



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Villalba Nogales, Javier; Villalba Santos, Irene
Dermatitis abdominal del niño mactzul
Pediatría Atención Primaria, vol. XVIII, núm. 72, 2016, pp. 335-339
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366649311010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Dermatitis abdominal del niño mactzul

Javier Villalba Nogales^a, Irene Villalba Santos^b

^aPediatra. CS Guadarrama. Guadarrama. Madrid. España • ^bTécnico Cooperante de la ONG Solidaridad, Educación y Desarrollo (SED).

Publicado en Internet:
5-octubre-2016

Javier Villalba Nogales:
javiervn65@gmail.com

Palabras clave:

- Dermatitis
- Dermatitis de contacto
- Níquel

Resumen

La dermatitis por contacto es consecuencia del roce de la piel con una sustancia química que, por diferentes mecanismos, puede producir irritación, inflamación y reacciones infiltrativas en la piel. Durante la estancia en un campo de trabajo con la población indígena mactzul en Guatemala, hemos apreciado un elevado número de niños con una dermatitis en la zona abdominal como consecuencia de la exposición reiterada al roce con hebillas niqueladas. Presentamos 11 casos y hacemos una breve discusión de los mismos y su tratamiento.

Abdominal dermatitis in children of Mactzul population

Key words:

- Dermatitis
- Contact dermatitis
- Nickel

Abstract

Contact dermatitis is the result of skin contact with chemical products which may cause irritation, inflammation and infiltrative reactions on the skin by different mechanisms. During the stay in a labour camp with Mactzul indigenous population in Guatemala, we have seen a high number of children with abdominal dermatitis as a result of a permanent exposure to nickel-plated buckles. We present 11 cases and make a brief discussion of them and their treatment.

INTRODUCCIÓN

Las dermatitis por contacto se producen por el roce de la piel con una sustancia química y pueden desarrollarse por varios mecanismos patogénicos: irritativos, alérgicos, fototóxicos y fotoalérgicos. Hay que tener en cuenta que una misma sustancia puede ser responsable de dermatitis por diversos

mecanismos. Las primeras se deben a la acción irritante directa de la sustancia desencadenante que provoca una reacción inflamatoria en la piel, sin que medien mecanismos inmunológicos. Aunque la mayoría de estas sustancias irritantes lo son para todos los individuos, puede existir una sensibilidad individual muy variable¹. Estas dermatitis pueden ser agudas, por contacto poco duradero, o

Cómo citar este artículo: Villalba Nogales J, Villalba Santos I. Dermatitis abdominal del niño mactzul. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:335-9.

crónicas, consecuencia de un contacto prolongado, en general por irritantes poco potentes.

Las manifestaciones clínicas que apreciamos en los niños son lesiones circunscritas a la zona o zonas de piel en contacto con la sustancia irritante. En la forma aguda aparecen pápulas o placas eritematosas y edematosas, más adelante se desarrollan vesículas o ampollas (Fig. 1), exudación, erosiones y costras. En la forma crónica, además de estas últimas lesiones, puede predominar un aspecto descamativo con liquenificación y formación de grietas y fisuras (Fig. 2). Subjetivamente existe prurito, escozor, quemazón o dolor².

Figura 1. Caso 9: vesículas sobre zona ecemmatizada. Ver la situación de la hebilla y el área eritematosa adyacente



Figura 2. Caso 2: detalle de lesiones: liquenificación y engrosamiento de la piel de tipo granulomatoso por exposición prolongada



Algunos de los irritantes involucrados en las dermatitis por contacto en los niños son los jabones y detergentes, pinturas, la tierra, el calcio de las tizas y algunas plantas. En los niños con dermatitis de contacto de mecanismo alérgico aparecen lesiones sobre la base del eccema inicial en su fase aguda, como vesículas, ampollas, exudación y costras. El prurito es constante, añadiendo lesiones por rascado. El cobalto y el níquel son algunos de los responsables de este tipo de dermatitis por contacto en la infancia³. Es más frecuente en las niñas por la amplia difusión del uso del níquel en objetos de bisutería, relojes, botones o cinturones.

CASOS

Presentamos 11 casos de niños con dermatitis de contacto diagnosticados durante la estancia en un campo de trabajo realizado con la población indígena infantil, en los cantones mactzules de las montañas del Departamento del Quiché, en Guatemala. Durante tres semanas, se atendieron un total de 365 niños con diferentes patologías, de los que 11 de ellos (un 3%) presentaban lesiones específicas de dermatitis por contacto en la zona abdominal, en diferente estado evolutivo. Todos eran varones entre los 3 y los 13 años.

En el estudio epidemiológico encontramos, como causa fundamental de estos procesos, la forma de sujetarse el pantalón con cinturones de hebilla níquelada. Solo aparecían estas lesiones en la zona media infraumbilical (Fig. 3) en aquellos niños que usaban cinturones de hebilla, y solo en la zona expuesta al roce continuado (Figs. 4 y 5). Se atendieron a otros niños que llevaban pantalones sin cinturón (chándal, por ejemplo) o con cinturones hechos de cuerda de pita o juncos, en los que no aparecían estas lesiones.

Se utilizaron diferentes tratamientos con cremas emolientes e hidratantes, corticoides tópicos o apósitos hidrocoloides que evitaran el contacto entre hebilla y piel, mejorando la zona irritada y desapareciendo las lesiones agudas. En todos los casos se informó a la familia sobre el mecanismo

Figura 3. Caso 1: edema, sequedad, grietas y fisuras, con “abrillantamiento” de la piel. Extensión de las lesiones a la zona adyacente al contacto



Figura 4. Caso 2: localización de lesiones con relación a la hebilla del cinturón



Figura 5. Caso 8: cronificación de las lesiones, apareciendo una zona hiperpigmentada con infiltración e hiperqueratosis



lesional y la necesidad de utilizar otro tipo de sistema de sujeción del pantalón. No se encontraron lesiones similares en otras localizaciones.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La historia clínica y la exploración son la base del diagnóstico en todos los tipos de dermatitis por contacto. La analítica no muestra datos significativos y en la biopsia solo aparecen imágenes de inflamación de la dermis con zonas espongiformes (dermatitis espongíotica)² (Fig. 6). En las dermatitis en las que media un mecanismo alérgico, se pueden utilizar pruebas epicutáneas o parches y evaluación posterior (entre 30 minutos y una hora, y a las 72-96 horas), siendo positiva una reacción eczematosa.

El principio fundamental del tratamiento en todos estos casos es el de evitar el contacto directo de la piel con las sustancias irritantes o alergénicas (o en las formas fotoinducidas, la protección solar)⁴. En algunas de estas dermatitis es adecuado el uso de pastas, ungüentos u otros productos de barrera o protectores. La piel íntegra siempre ofrece mayor resistencia al desarrollo de estas lesiones frente a una piel eczematizada; por tanto, este debe ser uno de los principales objetivos del tratamiento.

La población indígena infantil atendida en estos poblados mactzules está situada en las montañas

Figura 6. Caso 5: cronificación de las lesiones. El principio fundamental del tratamiento es evitar el contacto con el irritante-alérgeno y tratar el estado de la piel



del Departamento del Quiché, al noroeste de Guatemala, en una zona boscosa a más de 2000 metros de altitud. Es cercana a la población de Chichicastenango y Santa Cruz del Quiché (cabeza departamental), pero donde las dificultades orográficas del terreno impiden un desplazamiento fácil a zonas con mayores recursos sanitarios. La población se distribuye en ocho cantones, con un censo aproximado en torno a las 9000 personas, donde casi una tercera parte de la población son menores de 20 años.

Desde el principio llamó la atención el elevado número de casos de varones con las mismas lesiones y en la misma localización (Figs. 7 y 8), la ausencia de lesiones en niñas y la constante relación con cinturones de hebilla grande y niquelada. La salud infantil es buena en general, con una adecuada cobertura vacunal. Los mayores problemas surgen de una deficiente agua de consumo, con frecuentes diarreas, y la elevada ingesta de bebidas azucaradas con gas que, añadido a lo anterior, genera habituales dolores abdominales y patología digestiva. También encontramos un elevado índice de caries y pérdida de piezas dentales por deficiente higiene, falta de fluoración de las aguas y alto con-

Figura 7. Caso 7: apreciar la forma de colocación del cinturón en relación con las lesiones y la zona abdominal izquierda libre de las mismas



Figura 8. Caso 11: diferente estadio evolutivo de las lesiones (placas eritematosas con vesículas) y cronicadas (descamación y costras)



sumo de golosinas. La pobreza general de los poblados y la falta de una verdadera “cultura del agua” ocasiona una higiene personal inadecuada, con piel muy seca, y es habitual encontrar niños que llevan la misma ropa durante semanas (incluidos sus pantalones y hebillas).

El níquel, las sales de níquel y el cobalto se encuentran frecuentemente en los objetos que llevan un baño metálico, como tijeras, bisutería, relojes, hebillas, cremalleras, monedas y botones⁵. Entre las medidas para evitar el desarrollo de la dermatitis por contacto están la utilización de utensilios con mango de madera o plástico, usar ropa con cremalleras o botones no metálicos o, en el caso de los niños, evitar cinturones con hebillas niqueladas, usando otro tipo de pantalón o de amarres. Se debe reducir al mínimo el contacto con el agua en esas zonas ya que la humedad facilita la penetración del cobalto o níquel en la piel⁶.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castanedo-Tardan MP, Matiz C, Jacob SE. Dermatitis por contacto en Pediatría: revisión de opiniones actuales. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:8-18.
2. Fonseca E. Dermatitis por contacto. En: *Protocolos de Dermatología de la Asociación Española de Pediatría* [en línea] [consultado el 24/10/2016]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis_contacto.pdf
3. García Bravo B, Rodríguez Rey E. Dermatitis por contacto en la infancia. *Piel*. 2000;15:316-23.
4. Cannavó A. Dermatitis por contacto al níquel. *Act Terap Dermatol*. 1998;2:90.
5. Uter W, Pfahlberg A, Gefeller O, Geier J, Schnuch A. Risk factors for contact allergy to nickel- results of a multifactorial análisis. *Contact Dermatitis*. 2003; 48: 33-8.
6. Dermatitis por contacto. En: *Unidad de Alergia Infantil, Hospital La Fe de Valencia* [en línea] [consultado el 24/10/2016]. Disponible en www.alergiainfantillafe.org/enfermedadadercontacto.htm