

Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica (1990-1999)

Antonio Torrelo Fernández y Antonio Zambrano Zambrano

Servicios de Dermatología. Hospital del Niño Jesús. Madrid.

Resumen.—*Objetivo:* estudiar la frecuencia de las enfermedades cutáneas en la infancia.

Diseño: estudio prospectivo de 10 años de duración (1990-1999).

Institución: consulta monográfica de Dermatología Pediátrica de un hospital público de referencia nacional.

Métodos: se registraron los datos demográficos y los diagnósticos efectuados en pacientes menores de 18 años remitidos desde centros de Atención Primaria entre enero de 1990 y diciembre de 1999. Los diagnósticos se incluyeron en una base de datos y se agruparon en 16 categorías diagnósticas.

Resultados: se recogieron 11.256 diagnósticos de 10.857 pacientes. El eccema fue el grupo de diagnóstico más frecuente (36,30% de los diagnósticos). Se siguió de las enfermedades infecciosas (19,07%), los *nevi* (12,35%) y los tumores cutáneos (8,37%). Sumando estas cuatro categorías diagnósticas se obtiene un 76,09% de todos los diagnósticos. El diagnóstico individual más frecuente fue la dermatitis atópica, seguida de los *nevi* melanocíticos, las verrugas víricas, el molusco contagioso y los hemangiomas infantiles. Estas cinco enfermedades suponen un 50,46% de toda la patología atendida.

Conclusiones: hemos presentado la serie más amplia y de mayor duración de la literatura en lo que concierne a la frecuencia relativa de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica. Por lo que sabemos no se ha hecho ningún otro estudio similar a gran escala en España.

Palabras clave: enfermedades de la piel, epidemiología, prevalencia.

Torrelo A, Zambrano A. Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica (1990-1999). *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(6):369-78.

INCIDENCE OF CUTANEOUS DISEASES IN A PEDIATRIC DERMATOLOGY CLINIC (1990-1999)

Abstract.—*Objective:* to study the frequency of cutaneous diseases of children.

Design: prospective study 10 years long (1990-1999).

Institution: a monographic Pediatric Dermatology clinic in a public national hospital.

Methods: demographic data and diagnoses made in patients less than 18-years-old, sent from primary care centers from January 1990 to December 1999 were registered. Diagnoses were entered in a data base, and grouped in 16 diagnostic categories.

Results: we registered 11,256 diagnoses in 10,857 patients. Eczema was the most frequent diagnostic group (36.30% of all diagnoses). It was followed by infectious diseases (19.07%) nevi (12.35%) and skin tumors (8.37%). These four diagnostic categories accounted for 76.09% of all diagnoses. The most common single diagnosis was atopic dermatitis, followed by melanocytic nevi, viral warts, molluscum contagiosum, and infantile hemangiomas. These five diseases accounted for 50.46% of all diagnoses.

Conclusions: we have reported the largest series in the literature regarding the relative frequency of skin diseases in a pediatric dermatology clinic. To our knowledge, a similar large-scale study has not been performed in Spain.

Key words: skin diseases, epidemiology, prevalence.

INTRODUCCIÓN

Se estima que entre el 5% y el 30% de las consultas efectuadas en Pediatría extrahospitalaria se deben a problemas dermatológicos^{1,4}, y que alrededor del 10% al 15% de los pacientes atendidos en consultas de Dermatología general son menores de 16 años de edad⁵. Los estudios sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades cutáneas en la infancia son escasos¹⁻¹² y vienen sesgados por la propia naturaleza del estudio (encuestas de pobla-

ción o número de consultas en centros de referencia), por el área de influencia del estudio (área rural o urbana, diferentes zonas geográficas), por los criterios de definición de la «edad pediátrica» o por la especialidad de los autores del estudio (dermatólogos o pediatras).

A lo largo de un período de 10 años (1990 a 1999) hemos venido registrando en nuestro servicio los diagnósticos realizados en las primeras visitas de los pacientes con la intención de determinar cuáles son las enfermedades cutáneas que con mayor frecuencia son motivo de consulta en nuestro centro. El presente artículo resume dicho estudio epidemiológico llevado a cabo en una consulta ambulatoria de un hospital pediátrico de referencia (Hospital del Niño Jesús, Madrid) a lo largo de 10 años de actividad.

Correspondencia:

Antonio Torrelo. Servicio de Dermatología. Hospital del Niño Jesús. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.

