que las verrugas plantares y acuminadas son más frecuentes en adolescentes y adultos, disminuyendo notablemente durante la vejez. Los condilomas acuminados se han reportado hasta en un 27% de los pacientes con SIDA. (15)

ETIOPATOGENIA: Los VPH son virus DNA de la familia Papovaviridae de los cuales se han reconocido más de 70 subtipos cada tipo asociado a una localización y morfología específica.

Las verrugas virales se han relacionado, con los siguientes tipos: (15)

TIPO DE VERRUGA	TIPO DE VPH
Verrugas vulgares.	1,2,4, 7, 16, 26, 27, 29, 41, 57, 60,
Verrugas planas.	3, 10, 27, 28, 38, 41, 49.
Verrugas plantares.	1, 2, 3, 4, 10, 63.
Condiloma acuminado.	6, 11, 16*, 18*, 31*, 33*, 35, 39, 45,
* Alto riesgo de malignidad.	51, 52,

El período de incubación varía de pocas semanas a un año y la duración de las lesiones varía entre pocos meses y 6 años. En inmunodeprimidos pueden ser más abundantes y rebeldes a tratamiento. Se transmiten de persona a persona por contacto directo o indirecto (en el caso de los acuminados, por contacto sexual), siendo favorecida la inoculación por traumatismos. El fenómeno de koebnerización en verrugas planas y vulgares no es un verdadero fenómeno isomórfico, sino que está relacionado con autoinoculación. (15)

CUADRO CLINICO:

Verrugas vulgares. Se presentan en cualquier parte de la piel, predominando en áreas expuestas (dorso de manos, cara y antebrazos). Son crecimientos circunscriptos, firmes, elevados, con una superficie anfractuosa, áspera y seca, del color de la piel o grisácea, de 3 a 10 mm; a veces se observan en la superficie puntos oscuros que corresponden a pequeñas hemorragias o trombosis de capilares dérmicos, habitualmente son indoloras. Las verrugas filiformes, son una variante frecuente en párpados y ala de la nariz. (15)

Verrugas planas: Predominan en cara, dorso de manos, antebrazos y rodillas. Son neoformaciones pequeñas, de 2 a 5 mm, redondas o poligonales, del color de la piel o un poco más oscuras (pardo a marrón), con leve relieve y superficie aterciopelada. El número es variable desde unas pocas hasta cientos. Tienden a presentarse alineada (autoinoculación) o confluentes, formando placas. (15)

Verrugas plantares. Afectan la planta de los pies, preferentemente en sitios de apoyo: la cabeza del primero y quinto metatarsiano y el talón. Existen cuatro formas clínicas:

Endofítica, profunda (la más común) neoformaciones duras, de 0.5 a 1 cm de diámetro, "incluidas" en la piel, dolorosas a la compresión, de color blanco-amarillento, con puntos oscuros en la superficie y ausencia de dermatoglifos. Suelen ser únicas, pero pueden ser dos o más. (15)

Mosaico: Indoloras, más superficiales, generalmente múltiples y suelen acompañarse de hiperhidrosis.

Exofítica: Cuando se presenta en áreas del pie que no soportan el peso corporal. (15)

Verrugas anogenitales (condiloma acuminado): Se localizan en vulva (40%), región perianal (34% y periuretral (17%). Las lesiones se presentan en piel y mucosas contiguas. Son vegetaciones en forma de coliflor, de superficie anfractuosa, húmedas, que varían de pocos milímetros hasta lesiones gigantes (más de 10 cm). La presencia de lesiones de éste tipo en población pediátrica

obliga a descartar abuso sexual, aun cuando se reconocen formas de “contagio inocente” (menos del 10%), como autoinoculación o lesiones en las manos de las personas que los cuidan.(15)

DIAGNOSTICO: Es clínico. En el caso de las verrugas anogenitales es importante la tipificación de VPH para tratar de determinar la vía de contagio en población pediátrica y detectar los tipos oncogénicos, para mantener vigilancia adecuada. (15)

MOLUSCO CONTAGIOSO

DEFINICION: Es una infección viral de la piel y de las mucosas, producida por un poxvirus.

EPIDEMIOLOGIA: Es común en niños en edad escolar e inmunodeprimidos. La infección es transmitida por contacto físico, fómites o autoinoculación.

CUADRO CLINICO: Se caracteriza por la presencia de pápulas céreas, rosadas, únicas o múltiples de características esféricas, umbilicadas del color de la piel y su tamaño varía con la edad de la lesión, de 2 a 5 mm de diámetro, casi nunca exceden a 1 cm.; generalmente se presentan con una depresión central. Inicialmente las lesiones son sólidas y del color de la piel, pero cuando alcanzan su madurez se tornan blanquecinas o gris perlado (7, 16).

Los lugares más frecuentes de aparición son cara y manos, respetando las palmas de las manos y plantas de los pies. La enfermedad es más frecuente en niños predominantemente entre 3 – 16 años de edad y adultos con una alteración de la respuesta inmune. La transmisión interpersonal se realiza por contacto directo o indirecto (12) y el período de incubación oscila entre una y varias semanas (16).

DIAGNOSTICO: Es meramente clínico. (16)

MICOSIS SUPERFICIALES

TIÑAS

SINONIMOS: Dermatofitosis

DEFINICION: Micosis superficiales ocasionadas por hongos parásitos afines a la queratina y que en conjunto se les conoce como dermatofitos. (15)

EPIDEMIOLOGIA: Son padecimientos cosmopolitas que afectan al hombre en cualquier etapa de la vida. Su frecuencia como motivo de consulta dermatológica en niños es del 2.4% y ocupa un 9° lugar en conjunto. (15)

ETIOPATOGENIA: los dermatofitos causales se agrupan en 3 géneros: Trichophyton, Microsporum y Epidermophyton. En total comprenden más de 40 especies. Se dividen en antropofílicos, geofílicos y zoofílicos según su hábitat de preferencia pero la mayoría son potencialmente patógenos para el humano. (15)

CUADRO CLINICO: puede dividirse en

Tiña del cuerpo o de la piel lampiña: Se puede presentar en casi cualquier parte, del cuerpo. Se caracteriza por placas eritematoescamosas circulares, bien definidas, con borde activo y centro resolutivo; son pruriginosas.

La tiña inguinal se considera una variante de la del cuerpo y tiene como característica que no conforma círculos perfectos. (15)

Tiña de los pies. Es la más común de las tiñas en la totalidad de los grupos de edad, pero no lo es tanto en niños. La forma intertriginosa afecta los espacios interdigitales, principalmente entre el 4° y 5° dedos y se caracteriza por fisuras, eritema y escama macerada; es pruriginosa. La forma vesiculosa afecta principalmente la zona del arco y produce eritema, vesículas y costras

mielicéricas; también es muy pruriginosa. La forma hiperqueratósica se localiza en las partes de apoyo y ocasiona engrosamiento de la piel con descamación, rara en niños. (15)

Tiña de la cabeza: Es casi exclusiva de los niños pre-escolares y escolares (92 a 98% es en este grupo de edad). Es ocasionada por *Microsporum canis* y *Trichophyton tonsurans* más frecuentemente; se presenta con placas de alopecia difusa (pseudoalopecia), escama y pelos tiñosos (parasitados o “pelos en grano de pólvora”), aunque también se pueden ver pápulas, costras hemáticas y costras mielicéricas; se acompaña de prurito. Puede presentar su variedad inflamatoria (Querion de Celso) más frecuentemente que en las otras tiñas. (15)

Tiña de las uñas u onicomycosis: Menos frecuente en el niño que en el adulto, pero aún así, subdiagnosticada. Puede ocurrir en cualquiera de las 20 uñas, pero es más frecuente en las de los pies, y de éstas, en los primeros ortejos. Se observa engrosamiento de las mismas, con pérdida de su transparencia, (color blanco o amarillo opaco, a veces otros colores), y su flexibilidad, volviéndose de un aspecto pulverulento. (15)

ENFERMEDADES INFECCIOSAS BACTERIANAS

IMPÉTIGO

SINONIMIA. Impétigo contagioso, impétigo vulgar. (17)

DEFINICION: Infección bacteriana superficial de la piel, benigna, contagiosa y autoinoculable; que se caracteriza por ampollas casi siempre efímeras, que quedan reemplazadas por pústulas que se desecan con rapidez y forman costras mielicéricas que recubren una erosión puramente epidérmica. (17)

