



## **Dermatologia pediàtrica**

Sessions conjuntes de Pediatria 3 d' Octubre 2018

### **Mol·lusc contagiós**

- ▶ Infecció cutània per el virus POXVIRUS
- ▶ Pàpules o nòduls llisos, cupuliformes amb umbilicació central
- ▶ Color de pell normal, rosada o blanquinosa
- ▶ Poden ser úniques o múltiples
- ▶ Qualsevol localització però sobretot: Tronc i extremitats, rar en palmells i plantes
- ▶ Temps incubació entre 2 setmanes - 6 mesos

▶









Lesions extenses  
a la cara,  
papulonodulars i  
ulcerades

Descartar HIV

## Mol·lusc Contagiós

### Contagi

- ▶ **CONTACTE DIRECTE PELL a PELL**
- ▶ **ATÒPIA (40%) \*\***, lesions més extenses i nombroses
- ▶ Associació epidemiològica entre utilització piscines públiques i mol·lusc
- ▶ Aigua clorada pot alterar barrera cutània i facilitar contagi
- ▶ Utensilis piscina (maneguets, flotadors, tovalloles...)
- ▶ **Contagi intrafamiliar (35%)**
- ▶ **AUTOINOCULACIÓ**

▶ \*\* Berger EM, Orlow SJ, Patel RR, Schaffer JV. Experience with molluscum contagiosum and associated inflammatory reactions in a pediatric dermatology practice. Arch Dermatol.2012;148:1257

## Transmissió

- No es transmet per l'aigua
- ▶ No és necessari l'aïllament , però si insistir en normes per evitar el contagi:
  - ▶ No compartir tovalloles
  - ▶ No compartir utensilis bany
  - ▶ Neteja acurada ( lleixiu domèstica útil)
  - ▶ No jocs amb contacte físic
  - ▶ Tapar lesions aïllades amb tiretes impermeables

## Dermatitis del mol·lusc

---

- ▶ 10% pacients, eritema pruriginós
  - ▶ Sobretot en zones de frec
    - ▶ Zona axil·lar i periaxil·lar
    - ▶ Plecs cubitals i poplitis
  - ▶ **Reacció d' hipersensibilitat tardana**
  - ▶ Pot afavorir autoinoculació
  - ▶ No confondre amb dermatitis atòpica, tot i que és més freqüent en els atòpics
  - ▶ Dermatitis rebel (Èczema unilateral )
- 

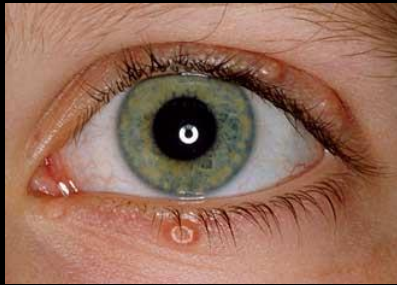


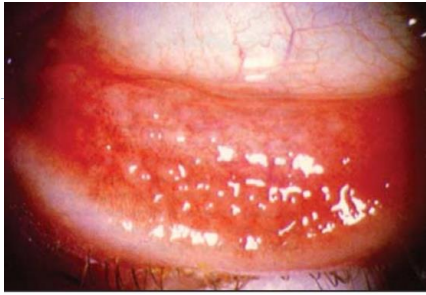




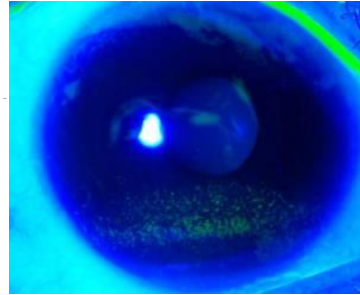


**Mol·lusc en parpelles**  
**Conjuntivitis i queratitis**





Conjuntivitis fol·licular crònica



Queratitis puntejada superficial

- ▶ Reacció d'hipersensibilitat, descamació de material viral en el sac conjuntival



## Tractar o no tractar ?

- ▶ Involucionen espontàniament però en mesos o anys
- ▶ El tractament **no modifica el curs** de la malaltia ni la possibilitat de recidives
- ▶ Els brots de mol·lusc corresponen a lesions en període d'incubació



## **Tractar Molluscum**

---

- ▶ **Motius tractar**
    - ▶ Evitar transmissió a altres nens
    - ▶ Evitar autoinoculació
    - ▶ Si apareix dermatitis
    - ▶ Lesions cosmèticament desagradables
    - ▶ Preocupació epidemiològica pare, professors, monitors, entrenadors
    - ▶ Estigma social, limita activitats amb altres nens
- 



## **Tractament Molluscum**

---

- ▶ **PRIMUM NON NOCERE**
    - ▶ Observació i control si poques lesions
  
  - ▶ **Consens amb els pares i el nen**
  - ▶ **Explicar**
    - ▶ Evolució malaltia
    - ▶ Procediment
  
  - ▶ **Evitar dolor**
  - ▶ **Minimitzar seqüeles cicatrius**
- 



## Tractament Mol·lusc

- ▶ El més senzill i exitós és l'extirpació de cada lesió
  - ▶ **Curetatge**
  - ▶ **Pessigar i exprimir amb pinces**
  - ▶ **Punxar amb agulla estèril**
  - ▶ Crioteràpia : amb turunda cotó o escuradents
  - ▶ Electrofulguració

### Curetatge

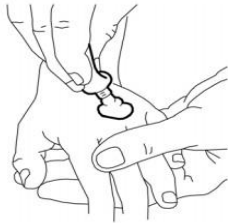


**SEMPRE AMB ANESTÈSIC TÒPIC**

## Emla® crema (Lidocaïna / Prilocaina)

- ▶ **Aplicar una capa gruixuda de crema sobre la pell**
- ▶ **Cobrir després la crema amb apòsit (plàstic transparent)**
- ▶ **Retirar apòsit just abans de començar la tècnica**
- ▶ **Aplicar uns 45-60' abans**

Apriete el tubo para aplicar en un montículo la cantidad necesaria de crema sobre la piel donde se va a realizar la intervención (p.ej., donde se vaya a insertar la aguja). Una línea de crema de unos 3,5 cm del tubo de 30 g equivale a 1 g de crema. No extienda la crema.



16 €

## UII amb Emla

Table 15.4 Maximum recommended EMLA dose and application areas

Age and body weight <sup>a</sup>	Maximum total dose of EMLA (g)	Maximum appl. area (cm <sup>2</sup> )	Maximum appl. time (h)
0–3 months or <5 kg	1	10	1
3–12 months and >5 kg	2	20	4
1–6 years and >10 kg	10	100	4
7–12 years and >20 kg	20	200	4

<sup>a</sup>If patient is older than 3 months of age and does not meet minimum weight requirement, the maximum total dose of EMLA should be based on the patient's *weight*.



**Reacció tòpica  
a Emla®**

**Reacció irritativa  
purpúrica**

**Metahemoglobinèmia**



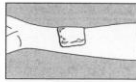
## Lambdalina® 40mg/g crema Lidocaïna

- ▶ Menys irritant
- ▶ No provoca metahemoglobinèmia
- ▶ Ull en al·lèrgics anestèsics tòpics, soja o cacauet

1 gramo de crema corresponde aproximadamente a una longitud de 2,5 cm.



