

DERMATITIS DEL PAÑAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

Autora: Mar Muñoz Adrover, R1

Tutora: María del Carmen Vicent Castelló

Servicio de pediatría interna hospitalaria: **sección lactantes**

ÍNDICE

1. Caso clínico
2. ¿Qué es la psoriasis?
3. Epidemiología
4. Clínica
5. Diagnóstico
6. Diagnóstico diferencial
7. Tratamiento
8. Conclusiones
9. Bibliografía

1. CASO CLÍNICO

Lactante de 11 meses que acude a Urgencias derivada desde AP por **dermatitis del pañal sobreinfectada** de **1 mes** de evolución aproximadamente

Presentaba una clínica de eritema en zona del pañal con sospecha de escaldadura y lesiones satélites además de lesiones eritemato-descamativas generalizadas en tronco, extremidades superiores e inferiores



1. CASO CLÍNICO



30/03 Acudía a su revisión de salud y ya se objetivaron las lesiones comentadas



Se recoge **cultivo** de las lesiones y se pauta **Amoxicilina-clavulánico** oral (50 mg/kg) y **fungarest tópico** (Ketoconazol)

1. CASO CLÍNICO



08/04 en el cultivo crece un **SARM**
(resistente a Amoxicilina-clavulánico)



Se cambia antibiótico oral a **Septin**
(**Trimetoprim-sulfametoxazol**) y
fluconazol oral

1. CASO CLÍNICO



11/04 Acuden de nuevo a AP por no mejoría de las lesiones en el área del pañal y en tronco, y además, aparece un exantema generalizado de novo, con lo que se sospecha una **reacción medicamentosa** y es derivada a Urgencias del hospital

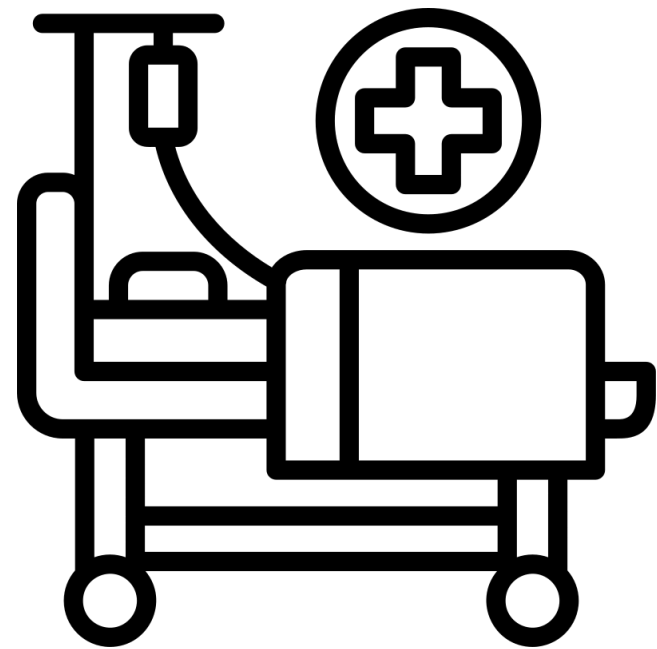
1. CASO CLÍNICO



En urgencias se realiza **AS** donde se objetiva una **leve leucocitosis, sin elevación de los reactantes de fase aguda** y se extraen cultivos bacteriológicos y para hongos.

- Cultivo bacteriológico del área del pañal: positivo para *S. aureus* y *E.coli*.
- Cultivo para hongos: negativo

1. CASO CLÍNICO

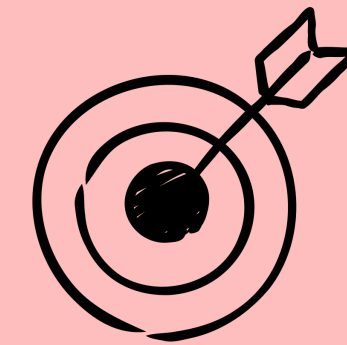
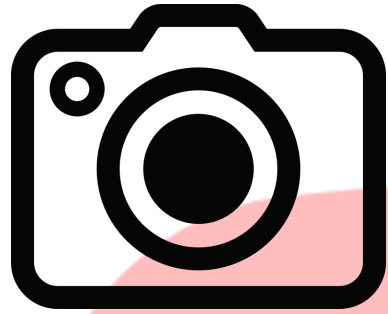


Se decide ingreso para Antibioterapia IV:

- **Teicoplanina (10 mg/Kg) + Mupirocina tópica** para las lesiones sobreinfectadas por SAMR
- **Se retira el Septrin** (Trimetoprim-sulfametoxazol)

1. CASO CLÍNICO

LESIONES AL INGRESO

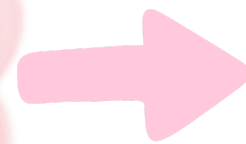


Durante el ingreso se realiza IC a Dermatología, diagnostica a la paciente de **Psoriasis**

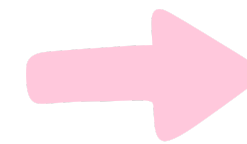
2. ¿QUÉ ES LA PSORIASIS?