EPIDEMIOLOGIA: Ocupa uno de los primeros cinco lugares en la consulta dermatológica en niños; no hay predilección por sexo o clase social; parece

predominar en verano, climas tropicales y en pacientes con desnutrición; influyen en su frecuencia traumatismos, infecciones piógenas extracutáneas y mala higiene personal. (17)

ETIOPATOGENIA: Puede originarse por estafilococos, estreptococos o ambos. Las especies encontradas más a menudo son *Staphylococcus aureus* y estreptococo beta hemolítico del grupo A, el primero puede ser encontrado en niños con impétigo de todas las edades, mientras que *S. pyogenes* es más común en edad preescolar y es inusual antes de los dos años de edad, excepto en zonas altamente endémicas. (17)

El estreptococo llega a la piel mediante el contacto con otro niño con infección estreptocócica en su piel, condición necesaria para la colonización. El estafilococo en cambio, está el epitelio nasal del 20-40% de los individuos y en algunos también en el perineo y las axilas, reservorios desde donde se produce la colonización cutánea. (17)

CUADRO CLINICO. Pueden distinguirse dos formas clínicas principales de impétigo:

Impétigo primario: Aparece sobre una piel sin dermatosis previa, localizándose con mayor frecuencia, alrededor de orificios naturales: boca, fosas nasales, pabellones auriculares y ojos, como consecuencia de una infección en estos sitios que genera las lesiones cutáneas. En lactantes predomina en periné y región periumbilical. La lesión inicial es una ampolla de contenido claro, rodeada por un halo eritematoso, que en pocas horas se convierte en pústula; el techo se rompe y aparece un exudado seroso o seropurulento que se deseca y origina costras mielicéricas. Las lesiones son de evolución aguda y tienden a la curación espontánea en dos a tres semanas, dejan una piel erosionada y después un mancha de color rosado; al curar no dejan cicatriz. A veces las lesiones se extienden con rapidez por autoinoculación y sobrevienen lesiones adyacentes o a distancia. (17)

Impétigo secundario: Aparece sobre una dermatosis, generalmente pruriginosa, preexistente y por lo tanto, puede presentarse en cualquier parte del cuerpo. (17)

Existe una variante clínica denominada impétigo ampollar, flictenular o estafilocócico verdadero y en las primeras dos semanas de vida se conoce como pénfigo neonatal. Es una infección estafilocócica caracterizada por ampollas de 0.5 a 3 cm de diámetro, flácidas y de Tello delgado, con contenido claro que rápidamente se enturbia. Habitualmente son poco numerosas y suelen localizarse en sitios de roce (cuello, axilas, región genital, palmas y plantas); se rompen fácilmente liberando un contenido turbio o francamente purulento que seca rápidamente, dejando superficie erosiva, brillante, pero no costrosa, con un collar de escamas circundante que señala la zona más periférica de la ampolla. V

COMPLICACIONES: Se ha reportado glomerulonefritis en 2 a 5% de los casos; la nefritis se relaciona con cepas nefritogénicas de *Streptococcus pyogenes* que incluyen los serotipos 2, 49, 53, 55, 56, 57 y 60, aun cuando su incidencia real es difícil de determinar, ya que muchos casos por cursar subclínicos o con manifestaciones leves no son diagnosticados. (17)

DIAGNOSTICO. Se realiza clínicamente. El estudio histopatológico de una ampolla muestra vesículas subcórneas o en la capa granulosa con células acantolíticas ocasionales en su interior, espongirosis y en la dermis papilar infiltrado inflamatorio perivascular compuesto polinocitos y neutrófilos; el estudio histopatológico de una pústula muestra acumulación subcórnea de neutrófilos y cadenas o ramilletes de cocos gram positivos. El estudio bacteriológico sólo se realiza en presentaciones atípicas o cuando la respuesta al tratamiento es pobre. (17)

DERMATITIS POR CONTACTO.

SINONIMOS: Eccema por contacto.

DEFINICION: Síndrome reaccional causado por la aplicación de una sustancia en la piel; puede presentarse como eccema (dermatitis aguda) o liquenificación (dermatitis crónica); se origina por un irritante primario o por un mecanismo de sensibilización. (17)

EPIDEMIOLOGIA: Es una de las dermatosis más frecuentes constituyendo del 5 al 10% de la consulta dermatológica. Afecta todas las razas; se observa en ambos sexos y puede presentarse a cualquier edad, inclusive la forma alérgica puede presentarse en edades tan tempranas como la primera semana de vida. (17)

ETIOPATOGENIA: Puede originarse por cualquier sustancia u objeto que esté en contacto directo con la piel. El mecanismo de producción es por irritante primario o por sensibilización; si interviene la luz, puede ser fototóxica o fotoalérgica y hay un tipo inmediato de reacción por contacto. (17)

En la dermatitis por contacto por irritante primario o no inmunitaria no hay sensibilidad previa, la susceptibilidad es individual y puede originarse por irritantes débiles o potentes (tóxica) o por factores mecánicos o físicos como frío y calor. En general se produce daño celular y la sustancia se aplica por tiempo y cantidades suficientes y de éstos depende la intensidad de la reacción. Las sustancias más comúnmente involucradas son ciertos jabones ásperos y cosméticos, blanqueadores, detergentes, ácidos y álcalis, solventes, partículas de talco, algunos alimentos, la saliva, orina, materia fecal y jugos intestinales. Otros factores que inciden son la sudoración y la posible oclusión de la piel, como ocurre en la dermatitis simple de la zona del pañal. (17)

La dermatitis por sensibilización o alérgica aparece en individuos con sensibilización previa; se produce una reacción inmunitaria tipo IV (hipersensibilidad tardía). Para que se produzca es necesaria la interacción de un antígeno que penetró la superficie de la piel y un sistema inmune celular intacto. Los antígenos (alérgenos) son típicamente sustancias químicas de bajo peso molecular que penetran fácilmente la barrera epidérmica (estrato córneo). La interacción entre el antígeno y el componente del linfocito T del sistema inmune celular es mediada por células epidérmicas presentadoras de antígeno (células de Langerhans) y se divide en dos fases secuenciales una de sensibilización y una siguiente de incitación. (17)

CUADRO CLINICO: La localización es muy variada; está en relación con el agente causal; aparece en el sitio de contacto con la sustancia, por lo que hay un franco predominio en áreas expuestas, principalmente en manos. Independientemente de la causa y el mecanismo de producción el aspecto puede ser de dermatitis aguda o crónica. La dermatitis aguda se caracteriza por "piel llorosa" con eritema, edema, vesículas, ampollas, exulceraciones, costras mielicéricas y hemáticas. En la dermatitis crónica existirá liquenificación, escamas y costras hemáticas; en algunos sitios como las plantas pueden aparecer hiperqueratosis y fisuras. Es importante mencionar además que pueden encontrarse "ides" que son lesiones a distancia de la dermatitis original; estas predominan en áreas expuestas y tienden a ser bilaterales y simétricas; en general hay pápulas y vesículas, pero pueden ser lesiones isomorfas a las lesiones iniciales. (17)

DIAGNOSTICO: Es clínico, basado en la historia del paciente, la exposición a sustancias irritantes y el aspecto clínico. En casos particulares puede recurrirse a pruebas de parche en los casos de dermatitis de contacto alérgica. (17)

HEMANGIOMAS INFANTILES

Los hemangiomas infantiles (HI) son los tumores benignos más frecuentes de la infancia. Su incidencia es del 4% al 10% en los niños menores de un año. (1,2) Suelen aparecer después del nacimiento, crecen rápidamente durante el primer año de vida e involucionan con lentitud durante los siguientes 5 a 7 años. (18)

Si bien la mayoría son asintomáticos y de evolución benigna, un 10% a 15% tienen riesgo de complicarse durante la fase proliferativa y pueden ocasionar un daño irreversible de algunas funciones vitales o una deformación estética permanente. Esta gran heterogeneidad clínica establece un desafío para el pediatra de cabecera, por lo cual la interconsulta temprana con el especialista en anomalías vasculares es muy recomendable en los casos posibles de complicación. Los HI constituyen un tipo de anomalía vascular (AV) y, dentro de la clasificación de estas, se ubican en el grupo de los tumores vasculares. (18)

ETIOPATOGENIA Y EPIDEMIOLOGÍA

Los factores de riesgo para la aparición de un HI son: sexo femenino, etnia blanca, prematuridad, bajo peso al nacer (menos de 1500 g), antecedentes familiares de HI y madre múltipara. (18)