1) Se debe aplicar una capa gruesa uniforme de crema en la zona de la piel a tratar.



2) Dejar la crema en la piel de acuerdo con los tiempos de aplicación indicados anteriormente.

Se recomienda un vendaje para evitar que la crema se desprenda accidentalmente antes de que finalice el tiempo de aplicación.



3) Retirar la crema. Se debe lavar el área de la piel previamente a la cirugía.

Cerrar el tubo tras su uso.

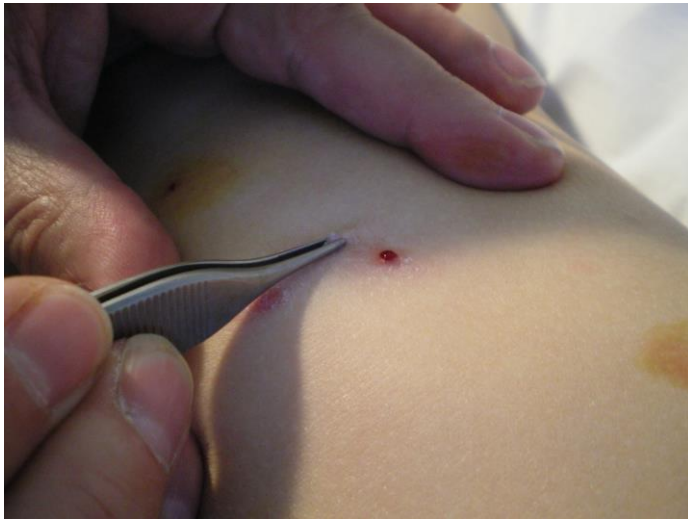


## I si no tenim una cullereta ??





## **Expressió amb pinces**



▶ **SEMPRE AMB ANESTÈSIC TÒPIC**



## Expressió amb pinces

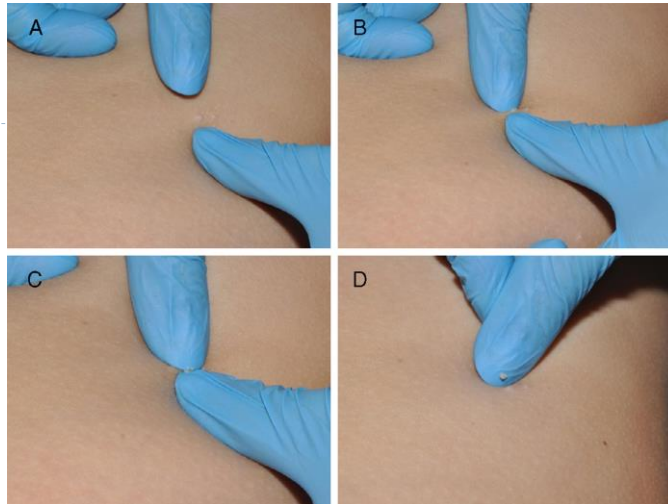


▶ **SEMPRE AMB ANESTÈSIC TÒPIC**



- ▶ Utilitzem un **ESPÈCUL** d'oida
- ▶ L'agafem amb l'índex i polze
- ▶ Estirem pell del voltant
- ▶ Angle de 45° i moviment ràpid
- ▶ **Mètode senzill, ben tolerat i poc traumàtic**

▶ Kelly V, Coulombe J, Lavoie I. Use of a disposable ear speculum: An alternative technique for molluscum contagiosum curettage. *Pediatr Dermatol.* 2018;35:418–419.



- ▶ Extracció manual , prémer amb dos dits , s'elimina una lesió arrodonida blanquinosa (cos del mol·lusc)
- ▶ Mínim dany tissular
- ▶ Es pot fer en el seu domicili
- ▶ Tècnica fàcil i econòmica, ideal quan hi ha poques lesions

## Agents tòpics irritants

- ▶ Provoquen una resposta inflamatòria local: vesicants i irritants
  - ▶ Cantaridina
  - ▶ KOH al 5 % : Molutrex®
  - ▶ **KOH al 10% Molusk®**
  - ▶ Adapale (retinòide tòpic) Differine® 1 cop x dia
  - ▶ Isotretinoïna: Isotrex®
  - ▶ Àcid salicílic
  - ▶ Àcid tricloroacètic 20 o 35%

## Hidròxid de Potassi

- ▶ Àlcali que penetra i destrueix la pell  
dissolent la queratina
- ▶ Concentracions del 5 al 20%, la més  
utilitzada i estudiada KOH al 10%
- ▶ Constitueix un tractament de primera línia
- ▶ No és invasiu
- ▶ És eficaç
- ▶ Ben tolerat
- ▶ Es pot aplicar a domicili

## Àcid tricloracètic

- Àcid tricloracètic al 20 o 35%
- Ben tolerat, mínima irritació
- Aplicar amb compte al centre fins que es torni ben blanc
- Cada 15 dies
- Cara i zona genitals



Figure 1. Pointed edge of a broken cotton-tipped applicator.

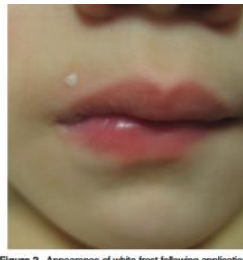


Figure 2. Appearance of white frost following application of TCA.

- ▶ Bard S, Shiman MI, Bellman B, Connelly EA. Treatment of facial molluscum contagiosum with trichloroacetic acid. *Pediatr Der-matol.* 2009;26:425--6



## Altres tractaments

- ▶ **Agents tòpics modificadors de la resposta immunitària**
  - ▶ Imiquimod 5% Aldara® (útil si lesions cara o genitals), 1 cop al dia /3-4 dies / 2-4 mesos
  - ▶ Cidofovir ® 0,3-3%
  
- ▶ Inmunoferon 1 – 2 sobres al dia 2 mesos
- ▶ Cimetidina 25 mg/Kg / dia en 3 dosis 3 mesos



## Noi i família espantats

---



- ▶ Noi de 14 anys amb lesió al peu
- ▶ Casualment la mare ha vist aquesta lesió negra a la part posterior del taló del seu fill adolescent
- ▶ És una taca lletja i volen una ràpida actuació

## Noi i família espantats

---

▶ Què demanaríeu a la família ?

A. Des de quant ho té

B. Ha canviat

C. Fa mal

D. Té altres lesions

---

## Què penseu que pot tenir?

---

- A. Berruga plantar hemorràgica
- B. Nevus acral
- C. Melanoma superficial
- D. Taló negre



## Noi i família espantats

---

- ▶ Quina dada potser cabdal per fer un ràpid diagnòstic ?



