

# Dermatitis irritativa del pañal

*Irritant diaper rash*

**Leonardo A. Sánchez-Saldaña\***

## RESUMEN

*La dermatitis irritativa del pañal es uno de los desórdenes más comunes de la infancia. Es la forma más común de dermatitis de contacto irritante. El área del pañal es el primer blanco para una dermatitis irritante, debido al exceso de humedad en el área, condicionada por el efecto oclusivo del pañal, el contacto de la superficie cutánea con las heces y la orina o el propio pañal, que genera un aumento en el coeficiente de fricción y en el pH cutáneo, que da como resultado una disrupción local de la función barrera. Ante la modificación del pH, las enzimas fecales atacan la piel incrementando el daño. La barrera cutánea dañada localmente es susceptible a una variedad de daños biológicos, químicos y físicos., que pueden agravar la dermatitis. Clínicamente se caracteriza por eritema confluyente, pápulas eritematosas, edema y descamación en las áreas convexas que están en contacto directo con el pañal, incluyendo las nalgas, el abdomen inferior, los genitales y las raíces de los muslos. Los pliegues están usualmente respetados al no estar en contacto directo con el pañal. El manejo consiste en identificar los factores predisponentes involucrados y es imprescindible mantener la piel limpia y en la medida de lo posible seca.*

**PALABRAS CLAVE:** *Dermatitis, dermatitis irritativa, pañal.*

*Dermatol Peru 2021; 31 (3): 215-218*

## ABSTRACT

*Irritant diaper rash is one of the most common childhood disorders. It is the most common form of irritant contact dermatitis. The diaper area is the first target for irritant dermatitis, due to excess moisture in the area, conditioned by the occlusive effect of the diaper, the contact of the skin surface with feces and urine or the diaper itself, which generates an increase in the coefficient of friction and in the skin pH, which results in a local disruption of the barrier function. Faced with the modification of the pH, fecal enzymes attack the skin increasing the damage. The locally damaged skin barrier is susceptible to a variety of biological, chemical, and physical damage, which can aggravate dermatitis.*

*Clinically it is characterized by confluent erythema, erythematous papules, edema and peeling in the convex areas that are in direct contact with the diaper, including the buttocks, lower abdomen, genitals and thigh roots. The folds are usually respected as they are not in direct contact with the diaper. Management consists of identifying the predisposing factors involved and it is essential to keep the skin clean and as much as possible dry.*

**KEY WORDS:** *Dermatitis, irritant dermatitis, diaper.*

## INTRODUCCIÓN

La dermatitis irritativa del pañal es uno de los desórdenes más comunes de la infancia, de etiología multifactorial, caracterizada por inflamación en el área cubierta por el pañal<sup>1,2</sup>. Constituye la principal causa de consulta en lactantes y preescolares, con una prevalencia que oscila entre 40 a 50 % de los pacientes en estos grupos de edad, y un pico máximo de presentación entre los 6 y 12 meses de edad<sup>2-5</sup>. La diferencia por sexo no es significativa.

\* Médico dermatólogo de Clínica privada Gonzales, Past-presidente de la Sociedad Peruana de Dermatología. Ex jefe del Departamento de Dermatología del Hospital Militar Central - Lima.

## PATOGENIA

En la patogenia de la dermatitis irritativa del pañal, están involucrados numerosos factores, algunos predisponentes y otros desencadenantes<sup>3</sup>. Entre los *factores predisponentes* se encuentra la sensibilidad de la piel del área del pañal, que es más fina y débil que la del adulto y se halla casi permanentemente húmeda y con una cubierta impermeable que es el pañal. Así mismo, esta zona de la piel tiene una menor secreción sudorípara y sebácea<sup>3</sup>. Existen además condiciones predisponentes que aumentan esta sensibilidad, como la dermatitis atópica y la dermatitis seborreica<sup>6</sup>.

Uno de los *factores desencadenantes* más importantes es la humedad persistente, condicionada por el efecto oclusivo del pañal, que provoca maceración de la piel, aumento del coeficiente de fricción y en el pH cutáneo, que da como resultado una disrupción local de la función de la barrera y favorece la acción de los irritantes<sup>1,2,3,6</sup>. Asimismo, la temperatura y humedad elevada de la zona cubierta por el pañal determina un ambiente favorable para el desarrollo local de bacterias y hongos.