Su etiopatogenia no se conoce con exactitud, pero se cree que es secundaria a una noxa producida entre la semana sexta y octava de gestación. El desequilibrio entre los factores de crecimiento endotelial o la alteración en el sistema renina-angiotensina son factores probablemente vinculados a su desarrollo. Las investigaciones más recientes y los datos epidemiológicos conducen a pensar que el sufrimiento fetal por hipoxia sería el factor desencadenante para que aparezca el HI; esto último se asociaría a la predisposición genética del paciente y a factores locales, como temperatura, presiones o traumas cutáneos. Es posible que las células madre presentes en la piel del feto reciban una señal de peligro por

hipoxia y desencadenen el inicio de una cascada de liberación de factores que llevan a la proliferación endotelial. (18)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los HI suelen aparecer en la segunda o tercera semana de vida. En un tercio de los casos, existen lesiones cutáneas precursoras, que se observan en el examen físico como una mácula acrómica, azulada o rosada, o en otros casos, como telangiectasias rodeadas por un halo pálido, que pocos días después dan lugar a la aparición del HI en forma de frutilla. (18)

Pueden encontrarse en cualquier lugar de la superficie cutánea, pero son más frecuentes en la cabeza y el cuello; esta localización se observa en el 60% de los casos. Suelen ser únicos, aunque en ocasiones son múltiples. (18)

Si un paciente presenta cinco o más hemangiomas cutáneos, entidad denominada hemangiomatosis neonatal, también puede tener HI en los órganos internos, por lo que es recomendable descartar el compromiso visceral con estudios complementarios por imágenes. La presencia de hemangiomas en los órganos internos (hígado, cerebro, pulmón) se denomina hemangiomatosis neonatal diseminada. (18)

Los HI han sido clasificados de diferentes maneras, de acuerdo con el aspecto clínico, su configuración o su fase evolutiva. (18)

Desde el punto de vista clínico, según la profundidad de la lesión, se los ha clasificado en superficiales, profundos y mixtos. Los hemangiomas superficiales, los más frecuentes (60%), son tumores de color rojo frutilla, de superficie brillante y consistencia semejante a la goma. (18)

Los hemangiomas subcutáneos o profundos corresponden al 15% de los casos. Son tumores cubiertos por piel normal, de consistencia blanda y límites imprecisos a la palpación. La piel que los recubre puede tener un discreto tinte azulado; aparecen más tardíamente y tienen una fase proliferativa más prolongada que los

superficiales. Su diagnóstico clínico es más difícil y los estudios por imágenes permiten diferenciarlos de las malformaciones vasculares y de otros tumores. (18)

Los hemangiomas mixtos tienen ambos componentes y ocurren en el 25% de los casos. (18)

Según su configuración, los HI se dividen en segmentarios, localizados, indeterminados o multifocales. Esta clasificación es muy relevante en cuanto a la posibilidad de complicación; el riesgo de complicación es muy alto en los segmentarios, menor en los indeterminados, y mucho menor en los localizados y en los multifocales. Los segmentarios se caracterizan por asentarse sobre un territorio cutáneo siguiendo un patrón geográfico que frecuentemente coincide con un segmento de desarrollo; ocupan superficies cutáneas más extensas, tienen un crecimiento más agresivo y prolongado, y suelen complicarse y requerir tratamiento. Este tipo de HI puede asociarse a otras anomalías estructurales y formar parte de síndromes, o también puede asociarse a hemangiomas viscerales. Los localizados aparentemente emergen de un solo punto y no son lineales ni segmentarios; los indeterminados son los no clasificables como segmentarios ni como localizados, y los multifocales corresponden a la coexistencia de más de 10 HI. (18)

En la evolución natural de los HI se distinguen tres fases. La primera, proliferativa, durante la cual el HI crece rápidamente, dura unos 9 meses. La mayoría de los HI alcanzan su máximo tamaño dentro de los primeros 6 a 10 meses. La velocidad de crecimiento es variable; siendo mayor en los primeros meses de esta fase. El seguimiento clínico debe ser más estrecho durante estas primeras semanas, ya que es la etapa en la que pueden presentarse las complicaciones. (18)

Los HI alcanzan el 80% de su tamaño alrededor del tercer mes de vida. Algunos estudios confirman que los especialistas reciben en consulta a estos pacientes cerca del quinto mes, momento en el que el HI ya alcanzó su máximo crecimiento

y pudo haber producido un daño irreversible en algunas funciones vitales o una deformación estética permanente. (18)

Existe otro tipo de tumor vascular: los hemangiomas congénitos. Estos, en contraste con los hemangiomas infantiles, se desarrollan intraútero y han completado su crecimiento en el momento del nacimiento. Se presentan como tumores violáceos con áreas grisáceas surcadas por telangiectasias y rodeadas de un halo pálido. Después del nacimiento involucionan rápidamente hasta desaparecer en 9 o 14 meses, constituyendo los hemangiomas congénitos rápidamente involutivos, o continúan creciendo proporcionalmente con el paciente y constituyen los no involutivos. Estos hemangiomas también pueden comprometer el hígado, como en el caso de los HI. (18)

La segunda fase evolutiva corresponde a la estacionaria, que dura pocos meses y da paso a la última de involución, durante la cual el HI es reemplazado por tejido fibroadiposo. Los signos tempranos de involución son el aclaramiento y la disminución en el volumen de la lesión. El 30% de los HI involucionan a los 3 años de vida, el 50% al 60% aproximadamente a los 5 años, el 70% a los 7 años, y el 90% entre los 9 y los 12 años. (18)

En el 50% de los casos no tratados la resolución no es completa y quedan áreas de piel redundante o atrófica, y telangiectasias. (18)

En algunos casos, los HI se asocian con algunas anomalías estructurales y constituyen los síndromes PHACES y PELVIS. En el síndrome PHACES, el hemangioma es segmentario, en casi todos los casos de localización cervicofacial y se asocia a anomalías del sistema nervioso (anomalías estructurales de la fosa posterior o de la vasculatura cerebral), cardiovascular (coartación de la aorta), ocular (cataratas, hipoplasias) y defectos en la pared del tórax. (4,7)

En los pacientes con síndrome PELVIS, el HI se localiza en la zona lumbosacra y puede asociarse a disrafismo oculto, u otras malformaciones urogenitales y anorectales. (18)

GENODERMATOSIS

Se denominan así a aquellas dermatosis de causa genética en las que no influyen factores ambientales. Pueden ser de herencia autosómica dominante, autosómica recesiva, o ligada al cromosoma "X" (ligada al sexo). (9)

Neurofibromatosis (Enfermedad de von Recklinhausen): Enfermedad hereditaria, autosómica dominante en el 50% de los casos y nueva mutación en el resto, con una incidencia de 30-40/100.000. El déficit genético se ha localizado en la región cromosómica 17q11.2. Esta alteración afecta las estructuras derivadas de la cresta neural (células de Schwann, melanocitos, fibroblastos endoneurales, que se multiplican excesivamente en varios focos) lo que da lugar a que se afecte la piel, el sistema nervioso, el hueso, y las glándulas endocrinas. La clínica cutánea consiste en máculas hiperpigmentadas, presentes ya desde el nacimiento y conocidas como manchas café con leche, tumores cutáneos y subcutáneos tipificados como neurofibromas, que aparecen al final de la infancia, y pigmentación axilar. Se ven en cerca del 10% de la población normal y cuando las vemos de forma aislada, 1 o 2 lesiones, carecen de significado patológico. Ahora bien, si encontramos más de 6 manchas café con leche mayores de 2 cm en un adulto o más de 5 de más de 1.5 cm en un niño, el diagnóstico de neurofibromatosis es casi seguro. Son lesiones de color marrón claro o medio, uniforme, de bordes bien definidos (9,11).

