

¿Qué tiene en común la dermatitis del pañal en niños con la de adultos y ancianos?

What does diaper dermatitis have in common in children with adults and the elderly?

Saldaña M¹, Escandón-Pérez S⁴, Tirado-Sánchez A¹, Arellano I², Bonifaz A³

La dermatitis del pañal es un padecimiento frecuente y causa importante de consulta dermatológica pediátrica por el uso constante de pañales desechables. Es una clásica dermatitis aguda, irritante e inflamatoria, localizada en el área perianal y periné que afecta comúnmente a niños en los primeros meses hasta los dos años de edad; sin embargo, también puede afectar a adultos y ancianos por el uso de pañales en pacientes con incontinencia urinaria, postrados en cama (por largos periodos) o con enfermedades mentales, como la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer.^{1,2}

La causa más común de dermatitis del pañal es la dermatitis por contacto irritativa, en niños afecta a 25% de la población, desencadenada por el uso de pañales desechables que están en contacto prolongado con diferentes factores locales, como la orina, enzimas fecales (lipasas, proteasas), humedad, maceración, preparados tópicos irritantes; sin embargo, existen múltiples padecimientos simuladores que deben considerarse. En la dermatitis del pañal del adulto no se conocen datos precisos debido a que existen pocos estudios reportados, no se conoce bien la patogénesis como en los niños; sin embargo, se ha observado que los factores desencadenantes son los mismos y el número de casos se incrementa cada vez más.^{2,3}

Se ha visto aumento en la prevalencia de infección por *Candida* spp asociada con dermatitis del pañal. La especie de *Candida*

¹ Servicio de Dermatología.

² Jefa del servicio de Dermatología.

³ Departamento de Micología.

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

⁴ Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac, Ciudad de México.

Recibido: noviembre 2016

Aceptado: enero 2017

Correspondencia

Dra. Mariana Saldaña
lilia_14@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Saldaña M, Escandón-Pérez S, Tirado-Sánchez A, Arellano I, Bonifaz A. ¿Qué tiene en común la dermatitis del pañal en niños con la de adultos y ancianos? Dermatol Rev Mex. 2017 mayo;61(3):264-266.

que se aísla con más frecuencia en adultos sigue siendo *Candida albicans*, pero en un número más bajo que en los niños, y es de resaltar que del segundo grupo de *Candida* no *albicans* resalta *Candida glabrata* con mayor prevalencia y tratamiento más difícil, en particular por la resistencia adquirida que puede desarrollar a fluconazol, que es el tratamiento oral de elección, y a algunos imidazoles tópicos, mientras que en los niños hay predominio de *Candida albicans* y los factores de riesgo son la administración de antibióticos de amplio espectro y la diarrea; sin embargo, es sensible a la mayor parte de los tratamientos.⁴⁻⁶

Las manifestaciones clínicas en ambos grupos son similares, afectan las nalgas, el periné, las ingles y algunas veces los genitales; la dermatitis del pañal está constituida por eritema, pápulas, pústulas, escama, fisuras superficiales y con menos frecuencia se observan lesiones de aspecto "pseudoverrugoso". Se asocia con infección por *Candida* entre 60 y 80% y clínicamente se observan placas eritematosas con pápulas y pústulas y lesiones satélites; los casos severos también cursan con erosiones y ulceraciones. En general, los síntomas son prurito y dolor tipo ardoroso, pero es difícil evaluar estos síntomas, sobre todo en los pacientes con alteraciones mentales (Figura 1).^{2,3,6}

El diagnóstico es clínico, pero debe descartarse la asociación con *Candida* spp. Esto puede realizarse en el laboratorio con un examen directo (KOH 10%), observando la existencia de pseudohifas y blastoconidios y, en el caso de *Candida glabrata*, sólo cúmulos de blastoconidios. Los cultivos son de utilidad para definir la especie en Sabouraud dextrosa agar y medios cromogénicos (CHROMagar *Candida*)^{2,6}

La clave del tratamiento es la prevención. El cambio constante de los pañales desechables reduce la oclusión y el contacto de agentes irritantes, como orina y heces fecales. En niños y en adultos,



Figura 1. Dermatitis del pañal asociada con *Candida*. Examen directo de cúmulos de blastoconidios de *Candida glabrata*.

la aplicación de cremas que sirvan como barrera o emolientes como la vaselina, lanolina u óxido de cinc, sobre todo en los pacientes que padecen incontinencia urinaria, puede ser de utilidad.^{7,8}

Si las medidas convencionales fallan en la dermatitis del pañal moderada a severa, pueden administrarse corticoesteroides y antimicóticos tópicos. Debido a que la mayoría de los casos son causados por *Candida albicans*, generalmente se obtiene buena respuesta terapéutica a los antimicóticos. La nistatina, clotrimazol, ciclopirox, bifonazol, miconazol, ketoconazol, sertaconazol son antifúngicos que pueden prescribirse cuando hay infección por *Candida* spp, sobre todo en la dermatitis del pañal que dura más tiempo del usual, y los esteroides de baja potencia como la hidrocortisona se administran para reducir la inflamación y por corto tiempo (una a dos semanas), siempre y cuando la dermatitis del pañal no se asocie con infecciones bacterianas o micóticas.^{4,8-10}

En conclusión, la dermatitis del pañal es una condición muy frecuente en niños y se está incrementando en adultos. Se asocia con el uso de pañales desechables oclusivos, que al estar en contacto con agentes irritantes, como la orina

y las heces, crean un ambiente que daña la piel, haciéndola susceptible a infecciones por hongos y bacterias. El tratamiento debe estar orientado a la prevención, cambio constante del pañal y al uso de cremas de barrera.

REFERENCIAS

1. Klunk C, Domingues E, Wiss K. An update on diaper dermatitis. *Clin Dermatol*. 2014; 32:477-487.
2. Bonifaz A, Saldaña M, Escandón-Pérez S, Tirado-Sánchez A. Diaper dermatitis in elderly. *J Dermatit* 2016;1:1.
3. Ravanfar P, Wallace JS, Pace NC. Diaper dermatitis: a review and update. 2012; 24:472-479.
4. Coughlin C, Eichenfield LF, Frieden IJ. Diaper dermatitis: clinical characteristics and differential diagnosis. *Pediatric dermatol* 2014;31:19-24.
5. Fourer N, Vanzo R, Meaume S, Senet P. Prospective aetiological study of diaper dermatitis in the elderly. *Br J Dermatol* 2006;155:941-946.
6. Bonifaz A, Rojas R, Tirado-Sánchez A, Chávez-López D, Mena C, Calderon L, et al. Superficial mycosis associated with diaper dermatitis. *Mycopathologia* 2016;181:671-679.
7. Boiko S. Treatment of diaper dermatitis. *Dermatol Clin* 1999;17:235-240.
8. Stamatas GN, Tierney N. Diaper dermatitis: etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatric Dermatology* 2014;31:1-7.
9. Mohamadi J, Motaghi M, Panahi J, Havasian MR, et al. Anti-fungal resistance in candida isolated from oral and diaper rash candidiasis in neonates. *Bioinformation* 2014;27:667-670.
10. Bonifaz A, Tirado-Sánchez A, Graniel MJ, Mena C, et al. The efficacy and safety of sertaconazole cream (2%) in diaper dermatitis candidiasis. *Mycopathologia* 2013;175:249-254.