

DIAGNÓSTICO VISUAL EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Yon Albisu
Prof. Titular Pediatría
UPV/EHU

Donostia. Septiembre 2005

En la actualidad el pediatra de Asistencia Primaria recibe una excelente formación médica, vía MIR, que lo convierte en lo que realmente es, un “internista de la edad infantil”. Sin embargo, al iniciar su ejercicio profesional, se da de bruces con la realidad y comprueba la frecuencia con la que es consultado por problemas dermatológicos comunes y su escasa preparación para resolverlos.

Este hecho es tanto más paradójico, si tenemos en cuenta que la piel es el órgano más extenso, de mayor expresividad clínica y el más accesible a la exploración.

Dividiremos la exposición en 3 apartados. En primer lugar, veremos la frecuencia general y relativa de los procesos dermatológicos más comunes en la consulta pediátrica, junto con la preparación académica que recibe el pediatra y su habilidad para el manejo de las enfermedades de la piel. Seguidamente propondremos un plan para mejorar esta habilidad y finalmente, de una forma práctica, mediante la proyección de diapositivas comprobaremos la utilidad diagnóstica del plan propuesto.

1º Frecuencia de los procesos dermatológicos en la consulta pediátrica de Atención Primaria

Diversas estadísticas americanas nos informan que los problemas cutáneos en una consulta ambulatoria de Pediatría representan el 4-6 % del total de consultas y del 6-8 % de las visitas si excluimos las consultas de control del niño sano (1,2). En nuestro país, el 6 % de los pacientes que acuden a una consulta de pediatría de Atención Primaria, lo hacen por presentar algún problema dermatológico (3). Si a ello sumamos las consultas que, "aprovechando" la visita realizada por otro motivo, hace la madre sobre algo relacionado con la piel de su hijo, este porcentaje se eleva al 9 % .

2º. Procesos dermatológicos más frecuentes en la consulta pediátrica de Atención Primaria

Los procesos dermatológicos más comunes en la consulta pediátrica vienen recogidos en la tabla 1.

Tabla1. Procesos dermatológicos más frecuentes en la Clínica Pediátrica

Diagnóstico		Frecuencia %
Infecciones		37
Bacterianas	48%	
Virales	26%	
Fúngicas	26%	
Dermatitis del Pañal		16
Dermatitis Atópica		9
Dermatitis Seborroide		6
Dermatitis de contacto		5
Miliaria		5
Acné		3
Inf. Parasitarias		3
Miscelánea (21 entidades)		15

Modificado de Hayden (4)

Los procesos dermatológicos más comunes en una consulta de Dermatología Pediátrica vienen recogidos en la tabla 2 y de forma individualizada en la tabla 3.

Tabla 2. Procesos más frecuentes en Dermatología Pediátrica

Diagnóstico		Frecuencia %
1. Infecciones/Infestaciones		33,6
Hongos	42,6%	
Bacterias	29%	
Virus	23,2%	
Artrópodos	5,2%	
2. Dermatitis Atópica		22,3
3. Acné vulgar		7
4. Verruga vulgar		4,5
5. Dermatitis Seborréica		4
6. Pitiriasis rosada		2,4
7. Dermatitis inespecífica		2,1
8. Molluscum contagiosum		1,9
9. Nevus (de todo tipo)		1,7
10. Vitíligo		1,4
11. Dermatitis de contacto		1,2
12. Alopecia areata		1,2
13. Miliaria		1
14. Urticaria		1

Modificado de Schachner (5)

Tabla 3. Procesos más frecuentes en Dermatología Pediátrica

Diagnósticos	Frecuencia %
1. Dermatitis Atópica	22,3
2. Impétigo	8
3. Tiña capitis	7,1
4. Acné vulgar	7
5. Verruga vulgar	4,5
6. Dermatitis seborréica	4
7. Otras Dermatofitosis	3,6
8. Pitiriasis rosada	2,4
9. Dermatitis inespecífica	2,1
10. Molluscum contagiosum	1,9
11. Candidiasis	1,8
12. Tiña versicolor	1,8
13. Nevus (de todo tipo)	1,7
14. Sarna	1,7
15. Pitiriasis alba	1,7
16. Vitíligo	1,4
17. Dermatitis de contacto	1,2
18. Picadura de insecto	1,2
19. Liquen espinuloso	1,2
20. Alopecia areata	1
21. Miliaria	1
22. Foliculitis	1
23. Urticaria	1

Schachner (5)

El grupo de edad que más consulta es el del menor de 1 año. Los pacientes menores de 2 años suponen el 24 % del total. El número de diagnósticos diferentes, fue de 154. Del total de diagnósticos, 23 procesos, todos con frecuencia igual o superior al 1 %, representan el 80,3 % de los diagnósticos, siendo necesario para alcanzar el 90 %, añadir 22 procesos más y 109 diagnósticos adicionales para alcanzar el 100 %. El diagnóstico más frecuente (33,6 %) lo constituyó el grupo de infecciones / infestaciones, seguido de la dermatitis atópica (22,3 %) (5).

3º Formación del Pediatra de Asistencia Primaria en Dermatología

La dermatología es una asignatura troncal cuatrimestral de 7,5 créditos (3,4%) de los 220 créditos de que consta el 2º Ciclo de los estudios de la Licenciatura de Medicina en la Universidad del País Vasco. Durante el período de formación MIR de pediatría, el residente no rota por el Servicio de Dermatología, salvo contadas excepciones. En el programa MIR los Objetivos docentes comprenden 18 capítulos. Relacionados con la dermatología encontramos los siguientes apartados. En el capítulo 15 “Otras afecciones prevalentes en el niño” uno de los 11 ítems de que consta, se denomina “Afecciones cutáneas” y en el capítulo 16 “Patología clínica ambulatoria prevalente en el niño” figuran como temas dermatológicos los siguientes: dermatitis del área del pañal, costra láctea, impétigo, pediculosis, sarna, eritema solar, acné y dermatitis seborreica.

4º Habilidad diagnóstica de los Pediatras de Atención Primaria

Para conocer si el médico de Atención Primaria, podía ir tomando más responsabilidad en el manejo de los procesos dermatológicos (6), se testó la habilidad de 285 médicos de Atención Primaria (médico de familia o pediatra) en el diagnóstico de los 20 procesos dermatológicos más comunes, mediante la presentación de una única diapositiva color de alta calidad, ante la cual sólo podían emitir un diagnóstico. Sus respuestas se contrastaron con las dictadas por los médicos del Departamento de Dermatología. Los médicos de Atención Primaria obtuvieron un 54 % de respuestas correctas frente al 96 % obtenido por los dermatólogos. La conclusión es que los médicos de Atención Primaria, deben mejorar sus conocimientos, antes de tomar más responsabilidad en el cuidado de los procesos cutáneos.

En otro trabajo más específico (7) realizado en un Hospital Pediátrico Terciario, se compararon los diagnósticos emitidos sobre pacientes pediátricos hospitalizados con exantemas por los médicos del Servicio de Pediatría con los realizados por los médicos del Departamento de Dermatología Pediátrica consultados, aceptando que estos son los correctos. El margen de discordancia alcanzó el 80,1 %. Una concordancia del 19,9 %, es demasiado baja para ser aceptada, es necesario aumentar el entrenamiento de los pediatras. Comentan los autores que, los pediatras sólo diagnostican bien, los clásicos exantemas con su presentación típica.

Como conclusión, si aceptamos que el 6-8 % de la consulta del pediatra de Atención Primaria es debida a problemas dermatológicos, no parece descaminado proponer que las horas dedicadas a su entrenamiento ocupen el 6-8% de las horas asignadas a su programa de formación. Con las horas que se le dedica en la actualidad no deben extrañarnos los malos resultados que mencionamos.

VALORACION DE UNA LESION CUTANEA

La piel es el órgano más extenso, de mayor expresividad clínica y el más accesible del organismo. La inspección ocular es la primera exploración que va a utilizar el pediatra ante un proceso dermatológico, pero, para que esta sencilla exploración resulte rica en hallazgos, no debe consistir en el mero hecho de "mirar o ver", sino que necesita de algo más, bellamente expresado en la máxima de Claude Bernard "Quien no sabe lo que busca no ve lo que encuentra". Y el pediatra, sufre las consecuencias del desbalance de su preparación para recoger y valorar adecuadamente la rica sintomatología cutánea que tiene delante de sus ojos.

La dermatología, como toda ciencia, tiene su propio lenguaje que el pediatra debe dominar para no perderse. La dermatología clínica ha sido y sigue siendo, todavía, una especialidad descriptiva y morfológica. Por lo tanto, más que ninguna especialidad médica, la dermatología exige observar los más elevados índices de claridad y precisión en su terminología. "Quién piensa con lucidez se expresa con claridad" (Francis Bacon). Ante una lesión cutánea, el mejor método para llegar al diagnóstico correcto, es seguir siempre, de una forma sistemática, determinados pasos, en un mismo y predeterminado orden jerárquico. El médico mejorará su habilidad diagnóstica, si se cultiva, disciplinadamente, en este sentido y no se deja llevar por la primera impresión.

Ante toda lesión cutánea, el pediatra valorará los siguientes parámetros.

1. Morfología de la erupción: Lesión Primaria. Lesión Secundaria
2. Distribución.
3. Forma.
4. Características físicas.
5. Color.

PLAN DIAGNOSTICO ANTE UNA LESION CUTANEA

1. Realizar una inspección completa de la piel, describir y elegir el tipo de lesión primaria.
2. Buscar un signo o más de lesiones secundarias.
3. Basándonos en estas observaciones y en la historia clínica del paciente, situar la lesión en una de las pistas diagnósticas para los procesos cutáneos usuales.
4. Observar de nuevo toda la piel, fijándonos en la distribución, localización específica y simetría de las lesiones.
5. Observar la forma de una lesión aislada, en particular, de la lesión primaria. Cuando hay varias lesiones juntas, fijarse en su disposición.
6. Mirar y tocar para determinar el grado de humedad, la textura y consistencia.
7. Describir las características del color.
8. Hacer una síntesis final combinando las observaciones, la historia clínica y las pruebas para llegar a un diagnóstico específico.

DIAGNOSTICO VISUAL

Expondremos, a continuación, mediante la proyección de diapositivas, algunos ejemplos prácticos de la utilidad de aplicar el esquema preconizado, para el diagnóstico visual diferencial clínico (8). Resaltando, fundamentalmente, la forma de recoger los datos útiles que nos ofrece la imagen, datos que completados con la historia clínica y los conocimientos médicos del observador, nos permitirán emitir un diagnóstico de presunción.

DERMATITIS DEL AREA DEL PAÑAL

Muchos procesos comunes y otros menos frecuentes pueden afectar al área del pañal. Conceptualmente es mejor dividirlos en 3 grupos: 1). Dermatitis relacionadas con el pañal; 2). Dermatitis agravadas por el pañal; 3). Dermatitis en el área del pañal (sin relación con él).

1. Dermatitis relacionadas con el Pañal

Existe una gran controversia sobre el papel que juega en su génesis la candida, el amoníaco, el propio pañal y los microorganismos que pueden colonizar la zona. Muchos autores consideran que la maceración, la fricción, el calor, la humedad, y la irritación por las excretas y el jabón, son factores determinantes en la aparición del cuadro.

Bajo el punto de vista práctico, para valorar el papel preponderante que puede jugar, alguno de los diferentes factores incriminados, lo más útil es observar la Topografía y el Aspecto Clínico de la lesión.

Dermatitis irritativa de contacto: si las lesiones que apreciamos, predominan en las zonas prominentes y respetan los pliegues, hay que dar prioridad a los factores mecánicos e irritativos (orina, heces) como agentes causales. Una variante de esta dermatitis irritativa es la denominada por los anglosajones "tidemark", en este cuadro la banda de eritema se presenta a nivel de los bordes de los pañales dibujando su contorno.

Una lesión en calzón, aguda, eritematosa, erosiva, es debida, probablemente, a una agravación por utilización de pañal de plástico.

Intertrigo: es una entidad mal definida, sin etiología identificada, aunque probablemente secundario a una pobre higiene. La lesión se inicia en el fondo de los pliegues y está caracterizada por un eritema moderado, pobremente marginado, asociado a un exudado blanco-amarillento. La zona es relativamente sensible y el pequeño a menudo llora cuando su orina contacta con la zona afecta.

Dermatitis irritativa nódulo-ulcerativa: se caracteriza por la presencia de nódulos en número inferior a 6-8, de 1-3 cm con una erosión central, localizados en las zonas prominentes de los labios, pene, escroto. A pesar del tamaño de la erosión, ésta es relativamente asintomática y no suele ir acompañada de eritema circundante. Muchos autores lo consideran como el paradigma de la dermatitis amoniaca, aunque esto ha sido recientemente puesto en cuestión.

Dermatitis por Candidas: en su forma clásica es de fácil diagnóstico. El paciente presenta una afección "sintomática", erosiva, con participación inicial y más intensa en el fondo de los pliegues. La erupción es de color rojo vivo de bordes nítidos y elevados con escamas blancas y presencia en su periferia de unas lesiones puntiformes pústulo-vesiculosas, las llamadas lesiones "satélites" de gran importancia diagnóstica.

2. Dermatitis agravadas por el pañal

Dermatitis seborroide: se caracteriza por presentar lesiones eritematoescamosas de color salmón, cubiertas de escamas de aspecto grasiento-amarillento con predilección por los pliegues y sin lesiones satélites. La erupción es asintomática y coincide con frecuencia, hecho de gran importancia diagnóstica, con la afectación de otras áreas del organismo como el cuero cabelludo y pliegues retroauriculares y axilares abocando a la denominada "lesión bipolar".

Psoriasis: la presencia de un eritema de color rojo vivo, abruptamente limitado, sin lesiones satélites, con mayor afectación de los pliegues y rebelde a la terapia habitual nos debe hacer pensar en la posibilidad de psoriasis, la denominada psoriasis invertida. Investigar la historia familiar.

3). Dermatitis en el área del pañal (sin relación con él)

Enfermedad de Letterer-Siwe: aunque entidad rara, debe ser considerada ante cualquier lactante con dermatitis del pañal, severa y/o recalcitrante con lesiones más acusadas en los pliegues. Además del área del pañal suelen estar afectadas otras zonas del cuerpo, sobre todo el cuero cabelludo y área retroauricular. El hallazgo de pápulas purpúricas, petequias, ulceraciones o atrofia de la piel son importantes claves diagnósticas.

INFECCIONES CUTANEAS POR VIRUS DEL GRUPO HERPES

Las erupciones cutáneas debidas a virus del grupo herpes, son erupciones vesiculosas muy evocadoras de infección viral, si se analiza, cuidadosamente, la lesión elemental. Se trata de una vesícula que, rápidamente, se umbilica en su centro, coincidiendo en el curso de la erupción la coexistencia de elementos en distinto estadio evolutivo. Los signos acompañantes son: agrupamiento de las vesículas "en bouquet", prurito o topografía particular (por ejemplo en el cuero cabelludo), terreno adecuado (antecedentes de varicela, dermatitis atópica) y noción de contagio. Estos son los elementos esenciales para identificar, clínicamente, dentro del grupo, al virus responsable.

INFECCIONES CUTANEAS POR HERPES SIMPLE TIPO I

La lesión cutánea producida por el virus herpético es una lesión dolorosa que va acompañada de una fuerte sensación de ardor, de quemazón y formación de vesículas

menudas y agrupadas sobre un fondo muy eritematoso. Estas vesículas tienen tendencia a la umbilicación y a la necrosis, datos de interés clínico diagnóstico. Las vesículas se rompen, forman una costra y se curan en 7-10 días sin dejar cicatriz. Siempre que veamos numerosas vesículas pequeñas y agrupadas sobre un fondo inflamatorio, debemos pensar en el herpes simple tipo I como agente causal del proceso.

Herpes traumático

Se conoce como herpes traumático a la lesión cutánea primaria herpética, la cual puede asentar en cualquier lugar de la superficie cutánea. En el niño pequeño, lo más frecuente es la inoculación del virus herpético a través de una microinjuria o microtrauma de la piel, con frecuencia por el hábito de las madres de depositar un beso en el lugar donde el niño señala que se ha hecho daño, tras una pequeña caída. Lo que se conoce, coloquialmente, como la “enfermedad del besito que cura”. De ahí la importancia de comprobar si alguno de los familiares con los que convive o el propio paciente, presenta un herpes labial.

Recibe el nombre de panadizo herpético, si asienta en los dedos. Este tipo de lesiones, con frecuencia, son mal diagnosticadas como celulitis de etiología bacteriana, sobre todo si son vistas muy precozmente, antes de la aparición de las vesículas.

Infecciones recidivantes por Herpes Simple

Tras la infección inicial el virus herpes tipo 1 puede permanecer acantonado en los ganglios sensoriales, pudiendo luego ser reactivado por numerosos desencadenantes, fiebre, radiación solar, trauma. Las infecciones recurrentes se diferencian de las primarias, en el menor tamaño de las vesículas, su mayor agrupación y la ausencia de síntomas generales, siendo la queja principal la sensación de quemazón local. La localización más frecuente de las infecciones recurrentes son los labios. Si las lesiones son periorbitarias, es necesario descartar la posibilidad de queratitis herpética. En procesos infecciosos graves (neumonía, meningitis meningocócica) la reactivación del virus da lugar a lesiones más extensas y virulentas, pudiendo presentar las vesículas componente hemorrágico.

Eczema variceliforme de Kaposi

Se trata de una infección cutánea difusa por el virus herpes tipo I sobre el terreno de una dermatitis atópica. Se caracteriza por un cuadro de fiebre alta, afectación general e incluso riesgo vital.

La afectación cutánea consiste en la aparición brusca de una erupción vesiculosa difusa, donde inicialmente se puede apreciar la umbilicación de las vesículas distribuidas, principalmente, por las áreas de dermatitis. Asienta con mayor frecuencia en la cara o a nivel de las manos pero, rápidamente, se puede extender al tronco e incluso a todo el cuerpo. Las lesiones evolucionan con rapidez, adquiriendo un aspecto pustuloso con costras que pueden hacer dificultoso su diferenciación con las pústulas del impétigo. La afectación se acompaña, a menudo, de adenopatías, fiebre y afectación del estado general. Las lesiones pueden sobreinfectarse por el estafilococo. Supone una urgencia terapéutica.

Herpes zoster

Es una infección aguda de la piel producida por el virus varicela-zoster. Tras la primoinfección causante de la varicela el virus permanece acantonado en los ganglios sensoriales de las raíces dorsales espinales o en los ganglios de los nervios craneales, hasta su reactivación y subsiguiente propagación del virus, a lo largo del nervio hasta alcanzar la piel, dando lugar a las características vesículas agrupadas de esta enfermedad. El herpes zoster se caracteriza por una erupción pápulo-vesicular segmentaria, sobre base inflamatoria distribuida en forma de banda continua o interrumpida a lo largo del dermatoma cutáneo inervado por el nervio sensorial o

nervio craneal afectado, con grado variable de hiperestesia y dolor. En el niño, el 60 % de los casos se afecta el segmento torácico. En el prepuber, en contraste con el adulto, aunque morfológicamente, la lesión es similar, la sintomatología es más leve, de curso más corto y sin neuralgia. Nos limitaremos a exponer imágenes del zoster oftálmico por las complicaciones que puede llevar aparejadas. Las infecciones asociadas con la rama oftálmica del trigémino (zoster oftálmico) pueden afectar la córnea con keratitis y uveítis y dejar secuelas permanentes. El zoster oftálmico se produce cuando hay afectación de la rama nasociliar del oftálmico, presentando el paciente lesiones cutáneas localizadas en la nariz (signo de Hutchinson).

SARNA

La hembra del *Sarcoptes scabiei* una vez fecundada, excava su madriguera en forma de túnel a través del estrato córneo. Elige zonas pobres en folículos pilosebáceos y de estrato córneo delgado, lo que explica la desigual distribución de las lesiones entre niños y adultos. En el lactante y niño pequeño la localización, incluye, cuero cabelludo, cabeza, cuello, plantas y palmas. En el niño mayor y en el adulto las lesiones asientan en la zona axilar, parte inferior del abdomen y muslos. En sólo unos días se propagará, rápidamente, el proceso.

La erupción presenta un cuadro clínico característico constituido por pápulas, vesículas y surcos lineales pruriginosos, pero con frecuencia, por desgracia, el paciente no presenta este cuadro puro. El lactante suele presentar un cuadro abigarrado de dermatitis aguda con gran número de lesiones, caracterizado, por pápulas eritematosas, excoriaciones, costras y pústulas o puede presentar eczematización, siendo frecuente la impetiginización secundaria. Los surcos, que corresponden a los túneles, son patognomónicos. Se presentan como líneas tortuosas grisáceas o del color de la piel de 5 a 15 mm de longitud, en número variable. La lesión no alterada de la sarna, es una pápula enrojecida que corresponde a la galería del estrato córneo donde se halla alojada la hembra grávida.

El picor es severo e intratable, particularmente, durante la noche. No se presenta hasta las 4-6 semanas de la infestación y es debido a la sensibilización desarrollada por el huésped frente al ácaro o sus productos.

El diagnóstico diferencial depende del tipo de lesión. Sigue vigente la afirmación de que la sarna es a la vez una de las afecciones más fáciles y a la vez más difíciles de diagnosticar en dermatología. Los túneles son prácticamente patognomónicos de la escabiosis humana. En el lactante y niño pequeño las lesiones eczematosas son mal diagnosticadas como dermatitis atópica, dermatitis irritativa, dermatitis seborreica. Otra entidad a descartar en el lactante es la enfermedad de Letterer-Siwe (histiocitosis X). En la sarna falta el componente hemorrágico, presente en la histiocitosis X.

La sospecha de sarna, la morfología y distribución de las lesiones, una historia de picor y lesiones similares en otros miembros de la familia y el examen microscópico del raspado de la piel nos llevarán al diagnóstico correcto.

DERMATITIS FACTICIA , ARTEFACTUAL O PATOMIMIA

Bajo este concepto se agrupan todas las lesiones cutáneas provocadas o perpetuadas de forma consciente o inconsciente, por el propio paciente o por otra persona con la finalidad de satisfacer una necesidad psicológica. Es rara su presentación infantil, con claro predominio de mujeres.

La forma más frecuente de dermatitis artefactual, probablemente, sea la escoriación, a veces lo suficientemente profunda como para causar ulceración. Las lesiones se provocan con medios mecánicos (uñas, objetos puntiagudos, alfileres) o con la aplicación de

substancias químicas, cáusticas o irritantes, sin más límites que la imaginación del enfermo.