Esclerosis tuberosa (enfermedad de Pringle-Bourneville): Enfermedad congénita que se hereda de forma autosómico dominante en un 30%, siendo el resto de los casos nuevas mutaciones. La alteración genética se ha detectado en la región cromosómica 9q y 11q. La incidencia es de 5-7 casos por 100.000 habitantes y se manifiesta como una hiperplasia ecto y mesodérmica, que afecta a la piel, el sistema nervioso central, el corazón y el riñón. La triada que definió a la enfermedad es epilepsia, retraso mental y "adenomas sebáceos" (angiofibromas). Los primeros síntomas de la enfermedad suelen ser neurológicos. Pueden

presentarse convulsiones focales o generalizadas a los pocos meses de vida, alteraciones neurológicas focales y retraso en el desarrollo psicomotor que puede ser progresivo y severo. A partir de los 8-10 años puede iniciarse la insuficiencia renal y la insuficiencia cardíaca. (9)

Las lesiones cutáneas son uno de los principales marcadores de la enfermedad. Las primeras en observarse son las máculas hipomelanóticas en "hoja de fresno", y presentes en el 80% de los niños afectados, que pueden apreciarse a los pocos meses de edad. Se asocia a un mechón de cabello blanco o poliosis. A los 4 años suelen apreciarse los "adenomas sebáceos", pequeños tumores del color de la piel, en ocasiones de aspecto vascular, que se localizan a nivel del surco nasogeniano, las mejillas y el mentón. Se trata en realidad de angiofibromas y son el marcador más característico de la esclerosis tuberosa. Otra lesión muy característica es la denominada placa "achagrinada". Se trata de una lesión de varios cm de diámetro, situada por lo general a nivel dorsal o lumbar, del color de la piel, superficie "abollonada" y tacto como de cuero tratado. Se trata en realidad de un nevus del tejido conectivo, caracterizado por una fibrosis dermohipodérmica. También son característicos los fibromas peri y subungueales, conocidos como tumores de Koenen, de consistencia elástica, rosados o del color de la piel, de superficie lisa, que aparecen habitualmente a partir del borde proximal de la uña y con frecuencia producen una hendidura longitudinal de la misma (9,11).

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Área y período de estudio

Consulta externa de dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera la Mascota, del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2015.

Universo

Todos los pacientes que asistieron por primera vez con alguna dermatosis a la consulta externa en el servicio de Dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera en el período comprendido del 01 de Enero al 31 Diciembre del 2015. (N=758 pacientes).

Muestra

El tamaño de la muestra fue estimado a través de la aplicación de la siguiente fórmula con el programa: PS Power and SampleSizeCalculation, versión 2.1-2007(Copyright © 1997 by William D. Dupont and Walton D. Plummer):

Donde,

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$$

n= Tamaño de la muestra estimada,

Z= estadígrafo para un nivel de confianza del 95% = 1,96

e= Precisión o error admitido: 0.05

p= 30%

q= 1-p

Total de la población (N) (estimada)	758
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	4%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	30%
TAMAÑO MUESTRAL ESTIMADO (n)	306

Se decidió redondear el tamaño muestral y se optó por investigar a 310 casos. Por lo que este estudio aseguró la representatividad estadística.

Criterios de inclusión:

- Edad menor de 15 años.
- Paciente que acudiese por primera vez a la consulta externa de dermatología.
- Paciente que asistiese durante el período de estudio.
- Expediente Completo.

Criterios de exclusión:

- Edad mayor de 15 años.
- Expediente no disponible o incompleto.

Selección de los individuos (procedimiento de muestreo)

La selección de los casos se hizo siguiendo un procedimiento aleatorio, tomando en cuenta casos consecutivos, y elaborando listados. A partir de este listado se hizo un sorteo aleatorio a través del programa SPSS 20.0. Posterior a la selección de los casos se procedió a revisar cada uno de los expedientes seleccionados.

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Ficha de recolección de la información

La ficha de recolección de la información estuvo conformada por múltiples incisos, los cuales fueron diseñados en forma de preguntas abiertas y cerradas, incluyeron información acerca de los datos socio-demográficos, patológicos personales, tipo de dermatosis diagnosticada. En primer momento se realizó una prueba piloto para validar la ficha con 10 expediente y luego con los resultados se elaboró la versión final. Todos los expedientes y todas las fichas fueron revisadas y llenadas por la misma investigadora.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows (SPSS 2011)

Estadística descriptiva

Las variables fueron descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés. Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra.

Para el análisis descriptivo de las variables se usará el programa estadístico de SPSS 20.0

Estadística analítica

En este estudio la estadística analítica se presenta dividida en dos momentos:

Evaluación de la asociación (contraste de hipótesis estadística):

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizan la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2).

Para explorar la asociación entre una variable categórica y una cuantitativa se utilizan el análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de T de Student. Las pruebas estadísticas para contraste de hipótesis se llevarán a cabo a través del programa SPSS 18.0

Aspectos Éticos

Para realizar esta investigación se contó con el permiso de las autoridades del hospital. Dada la naturaleza del estudio no se solicitó consentimiento informado, pero se garantizó confidencialidad de los pacientes. Extrayendo del expediente la información necesaria sin daño a su privacidad.

Todos los datos obtenidos de la investigación serán utilizados única y exclusivamente para fines de investigación.

VIII. RESULTADOS

De los 310 pacientes estudiados se encontró que 61% (190) correspondieron al sexo femenino, 39% (120) sexo masculino. Las edades más afectadas 0 a 12 meses con el 31% (91), 13 meses a 3 años 23.9% (74), 7 a 9 años 13.9% (43) de 4 a 6 años 13.2% (41), 10 a 12 10.3% (32) y 13 a 15 años 7.7% (24). En relación al departamento de procedencia de los pacientes en estudio se encontró que 67.7% (210) procedían de Managua, 6.1% (19) Granada, 3.9% (12) de Masaya, el 3.5% (11) de Carazo, el 2.6% (8) de Boaco y la RAAN cada uno, 1.9% (6) para Estelí y Rivas cada uno, 1.6% (5) Chinandega, 1.3% (4) Chontales, León y la RAAS cada uno, 1% (3) Jinotega, Madriz y Nueva Guinea cada uno y el 0.6% (2) para Jinotepe y Ocotol cada uno.

Las dermatosis más frecuentes en este estudio fueron la dermatitis atópica con un 29.4% (91), las micosis superficiales 24.5% (76), los hemangiomas 22.9% (71), el impétigo 11.3% (35), la pitiriasis versicolor 5.8% (18), las verrugas vulgares 5.2% (16), la dermatitis solar 3.9% (12), la dermatitis de contacto y la dermatitis seborreica con un 3.5% (11), prurigo por insectos 2.6% (8), neurofibromatosis 1.6% (5), nevo acrómico y pitiriasis rosada 1% (4) cada uno, verrugas planas y molusco contagioso 1% (3) cada una, dermatitis del área del pañal y nevo melanocítico 0.6% (2) cada una, quiste dermoide, foliculitis, esclerosis tuberosa, pitiriasis rubra 0.3% (1) para cada una.

Caracterizando clínicamente las dermatosis en estudio se encontró en la dermatitis atópica universo 91 pacientes, sexo femenino, menores de 1 años, signos y síntomas principales el prurito 100% (91) y las lesiones eccematosas 96.7% (88). Micosis Superficiales universo 80 pacientes predominaron la tiña capitis y la tiña corporis, no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo, edad mayores de 6 años, signos y síntomas prurito 100% (98), las placas eritematosas circulares 91.8% (90), las lesiones descamativas 83.7% (82). Tumoraciones benignas universo 78 pacientes predominando los hemangiomas seguido del

nevus, sexo femenino, menores de 3 años, signos y síntomas neoformación vascular 94.4% (67) la tumoración solitaria 81.7% (58). Virosis cutáneas, universo 22 pacientes, predominando las verrugas vulgares y el molusco contagioso, sexo masculino, edad 4 a 9 años, signos y síntomas identificados neoformación verrugosa 86.4% (19) y pápulas umbilicadas 45.5% (10). Dermatitis solar, universo 12 pacientes, sexo femenino, edad 7 a 12 años, signos y síntomas mácula hipocrómica 83.3%(10) y lesiones descamativas en un 50%(6). Enfermedades infecciosas bacterianas universo 35 pacientes, edad 13 meses a 6 años, sexo femenino, signos y síntomas costras mielicéricas 88.6% (31), pústula con pelo central 74.3% (26), ampollas y pústulas 62.9% (22). Dermatitis de contacto, el universo 11 pacientes, sexo femenino, edad 7 a 12 años, signos y síntomas vesículas exudativas 90.9% (10) y placas eccematosas 81.8% (9).

El 33.2% de los pacientes no presentaban ninguna patología asociada, las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron alergia/atopia 27.1% (84), 6.8% (21) respiratorias y gástricas cada una, 6.5% (20) infecciosas, 6.1% (19) neurológicas, 4.2% (13) reumatológicas, 2.6% (8) nefrológicas, 1.9% (6) cardiológicas y hematológicas cada una, 1.6% (5) ortopédicas y 1.3% (4) endocrinológicas.