Aceptado el 28 de marzo de 2002.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito del estudio

La actividad diaria de nuestra Unidad Monográfica de Dermatología Pediátrica, situada en un hospital público de referencia, se basa en: a) consultas de pacientes remitidos desde Atención Primaria; b) consultas de pacientes remitidos desde otros servicios o centros hospitalarios; c) consultas de pacientes atendidos en otros servicios del hospital que son remitidos ambulatoriamente a nuestra consulta para valoración de lesiones cutáneas (interconsultas ambulatorias); d) consultas de pacientes hospitalizados por otros servicios (interconsultas de sala), y e) consultas de pacientes que acuden al servicio de Urgencias de nuestro hospital. Para nuestro estudio se registraron únicamente los motivos de consulta y diagnósticos efectuados en la primera visita de los pacientes remitidos desde Atención Primaria a lo largo de un período de 10 años (enero de 1990 a diciembre de 1999).

Criterios de inclusión

Se consideraron criterios de inclusión en nuestro estudio: a) ser menor de 18 años en el momento de la primera visita, y b) que el paciente haya sido remitido desde un centro de Atención Primaria.

Recogida de datos

De todos los pacientes incluidos en el estudio se tomaron los siguientes datos: mes y año en que se atendió al paciente, número de historia clínica, nombre y dos apellidos, sexo, edad y diagnósticos en la primera visita. Los datos fueron incluidos en una base de datos creada para este propósito mediante el programa informático Access de Microsoft Office 97.

Categorías de diagnósticos

Los diagnósticos efectuados se adecúan a los de la edición en español de la codificación de las enfermedades dermatológicas, compatible con las revisiones 9 y 10 de la clasificación estadística internacional de enfermedades (ICD 9 y 10)¹³. Se recogió el diagnóstico que motivó la consulta, pero no los diagnósticos posteriores aparecidos a lo largo del seguimiento de los pacientes. Si el paciente presentaba más de una patología en el momento de la primera visita estos diagnósticos secundarios fueron incluidos para el estudio. Posteriormente estos diagnósticos se agruparon en categorías diagnósticas generales, que se crearon arbitrariamente, y que son las siguientes, con sus definiciones:

- *Anomalías de la pigmentación*. Hiper e hipopigmentaciones cutáneas primarias patológicas.

- *Conectivopatías*. Trastornos inmunológicos del tejido conjuntivo.
- *Eccema*. Dermatitis eczematosas de cualquier origen.
- *Enfermedades ampollosas*. Trastornos primarios de la cohesión de la piel.
- *Enfermedades de los anejos*. Patología de los anejos de la piel.
- *Enfermedades de causa exógena*. Trastornos debidos a agentes externos no infectocontagiosos.
- *Enfermedades genéticas*. Trastornos cutáneos de causa hereditaria (no incluidos en otras categorías).
- *Enfermedades granulomatosas*. Procesos granulomatosos de causa incierta.
- *Enfermedades infecciosas*. Infecciones y parasitaciones de la piel.
- *Enfermedades de las mucosas*. Trastornos de la mucosa oral o genital.
- *Enfermedades papuloescamosas*. Trastornos que cursan con desarrollo de erupciones papulosas con descamación.
- *Enfermedades del tejido conjuntivo*. Alteraciones degenerativas no inmunológicas.
- *Malformaciones*. Procesos malformativos en el desarrollo.
- *Nevus*. *Nevus* y trastornos del desarrollo.
- *Reacciones vasculares*. Trastornos debidos a procesos inflamatorios primarios de origen vascular de la piel.
- *Tumores*. Procesos tumorales benignos y malignos.

Manejo de datos

El manejo informático de los datos se realizó mediante la base de datos Access 97 de Microsoft. Los datos numéricos y estadísticos se analizaron mediante la hoja de cálculo Excel 97 de Microsoft. Todos los datos estadísticos y porcentajes que se exponen se establecen con respecto al total de la muestra, a menos que se especifique lo contrario.

RESULTADOS

Datos generales

Se incluyeron en el estudio 10.857 niños, de los que 5.440 (50,11%) eran varones y 5.417 (49,89%) eran mujeres.

