

Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

[Lunares en la infancia: qué hay que vigilar y cómo hacerlo, Ángel Pizarro](#)

[Tumores cutáneos en neonatos, Margarita Larralde de Luna](#)

[Exantemas en la infancia: claves diagnósticas, Asunción Vicente](#)

[Manejo en el diagnóstico de las eritrodermias neonatales, Ángela Hernández](#)

[Urgencias en Dermatología pediátrica, Minia Campos](#)

[¿Cómo diagnostica y trata la dermatitis atópica un alergólogo, un pediatra y un dermatólogo?, Tania Teresa Ramos Geldres, Paula Cabrera, Eulalia Baselga](#)

[Innovación en Dermatología pediátrica, Marta Feito Rodríguez](#)

[¿Es útil el láser en la edad pediátrica?, Ignacio Sánchez-Carpintero](#)

[¿Debe tratarse el vitíligo en la infancia?, Elena Tévar](#)

[¿Cuándo debe indicarse anestesia general o local en procedimientos quirúrgicos dermatológicos?, Francisco Reinoso](#)

[Claves diagnósticas en las dermatosis facticias y abusos, Raúl de Lucas](#)

Lunares en la infancia: qué hay que vigilar y cómo hacerlo, Ángel Pizarro

La principal razón para vigilar los lunares a cualquier edad, incluida la infancia, es que se pueden comportar como marcadores de riesgo, simuladores y precursores de melanoma. El melanoma en la infancia es muy poco frecuente, especialmente en menores de 10 años, y su aspecto clínico suele diferir del habitual en melanomas de adultos, lo que puede dificultar su diagnóstico precoz (Schaffer JV, Clin Dermatol 2015;33:368). En esta ponencia comentaré los 3 escenarios que me parecen más relevantes en relación con la vigilancia de lunares en la infancia: 1) nevos melanocíticos congénitos; 2) niños con muchos lunares mayoritariamente adquiridos; y 3) nevos de Spitz-Reed y tumores melanocíticos spitzoides.

1. Nevos melanocíticos congénitos

Son lunares ya presentes al nacimiento. Tradicionalmente se han clasificado según su tamaño. Una propuesta reciente considera también su localización, nº de lunares “satélites”, heterogeneidad en el color, rugosidad en superficie, presencia de nódulos y pilosidad (Krengel S et al. J Am Acad Dermatol 2013;68:441). Los lunares congénitos de gran tamaño pueden plantear problemas por su repercusión cosmética y psicológica sobre el niño, por la posibilidad de simular un melanoma (sobre todo ante la presencia de nódulos proliferativos y focos erosionados o ulcerados) y por la posibilidad de dar lugar a un verdadero melanoma a nivel cutáneo. Pueden asociarse a melanosis neuromeníngea. La melanosis neuromeníngea sintomática y el melanoma en el sistema nervioso central tienen mal pronóstico y pueden suponer riesgo vital para el niño.

La repercusión cosmética y psicológica de algunos nevos congénitos medianos y de la mayoría de los grandes y gigantes puede justificar una intervención destinada a eliminar total o parcialmente al nevo, procurando el mejor resultado cosmético y funcional posible. La eliminación en profundidad de los lunares de gran tamaño rara vez es completa y el riesgo de melanoma no desaparece por completo.

La malignización de los nevos melanocíticos congénitos, incluyendo los grandes y gigantes, es mucho menos frecuente de lo que se pensaba hace varias décadas (Krengel S y Marghoob AA, Dermatol Clin 2012;30:377). Sí parece claro que el riesgo aumenta con el tamaño, así como que en los de mayor tamaño es más frecuente la malignización en los primeros 10 años de vida, y que puede iniciarse en el componente profundo del lunar, lo que dificulta el diagnóstico precoz. La dermatoscopia no sería apenas de utilidad para vigilar los nevos congénitos grandes y gigantes, pero puede ser muy útil en el seguimiento de muchos nevos congénitos medianos y pequeños, en los que la malignización es excepcional antes de los 10 años y muy poco frecuente entre los 10 y 20 años (Moscarella E et al, Dermatol Clin 2013;31:535).

Los pacientes con mayor riesgo de melanosis neuromeníngea son los portadores de nevos congénitos de gran tamaño con abundantes lesiones “satélites”, así como los

portadores de un número elevado de nevos congénitos, con independencia de su tamaño. La resonancia magnética nuclear en casos bien seleccionados puede ayudar a identificar casos asintomáticos, así como a evaluar y vigilar casos con síntomas neurológicos y/o sugestivos de degeneración maligna.

2) Niños con muchos lunares mayoritariamente adquiridos

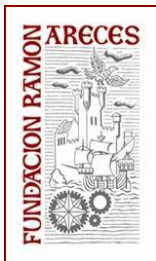
El riesgo de melanoma en estos niños puede estar ligeramente aumentado, siendo en cualquier caso excepcional antes de los 10 años y muy infrecuente entre los 10 y 20 años (Schaffer JV, Clin Dermatol 2015;33:368). La existencia de familiares cercanos con melanoma aumenta algo el riesgo. Los melanomas en la edad pediátrica no se ajustan con frecuencia a la regla ABCDE clásica para diagnóstico de melanoma, y se ha propuesto una regla ABCD complementaria para ser aplicada en niños (Cordoro KM et al, J Am Acad Dermatol 2013;68:913). La dermatoscopia, tanto manual como digital, puede ser de ayuda en la evaluación y seguimiento de los niños que se consideren de mayor riesgo o más difícil vigilancia. La dermatoscopia digital facilita monitorizar cambios. La presencia de lunares nuevos y en crecimiento es habitual en niños, y también lo son los lunares con cambios involutivos. Hay que estar familiarizado con ello y saber interpretar los cambios para evitar un número innecesariamente elevado de extirpaciones. Algunos cambios con ganancia de atipia pueden ser tan problemáticos en niños como en adultos y harían aconsejable la extirpación de ese lunar.