En relación al contacto previo con los servicios de salud el 54.5% de los pacientes habían acudido inicialmente a alguna institución médica, el 45.5 % asistió al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera.

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio las dermatosis predominaron más en el sexo femenino, probablemente por la dinámica poblacional de Nicaragua, ya que según el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), la natalidad del género femenino en relación al género masculino es 2:1.

En cuanto a la distribución por grupo etario los más afectados fueron de 0 a 12 meses, 13 meses a 3 años y el grupo de 7 a 9 años, lo que está relacionado inicialmente a una respuesta inmunológica deficiente por la inmadurez de la piel para combatir cualquier patógeno o agente externo agresor y en segundo momento por una mayor exposición a factores exógenos que producen un daño directo a la piel (jabones, sudor, alérgenos, calzados) lo que coincide con los datos reportados por Bravo en el 2004.

Se observó que la mayoría de los pacientes procedían del departamento de Managua, esto seguramente por la mayor accesibilidad a los servicios de salud y a que el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera se localiza en dicho departamento, información que coincide con los datos publicados por Bravo en el 2004.

Las dermatosis más frecuentes en este estudio fueron la dermatitis atópica, las micosis superficiales, y los hemangiomas. En relación a la dermatitis atópica, su frecuencia se relaciona con el hecho de que la mitad de la población en este estudio lo constituyeron los menores de 3 años y según las Guías Diagnósticas y Terapéuticas de las 10 patologías dermatológicas más frecuentes del Hospital infantil de México Federico Gómez, esta patología en el 60-85% de los casos inicia en el primer año de vida y en el 85-95% antes de los 5 años.

En cuanto a la frecuencia de las micosis superficiales esta se relaciona en primera instancia, con la convivencia con animales domésticos como el perro, huésped del *Microsporum Canis*, principal agente etiológico de la tiña capitis en la edad

pediátrica, y en segunda instancia con el clima caluroso de nuestro país que favorece disturbios termales que permiten por la humedad el crecimiento de agentes micóticos. En cuanto a los hemangiomas, cabe mencionar que nuestra institución, gracias a los estudios realizados por el servicio de dermatología, para el uso de propanolol en los hemangiomas se ha convertido en hospital de referencia para el manejo de los mismos, por lo que puede ser esta la causa de que figuren entre las primeras 3 dermatosis.

En cuanto a las enfermedades concomitantes, llama la atención que las más frecuentes se encontraron relacionadas a la atopia, lo que evidencia genéticamente una clara naturaleza familiar, asociada a los genes 11q13 , el 5q31-33 y el 16p12 a como lo describe Urbina en actualización de los criterios diagnósticos de la dermatitis atópica.

Más del 50% de los pacientes al llegar a nuestra unidad ya habían tenido contacto con alguna institución de salud esto probablemente secundario a diagnósticos y manejos inadecuados o bien a que la patología requería manejo especializado dato que coincidió con la revisión bibliográfica en las “Dermatosis más frecuentes en los niños de la consulta externa de Dermatología en el HIMJR en el 2004”.

X. CONCLUSIONES

1. En los pacientes estudiados predominó el sexo femenino. Los grupos etarios más afectados fueron el grupo de 0 a 12 meses y de 13 meses a 3 años (ambos grupos abarcaban más de la mitad de la población estudiada). Y en su mayoría procedían del área urbana, específicamente del departamento de Managua.
2. Las dermatosis más frecuentes fueron la dermatitis atópica, las micosis superficiales y los hemangiomas.
3. Las enfermedades concomitantes más frecuentes son aquellas relacionadas con la atopia; más del 50% de los pacientes habían tenido contacto previo con alguna unidad de salud antes de llegar al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera.

XI. RECOMENDACIONES

Al MINSA

1. Al Ministerio de Salud le recomendamos diseñar e implementar estrategias efectivas que permitan incrementar la información del médico general y el pediatra relacionados con las dermatosis más frecuentes en la población pediátrica, a través de cursos de educación médica continua.

A las autoridades hospitalarias

2. A nivel del servicio de dermatología pediátrica se implementa un sistema de monitoreo y vigilancia de las dermatosis registrándose en una base de datos la consulta brindada. Recomendamos a las autoridades del hospital apoyar y fortalecer esta iniciativa y extender la experiencia a otros servicios.

Al personal médico

La consulta de dermatología pediátrica hace una contribución muy importante, con respecto a la cobertura global de la atención dermatológica pediátrica, que brindada, a nivel nacional el Hospital Manuel de Jesús Rivera, por lo que recomendamos al personal médico realizar un abordaje integral y efectivo de las patologías dermatológicas en la edad pediátrica, reconociendo las características especiales de los infantes ya que esto permitirá que los médicos hagan una referencia eficaz y oportuna al nivel de mayor resolución; y crear consciencia del impacto en el bienestar y la recuperación de la salud de los pacientes tras un diagnóstico y manejo inadecuado de las dermatosis.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Borirakchanyavat K, Kurban A. Atopic dermatitis .Clinics in dermatology 2000; 13: 649–655.
2. Beltrán V, Boguniewicz M. Atopic dermatitis. Dermatology on Line 2003; 9: 1-14.
3. Leung Dy, Biebert Atopic dermatitis. The Lancet 2003; 361: 151–160.
4. Eedy DJ, What´s new in atopic dermatitis Br J Dermatol 2001; 145: 380–384.
5. Isa Isa, R., Cruz, A. C., Arenas, R., Duarte, Y., Linares, C. M., & Bogaert, H. (2002). Pitiriasis versicolor en niños. Estudio epidemiológico y micológico de 797 casos estudiados en la República Dominicana. Med. cutfñ. ibero-lat-am, 5-8.
6. Hernández (2007). Morbilidad dermatológica pediátrica en consulta externa. Jatibonico. Abril 2004-marzo 2005. Gaceta Médica Espirituana, 9(1), 8.
7. Casanova, J. M., Sanmartín, V., Soria, X., Baradad, M., Martí, R. M., & Font, A. (2008). Dermatosis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. Actas Dermo-Sifiliográficas, 99(2), 111-118.
8. Menéndez Tuñón, S., Sariego Jamardo, A., Fernández Tejada, E., Fernández García, N., López Vilar, P., & Meana Meana, A. (2010). Consultas dermatológicas en pediatría de atención primaria. Pediatría Atención Primaria, 12(45), 41-52.
9. Bravo B (2004). Dermatosis más frecuentes en los niños que asisten a la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera durante el 2004.
10. Álvarez L (2006). Epidemiología de las dermatosis infantiles en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN león). Tesis Monográfica.
11. Mena C & Valencia A. Guías Diagnósticas y Terapéuticas de las diez patologías dermatológicas más frecuentes. 2005; 2 – 35.

12. Urbina F. Actualización de los criterios diagnósticos de la dermatitis atópica. *Piel* 2001; 16: 482–484.
13. Leung DY, Bieber T. Atopic dermatitis *Lancet* 2003; 361:151-159.
14. Conejo-Mir, J., Moreno, J. C., & Buendía, A. (2010). Manual de dermatología. Aula Médica.
15. Larralde, M., & Abad, M. E. (2010). Dermatología pediátrica. Ediciones Journal.
16. Schachner, L. A., & Hansen, R. C. (2011). Pediatric dermatology. Elsevier Health Sciences.
17. Irvine, A. D., Hoeger, P. H., & Yan, A. C. (Eds.). (2011). Harper's Textbook of Pediatric Dermatology, 2 Volume Set. John Wiley & Sons.
18. Sanabria, A. S., & Ramírez, N. H. (2011). Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 5(1), 47-58.
19. Conejo-Mir, J., Moreno, J. C., & Buendía, A. (2010). Manual de dermatología. Aula Médica.
20. Torrelo, A. (2008). Dermatología en pediatría general. *Aula Médica*, 4, 71-74.
21. Pibernat, M. R. (2009). Dermatología pediátrica. Texto y atlas en color. *Piel*, 24(3), 167.