Edad de los pacientes

Las edades oscilaron entre el nacimiento y los 18 años. Este rango de edades es el que contempla la norma-

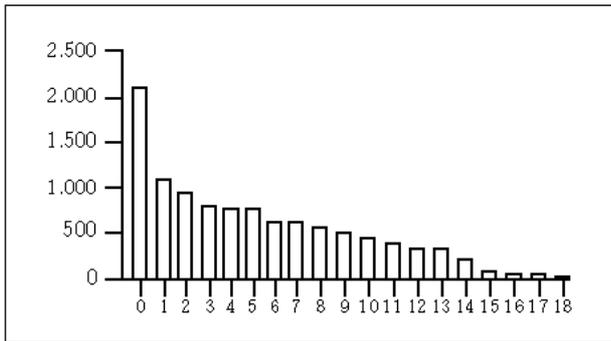


Fig. 1.—Número de pacientes en cada grupo de edad (en años).

tiva de nuestro hospital para la edad pediátrica. El mayor número de niños atendidos se situó entre el nacimiento y el primer año de edad y, como puede verse en la **figura 1**, el número de casos atendidos fue disminuyendo progresivamente conforme aumentaba la edad.

Si agrupamos los niños según grupos etarios arbitrarios (**fig. 2**), la mayor parte de los pacientes se reparten casi por igual entre preescolares y escolares. A partir de los 10 años, el número de pacientes atendidos en nuestro servicio disminuyó drásticamente.

Pacientes atendidos durante el período de estudio

El número de pacientes atendidos por cada año ha ido uniformemente en aumento desde 1990 como puede verse en la **figura 3**. Por otra parte, según se ha señalado, el presente estudio se basa en los pacientes atendidos procedentes de centros de Atención Primaria. El número total de pacientes atendidos por primera vez en el servicio, cualquiera que fuera su procedencia, es sensiblemente mayor. Entre el 61,07% (año 1990) y el 82,79% (año 1994) de los pacientes atendidos en nuestro servicio procedían de centros de Atención Primaria (muestra en estudio).

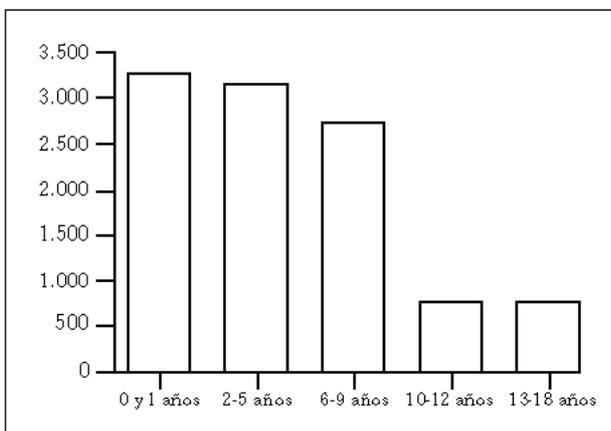


Fig. 2.—Número de pacientes por grupos de edad.

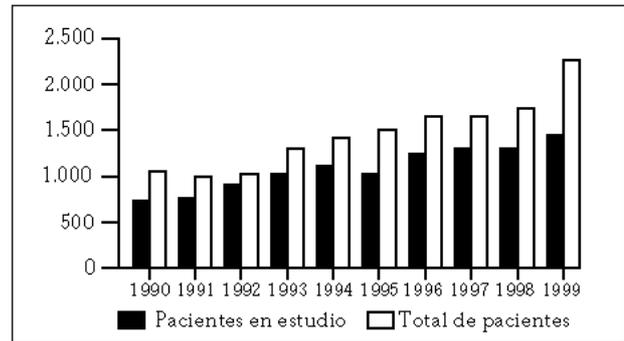


Fig. 3.—Número de pacientes en la muestra en estudio sobre el total de pacientes atendidos en el servicio: distribución por años (1990-1999).

Frecuencia de los diagnósticos según categorías de diagnóstico

Se efectuaron 11.256 diagnósticos, ya que en 367 pacientes se efectuaron dos diagnósticos simultáneamente en la primera visita, y en 16 pacientes se llegaron a efectuar tres diagnósticos. En la **figura 4** se recoge el número total de diagnósticos efectuados según las categorías diagnósticas que se han establecido.