La barrera cutánea dañada localmente es susceptible a una variedad de daños biológicos, químicos y físicos, que pueden causar o agravar la dermatitis irritativa. Entre éstos se incluye a las heces que contienen enzimas (proteasas y lipasas), los principales irritantes responsables capaces de dañar la piel; este efecto es potenciado por las sales biliares. En los niños pequeños, la consistencia de las heces suele ser más líquida, lo que favorece aún más la irritación y la maceración<sup>1-3,5</sup>. La orina está involucrada por producir una excesiva irritación de la piel, lo que provoca un aumento de la penetración de irritantes. Los pañales húmedos aumentan el daño producido por la fricción<sup>3</sup>.

Se considera factores de riesgo asociados al desarrollo de dermatitis del pañal irritativa a la diarrea, ya sea por acidez o alcalinidad que condiciona irritación continua local<sup>2,3</sup>.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La dermatitis de contacto irritativa del pañal se caracteriza por eritema confluyente, pápulas eritematosas, edema y descamación de las superficies convexas que están en contacto directo con el pañal, incluyendo las nalgas, los genitales, la zona perianal, el abdomen inferior y la parte proximal del muslo<sup>2,6</sup>. Los pliegues están usualmente respetados al no estar en contacto directo con el pañal<sup>2,5</sup>.

La gravedad de la dermatitis irritativa del pañal varía desde un eritema leve asintomático hasta la inflamación severa. La forma leve se caracteriza por algunas pápulas

eritematosas aisladas o eritema leve asintomático en áreas limitadas de la piel con maceración mínima<sup>2</sup>. La forma moderada se caracteriza por eritema más extenso con maceración o erosiones superficiales y se acompaña de dolor. La forma grave se caracteriza por eritema intenso con una apariencia brillante, erosiones dolorosas, pápulas y nódulos<sup>2</sup>. La dermatitis irritativa del pañal puede ser simple o complicada. Se describen además algunas variedades menos frecuentes en niños mayores de 6 meses, son graves y crónicas e incluyen la forma erosiva de Jacquet, granuloma glúteo infantil.

La *dermatitis eritematosa simple* es leve y se caracteriza con descamación, que afecta las superficies convexas y respeta los pliegues. Puede progresar con erosiones y si sobreinfecta con pústulas<sup>3,6,7</sup>.

La *dermatitis erosiva de Jacquet*, denominada también dermatitis sifiloide poserosiva de Sevestre-Jacquet, es una erupción eritematosa erosiva grave de la zona del pañal con pápulas o nódulos ulcerados en sacabocado e islas de reepitelización en la región perineal y que dan un aspecto umbilicado o en cráter, lo que recuerda a las pápulas planas del secundarismo sifilítico. En los lactantes varones, la erosión y formación de costras en el glande del pene y en el meato urinario pueden dar lugar a una micción dolorosa o difícil<sup>2,5,8</sup>.

El *granuloma glúteo infantil*, se caracteriza por nódulos eritemato-violáceos en los pliegues inguinales, escroto, nalgas y caras mediales de los muslos<sup>8</sup>.

*Pápulas y nódulos perianales pseudoverrugosos*, caracterizados por lesiones de aspecto verrucoso sobre una base eritematosa<sup>2,7</sup>.

El curso clínico de la dermatitis irritativa del pañal es episódico. Cada uno de éstos es leve o moderado y dura 2 a 3 días. Si persiste más de 3 días a pesar del tratamiento estándar estará colonizado por *Cándida*. La sobreinfección por ésta se caracteriza por placas color rojo intenso, pápulas satélites, pústulas superficiales y afección de los pliegues<sup>2</sup>.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico y, por lo general no se necesitan estudios complementarios. La evaluación de un paciente con inflamación cutánea del área del pañal debe enfocarse en determinar y sus características clínicas corresponde a una dermatitis irritativa por pañal, la exacerbación de una dermatosis como una dermatitis seborreica o dermatitis atópica, o bien, ser la manifestación de otras patologías no relacionadas, pero que se observan en el área del pañal<sup>2</sup>. El interrogatorio y la exploración física dirigido puede ayudar

a identificar factores contribuyentes o predisponentes que favorezcan el desarrollo de la dermatitis irritativa del pañal. Es importante obtener información sobre el tipo de pañal utilizado, la frecuencia con que se cambia el pañal, y si usan pañales de tela, cuál es el método de limpieza utilizado. Además, es necesario conocer como se realiza el aseo del área del pañal (jabones, limpiadores, toallas higiénicas, entre otras) y tratamientos previos recibidos<sup>2</sup>.