ANEXOS

ANEXO No. 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para identificar las principales características sociodemográficas de los niños afectados con dermatosis en la consulta externa del Hospital Manuel de Jesús Rivera en el período comprendido se incluyen las siguientes variables:

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala o Valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento.	Meses Años	0 – 12 meses 13 meses - 3 años 4 años – 6 años 7 años – 9 años 10 años – 12 años 13 años – 15 años
Sexo	Condición por la que se diferencian género masculino y el femenino	Ninguno	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de origen	Departamento	Managua Masaya Jinotega Matagalpa Chontales RAAN RAAS Granada León Rivas Boaco Madriz Estelí Río San Juan Chinandega Nueva Segovia Carazo

Para identificar y caracterizar clínicamente las dermatosis más frecuentes en los pacientes en estudio se incluyen las siguientes variables:

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala o Valor
Dermatitis atópica	Proceso inflamatorio de la piel que sugiere un componente atópico	Signos y Síntomas	Si / No
Micosis Superficiales	Infección fúngica superficial de la piel.	Signos y síntomas	Si / No
Tumores cutáneos benignos	Neoplasia cutánea que no invade otros tejidos.	Signos y síntomas	Si / No
Virosis cutánea	Lesión cutánea verrugosa benigna de origen vírico.	Signos y síntomas	Si / No
Dermatitis solar	Dermatosis aguda o crónica ocasionas por la exposición de rayos solares.	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedades bacterianas infecciosas de la piel	Proceso infeccioso de la piel de etiología bacteriana.	Signos y síntomas	Si / No
Dermatitis de contacto	Dermatosis caracterizada por vesículas, originada por contacto con agente externo.	Signos y síntomas	Si / No
Pitiriasis	Dermatosis crónica de origen desconocido.	Signos y síntomas	Si / No
Prurigo	Enfermedad contagiosa caracterizada por prurito	Signos y síntomas	Si / No
Genodermatosis	Dermatosis de causa genética	Signos y síntomas	Si / No

Para identificar las enfermedades concomitantes de los pacientes en estudio se incluyen las siguientes variables:

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala o Valor
Enfermedad infecciosa	Enfermedad causada por microorganismos patógenos.	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Reumatológica	Enfermedad que afecta principalmente al aparato locomotor o musculoesquelético , pero que también puede afectar otros órganos.	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Respiratoria	Enfermedad que afecta el sistema respiratorio de origen infeccioso, mecánico, obstructivo o alérgico	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Quirúrgica	Enfermedad en la que se requiere extirpar tejidos durante una cirugía para diagnosticar una enfermedad o determinar un plan de tratamiento.	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Nefrológica	Enfermedad que afecta al riñón y que puede ser de causa infecciosa, tóxica mecánica o secundaria a otras enfermedades	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Endocrina	Enfermedad provocada por desórdenes endocrinos complejos, de hipo o hipersecreción, debido a los mecanismos de retroalimentación implicados en el sistema endocrino.	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Gastrointestinal	Enfermedad del estómago y los intestinos ocasionadas por bacterias, parásitos, virus alimentos o medicamentos	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Alérgica	Enfermedad provocada por una respuesta inapropiada del sistema inmune a una sustancia	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Neurológica	Cualquier trastorno del sistema nervioso causado por anomalías estructurales, bioquímicas, traumáticas, tóxicas o eléctricas.	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Ortopédica	Enfermedades congénitas o traumáticas que afectan el aparato locomotor	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Cardiológica	Enfermedad que afecta al músculo cardíaco y a los vasos sanguíneos.	Signos y síntomas	Si / No
Enfermedad Hematológica	Enfermedad que afecta la producción de sangre y sus componentes	Signos y síntomas	Si / No

Para identificar el diagnóstico principal de los pacientes en estudio se incluye la siguiente variable:

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala o Valor
Diagnostico principal	Diagnostico dermatológico	Signos y síntomas	Si/No

Para identificar las características clínicas de las dermatosis de los pacientes en estudio se incluye la siguiente variable:

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala o Valor
Características clínica	Cualquier manifestación objetivable consecuente a una enfermedad.	Signos y síntomas	Si/No

Para identificar el contacto previo de los pacientes en estudio con alguna unidad de salud se incluye la siguiente variable:

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala o Valor
Contacto previo con alguna unidad de salud	Visita previa a una unidad de salud diferente a la del estudio.	Ninguno	Si/No

ANEXO No. 2

FICHA DE REVISION DOCUMENTAL DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS
DERMATOSIS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESUS RIVERA ENERO DICIMEBRE 2015

Expediente _____

1. Sexo: Femenino _____ Masculino _____

2. Edad: 0 a 12 meses _____

13 meses a 3 años _____

4 a 6 años _____

7 a 9 años _____

10 a 12 años _____

13 a 15 años _____

3. Departamento de origen: _____

4. Enfermedad concomitante: Infecciosa _____ Reumatológica _____
Respiratoria _____ Gastrointestinal _____ Quirúrgica _____ Endocrinológica _____
Nefrológica _____

5. Diagnostico Principal (Dermatológico) _____

6. Características clínicas principales

Contacto previo con unidad de salud: Si _____

No _____

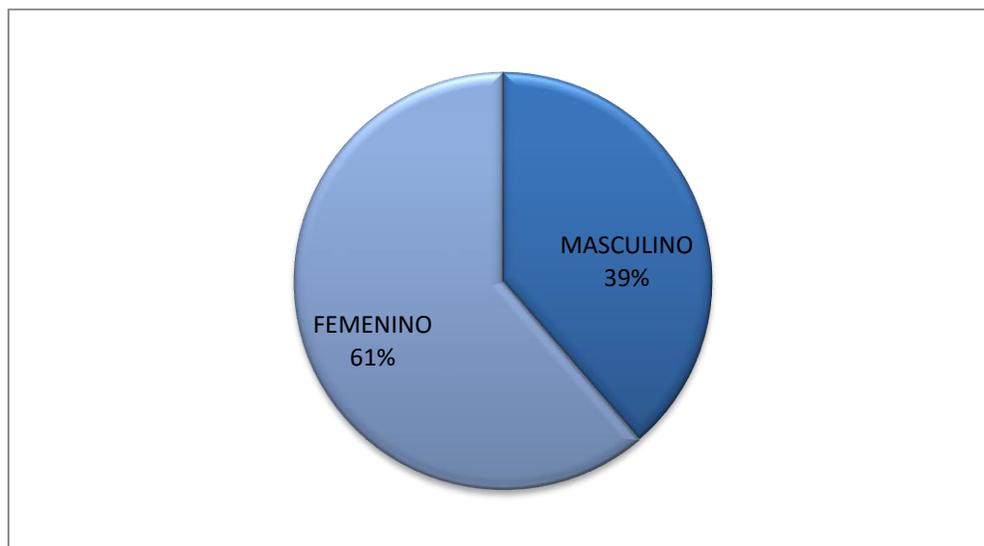
ANEXO No.3

CUADRO #1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	120	38.7
FEMENINO	190	61.3
Total	310	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO#1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.



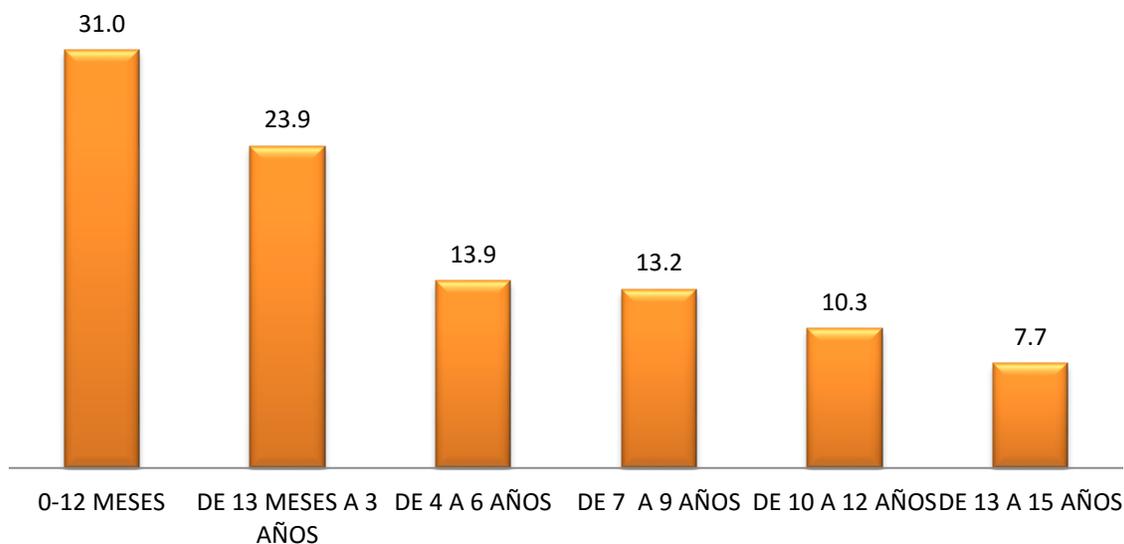
FUENTE: CUADRO 1

CUADRO #2: EDAD SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-12 MESES	96	31.0
DE 13 MESES A 3 AÑOS	74	23.9
DE 4 A 6 AÑOS	41	13.2
DE 7 A 9 AÑOS	43	13.9
DE 10 A 12 AÑOS	32	10.3
DE 13 A 15 AÑOS	24	7.7
Total	310	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.