La psoriasis es una enfermedad **inflamatoria** de curso **crónico**, caracterizada por lesiones cutáneas **eritematosas y descamativas**

RETO
DIAGNÓSTICO



SOLAPAMIENTO CLÍNICO,
CON OTRAS
ENFERMEDADES
ERITEMATO-
DESCAMATIVAS



RIESGO DE COMORBILIDAD
Y
CALIDAD DE VIDA

3. EPIDEMIOLOGÍA

La psoriasis es una enfermedad **frecuente**, con una prevalencia del **1%** en la edad pediátrica. Afecta por igual a ambos sexos, independientemente de la edad



1/3 de los pacientes refieren el comienzo de la enfermedad en las dos **primeras décadas** de la vida

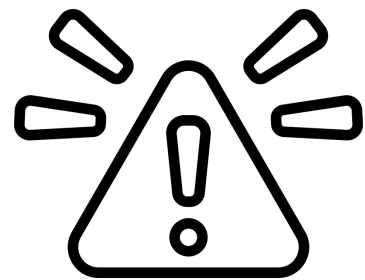


4% de las consultas dermatológicas en menores de **16 años**



Aumento de su incidencia en los últimos **40 años**

4. CLÍNICA



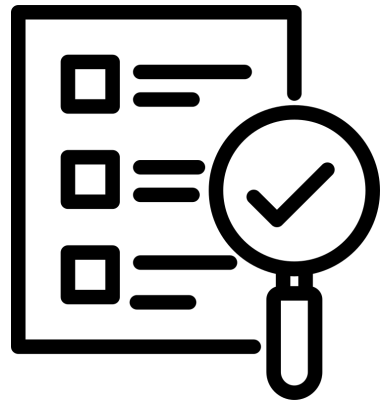
La psoriasis en la infancia presenta, en muchas ocasiones, un cuadro clínico **diferente** al de los adultos, tanto en **distribución** como en **morfología**.

La forma más frecuente es la psoriasis en **placas**, con afectación predominante de zonas de **extensión** (codos y rodillas) y **tronco** (región lumbosacra) y **cuero cabelludo** distribuidas de manera bilateral y simétrica

Son pápulas o placas **eritematosas**, de **bordes netos** y con una **descamación blanquecina** que, de forma clásica, se designa como **micácea**



4. CLÍNICA

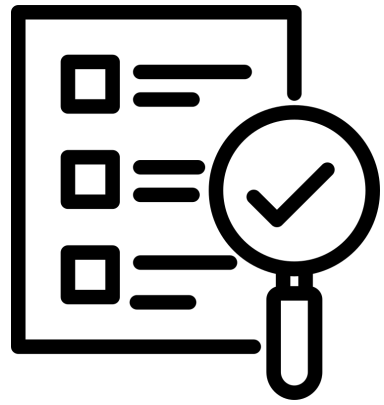


Particularidades de la psoriasis en la **infancia**:

- Afecta sobre todo a la **cara, pliegues** (zonas flexurales) y **área del pañal**; en estas últimas la descamación es casi **imperceptible**
- Las lesiones pueden tener forma anular o irregular, y es frecuente el **fenómeno de Koebner** (lesiones que aparecen por roces o traumatismos)
- Las **lesiones ungueales** son menos frecuentes, especialmente en lactantes
- Suele haber **prurito**, a veces por el solapamiento con lesiones eccematosas de otras causas



4. CLÍNICA



Particularidades de la psoriasis en la **infancia**:

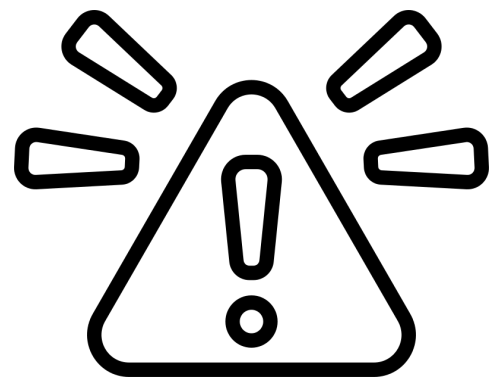
- Afecta sobre todo a la **cara, pliegues** (zonas flexurales) y **área del pañal**; en estas últimas la descamación es casi **imperceptible**
- Las lesiones pueden tener forma anular o irregular, y es frecuente el **fenómeno de Koebner** (lesiones que aparecen por roces o traumatismos)
- Las **lesiones ungueales** son menos frecuentes, especialmente en lactantes
- Suele haber **prurito**, a veces por el solapamiento con lesiones eccematosas de otras causas



5. DIAGNÓSTICO



El diagnóstico es **clínico**



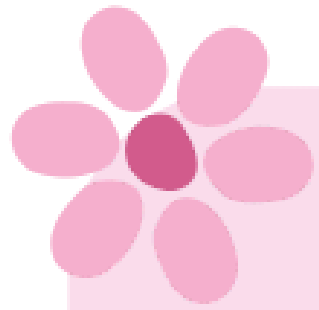
Presentaciones **atípicas**, es necesaria la **biopsia cutánea** para confirmación histológica.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatitis atópica, dermatitis seborreica, candidiasis del pañal, dermatofitosis, escabiosis, Histiocitosis de células de Langerhans ...

Entidad	Localización típica	Aspecto de las lesiones	Prurito	Pista clave
Psoriasis del lactante	Cara, pliegues, zona del pañal	Placas eritematosas bien delimitadas , descamación escasa en pliegues	Moderado	Fenómeno de Koebner, puede ser anular, distribución en áreas de roce
Dermatitis del pañal	Mejillas, superficies extensoras (inicio)	Lesiones mal delimitadas , secas	Intenso	Mucho picor, irritabilidad, antecedentes atópicos
Candidiasis del pañal	Zona del pañal (incluye pliegues)	Eritema rojo intenso, brillante, con lesiones satélite	Variable	Afecta pliegues + satélites (clave para diferenciar)

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



Bien delimitado →

Psoriasis

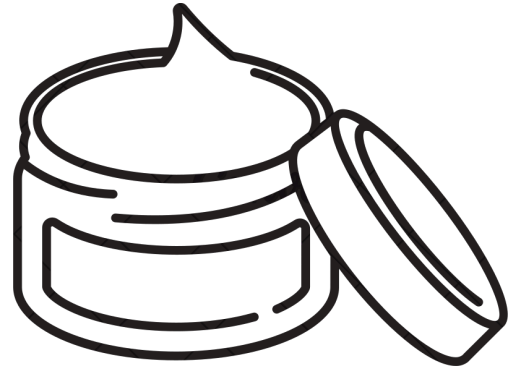
Prurito intenso →

Dermatitis atópica

Eritema intenso + satélites →

Candidiasis del pañal

7. TRATAMIENTO

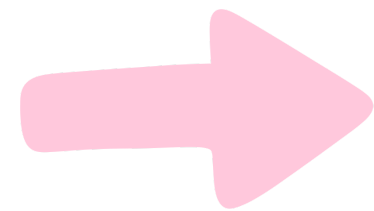


Tratamiento de primera elección: **Corticoide tópico**

***Tratamiento sistémico** debe limitarse a las formas **moderadas-graves** como en la psoriasis en placas extensas, las psoriasis eritrodérmica, la pustulosa o la artropática, de curso más agresivo.

Tratamientos sistémicos:

- Fototerapia
- Retinoides
- Ciclosporina
- Metrotrexato
- Biológicos



*Biológicos:

- Formas no controlables con tratamiento tópico y muy extensas
- Limitación funcional
- Eritrodermia o asociada a artropatía psoriásica

5. TRATAMIENTO



Volviendo al caso clínico...

La paciente se fue de alta con el siguiente tratamiento_

- Para el cuerpo: **SUNIDERMA** (hidrocortisona aceponato) 1 vez al día por la noche
- Para la zona del pañal: **ELIDEL** (pimecrolimus) y **SUNIDERMA** 1 vez al día
- Para el cuero cabelludo: vaselina 1 vez al día por las noches
- Tratamiento oral para continuar pauta antibiótica para el SAMR:
Claritromicina (125mg/5ml) a 15 mg/Kg/día

6. CONCLUSIONES

1. **La psoriasis en la infancia, es una enfermedad frecuente pero infradiagnosticada.**

Puede pasar desapercibida o confundirse con otras dermatosis infantiles, especialmente en lactantes.

2. **Presentación clínica diferente al adulto.**

En niños: lesiones más finas, menos descamativas, más frecuentes en cara, pliegues y zona del pañal, lo que complica el diagnóstico.

3. **Tratamiento escalonado y sin guías firmes en niños**

- Primera línea: tratamientos tópicos (muchas veces suficientes)
- Casos graves: sistémicos o biológicos
- Limitación: falta de estudios específicos en población pediátrica

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Azaña Defez JM, Martínez Martínez ML. Psoriasis en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* [Internet]. 2016 [citado 27 abr 2026]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-05/psoriasis-en-la-infancia-y-adolescencia/>
2. Actas Dermosifiliogr [Internet]. Artículo S0001731024005970 [citado 27 abr 2026]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731024005970>
3. Vicente A. Psoriasis en la infancia. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2014 [citado 27 abr 2026]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-psoriasis-infancia-S1696281814702161>
4. Psoriasis pediátrica. *Practicum Dermatología* [Internet]. [citado 27 abr 2026]. Disponible en: <https://practicumdermatologia.com/psoriasis-pediatica/>
5. Psoriasis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020 [citado 27 abr 2026]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522020000300106

DERMATITIS DEL PAÑAL DE MALA EVOLUCIÓN EN EL LACTANTE

Autora: María del Mar Muñoz Adrover, R1

Correo: marmadrover@gmail.com