Como puede apreciarse, el eccema fue el grupo de diagnóstico más frecuente y supuso más de la tercera parte (36,30%) de los diagnósticos. En segundo lugar, las enfermedades infecciosas supusieron casi la quinta parte (19,07%) de los diagnósticos, los *nevus* supera-

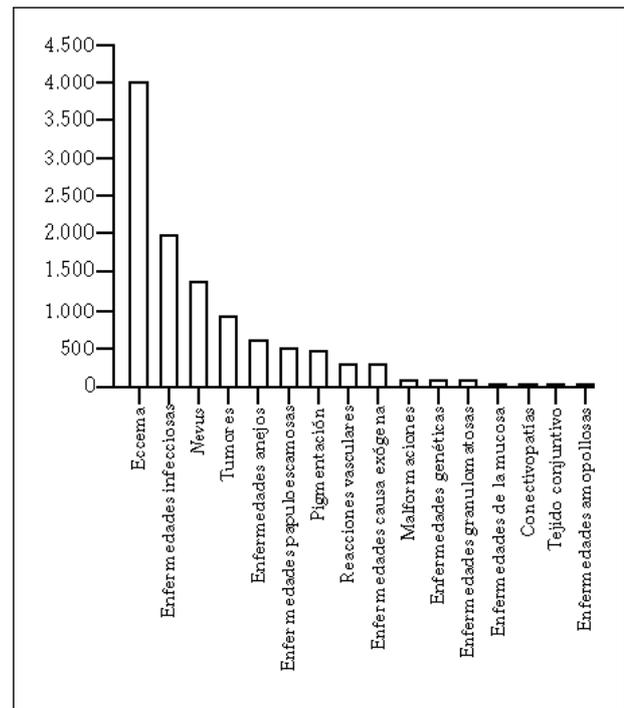


Fig. 4.—Número de diagnósticos efectuados en la muestra en estudio distribuidos según las categorías diagnósticas establecidas.

ron el 10% (12,35%) y los tumores se aproximaron a dicha cifra (8,37%). Sumando estas cuatro categorías diagnósticas se obtiene un 76,09% de todos los grupos diagnósticos. Los datos referentes a estos grupos más destacados se comentan a continuación.

Ecceemas

Los eccemas de la infancia supusieron más de la tercera parte de los diagnósticos efectuados. La **tabla 1** muestra las frecuencias de diagnóstico tras subdividir los eccemas según sus diferentes manifestaciones.

Como se puede apreciar, la dermatitis atópica fue el diagnóstico más frecuente, tanto como forma clásica aislada (23,91%) como en asociación con sus formas menores, las cuales muestran una frecuencia inferior, predominado la pitiriasis alba (1,09%), la queratosis folicular atópica (1,02%) y el eccema dishidrótico (0,96%). La dermatitis seborreica fue la segunda causa más frecuente de eccema en la infan-

TABLA 1. FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS EFECTUADOS DENTRO DE LA CATEGORÍA DE ECCEMAS: «DERMATITIS ECCEMATOSAS DE CUALQUIER ORIGEN»

Diagnóstico	Número de diagnósticos	Porcentaje de diagnósticos
Dermatitis atópica	3.271	29,06
DA clásica	2.692	23,91
Pitiriasis alba	123	1,09
Queratosis folicular	115	1,02
Eccema dishidrótico	108	0,96
Dermatosis plantar juvenil	71	0,63
Pulpitis atópica	39	0,35
Eccema numular	33	0,29
Xerodermia	30	0,27
Dermatitis liquenoide friccional	19	0,17
Otras formas de DA	41	0,36
Dermatitis seborreica	419	3,72
DS infantil	292	2,59
DS clásica	127	1,13
Eccema (origen no determinado)	157	1,39
Dermatitis de pañal	59	0,52
Pitiriasis amiantácea	33	0,29
Dermatitis de contacto	20	0,18
Eccema de manos y/o pies	19	0,17
Dermatitis perianal	17	0,15
Dermatitis irritativa	16	0,14
Pitiriasis simple del cuero cabelludo	14	0,12
Dermatitis lineal de los prados	10	0,09
Otros	59	0,52

DA: dermatitis atópica; DS: dermatitis seborreica.

cia (3,72%), especialmente la dermatitis seborreica infantil (2,59%). La dermatitis del pañal fue el tercer motivo de consulta más frecuente (0,52%), a gran distancia de la dermatitis atópica y la dermatitis seborreica. En 157 ocasiones (1,39%) no se pudo llegar a determinar la causa final del eccema, aunque éste se reconoció clínicamente como tal.