FUENTE: CUADRO 2

CUADRO #3: DEPARTAMENTO DE ORIGEN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

DEPARTAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
MANAGUA	210	67.7
GRANADA	19	6.1
CARAZO	13	4.1
MASAYA	12	3.9
ESTELI	8	2.6
BOACO	8	2.6
RAAN	8	2.6
RIVAS	6	1.9
CHINANDEGA	5	1.6
LEON	4	1.3
CHONTALES	4	1.3
RAAS	4	1.3
JINOTEGA	3	1.0
MADRIZ	3	1.0
NUEVA SEGOVIA	3	1.0
TOTAL	310	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO #4: DERMATOSIS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

DERMATOSIS DIAGNÓSTICADAS	Frecuencia	Porcentaje
DERMATITIS ATÓPICA	91	29.4
MICOSIS SUPERFICIALES	80	25.8
HEMANGIOMA	71	22.9
IMPETIGO	35	11.3
PITIRIASIS VERSICOLOR	18	5.8
VERRUGA VULGAR	16	5.2
DERMATITIS SOLAR	12	3.9
DERMATITIS DE CONTACTO	11	3.5
DERMATITIS SABORREICA	11	3.5
PRURIGO POR INSECTOS	8	2.6
NEUROFIBROMATOSIS	5	1.6
NEVO ACRÓMICO	4	1.3
PITIRIASIS ROSADA	4	1.3
VERRUGAS PLANAS	3	1.0
MOLUSCO CONTAGIOSO	3	1.0
NEVO MELANOCITICO	2	0.6
DERMATITIS DEL ÁREA DEL PAÑAL	2	0.6
QUISTE DERMOIDE	1	0.3
FOLICULITIS	1	0.3
ESCLEROSIS TUBEROSA	1	0.3
PITIRIASIS RUBRA	1	0.3

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO #5: DERMATOSIS DIAGNÓSTICADAS SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

DERMATOSIS DIAGNÓSTICADAS	FEMENINO (n=190)		MASCULINO (n=120)		TOTAL (n=310)	
	N	%	n	%	n	%
DERMATITIS ATÓPICA	55	28.9	36	30.0	91	29.4
MICOSIS SUPERFICIALES	43	22.7	37	30.9	80	25.8
HEMANGIOMA	39	20.5	32	26.7	71	22.9
IMPETIGO	19	10.0	16	13.3	35	11.3
PITIRIASIS VERSICOLOR	10	5.3	8	6.7	18	5.8
VERRUGA VULGAR	8	4.2	8	6.7	16	5.2
DERMATITIS SOLAR	7	3.7	5	4.2	12	3.9
DERMATITIS DE CONTACTO	6	3.2	5	4.2	11	3.5
DERMATITIS SABORREICA	5	2.6	6	5.0	11	3.5
PRURIGO POR INSECTOS	3	1.6	5	4.2	8	2.6
NEUROFIBROMATOSIS	2	1.1	3	2.5	5	1.6
NEVO ACRÓMICO	1	0.5	3	2.5	4	1.3
PITIRIASIS ROSADA	1	0.5	3	2.5	4	1.3
VERRUGAS PLANAS	1	0.5	2	1.7	3	1.0
MOLUSCO CONTAGIOSO	1	0.5	2	1.7	3	1.0
NEVO MELANOCITICO	2	1.1	0	0.0	2	0.6
DERMATITIS DEL ÁREA DEL PAÑAL	1	0.5	1	0.8	2	0.6
QUISTE DERMOIDE	0	0.0	1	0.8	1	0.3
FOLICULITIS	1	0.5	0	0.0	1	0.3
ESCLEROSIS TUBEROSA	1	0.5	0	0.0	1	0.3
PITIRIASIS RUBRA	0	0.0	1	0.8	1	0.3

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO #6: DERMATOSIS DIAGNÓSTICADAS SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

DERMATOSIS DIAGNÓSTICADAS	0 A 12 MESES		13 MESES A 3 AÑOS		4 A 6 AÑOS		7 A 9 AÑOS		10 A 12 AÑOS		13 A 15 AÑOS		TOTAL (n=310)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DERMATITIS ATÓPICA	27	28.1	21	28.4	15	36.6	14	32.6	8	25.0	6.0	25.0	91	29.4
MICOSIS SUPERFICIALES	8	8.3	13	17.6	17	39.0	16	35.0	13	40.6	11.0	45.8	76	24.5
HEMANGIOMA	18	18.8	17	23.0	13	31.7	11	25.6	8	25.0	4.0	16.7	71	22.9
IMPETIGO	5	5.2	11	14.9	8	19.5	6	14.0	3	9.4	2.0	8.3	35	11.3
PITIRIASIS VERSICOLOR	1	1.0	2	2.7	5	12.2	7	16.3	2	6.3	1.0	4.2	18	5.8
VERRUGA VULGAR	0	0.0	0	0.0	3	7.32	7	16.3	6	18.8	4.0	16.7	16	5.2
DERMATITIS SOLAR	0	0.0	1	1.4	3	7.32	4	9.3	3	9.4	1.0	4.2	12	3.9
DERMATITIS DE CONTACTO	1	1.0	1	1.4	1	2.44	4	9.3	3	9.4	1.0	4.2	11	3.5
DERMATITIS SABORREICA	0	0.0	0	0.0	2	4.88	3	7.0	2	6.3	4.0	16.7	11	3.5
PRURIGO POR INSECTOS	1	1.0	2	2.7	1	2.44	3	7.0	1	3.1	0.0	0.0	8	2.6
NEUROFIBROMATOSIS	0	0.0	0	0.0	2	4.88	3	7.0	0	0.0	0.0	0.0	5	1.6
NEVO ACRÓMICO	0	0.0	0	0.0	2	4.88	2	4.7	0	0.0	0.0	0.0	4	1.3
PITIRIASIS ROSADA	0	0.0	1	1.4	1	2.44	1	2.3	1	3.1	0.0	0.0	4	1.3
VERRUGAS PLANAS	0	0.0	1	1.4	0	0	1	2.3	1	3.1	0.0	0.0	3	1.0
MOLUSCO CONTAGIOSO	0	0.0	0	0.0	0	0	2	4.7	1	3.1	0.0	0.0	3	1.0
NEVO MELANOCITICO	0	0.0	1	1.4	1	2.44	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	0.6
DERMATITIS DEL ÁREA DEL	2	2.1	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	0.6
QUISTE DERMOIDE	0	0.0	0	0.0	1	2.44	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	0.3
FOLICULITIS	0	0.0	1	1.4	0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	0.3
ESCLEROSIS TUBEROSA	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	1	3.1	0.0	0.0	1	0.3
PITIRIASIS RUBRA	0	0.0	0	0.0	0	0	1	2.3	0	0.0	0.0	0.0	1	0.3