Aunque, el aspecto de las lesiones es muy variable en función del método empleado para inducirlos, en general, presentan una serie de características comunes en la mayor parte de los casos. Las lesiones tienen una apariencia singular, peculiar que no recuerdan a ningún proceso dermatológico conocido. Su forma es geométrica o lineal con bordes bien definidos, claramente delimitados de la piel normal y en ocasiones reproducen el objeto causal. Se localizan en zonas accesibles a la manipulación, preferentemente, en zonas visibles. Estas lesiones suelen aparecer de forma repentina y cuando el paciente se encuentra sólo. La rápida curación de la lesión, que según el enfermo es muy resistente a toda forma de terapia anteriormente utilizada, a veces, con la simple aplicación de un vendaje oclusivo y estricta vigilancia del paciente, confirma el carácter de autolesión de la misma. El médico debe descartar que las lesiones sean debidas a maltrato infantil.

En la historia clínica, llama la atención con frecuencia, la incapacidad o falta de interés, por parte del enfermo, para describir las primeras etapas evolutivas de la lesión, contestando con evasivas o comentando que, estas, aparecen completamente formadas. Este tipo de historia suena a "historia hueca". Muchos pacientes tienen un aspecto inocente tipo Mona Lisa, con una actitud de calma y complacencia, lo que se conoce como la "bella indiferencia".

ERITEMA MULTIFORME

Eritema Multiforme

Es una reacción de hipersensibilidad frente a estímulos antigénicos diversos: infecciosos, drogas o alimentos. Su espectro clínico es muy amplio, abarca desde erupciones localizadas de la piel y mucosas, lo que se conoce como Eritema multiforme menor (EMM) hasta procesos multisistémicos severos con formación de numerosas ampollas y erosión severa de membranas mucosas, conocido como Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). Muchos autores consideran que el EMM, el SSJ y la Necroepidermolisis tóxica (NET) representan el espectro continuo (forma leve, moderada, grave) de una misma entidad, generalmente secundaria a drogas o a agentes infecciosos. Los agentes infecciosos más frecuentes son el herpes simple, el virus de Epstein-Barr y el *Mycoplasma pneumoniae*. De la lesión de medicamentos incriminados como agentes causales, los más frecuentes son, las penicilinas, sulfamidas y los antiepilépticos. Probablemente juega un papel la predisposición genética del individuo al desarrollo de éste tipo de respuestas.

Eritema Multiforme Forma Menor

Es un proceso relativamente benigno, autolimitado o recurrente, sin o con poca alteración del estado general. El virus del herpes simple es el causante del 80 % de los casos infantiles, otro agente etiológico reconocido es el virus de Epstein-Barr. Se caracteriza por la aparición brusca, sin pródromos, de lesiones cutáneas eritematosas, redondas u ovales, simétricas, fijas. Cada lesión permanece fija al menos 7 días, pero la erupción puede continuar presentando nuevos brotes, durante un plazo máximo de 3-5 días, lo que contribuye al aspecto multiforme de la erupción. La lesión primaria del EMM es una mácula eritematosa redonda u oval, de color rojo apagado a oscuro o un habón abruptamente marginado, en cuyo centro, se desarrolla una pápula o una vesícula, creando la multiformidad de la lesión. En algunas lesiones, ese centro se aplana, se aclara, formándose a su alrededor, anillos concéntricos con tonos variables de rojo o cianóticos o violáceos, dando lugar a la lesión característica, evocadora, del eritema multiforme, conocida como lesión en iris o diana. Pueden confluir algunas lesiones en diana y ocasionalmente, en el centro de la lesión, se desarrolla una ampolla que evolucionará a

costra. La erupción es simétrica, pruriginosa, puede afectar cualquier parte del cuerpo con predilección por las palmas y plantas y conforme progresan las lesiones se extienden a tronco, cara y cuello. En el EMM puede presentarse el fenómeno de Koebner. No hay alteración de las mucosas o sólo afectación de la mucosa oral (25 %). La enfermedad se resuelve en 3-4 semanas. En el EMM asociado al herpes es frecuente que se produzcan recurrencias.