Si hacemos una estratificación por grupos de edades (**fig. 5**) observamos que mientras que la frecuencia de la dermatitis atópica sobre el número total de eccemas permanece estable entre 69,59% en preadolescentes y adolescentes y el 86,71% en preescolares, la frecuencia relativa de la dermatitis atópica clásica sobre el número total de eccemas disminuye conforme aumenta la edad. Así, mientras que en los primeros años de vida la dermatitis atópica clásica supone el 95,09% de todas las formas de dermatitis atópica, este porcentaje disminuye drásticamente a medida que se incrementa el grupo de edad (77,98% en preescolares, 63,91% en escolares y 59,63% en preadolescentes y adolescentes). Esto implica que la frecuencia de la dermatitis atópica clásica es menor conforme avanza la edad, pero la frecuencia de las formas menores de dermatitis atópica se incrementa con la edad, compensando la disminución de la forma clásica de dermatitis atópica.

La dermatitis seborreica infantil es relevante en el período neonatal y en la lactancia, pero su frecuencia cae a 0 pasado dicho período. Si consideramos solamente el primer año de vida, de 1.240 diagnósticos dentro del grupo de los eccemas, 885 (71,37%) eran dermatitis atópica clásica, 292 (23,55%) dermatitis seborreica infantil, 23 (1,85%) dermatitis del pañal, 16 (1,29%) eccemas no filiados y 24 (1,94%) otros tipos de eccema del lactante (datos no expuestos).

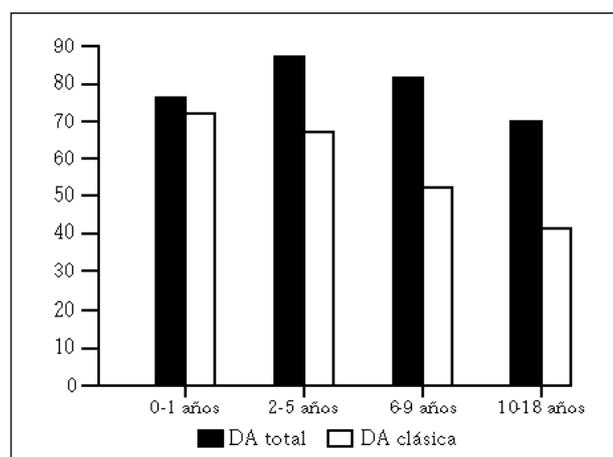


Fig. 5.—Representación del porcentaje que suponen la dermatitis atópica (DA) en sentido amplio y la dermatitis atópica clásica sobre el número total de diagnósticos incluidos en la categoría de eccemas: distribución por grupos de edad.

TABLA 2. FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS EFECTUADOS DENTRO DE LA CATEGORÍA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS: «INFECCIONES Y PARASITACIONES DE LA PIEL»

<i>Infecciones cutáneas</i>	<i>Número de diagnósticos</i>	<i>Porcentaje de diagnósticos</i>
Víricas	1.626	14,45
Acropapulosis infantil	47	0,42
Exantemas víricos	59	0,52
Infección por virus del herpes simple	82	0,73
Herpes zoster	33	0,29
Molusco contagioso	464	4,12
Verrugas	885	7,86
Verrugas vulgares	549	4,88
Verrugas plantares	269	2,39
Verrugas planas	75	0,67
Verrugas genitales y perianales	20	0,18
Otros tipos	6	0,05
Otros virus	57	0,51
Fúngicas	183	1,63
Tiña de piel lampiña	91	0,81
Tiña del cuero cabelludo (no inflamatoria)	36	0,32
Pitiriasis versicolor	18	0,16
Querion de Celso	17	0,15
Candidiasis del pañal	9	0,08
Tiña de los pies	7	0,06
Otros tipos de micosis	5	0,04
Parasitarias y protozoarias	176	1,56
Escabiosis	144	1,28
Leishmaniasis cutánea	21	0,19
Pediculosis	11	0,10
Bacterianas	127	1,13
Impétigo	58	0,51
Foliculitis	24	0,21
Escaldadura estafilocócica	14	0,12
Micobacteriosis	4	0,04
Otras	27	0,24

Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas fueron la segunda causa más frecuente de patología cutánea en nuestro estudio con 2.147 diagnósticos (19,07%) (tabla 2). El 77,36% de los procesos infecciosos atendidos en nuestro servicio corresponden a patología vírica, de la cual las verrugas víricas y el molusco contagioso comprendían el 83,26%. Más de la mitad de las infecciones víricas (55,32%) se debían a verrugas, y las verrugas vulgares fueron el diagnóstico más frecuente, seguidas de las verrugas plantares. En caso de coexistencia de varios tipos de verrugas en el mismo paciente, se consideró para el diagnóstico el tipo más numeroso para evitar duplicaciones en los diagnósticos dentro de la misma categoría.

En segundo lugar, entre las infecciones cutáneas se sitúan las lesiones fúngicas, que supusieron un 8,52% de la patología infecciosa. Las tiñas de la piel lampiña (*tinea corporis*), en primer lugar, junto con las tiñas del cuero cabelludo, suponen el 78,69% de todas las infecciones por hongos. *Candida albicans* fue un patógeno poco común en nuestra serie.

De entre la patología parasitaria, que supuso un 8,20% de la patología infecciosa, la escabiosis fue mayoritaria (81,82%). La pediculosis fue un diagnóstico poco frecuente en nuestra serie, y la leishmaniasis cutánea supuso un 0,98% de toda la patología infecciosa.

Finalmente, las infecciones bacterianas fueron el grupo menos frecuente entre toda la patología infecciosa (5,92%), que se debió en su mayor parte a infecciones estafilocócicas.

Nevus y trastornos del desarrollo

Dentro de este grupo se incluyeron 1.390 diagnósticos (12,35%). Las patologías encontradas se distribuyen como se aprecia en la tabla 3.

Los *nevus* melanocíticos fueron el 84,89% de los pacientes de este grupo; de ellos, más de la mitad (51,86%) correspondían a *nevus* melanocíticos congénitos. Los *nevus* melanocíticos adquiridos fueron

TABLA 3. FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS EFECTUADOS DENTRO DE LA CATEGORÍA DE NEVUS: «NEVUS Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO»

<i>Nevus</i>	<i>Número de diagnósticos</i>	<i>Porcentaje de diagnósticos</i>
Nevus melanocíticos	1.180	10,48
NM congénito	612	5,44
NM adquirido	484	4,30
<i>Nevus</i> halo	26	0,23
<i>Nevus</i> de Spitz/de Reed	26	0,23
<i>Nevus spilus</i>	16	0,14
<i>Nevus</i> azul	9	0,08
Otros NM	7	0,06
Nevus epidérmicos	148	1,31
<i>Nevus</i> epidérmico	77	0,68
<i>Nevus</i> sebáceo	65	0,58
Otros	6	0,04
Nevus dérmicos	47	0,42
Hamartoma congénito de ML	19	0,17
<i>Nevus</i> de Becker	16	0,14
<i>Nevus</i> conjuntivo/elástico	10	0,09
Otros	2	0,02
Nevus vasculares	15	0,13
<i>Nevus</i> telangiectásico	15	0,13

NM: *nevus* melanocítico; ML: músculo liso.

algo menos frecuentes que los *nevus* congénitos (41,02% de todos los *nevus* melanocíticos). Los *nevus* epidérmicos (*nevus* organoides) superaron el 10% (10,58%) del total de ellos, y el *nevus* epidérmico fue el más frecuente, seguido de cerca del *nevus* sebáceo. Un 3,38% de los *nevus* se incluyeron dentro de los *nevus* dérmicos, y de ellos, el hamartoma congénito de músculo liso y el *nevus* de Becker fueron los más frecuentes. Finalmente, los *nevus* vasculares no llegaron al 21% (1,15%) de todos; en este subgrupo no se incluyen los *nevus flammeus* ni los hemangiomas, entrando los primeros dentro de las malformaciones y los segundos dentro de los tumores.

Tumores

Los tumores cutáneos, incluyendo tumores benignos y malignos, afectaron a 942 pacientes. Los tumores más frecuentes se muestran en la **tabla 4**.

Los angiomas, y concretamente los hemangiomas, se convierten en el tumor cutáneo más frecuente. Los angiomas suponen el 63,48% de todos los tumores cutáneos, y los hemangiomas son el 71,40% de todos los angiomas. De entre los hemangiomas, el 70,49% son de tipo tuberoso, un 13,58% cavernosos y el 12,18% mixtos o tuberocavernosos. Las mastocitosis son la segunda patología tumoral en frecuencia (16,56% de todos); en nuestra serie la urticaria pigmentosa y el mastocitoma se reparten casi a la mitad dicha frecuencia. Un 7,22% de los tumores son de origen histiocitario, y el xantogranuloma juvenil supone el 69,12% de este subgrupo, seguido del dermatofibroma, con un 22,06% de los casos.

Enfermedades de los anejos

La patología de los anejos pilosebáceos, ecrinos y apocrinos fue el motivo de consulta en 675 (6%) pacientes. La distribución de los procesos diagnosticados se muestra en la **figura 6**.

Las alopecias fueron la patología de los anejos más frecuente en nuestra serie, alcanzando el 50,96% de todos los diagnósticos de este grupo. Las causas más frecuentes de alopecia fueron la alopecia areata (50% de todas), alopecia difusa (17,44%), tricotilomanía (9,59%) y síndrome del cabello anágeno suelto (8,43%). Este último proceso se ha descrito y popularizado en los últimos años, por lo que es posible que algunos pacientes diagnosticados de «alopecia difusa» pudieran haber padecido esta enfermedad. Si analizamos los casos atendidos en los últimos 5 años (enero de 1995 a diciembre de 1999) observamos que el porcentaje de pacientes con síndrome del cabello anágeno suelto alcanza el 14,05% de todas las alopecias, superando a la tricotilomanía (8,11%) y acercándose mucho a las «alopecias difusas» (15,14%).

TABLA 4. FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS EFECTUADOS DENTRO DE LA CATEGORÍA DE TUMORES: «PROCESOS TUMORALES BENIGNOS Y MALIGNOS»

Tumores cutáneos	Número de diagnósticos	Porcentaje de diagnósticos
Angiomas	598	5,31
Hemangiomas	427	3,79
Tuberoso	301	2,67
Cavernoso	58	0,52
Tuberocavernoso	52	0,46
Hemangiomatosis múltiple del RN	8	0,07
Otros	9	0,08
Granuloma piogénico/ angioma lobulillar	93	0,83
Telangiectasias estelares*	39	0,35
Linfangioma/ hemolinfangioma	11	0,10
Angioqueratoma	9	0,08
Tumor glómico	6	0,05
Otros	12	0,11
Mastocitosis	156	1,39
Urticaria pigmentosa	84	0,75
Mastocitoma	72	0,64
Histiocitosis	68	0,60
Xantogranuloma juvenil	47	0,42
Dermatofibroma	15	0,13
Histiocitosis de células de Langerhans	6	0,05
Quistes	63	0,56
Quiste epidérmico	33	0,29
Quistes <i>milium</i>	16	0,14
Quiste dermoide	6	0,05
Otros	8	0,07
Tumores anexiales	30	0,27
Pilomatrixoma	24	0,21
Otros	6	0,05
Tumores de tejido fibroso	16	0,14
Fibroma blando	7	0,06
Fibromatosis	4	0,04
Otros	5	0,04
Otros	11	0,10

RN: recién nacido. * Las telangiectasias estelares no son verdaderos procesos tumorales, pero han sido incluidos en este epígrafe por conveniencia.

El acné alcanzó casi la cuarta parte (23,85%) de los trastornos de los anejos cutáneos de nuestra serie, bastante por detrás de las alopecias. El acné vulgar supuso el 86,33% de los casos y un 10,56% de los pacientes eran recién nacidos o preescolares con acné *neonatorum* o *infantum*. Las distrofias ungueales fueron un motivo de consulta responsable del 11,56% de la patología de los anejos; la mayor parte de las consultas por patología ungueal (58,97%) se debió a distrofias

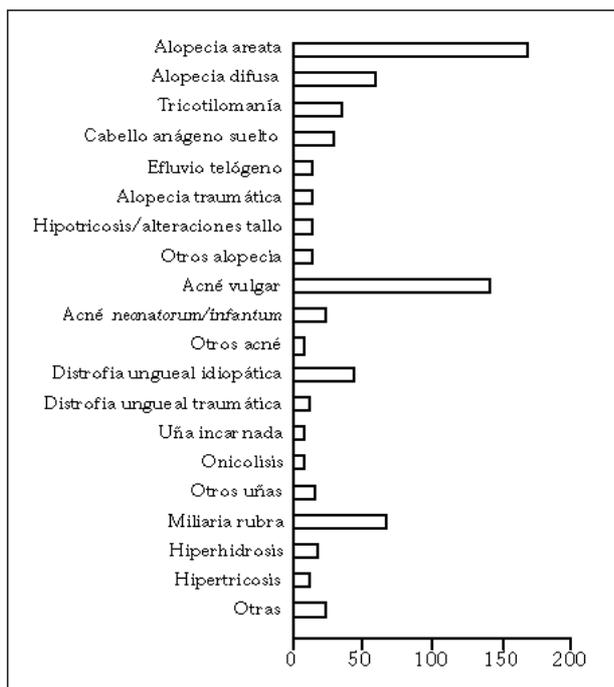


Fig. 6.—Número de diagnósticos efectuados dentro de la categoría enfermedades de los anejos.