Ante un niño con tendencia a presentar muchos lunares se debe insistir a los padres en la importancia de aplicar medidas adecuadas de protección solar, con énfasis en evitar quemaduras. Las quemaduras solares en la infancia y adolescencia son un factor de riesgo bien conocido para presentar melanoma en la edad adulta, riesgo que aumenta en individuos con muchos lunares y/o lunares atípicos.

3) Nevos de Spitz-Reed y tumores melanocíticos spitzoides.

Estos lunares son problemáticos casi desde cualquier punto de vista desde el que se aborden (concepto y clasificación, aspecto clínico, dermatoscopia, manejo inicial, histología, estudios moleculares, indicación de biopsia de ganglio centinela, etc.). Muchos de estos lunares pueden simular un melanoma sin serlo y algunos pueden mostrar capacidad metastatizante, con frecuencia de forma selectiva y limitada a los ganglios linfáticos regionales.

Estos tumores se pueden agrupar en nevos de Spitz-Reed convencionales, tumores spitzoides atípicos o de potencial maligno incierto y melanomas spitzoides. Técnicas de diagnóstico molecular como FISH y CGH pueden ayudarnos a definir la posible malignidad en casos dudosos, pero obviamente no son de ayuda para decidir su manejo inicial, es decir, si optamos por vigilar o extirpar de entrada un lunar con aspecto clínico y/o dermatoscópico spitzoide. Algunos expertos recomiendan actualmente la extirpación sistemática de cualquier lunar spitzoide a partir de los 12 años, restringiendo la



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

extirpación en niños más pequeños a las lesiones que presenten algún dato atípico o problemático (Moscarella E et al, Dermatol Clin 2013;31:535). Personalmente me decanto por indicar su extirpación a cualquier edad, aunque entiendo como razonable una actitud algo menos intervencionista si es llevada a cabo por dermatólogos con mucha experiencia en este tipo de lunares, vigilándolos con dermatoscopia. La involución no problemática de algunas de estas lesiones está bien ilustrada en la literatura médica, aunque no hay criterios claros que nos permitan predecir cuáles van a estabilizarse o involucionar a medio plazo y cuáles podrían crecer de forma rápida y/o mostrar cambios problemáticos durante su seguimiento.

VOLVER

Tumores cutáneos en neonatos, Margarita Larralde de Luna

Se presentara en forma interactiva, diferentes tipos de tumores de aparicion al nacimiento,que en ocasiones remedan lesiones vasculares.

Se presentaran casos de hamartoma angiomaso ecrino de la infancia, con sus características, clinicas,histopatologicas, etc

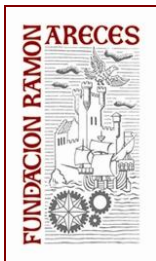
- Entidad poco frecuente caracterizada por la combinacion histologica de proliferacion de elementos vasculares y ecrinos
- Afecta a ambos sexos por igual
- Pueden ser congenitos o adquiridos
- Solitarios o multiples
- Se arriba al diagnostico por histologia
- El tratamiento es quirurgico en ocasiones

Hemangiomas congenitos(RICH),con sus multiples presentaciones,e histopatologia

- Lesions completamente desarrolladas al nacimiento.
- Tendencia a la rapida involucion
- Glut-1 negativo

Miofibromatosis con sus características clinicas e histopatologicas

- Raro tumor fibroso de la infancia
- Solitario or multiple



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

- Puede presentar compromiso sistémico
- Puede involucionar espontáneamente o requerir tratamiento sistémico

Fibrosarcoma congénito infantil

- Raro tumor mesenquimático
- Mas común en extremidades
- Pocos casos en el periodo neonatal
- El pronóstico es relativamente bueno comparado a los adultos
- Vimentina (+)
- Translocación t(12,15)(p13,q25)
- Tratamiento quirúrgico post tratamiento

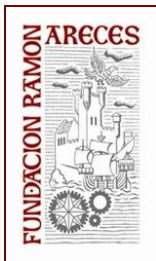
VOLVER

Exantemas en la infancia: claves diagnósticas, Asunción Vicente

Los exantemas son uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de pediatría y dermatología pediátrica constituyendo en muchas ocasiones un desafío diagnóstico.

Usamos el término exantema, erupción o “rash” para denominar un cuadro cutáneo caracterizado por lesiones eritematosas de morfología variable, de distribución más o menos generalizada y de aparición súbita que se pueden acompañar de fiebre u otros síntomas constitucionales.

Evaluar a un niño con un exantema no es fácil, dado que implica muchas enfermedades y el diagnóstico etiológico es muchas veces difícil. En ocasiones hay que ofrecer un tratamiento inmediato o incluso hospitalizar o aislar al niño para evitar contactos con embarazadas u otros pacientes inmunodeprimidos. Es sabido, que el exantema, implica entidades de muy diferente pronóstico desde enfermedades muy leves a enfermedades potencialmente muy graves o incluso mortales.



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

Las causas de exantema en el niño abarcan enfermedades infecciosas, alérgicas, fármacos o enfermedades inmunológicas y reumatológicas. Sin embargo, la mayoría de erupciones que presentan los niños son de origen viral, específicas o inespecíficas y habitualmente, autolimitadas en su evolución.

Los exantemas clásicos de la infancia (sarampión, rubeola, eritema infeccioso y exantema súbito) tienen una presentación clínica muy característica que orienta al diagnóstico. Los exantemas reactivos a infecciones víricas (síndrome de Gianotti-Crosti, exantema laterotorácico unilateral, pitiriasis rosada de Gibert, síndrome papular purpúrico en guantes y calcetines y pseudoangiomatosis eruptiva) presentan un cuadro fácilmente reconocible pero es un patrón de respuesta común a diferentes infecciones víricas y vacunaciones.

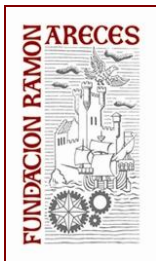
En la práctica diaria lo más común son exantemas virales inespecíficos comunes a una gran variedad de virus que dificultan en gran medida el diagnóstico.

Para valorar un niño con un exantema se debe hacer una historia clínica detallada (pródromos, síntomas acompañantes como tos, diarrea, fiebre, clurito, contacto con otros enfermos, antecedentes de exposición a fármacos o alérgenos y antecedentes personales y familiares). Se debe hacer una evaluación exhaustiva del estado general del paciente y de las características de la erupción para buscar signos clave que nos faciliten el diagnóstico (erupción eritematosa de mejillas, erupción en patrón reticulado, lesiones en pabellones auriculares y nalgas, lesiones purpúricas, distribución hemicorporal, lesiones palmoplantares, etc.).

En ocasiones es necesario solicitar pruebas de laboratorio (hemograma, bioquímica, cultivos bacterianos, serologías y PCR) y biopsia cutánea. Hay tres pruebas rápidas de laboratorio que nos ayudaran a orientar a nuestros pacientes: gram, KOH y test de Tzanck.

Hay que recordar que los resultados de laboratorio en general no estarán disponibles en el momento de la evaluación inicial por lo que la mayoría de los exantemas en el niño tienen un diagnóstico clínico y van a ser los datos de la exploración las claves que nos van a orientar el diagnóstico en la mayoría de los casos.

VOLVER



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

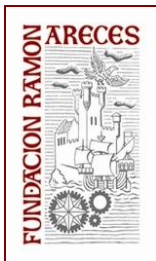
Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

Manejo en el diagnóstico de las eritrodermias neonatales, Ángela Hernández

El término eritrodermia define un trastorno generalizado de la piel caracterizado por eritema difuso y un grado variable de descamación que afectan a más del 90% de la superficie corporal. En los neonatos, la eritrodermia es un proceso infrecuente pero potencialmente grave, ya que suele conllevar una importante alteración de la barrera cutánea. La eritrodermia neonatal ser la primera de manifestación de enfermedades genéticas, inflamatorias o infecciosas, y el diagnóstico diferencial no siempre es sencillo. En los primeros días de la vida del niño, lo más importante mantener el equilibrio hidroelectrolítico, vigilar la temperatura corporal y evitar las infecciones, que son complicaciones potencialmente letales. Posteriormente, los estudios complementarios serán imprescindibles para llegar al diagnóstico etiológico. En particular, el análisis histológico es de gran utilidad, ya que existen unos patrones histológicos orientativos para cada grupo de enfermedades. Por otro lado, la edad de aparición del proceso, los antecedentes familiares y la asociación a otras manifestaciones sistémicas nos darán las claves para el diagnóstico. La terapia debe adaptarse a cada caso en función del proceso causante de la enfermedad.

VOLVER



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

Urgencias en Dermatología pediátrica, Minia Campos

La patología dermatológica constituye un porcentaje importante de los motivos de consulta dentro de las urgencias pediátricas. Según el contexto de la atención, estas urgencias son manejadas por por pediatras, médicos de Atención Primaria y solo en un porcentaje pequeño de los casos por dermatólogos. Por tanto, es importante formar a todas las especialidades pediátricas en las entidades más frecuentes, con asociaciones potencialmente graves o que requieren derivación al especialista.

Dada la extensión del tema, en esta ponencia se tratarán únicamente algunos grupos de entidades con importantes novedades en los últimos años o con especiales dificultades para el diagnóstico diferencial.

LESIONES VASCULARES

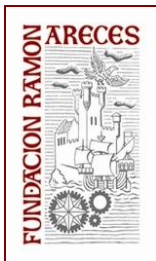
Las lesiones vasculares pueden presentarse en urgencias bien por su debut o bien por sus complicaciones, de las cuales la más frecuente es la ulceración del hemangioma infantil. La ulceración requiere un tratamiento triple: del dolor, de la probable sobreinfección bacteriana y del propio hemangioma. Las entidades con coagulopatía tipo Kasabach-Merritt son mucho menos frecuentes de lo que se pensaba hace años.

EXANTEMAS VESICULOSOS

Durante años, la mayor dificultad en este grupo residía en reconocer el eccema herpeticum por sus potenciales riesgos. Los exantemas vesiculosos englobados bajo el nombre de "síndrome de Gianotti-Crosti" solían ser aparatosos pero con curso muy benigno. En los últimos años el diagnóstico dentro de este grupo se ha complicado por la aparición de varicelas atípicas en niños vacunados y nuevas formas clínicas de la infección por enterovirus, sobre todo del grupo Cocksackie, que pueden ser muy difíciles de distinguir de un eccema herpeticum.

LESIONES ANULARES, DIANIFORMES Y NUMULARES

Este grupo de lesiones presenta gran dificultad para el diagnóstico diferencial. En el niño es más frecuente la presencia de lesiones anulares o incluso dianiformes en la urticaria aguda convencional. Esta suele tener etiología infecciosa en la mayoría de los casos. No se debe olvidar en este grupo el edema agudo hemorrágico del lactante ni el eritema multiforme.



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

DERMATITIS FACTICIAS

Los servicios de Urgencias serán los receptores en la mayoría de los casos de las dermatitis facticias, con o sin trastornos conversivos asociados. Se explicarán los pasos a seguir para detectar los posibles casos y el manejo adecuado .

ENTIDADES CON REPERCUSIÓN SISTÉMICA

Se repasarán las claves clínicas de la enfermedad de Kawasaki, púrpura de Schönlein-Henoch, sepsis meningocócica y síndrome de la piel escaldada estafilocócico. Se nombrarán las novedades recientes en cuanto a la patología cutánea asociada a la infección por Mycoplasma.

CONCLUSIONES

No todas las patologías dermatológicas que aparecen en Urgencias requieren un tratamiento urgente. El conocimiento clínico evita el sobretratamiento, el tratamiento inadecuado y facilita el manejo precoz de entidades potencialmente graves.

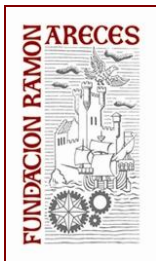
VOLVER

¿Cómo diagnostica y trata la dermatitis atópica un alergólogo, un pediatra y un dermatólogo?

Tania Teresa Ramos Geldres

La Dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica con ciertos factores condicionantes que interactúan en mayor o menor grado entre si, como son la mutación del gen de la Filagrina(en 10% de aquellos con ascendencia europea), ambientales, función de barrera epidérmica alterada y disfunción del sistema inmune Esta condición puede estar acompañada o en el seguimiento acompañarse de otras condiciones:Marcha alérgica(1,2) La prevalencia a nivel mundial varía entre el 10-20% de niños (1), considerándose que el 80% de ellos son diagnosticados y manejados en atención primaria. (3)

El diagnóstico es clínico con ciertas diferencias de presentación según grupo etáreo y tipo de piel(en menores de 2 años: afectación predominante de cara, mejillas, cuero cabelludo y areas extensoras y en niños mayores la distribución típica de areas flexoras, cheilitis y fisuras detrás de las orejas). El prurito es el criterio mayor que siempre esta presente(Criterios de Hanifin y Rajka)



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

El manejo debe ser multimodal con la educación como la base de un buen manejo y control de brotes a largo plazo. La educación respecto a lo que es la enfermedad y los factores que contribuyen a su presentación ayudarán de forma significativa a explicar que los cuidados de la piel son básicos con el objetivo de reducir la frecuencia y severidad de brotes .

El manejo en Atención Primaria implica los siguientes aspectos :

1. Educación sobre la enfermedad en cuanto a cronicidad, factores predisponentes y respuesta de dudas.
2. Educación sobre los cuidados de la piel en la primera visita y con refuerzo en cada visita. Se ha demostrado que las recomendaciones en cuanto a cuidados de la piel y el tratamiento farmacológico por escrito mejoran la adherencia al manejo óptimo que queremos(ANEXO 1).
3. Tratamiento médico en los brotes de dermatitis atópica. Los corticoides tópicos de baja potencia son los de elección, evitando usar los de mayor potencia en cara y pliegues. Los inhibidores de la calcineurina tópicos pueden usarse en caso de 4 o más brotes al año(tratamiento proactivo) o en cara y hasta el momento se han mostrado seguros en niños(3,4,5). (TABLA 1)
4. Tratamiento antimicrobiano en caso de sobreinfección bacteriana y/o viral.
5. Considerar el efecto sobre la calidad de vida del paciente y de la familia: alteración del ritmo del sueño o en el ambiente escolar, depresión, ansiedad.
6. Consideración de circunstancias para derivar a un nivel secundario de atención: sea al Servicio de Dermatología y/o Alergia. El Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas en sus guías del 2010 recomienda considerar una evaluación alérgica(leche, huevo,, cacahuete, trigo y soya), si episodios severos que no mejoran con un adecuado manejo y terapia topica en menores de 5 años o si hay historia de inmediata reacción cutánea después de la ingesta de un específico alimento, aunque dejando en claro que los alérgenos alimentarios no causan la Dermatitis atópica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Wolter S. And Price H. *Pediatr Clin North Am.* 2014 Apr;61(2):241-60.
- (2) Kenji Kabashima Pathomechanism of atopic dermatitis in the perspective of T cell subsets and skin barrier functions "Which comes first, the chicken or the egg?" *DERMATOLOGICA SINICA* 2012 30:142-146.
- (3) Tollefson M, Bruckner A. and Section on Dermatology. Atopic Dermatitis: Skin-Directed Management. *Pediatrics* 2014; 134:e1735.

- (4) Taken from: Atopic Eczema PDF file section pages 6, 16, 28 Department of Dermatology © 2012 Cardiff Web Site(logon required) at: http://www.dermatology.org.uk/d2l/lms/content/viewer/main_frame.d2l?cfql=1&tlid=112439&ou=8624.
- (5) Sigurgeirsson B, Boznansky A. et al. Safety and efficacy of Pimecrolimus in Atopic Dermatitis: A 5-year randomized trial. Pediatrics 2015;135;4

Paula Cabrera

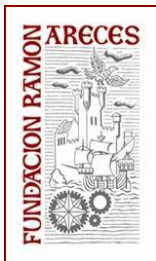
La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad cutánea crónica más frecuente de la edad pediátrica. Es una patología compleja en la que intervienen factores genéticos y medioambientales y que surge de la disregulación del sistema inmune, una disfunción de la barrera epitelial y la inflamación crónica.

La prevalencia de la DA presenta amplias variaciones entre los diferentes países e incluso en un mismo país, lo que indica que los factores del entorno desempeñan un papel importante en la expresión de la enfermedad. A nivel mundial la prevalencia de esta enfermedad varía entre un 2 y un 17% según diversos estudios. En España, este porcentaje se sitúa en torno al 3-4% en función de la edad del niño.

El diagnóstico de DA es meramente clínico. En 1980 Hanifin y Rajka publicaron los criterios mayores y menores que todavía hoy rigen en el diagnóstico de esta enfermedad y de los cuales se deben cumplir al menos 3 de los mayores y tres o más de los menores. Sin embargo, todo paciente con DA debería realizarse un estudio alergológico frente a alimentos y aeroalérgenos. La prevalencia de alergia alimentaria y de enfermedades respiratorias alérgicas como la rinoconjuntivitis y el asma bronquial, es significativamente mayor en niños con dermatitis atópica. El 80% de los pacientes con DA tienen pruebas cutáneas positivas o IgE sérica elevada frente a alimentos y/o aeraolérgenos en algún momento de su vida. Lo verdaderamente importante es establecer la relevancia clínica de estas sensibilizaciones, con el fin de tomar las medidas terapéuticas adecuadas.

En cuanto al tratamiento de la DA, éste está dirigido a reducir la sequedad de la piel, controlar el prurito, tratar la inflamación y la infección y reconocer y eliminar o reducir factores exacerbantes, entre los que se pueden encontrar determinados alimentos y/o aeroalérgenos. De ahí la importancia de realizar el estudio alergológico, cuyo resultado positivo, junto a una correlación clínica, será necesario para establecer dietas de eliminación y determinar un posible tratamiento inmunoterápico que mejoren el estado de la dermatitis atópica.

En los casos de dermatitis atópica refractaria al tratamiento convencional se pueden plantear otros tratamientos, como la fototerapia o los inmunomoduladores. Además, los últimos avances terapéuticos se han encaminado hacia las terapias biológicas dirigidas de forma directa hacia el bloqueo de la función inflamatoria mediada por la IgE, mediante el empleo de gammaglobulina anti-IgE (omalizumab) y muy recientemente también en combinación con técnicas de inmunoadsorción extracorpórea.



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

Eulalia Baselga

La dermatitis atópica es la enfermedad inflamatoria de la piel más frecuente en la infancia y en nuestro medio afecta aproximadamente al 15% de los niños. Se caracteriza por brotes recurrentes de eccema cuya aparición por factores no siempre bien controlados causan frustración a los padres y médicos. El pediatra suele ser quien realiza el diagnóstico y quien debe ofrecer las pautas terapéuticas, si bien interviene otros especialistas como el dermatólogo y el alergólogo. La visión de cada uno de ellos puede ser diferente lo cual puede causar confusión a los pacientes y sus familias.

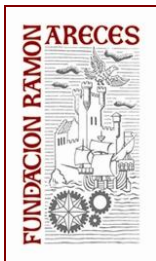
El objetivo de esta mesa redonda es la exposición de la visión de pediatras, dermatólogos y alergólogos en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica. Se van a plantear y discutir los aspectos siguientes: Cuándo y en qué momento puede ser útil realizar pruebas de alergia; el papel de las dietas de exclusión en lactantes con dermatitis atópica; cuándo debe considerarse derivación el especialista; cuándo considerara tratamiento sistémico y opciones disponibles; cuando considerar tratamiento antimicrobiano y la importancia de realizar educación sobre la enfermedad a los padres de los niños atópicos.

[VOLVER](#)

Innovación en Dermatología pediátrica, Marta Feito Rodríguez

Innovación es un cambio que produce novedades. En dermatología pediátrica, se han introducido cambios en los últimos años que permiten un mejor manejo del paciente, siendo en ocasiones auténticas novedades de por sí u optimización de lo existente. A lo largo de la charla se hablará de innovaciones tecnológicas, terapéuticas, así como mejora en los métodos que participan en la relación médico-paciente. Con todo ello, conseguiremos mejorar los resultados médicos, incrementar el cumplimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento, así como la satisfacción del paciente.

[VOLVER](#)



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

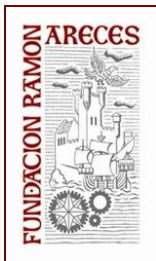
RESÚMENES / ABSTRACTS

¿Es útil el láser en la edad pediátrica?, Ignacio Sánchez-Carpintero

En esta charla se expondrá el papel que tiene el láser -como tratamiento de elección o tratamiento complementario-, para los diferentes tipos de lesiones vasculares (hemangiomas y malformaciones capilares, como la mancha en vino de Oporto) y las lesiones pigmentadas (nevus de Ota, nevus melanocíticos, manchas café con leche, etc...). En la tercera parte de la presentación se presentarán también otras patologías refractarias a tratamientos clásicos, que pueden ser mejoradas también con la aplicación de determinados láseres.

Los hemangiomas infantiles (HI) son tumores vasculares benignos de la infancia caracterizados por la presencia de tres fases a lo largo de su evolución: proliferativa, de involución e involutiva. El tratamiento de los HI ha experimentado un cambio llamativo en los últimos años gracias a la incorporación, como tratamiento de elección, de los β -bloqueantes orales y tópicos (principalmente el propranolol y timolol). Son fármacos seguros con escasos efectos secundarios. En la práctica clínica observamos que muchos pacientes tratados con esta medicación no llegan a alcanzar una resolución completa. En estos casos por tanto se puede completar el tratamiento con los diferentes láseres que hay disponibles, fundamentalmente el láser colorante pulsado (para las lesiones vasculares residuales como las telangiectasias) y los láseres fraccionados (para mejorar el aspecto de las lesiones cicatriciales residuales). Se discutirá en qué fase del HI debe aplicarse el láser. También se hablará del papel del láser en los hemangiomas ulcerados, una complicación a veces difícil de resolver de manera rápida.

La otra patología vascular frecuente son las malformaciones vasculares capilares, conocidas como mancha en vino de Oporto. Se hablará de la importancia de iniciar el tratamiento lo antes posible, en las primeras semanas de vida preferiblemente. El problema con el que nos encontramos con frecuencia es el elevado número de sesiones que suelen requerir los pacientes para llegar a un grado de aclaramiento de la lesión sustancial. El futuro para estos pacientes, para conseguir una mayor y más rápida respuesta, es probablemente la combinación del láser junto con la aplicación posterior de



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

fármacos antiangiogénicos. Algunos fármacos aún en experimentación son: axitinib, rapamicina, imiquimod y timolol, entre otros. Hay diferentes tipos de láseres indicados en estos pacientes: colorante pulsado (595nm), Nd: YAG (1064nm) y Alejandrita (755nm). El gold standard en la edad pediátrica sigue siendo hoy en día el láser colorante pulsado.

En la segunda parte de la presentación se centrará la discusión en el papel del láser en las lesiones pigmentadas como los nevus congénitos, manchas café con leche, nevus de Ota (melanocitosis dérmicas), nevus spilus, nevus epidérmicos, entre otras. Finalmente se comentarán algunos casos anecdóticos en los que el láser vascular ha solucionado o mejorado patologías complejas o resistentes a tratamientos clásicos como las verrugas vulgares, molluscum contagiosum, lupus cutáneo, cicatrices hipertróficas o queloides, eccemas de diferente origen como la dermatitis atópica, etc...

El láser es una herramienta más que debe indicarse y aplicarse en casos seleccionados. Esta tecnología es capaz de resolver muchos problemas sin necesidad de recurrir a procedimientos quirúrgicos.

VOLVER

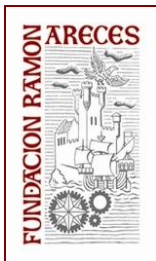
¿Debe tratarse el vitíligo en la infancia?, Elena Tévar

El vitíligo vulgar es un trastorno adquirido de la pigmentación de origen autoinmune. Afecta aproximadamente a un 0,5%-2% de la población mundial. Su patogénesis incluye la combinación de una predisposición genética y desencadenantes ambientales.

Clínica: Dentro del vitíligo nos encontramos con 2 formas clínicas fundamentales, el vitíligo segmentario (VS) que ocurre en la infancia con mayor frecuencia y representa aproximadamente entre 1/5 y 1/3 de los casos de vitíligo pediátrico, y el vitíligo no segmentario (VNS) o generalizado.

Se piensa que la enfermedad segmentaria tiene un curso limitado por lo que no es frecuente que ocurra una autoinmunidad secundaria.

En lo que se refiere a la sintomatología, hasta un 30% de los niños refieren signos de picor o quemazón en sus lesiones. Esto puede estar relacionado con que se sienten



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

avergonzados o que están siendo víctimas de burlas en el colegio. En esta línea el screening de sintomatología en los niños puede ayudar a identificar a aquellos susceptibles de sufrir algún tipo de acoso, o que lo están sufriendo ya.

Vitamina D: Parece ser que la vitamina D tiene un papel protector frente al vitíligo, aunque el mecanismo es desconocido. También se ha evidenciado que los pacientes con vitíligo y con niveles bajos de vitamina D (25OH D <15ng/dL) son más susceptibles de desarrollar poliautoinmunidad.

Autoinmunidad: Como hemos mencionado, el vitíligo es una enfermedad autoinmune, por lo que pacientes con esta patología tienen la predisposición genética para el desarrollo de otros cuadros de autoinmunidad. Lo más frecuente es la patología tiroidea (5,4%), aunque hay estudios que hablan de una frecuencia de hasta un 25%. La enfermedad tiroidea es más frecuente en las niñas con vitíligo y el hipotiroidismo es 6 veces más habitual que el hipertiroidismo.

Aunque hay otras posibles enfermedades autoinmunes asociadas, los datos actuales apoyan el screening de patología tiroidea y determinación de los niveles de 25 OH vitamina D en niños con vitíligo generalizado.

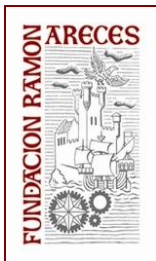
La afectación psicológica no es desconocida en niños con vitíligo. Una disfunción severa afecta al 13% de los niños y adolescentes con la enfermedad. El 10 % de los niños con menos de un 25% de afectación de la superficie corporal tendrán alteraciones moderadas/severas en su calidad de vida. Hasta un 51% de los niños tienen problemas psicológicos diagnosticados

Entonces ¿hay que tratar a los niños de forma temprana? Para dar respuesta a esta pregunta hay que tener en cuenta dos premisas fundamentales. La primera, que cuanto antes empecemos en tratamiento, resulta más efectivo. La segunda, hay padres que prefieren demorar el tratamiento porque a sus hijos no les preocupan las manchas, y es que hasta el 50% de los pacientes con vitíligo menores de 14 años no están en absoluto condicionados, sin embargo, sólo el 4% de los adolescentes no están preocupados por la enfermedad

Teniendo todo esto en cuenta, resulta razonable iniciar la terapia cuanto antes. Por un lado para ser más eficaces y por otro en un esfuerzo de disminuir problemas de autoestima.

Las lesiones de la cara y de las piernas parecen tener una mayor asociación con la cohibición o el sentimiento de vergüenza, por lo que estas zonas especialmente deben ser tratadas de forma temprana

¿Cuáles son las terapias más utilizadas en niños?



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

-Tacrolimus: su uso en niños con vitiligo está descrito desde 2003. Los mejores resultados se obtienen con su aplicación en cara y cuello. Los resultados suelen ser excelentes en enfermedad localizada.

-Pimecrolimus: puede resultar beneficioso para el tratamiento de las lesiones de vitiligo en región facial, consiguiendo resultados similares a los de un corticoide de potencia media. El pimecrolimus en cambio apenas produce mejoría en lesiones localizadas en cuerpo.

-Corticoides tópicos: se aconseja aplicar una vez al día un corticoide potente en enfermedad limitada y extrafacial, por un periodo no superior a 3 meses si se va a hacer de forma continuada o mejor aún, 15 días al mes durante 6 meses.

-La radiación UVB de banda estrecha lleva utilizándose desde hace más de una década en niños con vitiligo, tanto para estabilizar la enfermedad como para repigmentar las lesiones con buenos resultados.

-Cirugía: En enfermedad estable por largos periodos de tiempo y que no responde al tratamiento, pueden llevarse a cabo injertos cutáneos, aunque esta no es una terapia frecuente en la población pediátrica

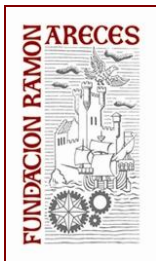
-Las terapias combinadas con corticoides + radiación UV o corticoides + inhibidores de la calcineurina son efectivos y aportan mejores resultados que los dos tratamientos de forma aislada. Aunque hay un aumento creciente de datos que sugieren que la combinación de UV con inhibidores de la calcineurina es segura, siguen faltando datos respecto a la posibilidad de carcinogénesis a largo plazo

El vitiligo debe considerarse una enfermedad sistémica que requiere una atención global desde el punto de vista sanitario. Ofrecer tratamiento a los padres y a los niños es esencial. Con un buen seguimiento continuado puede conseguirse un buen control de la enfermedad y la repigmentación aunque esta casi siempre va a ser parcial.

VOLVER

¿Cuándo debe indicarse anestesia general o local en procedimientos quirúrgicos dermatológicos?, Francisco Reinoso

Es una obligación ética y profesional el evitar el estrés asociado con cualquier procedimiento doloroso, independientemente de la edad del paciente. La realización de procedimientos dolorosos sin la analgesia adecuada puede sensibilizar a los niños,



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

especialmente en niños muy pequeños, a presentar una disminución del umbral del dolor que puede llegar a la edad adulta.

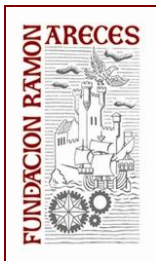
La mayoría de los pacientes que necesitan someterse a una cirugía dermatológica pueden colaborar adecuadamente con las técnicas de anestesia tópica o la infiltración con anestésicos locales o bloqueos nerviosos periféricos. Siempre que sea posible estas técnicas locorregionales son preferible porque las complicaciones mayores asociadas son casi excepcionales e incluso anecdóticas.

Además, estudios experimentales que demuestran los efectos neurotóxicos de la anestesia general en modelos neonatales de los animales de laboratorio, ha provocado una alarma en el ámbito de la pediatría. Estas alarmas no se han traducido en recomendaciones clínicas para cambiar la práctica profesional habitual. La falta de auténtica relevancia clínica de estos estudios se debe a varias razones: la neurotoxicidad solamente es producida por fármacos hipnóticos (como halogenados, propofol o ketamina) administrados en altas concentraciones, por largos períodos de tiempo o de manera repetida y especialmente en los primeros períodos de maduración neuronal (equivalente a los recién nacidos prematuros).

Sin embargo, la capacidad de cooperación de los niños disminuye a medida que disminuye la edad del paciente. Técnicas sencillas de ansiólisis (mediante la administración de dextrosa o la lactancia materna en los recién nacidos, las benzodiazepinas orales en lactantes o el óxido nítrico inhalado en niños mayores de 3 años) permiten aumentar la colaboración los niños de una manera eficaz y segura, incluso bajo la indicación de los propios dermatólogos.

En los procedimientos dermatológicos quirúrgicos más agresivos y en todos aquellos procedimientos en los que es necesaria la inmovilidad, a pesar de la adecuada ansiólisis y analgesia tópica, la cooperación de los niños más pequeños con el procedimiento no está garantizada. En estos casos la opción más eficaz es la administración de una técnica de anestesia general convencional en quirófano. Estas técnicas de anestesia general para su seguridad requieren una infraestructura y una logística que, a menudo, hacen más engorrosa el elegir esta opción.

Recientemente se está propugnando la administración de anestesia general fuera de quirófano pero de rápida recuperación bajo la supervisión de un anestesiólogo pediátrico



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

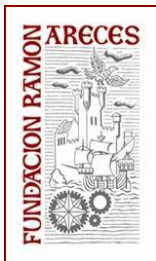
Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

para evitar el estrés y lograr una inmovilización adecuada en estos casos de niños muy pequeños o que no cooperan. Sin embargo, las precauciones deben ser exactamente las mismas que las seguidas en la sala de operaciones con respecto al ayuno, la monitorización cardiorrespiratoria o la vigilancia postanestésica.

REFERENCES

1. Bai X, Yan Y, Canfield S, Muravyeva MY, Kikuchi C, Zaja I, Corbett JA, Bosnjak ZJ. Ketamine enhances human neural stem cell proliferation and induces neuronal apoptosis via reactive oxygen species-mediated mitochondrial pathway. *Anesth Analg*. 2013 Apr;116(4):869-80
2. Burk CJ, Benjamin LT, Connelly EA. Distraction anesthesia for pediatric dermatology procedures. *Pediatr Dermatol*. 2007 Jul-Aug;24(4):419-20
3. Chen BK, Eichenfield LF. Pediatric anesthesia in dermatologic surgery: when hand-holding is not enough. *Dermatol Surg*. 2001 Dec;27(12):1010-8.
4. Creeley C, Dikranian K, Dissen G, Martin L, Olney J, Brambrink A. Propofol-induced apoptosis of neurones and oligodendrocytes in fetal and neonatal rhesus macaque brain. *Br J Anaesth*. 2013 Jun;110 Suppl 1:i29-38.
5. Cunningham BB, Gigler V, Wang K, Eichenfield LF, Friedlander SF, Garden JM, McFarlane S, Faierman A, Wagner A. General anesthesia for pediatric dermatologic procedures: risks and complications. *Arch Dermatol*. 2005 May;141(5):573-6
6. Dinulos JG, Cravero JP. General anesthesia in infants and children for pediatric dermatologic procedures: is it worth it? *Arch Dermatol*. 2005 May;141(5):629-30.
7. Jevtovic-Todorovic V, Absalom AR, Blomgren K, Brambrink A, Crosby G, Culley DJ, Fiskum G, Giffard RG, Herold KF, Loepke AW, Ma D, Orser BA, Planel E, Slikker W Jr, Soriano SG, Stratmann G, Vutskits L, Xie Z, Hemmings HC Jr. Anaesthetic neurotoxicity and neuroplasticity: an expert group report and statement based on the BJA Salzburg Seminar. *Br J Anaesth*. 2013 Aug;111(2):143-51