## Taló negre

- ▶ Taques negres irregulars en la part posterior o lateral del taló
- ▶ Menys freqüent en zona metatarsians
- ▶ Asintomàtiques
- ▶ Aparició brusca



## Taló negre

- ▶ Esportistes adolescents
  - ▶ Esports que impliquen freqüents arrencades i parades, canvis de direcció i cops repetits sobre zones dures
- ↓
- ▶ Gran pressió sobre els talons
- ↓
- ▶ Taló fricciona contra part posterior calçat provocant ruptura capil·lars dèrmics
- ↓
- ▶ Hemorràgies intraepidèrmiques, **SANG en ESTRAT CORNI**



- ▶ Despreniment de la capa còrnia amb un bisturí evidencia la naturalesa de sang dessecada i desapareix lesió
- ▶ No desapareix si lesió melanocítica



## Talo negre



## Taló negre

- ▶ Si repòs o disminució activitat física....resolució espontània en poques setmanes
- ▶ Lubrificació pell, canvi calçat, utilitzar dos mitjons, pot reduir lesions
- ▶ Patologia asimptomàtica i sense importància
- ▶ Únic interès
  - ▶ Diagnòstic diferencial amb melanoma

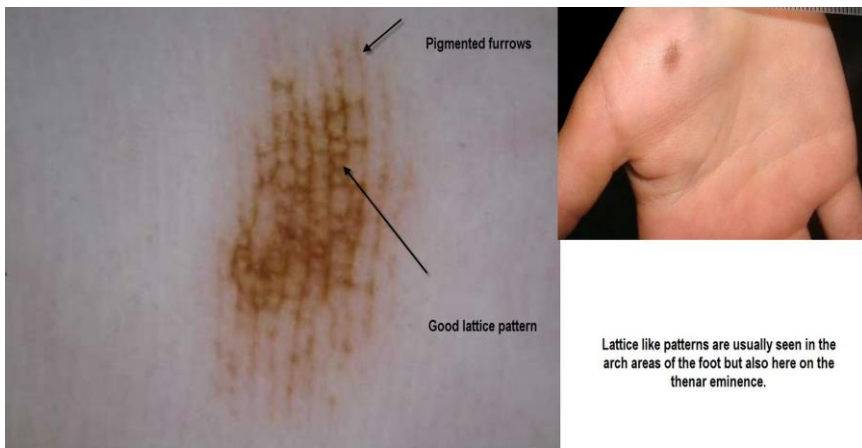
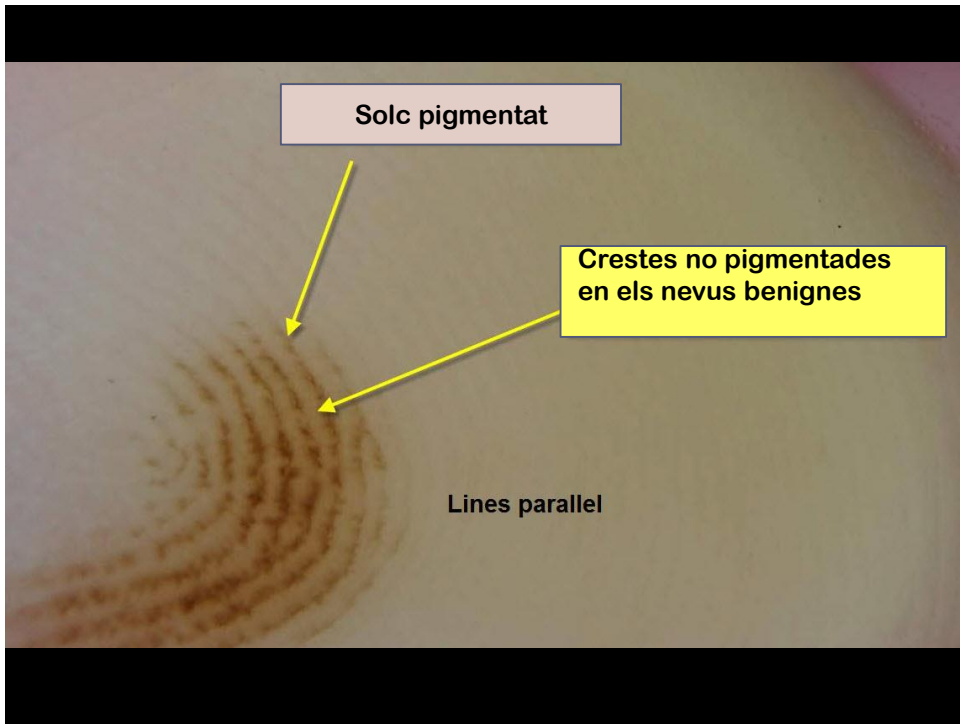


## Nevus acrales

---

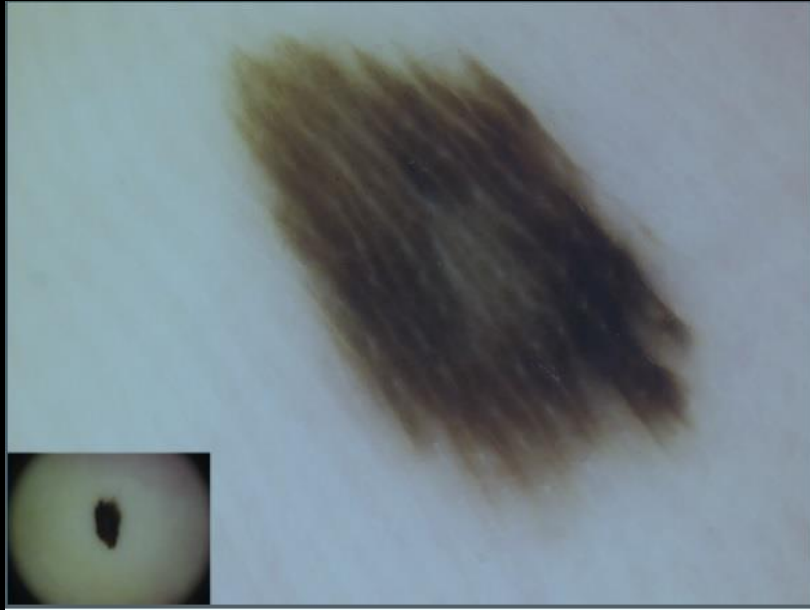
- ▶ Els nius de cèl·lules nevíques es localitzen en els solcs de la pell
  - ▶ Des de color marró clar a marró fosc
  - ▶ **NO MÉS RISC DE MALIGNITZACIÓ**
  - ▶ Originen uns **patrons dermatoscòpics característics** que permetran diferenciar les lesions benignes de les lesions sospitoses
- 





**Patr6 en gelosia: varietat del patr6 paral·lel. (14%).  
Pigment amb patr6 paral·lel travessat per l6nies de solc a solc**





Melanoma acral pigmentació crestes



**Melanoma acral**

Fig. 7: patrón paralelo de crestas. El pigmento se localiza en las crestas.

## Berruga Plantar

---

- ▶ Localitzades sobretot a zones de recolzament :
    - ▶ Talons, dits i cap metatarsians
  - ▶ El pes del cos provoca creixement vers dintre , externament es presenten com zona d'hiperqueratosi
  - ▶ Trenca els dermatoglifs de la pell
  - ▶ Doloroses a la compressió vertical i sobretot al pessigar-les lateralment
- 





**Al retallar amb bisturí  
s'aprecien punts negres,  
eritròcits extravasats o  
capil·lars trombosats**

## Berruga Plantar



- ▶ El dolor es pot reduir afaitant de forma repetida la superfície hiperqueratòsica fins que sagnin els capil·lars

## Berrugues

- ▶ Infecció freqüent a pediatria,
- ▶ Màxima incidència entre els 12-16 anys
- ▶ Formes clíniques

- ▶ **Berrugues vulgars 70%**
- ▶ Berrugues plantars 24%
- ▶ Berrugues planes 3,5%



## Berrugues Vulgars

- ▶ Localització en zones de traumes o qualsevol localització
- ▶ **Sobretot extremitats (dors mans)**
- ▶ Periunguials
- ▶ Menys freqüent cara i tronc







## **Subunguials i periunguials**

- ▶ Problemàtiques per la seva ubicació, s'irriten i s'infecten per petits traumatismes
- ▶ Tractament difícil
- ▶ Onicofàgia pot afavorir disseminació







## **Berrugues filiformes**

- ▶ Lesions afilades amb un extrem queratòsic
- ▶ Cara i coll





## Berrugues Planes

- ▶ Color de pell o marró clar
- ▶ En qualsevol localització però sobretot **CARA**
- ▶ Sovint múltiples i agrupades
- ▶ Fenomen de Koebner, trajectes lineals





## Tractament Berrugues

---

- ▶ No hi ha un tractament antiviral específic
- ▶ Només podem destruir les cèl·lules infectades
- ▶ Intentar eliminar les lesions cutànies fent el mínim mal en els teixits normals
  - ▶ ***Primum non nocere***
- ▶ Poden desaparèixer de forma espontània en mesos o anys
- ▶ La Conducta expectant ,pot ser correcta



## Tractament Berrugues

---

- ▶ Primer afaitar o llimar per reduir la reacció cutània
  - ▶ **Queratolítics i càustics**
    - ▶ Àcid salicílic, àcid tricloroacètic, hidròxid potàssic, Cantaridina, Podofilotoxina, àcids retinoics, 5-Fluoruracil
  - ▶ **Mètodes mecànics**
    - ▶ Crioteràpia, electrofulguració, làser, exèresi
  - ▶ **Altres**
    - ▶ Cidovofir, cimetidina oral, Imiquimod
- 

## Àcid Salicílic

---

- ▶ **Fàrmac de primera línia** per la majoria de berrugues
  - ▶ Tasses de curació del 60-80%
  - ▶ No aconsellable a la cara
  - ▶ **Mínims efectes secundaris**
    - ▶ Cal protegir pell sana
    - ▶ Irritació i maceració de la pell del voltant . Si és molt intens es pot interrompre el tractament durant 2-4 dies i després es torna a començar
  - ▶ S'aplica a domicili
-

## Àcid salicílic

### ▶ Es poden formular

- ▶ Àcid làctic 15%
- ▶ Àcid salicílic 15%
- ▶ Col·lodió elàstic qsp 30 gr

- ▶ Àcid salicílic 25%
- ▶ Àcid làctic 25%
- ▶ Resina podofil·lí 10%
- ▶ Col·lodió elàstic qsp 15gr

### ▶ Noms comercials

- ▶ Antiverrugas Isdin, Verufil, Keranin antiverrugas, Verrupatch
- ▶ Vaselix 5,10,15,20%
- ▶ **Keratix 25%** ( amb pegats oclusius)



## Crioteràpia

---

- ▶ Nitrogen líquid en pistola, turunda, pinces
  - ▶ Congelació brusca i descongelació = necrosis
  - ▶ Eficàcia semblant al salicílic
  - ▶ Mal tolerat en nens petits
  - ▶ Berrugues mans responen millor que peus
  - ▶ S'ha d'avisar
    - ▶ Produirà edema pell
    - ▶ Ampolla aparatosa, dolorosa
    - ▶ Collaret de berrugues
- 



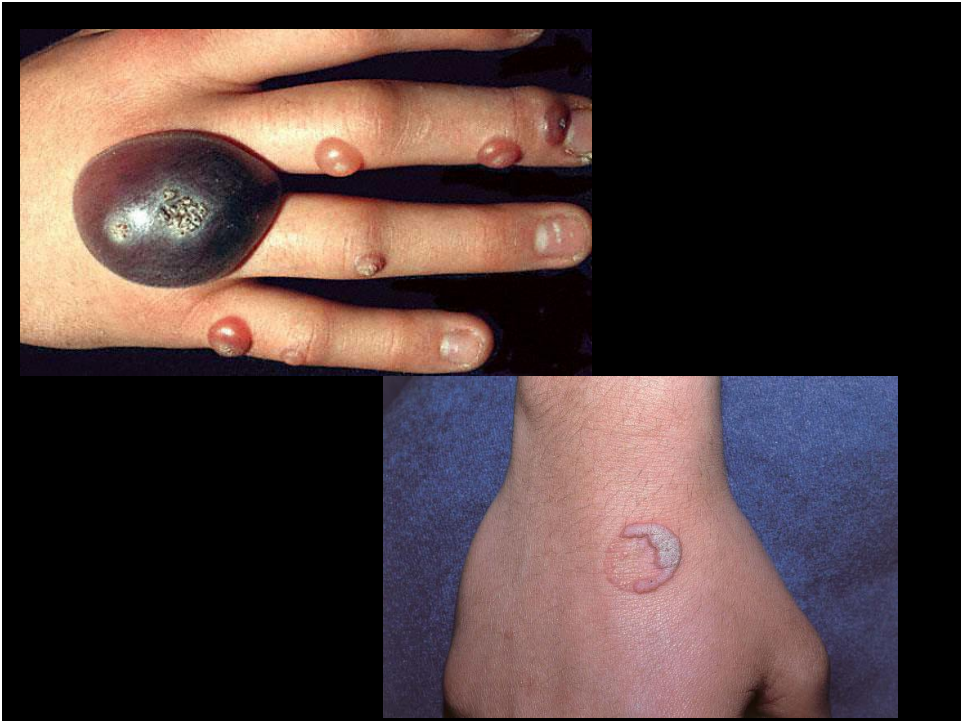
## Crioteràpia

---

- ▶ L'objectiu és crear una àrea visiblement congelada que agafi la berruga i aproximadament 2 mm de la pell normal circumdant i que desaparegui entre 30 y 60 segons després de l'aplicació
  - ▶ Dos cicles de congelació descongelació poden conduir a una millor resolució de les berrugues grosses o plantars
  - ▶ El tractament es repeteix cada dos o tres setmanes fins la resolució de la berruga.
- 







## Crioteràpia amb turunda cotó

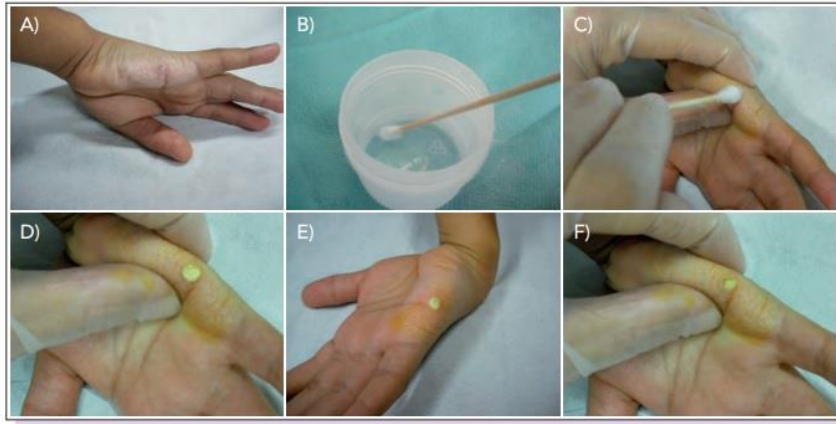
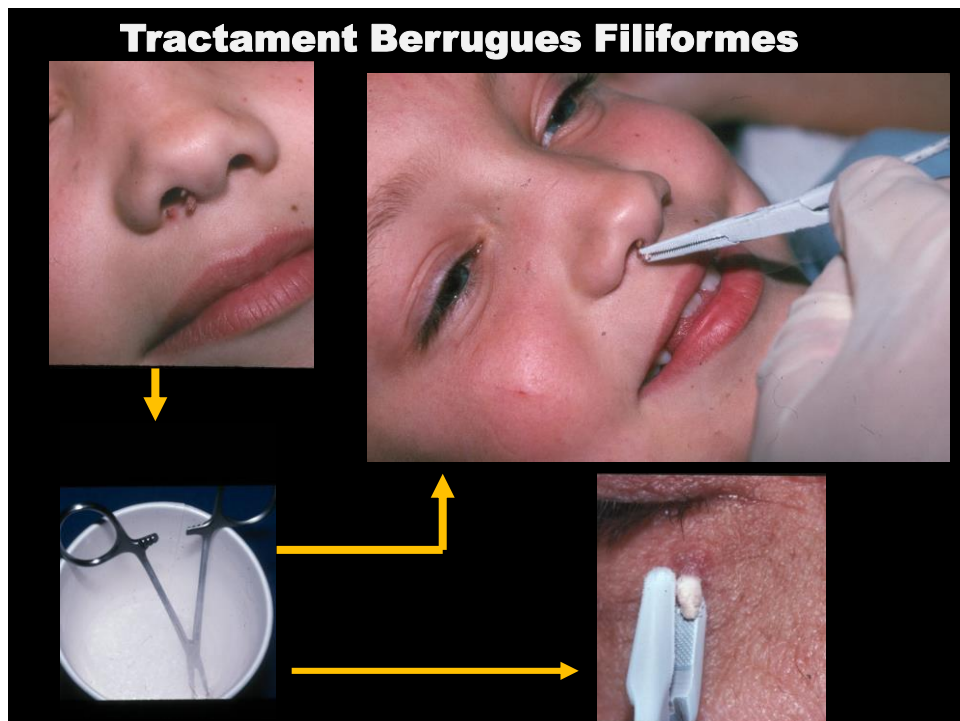


FIGURA 2. Técnica de criocirugía. A) Verruga vulgar. B) Inmersión del hisopo en nitrógeno líquido. C) Aplicación del hisopo sobre la piel. D) y E) Halo de congelación. F) Halo de descongelación.



## Tractament Berrugues Planes

- ▶ Àcids Retinoics: **Adapalè** ,  
Isotretinoïna, Tretinoïna
- ▶ Àcid retinoic formulació
  - Resorcina 3%
  - Àcid Retinoic 0,05%
  - Crema Base lanette qsp 30 gr
- ▶ Crioteràpia superficial amb pal o turunda cotó



## Berrugues periunguials

- ▶ Una teràpia agressiva pot danyar la placa unguial.
- ▶ Aplicar cinta adhesiva durant 6 dies / setmana



## Cinta adhesiva

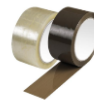
- ▶ Teràpia oclusiva

### The Efficacy of Duct Tape vs Cryotherapy in the Treatment of Verruca Vulgaris (the Common Wart)

Dean R. Focht III, MD; Carole Spicer, RN; Mary P. Fairchok, MD

*Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:971-974

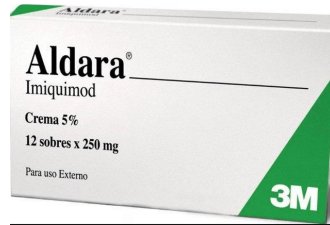
- ▶ Mecanisme desconegut
- ▶ INDOLORA, FÀCIL i BARATA
- ▶ Val la pena provar-la



- ▶ Fregar amb una llima d'ungles o fulla de bisturí per eliminar excés de queratina
- ▶ Tapar la berruga de forma complerta amb cinta adhesiva durant sis dies
- ▶ Al 7è dia es remulla la berruga i es llima o es torna a treure l'excés de queratina amb fulla de bisturí
- ▶ Es torna a tapar amb cinta adhesiva i així anar repetint fins a 4-6 setmanes

## Imiquimod crema 5%

- ▶ Immunomodulador tòpic
  - ▶ Indueix respostes locals interferons  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  i factor de necrosis tumoral- $\alpha$ , i les interleuquines 1, 6, 8, 10 i 12
- ▶ Aplicar 3 dies a la setmana només a la lesió
- ▶ Aclarir a les 6-10 hores
- ▶ Repetir setmanalment fins la curació o fins un màxim de 16 setmanes
- ▶ Urent
- ▶ Car
- ▶ Berrugues periungueals
- ▶ Condilomes



## Impetigen

- ▶ Infecció cutània més freqüent
- ▶ Màxim de 2 a 5 anys
- ▶ Exsudat de les lesions és molt contagiós ...lesions a distancia
- ▶ Parts exposades
  - ▶ Cara
  - ▶ Extremitats



## Etiopatogènia Impetigen

- ▶ Dos microbis junts o separats
- ▶ Estreptococ beta-hemolític del grup A
- ▶ Estafilococ Aureus



## Impetigen no ampollos

- ▶ Pàpules → Vesícules amb líquid tèrbol groguenc
- ▶ Es trenquen ràpidament
- ▶ Formació de crostes groguenques
- ▶ Ràpidament nova crosta
  - ▶ **MOLT CONTAGIOS**











## Impetigen Ampollos

- ▶ Acció d'una toxina exfoliativa
- ▶ Ampolles superficials que es ràpidament
- ▶ Zones eritematoses erosives
- ▶ Crosta superficial rodejada d'un collaret perifèric d'escames
- ▶ ***Estafilococ***



Collaret descamatiu al voltant de la lesió erosiva

## **Impetigen Ampolloso**

---

**Lesió solitària**



**Lesions múltiples**





## Hem de tractar l'impetigen ?

- ▶ Pot extendres ràpidament
- ▶ Pot arribar a plans profunds
- ▶ Infeccions sistèmiques
  - ▶ Osteomielitis, artritis
- ▶ Psoriasi guttata
- ▶ Glomerulonefritis
- ▶ NO FEBRE REUMÀTICA



## Hem de tractar l'impetigen ?



## Tractament impetigen

- Bona higiene general i retallar ungles (evitar assistència a guarderia fins curació de les lesions)
- L'eliminació de la crostes i la utilització d'antisèptics tòpics no ha demostrat evidència clínica d' utilitat
- Tractament
  - Antimicrobià tòpic
  - Antimicrobià sistèmic ?