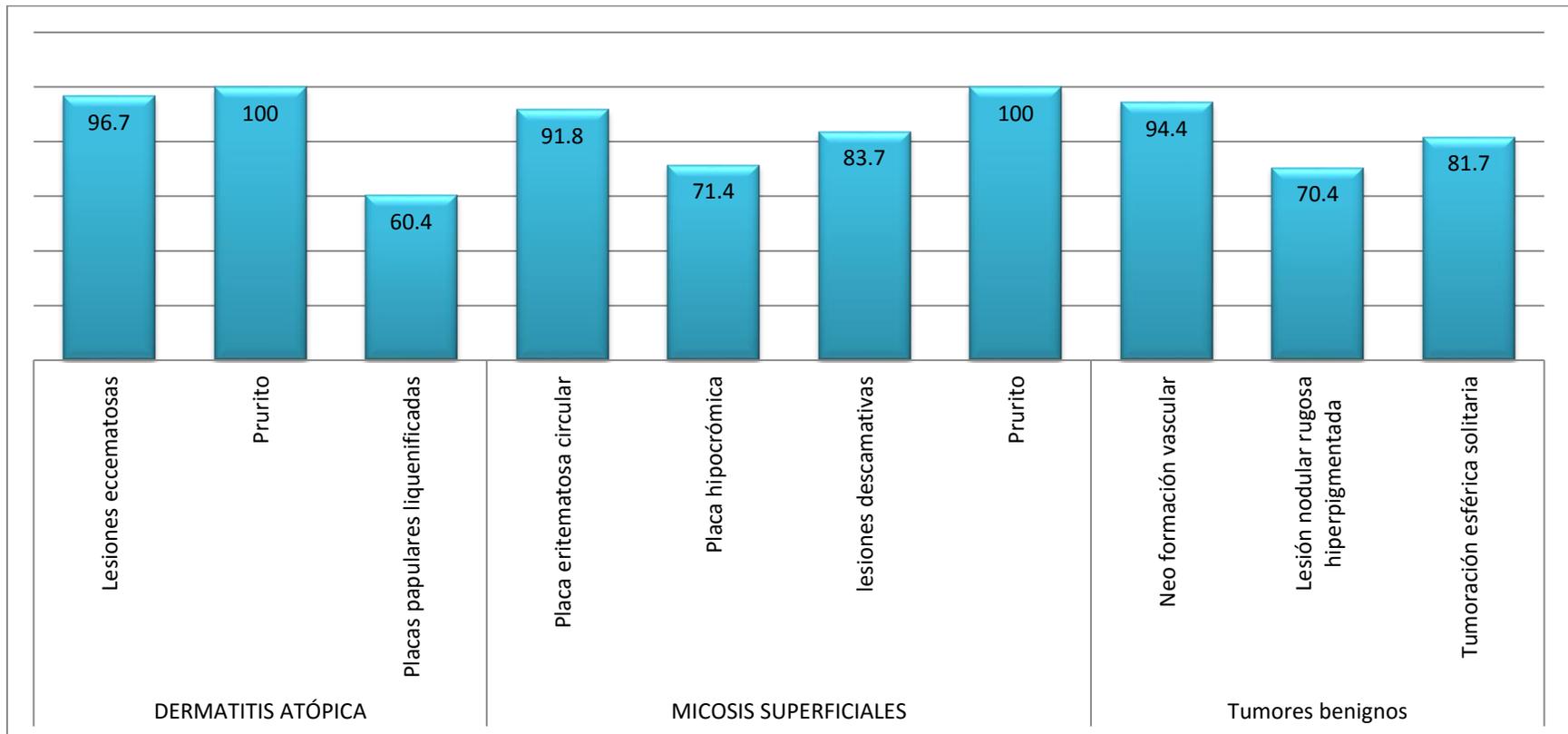
FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO #7: PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS DERMATOSIS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

DERMATOSIS	SIGNOS/SINTOMAS	n	%
DERMATITIS ATÓPICA		91	100.0
	Lesiones eccematosas	88	96.7
	Prurito	91	100.0
	Placas papulares liquenificadas	55	60.4
MICOSIS SUPERFICIALES		98	100.0
	Placa eritematosa circular	90	91.8
	Placa hipocrómica	70	71.4
	lesiones descamativas	82	83.7
	Prurito	98	100.0
TUMORES BENIGNOS		71	100.0
	Neo formación vascular	67	94.4
	Lesión nodular rugosa hiperpigmentada	50	70.4
	Tumoración esférica solitaria	58	81.7
VIROSIS CUTÁNEAS		22	100.0
	Neoformación verrugosa	19	86.4
	Pápulas umbilicadas color piel o rosadas	10	45.5
	Queratosis	8	36.4
DERMATITIS SOLAR		12	100.0
	Mácula hipocrómica	10	83.3
	Descamación	6	50.0
ENFERMEDADES INFECCIOSAS BACTERIANAS		35	100.0
	Lesión perifolicular	11	31.4
	Costras mielicéricas	31	88.6
	Ampollas y pústulas	22	62.9
	Pústula con pelo central	26	74.3
DERMATITIS DE CONTACTO		11	100.0
	Vesículas exudativas	10	90.9
	Placa eccematosa	9	81.8
	Descamación superficial	5	45.5

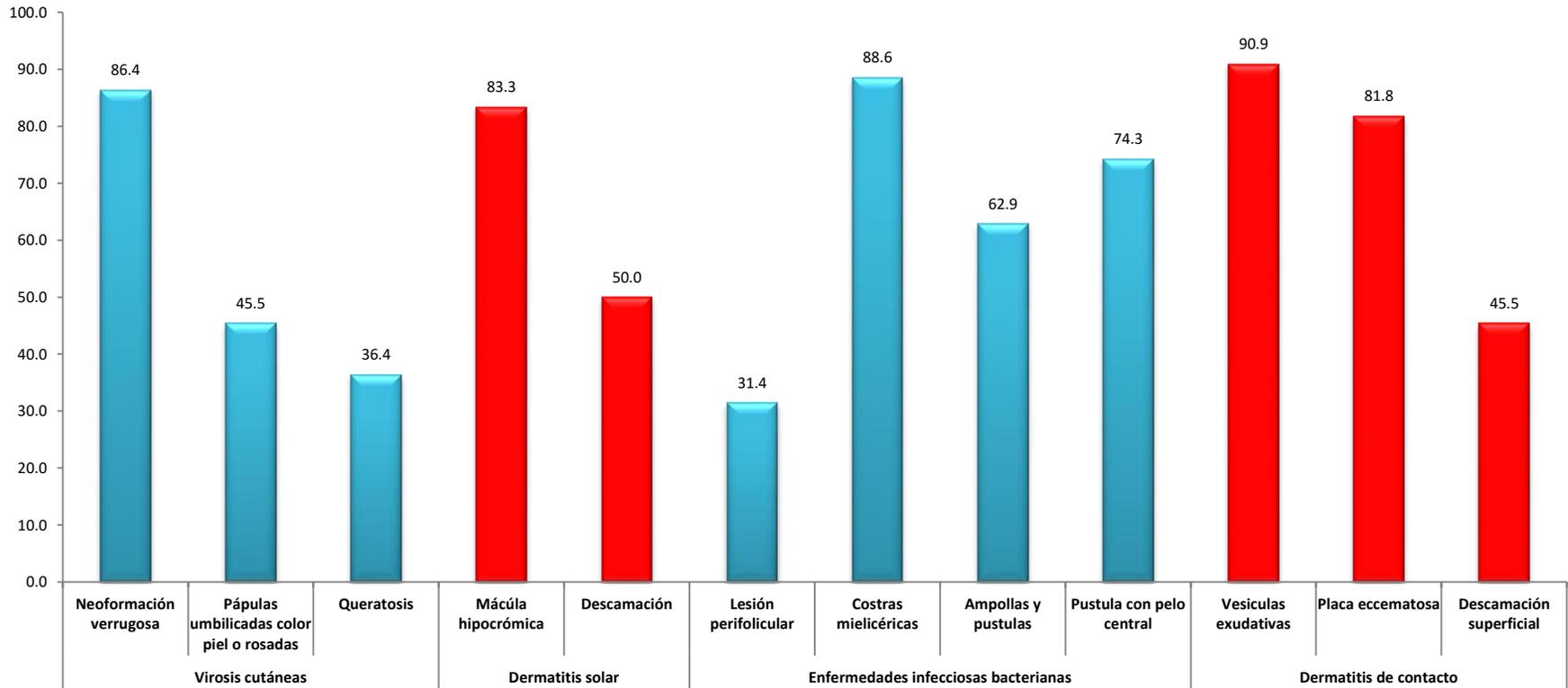
FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICA #3: PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS DERMATOSIS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.



FUENTE: CUADRO 7

GRÁFICA #7B: PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS DERMATOSIS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.



FUENTE: CUADRO 7

CUADRO #8: ENFERMEDADES CONCOMITANTES DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

PATOLOGIAS DE BASE	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	103	33.2
ALERGIAS / ATOPIAS	84	27.1
RESPIRATORIAS	21	6.8
GASTRICAS	21	6.8
INFECCIOSAS	20	6.5
NEUROLÓGICAS	19	6.1
REUMATOLÓGICAS	13	4.2
NEFROLÓGICAS	8	2.6
CARDIOLÓGICAS	6	1.9
HEMATOLÓGICAS	6	1.9
ORTOPÉDICAS	5	1.6
ENDOCRINOLÓGICAS	4	1.3

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO #9: CONTACTO PREVIO CON ALGUNA UNIDAD DE SALUD DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA LA MASCOTA, 2015.

Contacto previo con unidad de salud	n	%
SI	169	54.5
NO	141	45.5
TOTAL	310	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO