

DERMATITIS SEBORREICA DEL LACTANTE

Autor: Dra. Julia Fortuño S., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 4 diciembre 2018

Resumen

La dermatitis seborreica del lactante genera un número importante de consultas en APS, y de derivaciones al nivel secundario. En este artículo revisaremos como abordarla.

Palabras clave: Dermatitis seborreica infantil, lactante, costra láctea, Atención primaria, Medicina Familiar

INTRODUCCIÓN

La dermatitis seborreica del lactante o infantil (DSI) es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por lesiones en placas eritematosas cubiertas con escamas de aspecto grasoso. Se describe que presenta dos peaks de incidencia: en los primeros 3 meses de vida y luego en la adultez (30-40 años). Su prevalencia en la población general es de 1-3%, llega a presentarse hasta en un 70% de los lactantes, lo que explica que sea un motivo de consulta muy frecuente.^(1,2)

La etiología de la dermatitis seborreica no está del todo clara. Se presume que tiene relación con la actividad de las glándulas sebáceas, que permitiría el crecimiento y proliferación de levaduras comensales de la familia *Malassezia*, las que degradarían los lípidos a ácidos grasos en la superficie de la piel, generando una respuesta inflamatoria con hiperproliferación del estrato córneo.^(2,3)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la dermatitis seborreica infantil es clínico. Suele afectar áreas que son ricas en glándulas sebáceas como el cuero cabelludo, cara y pliegues (nasolabial, retroauricular, axilar, inguinal, etc).

En lactantes la forma más frecuente de presentación es en placas con escamas blanquecinas o amarillentas de aspecto grasoso sobre el cuero cabelludo (llamado “costra láctea”). En la zona del pañal suele observarse como placas eritematosas que pueden ser confluentes, comprometiendo los pliegues y con menor descamación.^(2,3,4)

Cuando se presenta en su forma infantil, suele ser una condición benigna y autolimitada, iniciándose en las primeras semanas de vida y desapareciendo hacia el primer año. Normalmente no presenta síntomas tales como supuración, dolor o prurito, sino sólo lesiones descritas.^(1,2)

Diagnóstico diferencial

Existen varios diagnósticos diferenciales que se deben considerar, tomando en cuenta la localización de las lesiones, sus características, la edad del paciente y su estado de salud general. Las condiciones más frecuentemente descritas ^(1,2,3,4), se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1: Diagnósticos diferenciales de la dermatitis seborreica infantil

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Dermatitis atópica	Presentación más tardía. Prurito como síntoma cardinal. Localización en cara y superficies extensoras.
Tiña capitis	Escamas delgadas con parches de alopecia bien definidos. Prurito como síntoma cardinal.
Psoriasis	Pápulas y placas eritematosas con descamación blanco-nacarada. En zona del pañal puede ser muy similar, pero es persistente y NO cede con el manejo habitual.
Dermatitis irritativa del pañal	Aparece en relación en contacto con el pañal, y suele respetar pliegues.
Impétigo	Infección de la piel, se presenta con costras mieliséricas.
Histiocitosis de células de Langerhans	Pápulas amarillentas-rojizas, lesiones purpúricas, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia.
Inmunodeficiencias	Sospechar en formas generalizadas, asociadas a síntomas sistémicos como fiebre, anemia, diarrea y falla de medro.

¿CÓMO SE SUGIERE MANEJAR LA DSI EN LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Dado que esta condición tiene un curso autolimitado, el manejo recomendado es conservador. La primera medida debería ser siempre el educar a los padres o cuidadores sobre las características benignas de la enfermedad, y que el problema es principalmente estético, en el contexto de un lactante sano.

La recomendaciones de tratamiento que realizan los consensos de expertos (dado que no existen ensayos clínicos que analicen la efectividad de estas intervenciones), son principalmente medidas generales: aseo diario con champú neutro, el cepillado suave como efecto mecánico y la lubricación de la piel y cuero cabelludo con emolientes tópicos (ej. aceites minerales, vaselina) para ablandar y facilitar la remoción de las escamas.^(1,2,5)

Respecto a las medidas farmacológicas, existen escasos estudios realizados en lactantes:

- Un estudio en 35 pacientes entre 1 mes y 13 años evaluó la efectividad de la crema de Ketoconazol al 2% en cuero cabelludo utilizado 2 veces a la semana por un mes, sin que la intervención se mostrara superior al placebo.⁽⁶⁾
- Un estudio abierto en 19 lactantes (sin metodología descrita) evaluó el uso de crema de ketoconazol al 2% una vez al día, mostrando un 79% de pacientes asintomáticos al día 10 de tratamiento y sin acumulación plasmática del fármaco durante ese período.⁽⁷⁾

- Otro estudio en 13 lactantes, que buscó medir la seguridad del champú de Ketoconazol aplicándolo dos veces a la semana por un mes. El estudio no mostró diferencias significativas en los niveles plasmáticos de ketoconazol ni en las enzimas hepáticas al inicio y término del tratamiento.⁽⁸⁾

Estos estudios sugieren que podría llegar a considerarse el uso de Ketoconazol al 2%, principalmente por su seguridad y por la extrapolación de la eficacia comprobada en estudios en mayores de 16 años.⁽⁹⁾ Falta evidencia de mejor calidad para recomendar esto de manera más certera.

Hasta el momento no existen estudios en lactantes que evalúen la eficacia y seguridad de los corticoides tópicos en el manejo de la DSI, sin embargo sus efectos adversos son ampliamente descritos en su uso en otras condiciones.

Se ha descartado el uso de compuestos salicilados en niños por su riesgo de toxicidad sistémica.

RESUMEN

- La dermatitis seborreica infantil es una enfermedad de la piel frecuente, que se presenta desde las primeras semanas de vida y suele tener un curso benigno y autolimitado.
- El diagnóstico es clínico basándose en su presentación por edad, características de las lesiones y localización de éstas.
- Deben considerarse diagnósticos diferenciales cuando la clínica se asocia a otras características, en caso de compromiso sistémico, y cuando las medidas conservadoras no son efectivas.
- El manejo de primera línea es la educación a padres o cuidadores y las medidas generales de aseo, lubricación y cepillado. Podría considerarse el uso de crema o champú de Ketoconazol al 2%, con probable seguridad.

REFERENCIAS

1. Alexander K. C. Leung, Barankin B. Seborrheic Dermatitis. *Int J Pediat Health Care Adv.* 2015; 2(1), 7-9
2. Clark, G. Pope, S. Jaboori, K. Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis. *Am Fam Physician.* 2015;91(3):185-190
3. Naldi, L. Rebora, A. Seborrheic Dermatitis. *N Engl J Med* 2009;360:387-96.
4. Vitoria, I. Trastornos cutáneos más frecuentes del recién nacido y del lactante. *Dermatitis del pañal. Pediatría Integral, sepeap.* 2012, XVI; 203.
5. Ooi ET, Tidman MJ. Improving the management of seborrhoeic dermatitis. *Practitioner.* 2014;258(1768):23-26.
6. Ketoconazol al 2% en la dermatitis seborreica del cuero cabelludo en niños. Silva, Sergio. Oroz, Julia. *Dermatología (Stgo de Chile);* 11 (1): 21-5, 1995.
7. Taieb A, Legrain V, Palmier C, et al. Topical ketoconazole for infantile seborrheic dermatitis. *Dermatologica* 1990; 18 1:26-32.
8. Brodell RT, Patel S, Venglarcik JS, Moses D, Gemmel D. The safety of ketoconazole shampoo for infantile seborrheic dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 1998 Sep-Oct;15(5):406-7.
9. Okokon EO, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN. Topical antifungals for seborrhoeic dermatitis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD008138.