## INVESTIGACIONES ESPECÍFICAS

El diagnóstico es clínico; sin embargo, en casos seleccionados y según la evolución y respuesta, se puede llegar a necesitar estudios de laboratorio que pueden ayudar a confirmar la etiología en casos atípicos o recalcitrantes, entre ellos:

- ▲ Estudios micológicos: Preparación con KOH y cultivo para hongos que puede identificar la presencia de *Cándida*
- ▲ Prueba de Tzanck para identificar células gigantes multinucleadas sugestivas de infecciones virales y bacterianas.
- ▲ Niveles séricos de zinc y biotina
- ▲ Biopsia de piel
- ▲ Prueba de parche.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muchas otras dermatosis pueden afectar el área del pañal y requieren ser excluidas, como la psoriasis, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto alérgica, la acrodermatitis enteropática, las infecciones por *Cándida*, *estafilococo aureus* y la histiocitosis de células de Langerhans<sup>6</sup>.

## ESTRATEGIAS DE MANEJO

En la mayoría se los casos el manejo integral incluye: identificar los factores predisponentes involucrados, cuidados generales de la piel del área del pañal, elección del pañal adecuado y uso de preparaciones tópicas<sup>2,3</sup>.

## CUIDADOS GENERALES DEL AREA DEL PAÑAL

Para obtener buenos resultados en el cuidado general del área del pañal, es imprescindible mantener la piel limpia y en la medida de lo posible seca. El cambio frecuente del pañal y la limpieza del área limita el contacto prolongado de la piel con heces y orina, y por ello constituye un aspecto esencial en el tratamiento de la dermatitis irritativa del pañal<sup>2,3</sup>. Al recién nacido, se le deben cambiar los pañales entre ocho y diez veces al día. A medida que el lactante

crece, se reducirá la frecuencia de los cambios, pero se aconseja un mínimo de seis veces al día<sup>3</sup>.

Se puede limpiar la piel de esta zona únicamente con agua, con jabón suave o con pañitos comerciales<sup>6</sup>. Para la limpieza de la piel se recomienda realizarla en forma suave con agua tibia y una pequeña cantidad de un producto con pH fisiológico, como los denominados syndets (o detergentes sintéticos)<sup>3</sup>. Para limpiar la piel, se recomienda usar paños húmedos o el uso de óleo calcáreo cuando la piel esté irritada. La evidencia acerca del uso de agentes de lavado y cremas que reducen el pH cutáneo para disminuir la pérdida transepidermica de agua y así mejorar su hidratación, es limitada<sup>3</sup>.

## ELECCIÓN DEL PAÑAL

Los pañales desechables que contienen materiales gelificantes superabsorbentes y revestimiento transpirables son preferibles a los que no lo tienen<sup>6</sup>. Existen estudios que indican que los pañales con centros de celulosa son superiores a los pañales de tela; los pañales con materiales absorbentes en gel son superiores a los pañales con centro de celulosa exclusivamente, y que los pañales con liberación de formulaciones por contacto son superiores a aquellos que no lo liberan<sup>2</sup>. Se deben evitar los pañales de tela, ya que se ha demostrado que están asociados con una mayor incidencia de dermatitis irritativa del pañal en comparación con los pañales desechables<sup>6</sup>.

## USO DE PREPARACIONES TÓPICAS DE BARRERA

Las preparaciones de barrera bloquean físicamente el contacto entre la piel y los irritantes con el fin de reducir la fricción y el contacto con las heces y la orina<sup>2,6</sup>. Se debe aplicar crema protectora con cada cambio de pañal. Las pastas y los ungüentos son mejores barreras que las cremas y lociones, que son pobremente adherentes y mínimamente oclusivas<sup>2</sup>. La mayoría de las preparaciones de barrera contienen petrolato, óxido de zinc, o ambos. Algunos contienen lanolina, parafina o dimeticona. El sucralfato actúa como una barrera física contra los irritantes y tiene actividad antibacteriana. Se ha reportado sutilidad en el tratamiento de la dermatitis irritativa del pañal grave o recalcitrante<sup>2</sup>.

## ESTEROIDES TÓPICOS

El uso de los esteroides tópicos para el tratamiento de la dermatitis irritativa del pañal se debe considerar como tratamiento de segunda línea para disminuir la inflamación persistente, a pesar de las medidas de cuidados generales del área del pañal y el uso de preparaciones de barrera<sup>2,6</sup>.

Se puede utilizar un esteroide tópico de baja potencia, con la hidrocortisona al 1%, aplicadas dos veces al día y por un tiempo no mayor de siete días. Los esteroides de alta potencia deben evitarse en la dermatitis irritativa del pañal, incluido el uso en las formulaciones magistrales que contienen esteroides potentes y agentes antimicrobianos, ya que la oclusión en el área del pañal promueve la absorción sistémica y el desarrollo de síndrome de Cushing iatrogénico<sup>2,6</sup>.

## AGENTES ANTIMICÓTICOS

Se recomienda el uso de las preparaciones antimicóticas tópicas en casos comprobados o sospechosos de infección por *C. albicans*.

## PRECAUCIONES

Existen diversos productos que pueden ser tóxicos si se utilizan para el tratamiento de la dermatitis irritativa del pañal. El uso de polvos como la fécula de maíz o talcos se acompañan de riesgo respiratorio en casos accidentalmente aspirados por el lactante; por ello deben evitarse. El ácido bórico y el bicarbonato de sodio deben ser evitados por el riesgo de toxicidad sistémica con la absorción percutánea<sup>2</sup>.

Se debe evitar los agentes de barrera que contengan fragancias, conservadores u otros ingredientes con potencial irritativo o alérgico como neomicina, ácido

bórico, alcanfor. Fenol, benzocaína y salicilatos por su potencial de toxicidad sistémica.

## PREVENCIÓN

La forma más efectiva de prevenir la dermatitis de contacto irritativa del pañal es minimizar la humedad a través de evitar el contacto directo de la piel con orina y heces, mediante el cambio frecuente del pañal y la limpieza del área.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Püttgen K.B. and Cohen B.A, Neonatal Dermatology. En Cohen B.A. Pediatric Dermatology. Fourth Edition, USA, Saunders Elsevier, 2013:14-67.
2. Sáez-de-Ocariz M., Orozco-Covarrubias L., Greenawalt-Rodríguez S. Abordaje clínico y manejo integral de la dermatitis irritativa por pañal. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(6):427-432.
3. Pueyo S, Litwak G. Dermatitis del pañal. En Larralde M, Abad E, Luna P, Boggio P, Ferrari B. *Dermatología pediátrica*. 3° Ed. Buenos Aires, Editorial journal. 2021;5:21:276-279.
4. Pueyo S, Litwak G. Dermatitis del pañal. En Larralde M, Abad M.E, Luna P.C. *Dermatología pediátrica*. 2° Ed. Buenos Aires, Editorial journal. 2010;11.11:365-369.
5. Paller A.S., Mancini A.J. Trastornos cutáneos en el recién nacido. En Hurwitz *Dermatología Pediátrica*. Ed. En español, Madrid. Ed. Marbán, 2014; Cap 2:18-68.
6. Eichenfield L., F. Dermatitis del pañal. En: Lebowitz M.G., Berth, Jones J., Heymann W.R., Coulson I. Tratamiento de las enfermedades de la piel. Estrategias Terapéuticas completas. Quinta Ed. Medellín, Ed Amolca, 2019;60:203-205.
7. Pueyo S. Dermatitis de contacto irritativa. En Pueyo de Sasabé S., Massimo J.A., *Dermatología Infantil en la Clínica Pediátrica*. 1° ed. Buenos Aires, Artes Gráficas Buschi S.A. 1999:195-198.
8. Magaña M. G. Guía Dermatológica Pediátrica. Dermatitis del pañal. 1° Ed. México DF Editorial Médica Panamericana; 1998:54-57.