## Antibiòtics tòpics

- ▶ Mupirocina
- ▶ Àcid fusídic
- ▶ Retapamulina (Altargo)
- ▶ Ozenoxacino (Ozanex)



## Àcid Fusídic

- ❑ Alta penetrabilitat ,no té resistències creuades
- ❑ Activitat antimicrobiana front la majoria de patògens cutanis
  - ❑ Estafilococ ( incloent soques resistents a meticilina) ,  
Estreptococ, Clostridiums, Corynecateries, ( no front enterococ)
  - ❑ Gram negatius: gonococ i meningococ (no front pseudomonas)
- ❑ Indicacions
  - ❑ Impetigen, fol·liculitis, furúncol, ferides sobreinfectades
  - ❑ Eritrasma, Queratolisi punctata
  - ❑ Dermatitis atòpica sobreinfectada (junt a corticoides tòpics)
- ❑ Dosificació: 3 aplicacions / dia / 5-7dies
- ❑ Útil pel tractament de portadors nasals

## Mupirocina

- ❑ No resistències creuades
- ❑ Molt efectiu front a Estreptococ piògenes i Estafilococ daurat (incloent soques a meticil·lina)
- ❑ No front gram negatiu ni enterococs
- ❑ En cremats, ferides i aplicacions extenses, possible **toxicitat polietilenglicol** (vehicle)
- ❑ Molt útil per eradicació de portadors nasals (prescriure forma galènica nasal, no conté polietilenglicol que és irritant mucoses)
- ❑ Dosificació: de 2 a 3 cops / dia / 5 - 7 dies



## Retapamulina

- ❑ Derivat semisintètic de pleuromutil·lina
- ❑ Antibiòtic bacteriostàtic
- ❑ Actiu front cocs grampositius i alguns bacils gramnegatiu (no enterobacteries ni pseudomonas ni enterococs)
- ❑ En nens de > 9 mesos
- ❑ En general no aporta avantatges front a mupirocina i fusídic
- ❑ **Podria ser útil en casos resistents a mupirocina i fusídic**
- ❑ Dosificació 1 aplicació / 12 hores / 5 dies



## Ozenoxacino

---

- ▶ Quinolona no fluorada
  - ▶ Bactericida en front Estafilococ i Estreptococ Pyogens
  - ▶ Nens de > 2 anys
  - ▶ Impetigen no ampollos
  - ▶ Impetigen ampollos no s'ha determinat eficàcia
  - ▶ 2 aplicacions al dia / 5 dies
  - ▶ **Podria ser útil en casos resistents a mupirocina i fusídic**
- 





## Antibiòtics tòpics

- Tractament d'elecció
- Aconsegueixen altes concentracions en estrat corni
- Suprimint infecció i limiten extensió
- No resistències creuades
- En casos rebels pot aplicar-se Retapamulin 2 cops x dia / 5 dies



## Antibiòtics sistèmics

- **Indicacions**
  - a) **Impetigen molt extens o múltiples lesions**
  - b) **Localitzacions difícils de tractar**
  - c) **Limfangitis o limfadenopatia intensa**
  - d) **Factors subjacents: dermatitis atòpica, diabetis.**
  - e) **Si afecta a varis membres familiars o escolars.**
  - f) **No resposta al tractament tòpic**
  - g) **Impetigen amb simptomatologia sistèmica**
  - h) **Impetigen per MARSA de la comunitat**

## Antibiòtics sistèmics

- ▶ **Efectiu per Estreptococ i Estafilococ**
- ▶ **Antibiòtic d'elecció cefalosporina de primera generació i com alternativa amoxicil·lina + àcid clavulànic**
- ▶ **La cloxacil·lina té mala disponibilitat oral i resulta difícil de complir la pauta .**
- ▶ **En al·lèrgics a betalactàmics: macròlids**
- ▶ **En MARSA comunitari: Cotrimoxazol , clindamicina**

# Impetigen

---



Tractament tòpic



Tractament sistèmic

---

▶

## Lactant petit que acudeix per irritabilitat i lesions cutànies

---



## Lactant petit que acudeix per irritabilitat i lesions cutànies

---

- ▶ Lactant molt irritable no dorm per les nits
- ▶ Lesions cutànies des de fa unes 3 setmanes
- ▶ Diagnosticat de dermatitis atòpica
- ▶ Tractat amb cortis tòpics sense millora



### Què pot tenir aquest petit ?

---

- A.** Dermatitis atòpica intensa
  - B.** Dermatitis seborreica generalitzada
  - C.** Escabiosi
  - D.** Pustulosi acral
- 



- ▶ Dermatitis atòpica amb afectació palmells i plantes ?



**La germana gran i la mare també tenen picors**

## **Escabiosi**

- ▶ Infestació per l'àcar *Sarcoptes scabiei hominis*
- ▶ L'home és l'hoste definitiu
- ▶ La femella perfora l'estrat corni i posa ous
- ▶ Contagi per contacte directe de pell a pell, menys freqüent a través d'utensilis



## Manifestacions clíniques

- ▶ **Pruïja per hipersensibilitat**, poden passar varies setmanes. Si reinfestació, pruija a les 24h
- ▶ Màxim per la nit
- ▶ Diversos membres familiars afectats
- ▶ Lesions i localitzacions característiques
- ▶ Sovint sobreinfeccions o eczematitzacions



## Lesions característiques

- ▶ **Túnels**: lesió lineal, de varis mm de longitud, representa la manifestació externa del túnel que realitza la femella fecundada en la epidermis.
- ▶ **Pàpula perlada**: pàpula petita o vesícula al final d'un túnel, és on es troba l'àcar
- ▶ **Pàpules eritematoses**: lesions més freqüents, per reacció d'hipersensibilitat
- ▶ **Vesícules**: freqüents en nens petits, sobretot a palmells i plantes
- ▶ Nòduls: lesions cròniques, estèrils en genitals, engonal, axelles
- ▶ Excoriacions, distorsionen lesions, destrueixen túnels
- ▶ Lesions de rascat
- ▶ Impetiginització, pústules





## Localitzacions característiques

- ▶ **Mans**
  - ▶ Espais interdigitals
  - ▶ Part lateral dels dits
- ▶ **Canells**
- ▶ **Colzes**
- ▶ **Plecs axil·lars anteriors**
- ▶ **Melic, pits, penis, natges**
- ▶ **Cap i coll (lactants)**
- ▶ **Palmells i plantes**





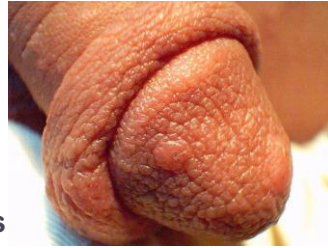






## Altres lesions

- ▶ **Nòduls**
  - ▶ Lesions cròniques
  - ▶ En genitals, engonal, axelles
  - ▶ Són estèrils
- ▶ **Excoriacions**
  - ▶ Distorsionen les lesions primàries
  - ▶ Destruïxen túnels
- ▶ **Lesions de rascat**
- ▶ **Impetiginització, pústules**





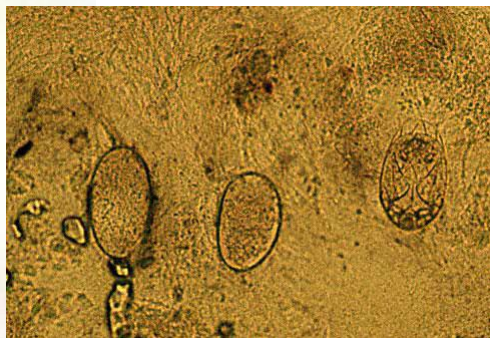
## Diagnòstic

- ▶ Clínica característica
  - ▶ Exantema prurític de predomini nocturn
  - ▶ Afectació familiar
  - ▶ Localitzacions característiques
  - ▶ Pàpules eritematoses en penis o pits són casi patognomòniques



## Diagnòstic

- ▶ Microscopi : Raspat de zones de pell infestada + oli mineral, es visualitzen àcars, ous o femtes (difícil)



## Diagnòstic

- ▶ Aplicació TINTA estilogràfica en zona sospitosa de túnel. Es neteja la tinta superficial i es visualitzen els túnels ben delimitats, la tinta ha passat a través de l'obertura del túnel



## Dermatoscòpia Escabiosi

- ▶ Fàcil, ràpida, no dolorosa, no angossa al nen
- ▶ Sensibilitat diagnòstica del 91%
- ▶ Estructures JET o en "Ala Delta"
  - ▶ Estructura triangular de color marró (on hi ha l'àcar femella) situat al final d'una línia blanquinosa serpiginosa (és el túnel)



## Generalitats tractament

- ▶ Tractar pacient i tots els familiars que conviuen amb ell de **FORMA SIMULTÀNIA**
- ▶ Tallar ungles i raspallar (poden quedar-ne a sota)
- ▶ Rentar roba, llençols i tovalloles en programa calent
- ▶ “Peluixos”, joguets i altres utensilis personals, guardar-los en bossa de plàstic tancada durant 72 hores
- ▶ Aspirar i netejar la casa
- ▶ No cal fer res amb les mascotes, no tenen sarna (reservori únic som els humans)



## Tractament elecció

- ▶ **PERMETRINA 5%** (Perme-Cure crema 5% Permetrina OTC 5%®)
  - ▶ Producte d'elecció, poc tòxic i molt potent
  - ▶ Es pot aplicar a partir dels 20 dies de vida
  - ▶ Tot el cos
  - ▶ Aplicar una fina capa del producte en tota la superfície corporal
  - ▶ En els nens de < 2 anys també el cap
  - ▶ Deixar actuar unes 12 hores
  - ▶ Rentar be tot el cos
  - ▶ No reaplicar el producte cada dia
- ▶ **Repetir el tractament a la setmana**





## Altres tractaments

---

- ▶ **IVERMECTINA (Mectizan ®, medicació estrangera)**
  - ▶ Fàrmac antihelmíntic, estructura semblant a macròlid
  - ▶ Dosi 200mcgr/Kg dosis única.
  - ▶ Formulació: Ivermectina al 0,6% csp 5 ml Dosis 1 gota / Kg, 1ml= 6 mg
  - ▶ Repetir a la setmana
  - ▶ Casos greus o refractaris
- ▶ **Ivermectina tòpica al 1%**
- ▶ **Crotamiton 10%**
  - ▶ Aplicar per tot el cos, 2 cops al dia / 5dies
  - ▶ Repetir a la setmana
  - ▶ Ben tolerat, antipruriginos
  - ▶ Resistències habituals
- ▶ **Lindane, Malathion, Sofre al 6%, Tiabendazol tòpic**



## Tractament Generalitats

---

- ▶ **Pruïja pot durar unes setmanes tot i tractament correcte**
  - ▶ És per hipersensibilitat
  - ▶ Explicar al pacient
  - ▶ Cremes emol·lients, corticosteroides tòpics
  - ▶ Antihistamínics



## Quina picor



- ▶ Lactant petit de 6 mesos
- ▶ Diagnosticat de sarna fa unes 4-6 setmanes
- ▶ Tractat amb permetrina al 5% junt amb tota la família
- ▶ Després d'unes setmanes asimptomàtic, reapareixen lesions a peus i mans
- ▶ Molta pruija

## Acropustulosi Infantil

- ▶ S'inicia durant les primeres setmanes o mesos de vida
- ▶ Pot estar present al néixer
- ▶ Clínica característica
  - ▶ Brots de lesions vesiculopustulars
  - ▶ Distribució Acral
  - ▶ Molt pruriginós



## Acropustolosi infantil

- ▶ **Etiologia desconeguda amb incidència desconeguda**
  - ▶ Reacció d'hipersensibilitat cutània als Ag de la Sarna. ( La major part dels casos han tingut primer una sarna, però pot presentar-se sense antecedent d'escabiosi)
  - ▶ Pot ser una reacció d'hipersensibilitat cutània a la exposició de múltiples factors antihigièncis
  - ▶ Existeix una clara coexistència amb la dermatitis atòpica ( a prop del 50%)
  - ▶ Deficiència antagonista del receptor interleuchina 1 (DIRA)
- ▶ **Clàssicament es creia que predominava molt en raça negra, però actualment es creu que possiblement afecta per igual a totes els races.**



## Acropustolosi infantil

- ▶ **Inici primera semana o mesos de vida**
- ▶ **Caracterisítica clínica**
  - ▶ Brots intermitents de vesicules i pústules pruriginoses
  - ▶ Comença com una pàpula eritematosa → en 24 hores vesiculopustules → crosta → es cura en pocs diesi
  - ▶ Distribució acral: sobretot en plantes (100%) i palmells (95%)
  - ▶ Molt pruriginós



## Acropustulosi Infantil

- ▶ **Distribució acral**
  - ▶ Palmells, plantes, dors mans i peus i part lateral dits.
  - ▶ Turmells, canells, cuir cabellut, natges
- ▶ **PRURIT intens, nens petits irritables**
- ▶ **Brots duren 1-2 setmanes i repeteixen a les 2-4 setmanes**
- ▶ **Amb l'edat els brots són menys intensos i més espaiats**
- ▶ **Es resol als 2-3 anys**





**El nen es frega contínuament els peus**

## Acropustulosi Infantil

- ▶ Es resol espontàniament però sovint descamació i hiperpigmentació
- ▶ Laboratori: Leucocitosi i sovint eosinofília
- ▶ Extensió, tinció Giemsa: Neutrofília sense gèrmens
- ▶ DD Escabiosi (pustulosi post-escabiosi ?)
- ▶ Tractament simptomàtic
  - ▶ Corticosteroides tòpics