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

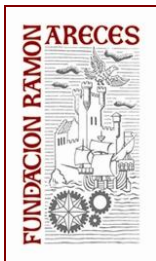
RESÚMENES / ABSTRACTS

8. Juern AM, Cassidy LD, Lyon VB. More evidence confirming the safety of general anesthesia in pediatric dermatologic surgery. *Pediatr Dermatol*. 2010 Jul-Aug;27(4):355-60.
9. Otley CC, Nguyen TH, Phillips PK. Anxiolysis with oral midazolam in pediatric patients undergoing dermatologic surgical procedures. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Jul;45(1):105-8
10. Reinoso-Barbero F, Pascual-Pascual SI, de Lucas R, García S, Billoët C, Dequenue V, Onody P. Equimolar nitrous oxide/oxygen versus placebo for procedural pain in children: a randomized trial. *Pediatrics*. 2011 Jun;127(6):e1464-70
11. Sorrell J, Carmichael C, Chamlin S. Oral sucrose for pain relief in young infants with hemangiomas treated with intralesional steroids. *Pediatr Dermatol*. 2010 Mar-Apr;27(2):154-5
12. Zheng H, Dong Y, Xu Z, Crosby G, Culley DJ, Zhang Y, Xie Z. Sevoflurane anesthesia in pregnant mice induces neurotoxicity in fetal and offspring mice. *Anesthesiology*. 2013 Mar;118(3):516-26.

VOLVER

Claves diagnósticas en las dermatosis facticias y abusos, Raúl de Lucas

“Cuando un niño se encuentra inadaptado en el colegio o fracasa en sus estudios, cuando un adolescente se siente desconcertado al comenzar su pubertad, o cuando a un adulto le va mal en su vida familiar o laboral, esto es, cuando un ser humano tiene problemas, a veces su única forma de pedir ayuda es lesionarse la piel.” El mundo de las dermatosis facticias y artefactas es sin duda apasionante, sospecharlas, abordarlas y tratarlas a menudo es un desafío para el médico y sobre todo si estas aparecen en la infancia y la adolescencia.



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

La otra cara de la moneda es que las lesiones cutáneas puedan ser indicativas de algún tipo de abuso o maltrato y nosotros, los dermatólogos, seremos los médicos responsables de sospecharlo y de informar al entorno del niño o ponerlo en conocimiento de la autoridad.

En esta ponencia se presentaran una serie de casos clínicos que ilustran esta patología. Debemos diferenciar dos grandes grupos de transtornos cutáneos autoinflingidos o autoprovocados:

Dermatosis facticias:

- Provocadas por el propio paciente, de forma consciente o inconsciente. En general no buscan beneficio, solo satisfacer sus necesidades psicológicas

Dermatitis artefacta sí busca una rentabilidad, obvia a veces y otras veces más “escondida” o sutil.

La patología dermatológica autoinflingida no es excepcional, ya que supone el 0.3% de todos los trastornos dermatológico, por supuesto es más frecuente en mujeres y la dificultad en el diagnóstico muchas veces se debe a que no reconocen los “hechos” o incluso los niegan. Cuando aparecen en niños y adolescentes, son más difíciles de diagnosticar, ya que se presentan asociados a cuadros psiquiátricos como ansiedad, depresión, neurosis

En general es un diagnóstico de exclusión, por lo que el paciente puede tardar semanas en obtener un diagnóstico de certeza

Hay claves que nos deben hacer sospechar este tipo de patología, como:

- la presencia de lesiones múltiples que no corresponden a cuadros clínicos usuales.
- la aparición repentina de éstas.
- la premonición del paciente para suponer donde van a aparecer de nuevo.
- la relativa indiferencia ante su enfermedad.
-

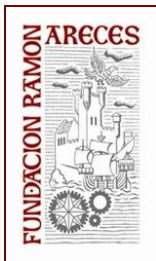
“La belle indifference”

En el caso de los abusos, el diagnóstico de una ITS debe hacer saltar las alarmas, si el paciente padece sífilis, infección por trichomonas o gonorrea el diagnóstico es seguro, pero en general nos movemos en un “mar de dudas” donde la sospecha es la norma, el diagnóstico de una infección por VPH, herpes simple, una vaginosis bacteriana no es sinónimo de abuso, pero debemos valorar la situación social y familiar del niño.

Repasaremos las principales causas de abuso en niños y adolescentes y se darán las claves diagnósticas y la actitud a tomar en estos casos. Se expondrán algunos casos clínicos ilustrativos.

Bibliografía:

1.Dermatitis artefacta. López, A B Martínez; García, M Peinador; Nofuentes, P Borregón; Blanco, C Ciudad; Garrido, C Molins. Acta Pediatrica Española. (Dec 2011): 517-519.



Simposio Internacional: Avances den Dermatología pediátrica

International Symposium: Lastest Scientific Advances in Pediatric Dermatology

Madrid, 2 de octubre de 2015

Madrid, October 2, 2015

RESÚMENES / ABSTRACTS

2. GIELER, Uwe, et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). Acta dermato-venereologica, 2013, vol. 93, no 1, p. 4-12.
3. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics. 2013 Aug;132(2)

[VOLVER](#)

*Todos los derechos de propiedad intelectual son del autor. Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra sin autorización expresa del autor.

© FUNDACIÓN RAMÓN ARECES. Todos los derechos reservados.

*All intellectual property rights belong to the author. Total or partial reproduction of the work without express permission of the author is forbidden. © FUNDACIÓN RAMÓN ARECES. All rights reserved.