Puede ser necesario su diferenciación de la urticaria, la cual puede presentar lesiones cuyo aspecto simula a las lesiones en diana.

Eritema Multiforme: lesión evocadora en iris o diana. Estas lesiones, son, característicamente, redondas, bien delimitadas con un área central de necrosis tisular. Las lesiones del EMM son lesiones "fijas", una vez aparecidas permanecen en la misma localización un mínimo de 7 días.

Urticaria: las lesiones son pruriginosas, de configuración variable puede desarrollar formas policíclicas, generalmente, con borde eritematosos y zona pálida central, con cambios de color concéntricos simulando las lesiones en iris o diana. Son lesiones más evanescentes, evolucionan en horas, variando, rápidamente, de un momento a otro, por lo general duran menos de 24h. Es de buena práctica delimitar sus márgenes con un rotulador y observar si se modifican. Asientan en cualquier lugar de la piel, no son simétricas, ni presentan necrosis epidérmica.

Eritema multiforme. Forma Mayor (Síndrome de Stevens-Johnson)

Tras un período prodrómico de 1-14 días de duración, con fiebre, cefalea, dolor de garganta, malestar general, mialgias y artralgias, se presenta de forma brusca la erupción. Las lesiones cutáneas iniciales pueden simular las del EMM, lesiones en iris o diana, pero progresan, rápidamente, desde la formación de ampollas centrales a necrosis epidérmicas severas, con pérdida de extensas láminas de epidermis dejando al descubierto la piel denudada. La afectación mucosa es severa, condiciona la gravedad del cuadro y siempre afecta, como mínimo, a dos superficies mucosas. Las superficies mucosas de los labios, conjuntivas, genitales y recto, pueden presentar ampollas extensas, quedando al romperse éstas, cubiertas de pseudomembranas blancogrisáceas, características costras hemorrágicas o erosiones superficiales y ulceraciones. La afectación ocular puede ser severa con ulceración corneal, queratitis, uveítis. La duración global del cuadro, hasta la completa curación, es de 4-6 semanas. Aunque la curación de las lesiones cutáneas es completa, sin cicatrices, las complicaciones del cuadro pueden ser graves. Se ha comunicado como secuelas: estenosis esofágica, bronquiolitis obliterante y graves lesiones oculares. La mortalidad es del 5-10 %, debida a infecciones secundarias.

BIBLIOGRAFIA

1. Hoekelman RA, Starfield B, McCormick M et al: A profile of pediatric practice in the United States. *AJDC* 1983;137:1057-1060
2. McInerney TK, Roghmann KT, Sutherland SA: Primary pediatric care in one community. *Pediatrics* 1978;61:389-397.
3. Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P. : Estudio del contenido de las consultas en pediatría extrahospitalaria. *An Esp Pediatr* 1990;32:241-245
4. Hayden GF: Skin diseases encountered in a pediatric clinic: a one year prospective study. *Am J Dis Child* 1985;139:36-38.
5. Schahner L, Simons N, Oress S. A statistical analysis of a pediatric dermatology clinic. *Pediatr Dermatol* 1983;1:157-164.
6. Ramnsay DL, Benimoff A. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol* 1981;117:620-622
7. Soriano-Hernandez YL, Orozco-Covarrubias L, Tamayo-Sanchez L, Duran-McKinster C, Sosa de Martinez C, Ruiz-Maldonado R: Exanthems in hospitalized pediatric patients: concordance between pediatric and dermatological diagnosis. *Dermatology* 2002, 204:273-276.
8. Albisu Y. Atlas de Dermatología Pediátrica. Diagnóstico visual. Madrid. Ed. Ergón. 2005.