## Acropustulosi infantil

- ▶ Perla diagnòstica:
  - ▶ Brots de lesions vesiculopustulars
  - ▶ Distribució Acral
  - ▶ Molt prurit



## Nena trista amb inflor d'ulls

- ▶ Nena de 7 anys que consulta per quadre de
  - ▶ Febre de 7 dies d'evolució
  - ▶ Odinofàgia
  - ▶ Conjuntivitis hemorràgica bilateral
  - ▶ Equimosis palpebrals
  - ▶ Edema palpebral



## Nena trista amb inflor d'ulls

- ▶ Uns 10 dies abans: OMA tractada amb amoxicil·lina
- ▶ Inici de quadre amb febre i dolors ossis
- ▶ A les 24 hores es desenvolupa inflamació palpebral bilateral i odinofàgia
- ▶ En els últims dies aparició de hemorràgies conjuntivals i equimosis palpebrals

## Exploració física i Anàlisi

- ▶ Hemorràgies conjuntivals bilaterals
- ▶ Equimosis palpebral
- ▶ Edema palpebral
- ▶ Hipertrofia amigdalar amb exsudats
- ▶ Adenopaties laterocervicals
- ▶ Hepatoesplenomegàlia
- ▶ Leucocitosis 17500
- ▶ Predomini de limfòcits
- ▶ Plaquetes 90000
- ▶ AST 220
- ▶ ALT 250
- ▶ LDH 750
- ▶ Faringotest (-)
- ▶ Paul-Bunell (-)

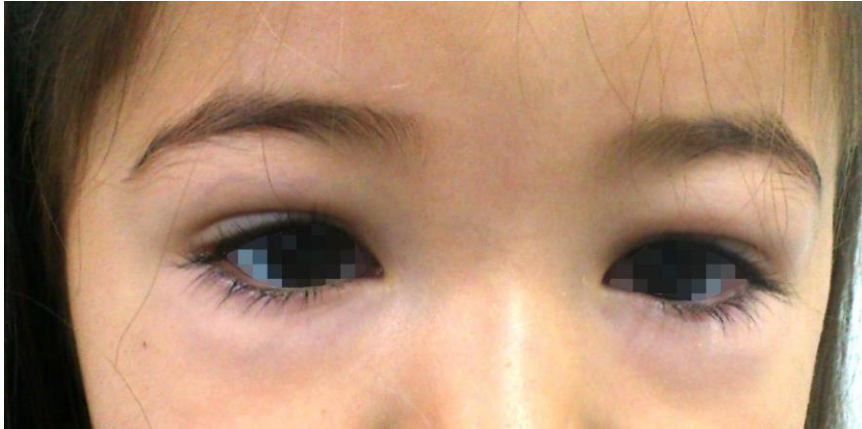
## Què creieu que té aquesta nena ?

- A. Amigdalitis per Estreptococ
- B. Infecció per Epstein - Barr
- C. Neuroblastoma
- D. Malaltia de Kawasaki





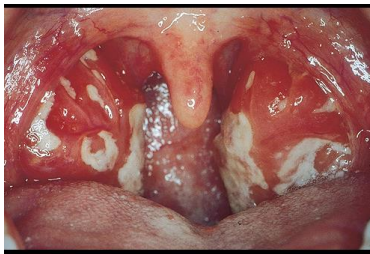
## MONONUCLEOSI INFECCIOSA



- ▶ Entre un 30 o 50% dels casos poden presentar edema periorbitari bilateral (**Signe de Hoagland**) que s'inicia en els primers dies del quadre i pot persistir fins la segona setmana.
- ▶ Petèquies i equimosis palpebrals (menys freqüent)

## Mononucleosi Infecciosa

- ▶ Virus Epstein-Barr
- ▶ Febre, amigdalitis, adenopaties , hepatomegàlia  
ESPLENOMEGALIA (50%)



## Exantema mononucleosi

- ▶ 10-15% tenen rash cutani
  - ▶ Maculopapular en **tronc**, espatlles, cara i extremitats superiors, menys en les cames
  - ▶ Rubeoliforme, petequial, urticariforme, escarlatiniforme o eritema multiforme-like



## Mononucleosi Infecciosa Exantema Medicamentós

- ▶ 40% després administració antibiòtic i pràcticament el 90% si ampicil·lina o amoxicil·lina
- ▶ Inici als 3-8 dies de l' administració
- ▶ Exantema maculo – papular eritematós intens que s'inicia en TRONC i te tendència a generalitzar-se
- ▶ Pot afectar palmells i plantes
- ▶ Pruriginós
- ▶ Desapareixen en 3-5 dies



<b>Tabla 2 Manifestaciones Cutáneas Virus de Epstein-Barr</b>	
Exantema mononucleosis	Urticaria por frio transitoria
Exantema por betalactámicos	Eritema y pápulas palmas manos
Síndrome de Gianotti-Crosti	Eritema anular centrifugo
Eritema Multiforme	Granuloma anular-like
Eritema Nudoso	Urticaria aguda
Síndrome papulopurpúrico en guantes y calcetines	Hipersensibilidad a picadura mosquitos
Úlceras genitales agudas (Úlceras de Lipschutz)	Enfermedad ampollosa crónica
Vasculitis leucocitoclástica	Hydroa vacciniiforme
Leucoplasia vellosa oral	Síndrome DRESS





## **Acrodermatitis Papulosa Infantil Gianotti-Crosti**

- ▶ Descrita el 1955 pe Gianotti com acrodermatitis papulosa infantil
- ▶ El 1970, relació amb Virus Hepatitis B
- ▶ ***RESPOSTA IMMUNE en front a diferents virus , bactèries o Ag***
- ▶ 2-6 anys
- ▶ Primavera-estiu
- ▶ Pròdroms febre, refredat, GEA



Tabla 1 Agentes etiológicos Gianotti - Crosti	
Virus Epstein Barr	Virus Parotiditis
Virus Hepatitis B	Parvovirus
Citomegalovirus	Poxvirus
Virus Hepatitis A	Rotavirus
Virus Hepatitis C	VRS
Adenovirus	Postvacunación - Polio, DTP, Triple vírica, Gripe
Herpes Virus 6	Estreptococo Beta hemolítico Grupo A
HIV	Mycoplasma
Virus Parainfluenza	Bartonella henselae
Enterovirus	

## Acrodermatitis Papulosa Infantil

- ▶ Pàpules eritematoses o de color de pell normal ( en algunes ocasions confluents o formant PLAQUES)
- ▶ Distribució simètrica i ACRAL
  - ▶ CARA, natges, Superfície extensora EE ( colzes i genolls)
- ▶ Típicament inici a CAMES i natges, després de forma ascendent fins cara
- ▶ Habitualment respecta
  - ▶ Palmells i plantes, mucoses i tronc
- ▶ Duració de 3 a 6 setmanes
- ▶ En general poc PRURIT