ungueales idiopáticas, sea de uñas aisladas o de varias o todas las uñas. Finalmente se incluyeron entre la patología de los anejos los trastornos de la sudación, de los que la *miliaria rubra* fue, con mucho, el más frecuente. De hecho, la *miliaria rubra* fue, dentro del grupo de la patología de los anejos, el tercer diagnóstico individual más frecuente (9,78%), detrás de la alopecia areata (25,48%) y el acné vulgar (20,59%).

Otras patologías

Las patologías restantes no incluidas en los grupos arriba expuestos por separado dieron cuenta del 18,15% de toda la patología de nuestra serie. Estas patologías se reúnen en la [tabla 5](#).

En estos restantes grupos diagnósticos, las patologías cuya frecuencia en nuestra población de consulta es superior al 1% fueron psoriasis (2,03%), picaduras de artrópodos (2,01%), urticaria (1,75%), pitiriasis rosada y *nevus* acrómico (1%).

Patologías de mayor frecuencia en consulta

Considerando globalmente nuestros datos, hemos resumido las 20 enfermedades individuales que con mayor frecuencia se han observado en la [figura 7](#).

En esta tabla de incidencia no se han incluido 157 pacientes con el diagnóstico de «eccema» sin ulteriores especificaciones. Como puede apreciarse, la dermatitis atópica clásica es el diagnóstico asignado en casi la cuarta parte de las consultas efectuadas, y las

TABLA 5. OTROS DIAGNÓSTICOS EN LA MUESTRA EN ESTUDIO

Otras patologías	Número de diagnósticos	Porcentaje de diagnósticos
Enfermedades papuloescamosas	479	4,26
Psoriasis	229	2,03
Pitiriasis rosada	124	1,10
Pitiriasis liquenoide	49	0,44
Liquen estriado	47	0,42
Otras	30	0,27
Anomalías de la pigmentación	430	3,82
<i>Nevus</i> acrómico	113	1,00
Vitiligo	110	0,98
Manchas café con leche	83	0,74
Leucoderma residual	47	0,42
Mancha mongólica	19	0,17
Hiperpigmentación residual	17	0,15
Otras	41	0,36
Reacciones vasculares	302	2,68
Urticaria	197	1,75
Urticaria aguda	145	1,29
Urticaria crónica idiopática	32	0,28
Otras	20	0,18
Eritema multiforme	36	0,32
Púrpura	19	0,17
ETN/pustulosis eosinofílica	16	0,14
Vasculitis/paniculitis	13	0,12
Otras	21	0,19
Enfermedades de causa exógena	271	2,41
Picadura artrópodos	226	2,01
Toxicodermias	17	0,15
Traumáticas/artefactas	15	0,13
Térmicas/solares	13	0,12
Malformaciones	132	1,17
Malformaciones vasculares	93	0,83
<i>Nevus flammeus</i>	53	0,47
CMTC	24	0,21
Malformaciones venosas/complejas	13	0,12
Linfedema congénito	3	0,03
Aplasia cutis congénita	15	0,13
Apéndices	11	0,10
Quistes malformativos	8	0,07
Fistulas congénitas	5	0,04
Enfermedades genéticas	127	1,13
Ictiosis	39	0,35
Epidermólisis ampollosa	23	0,20
Facomatosis	25	0,22
Otras	40	0,36
Enfermedades granulomatosas	96	0,85
Granuloma anular	76	0,68
Otras	20	0,18
Enfermedades de las mucosas	48	0,43
Mucocele	15	0,13
Vulvovaginitis	11	0,10
Otras	22	0,20
Conectivopatías	47	0,42
Morfea de placas/lineal	18	0,16
Liquen escleroatrófico	16	0,14
Lupus eritematoso	7	0,06
Otras	6	0,05
Tejido conjuntivo	46	0,41
Cicatrices inestéticas	27	0,24
Estrías de distensión	19	0,17
Enfermedades ampollasas	37	0,33
Dermatitis herpetiforme	31	0,28
Otras	6	0,05

ETN: eritema tóxico del neonato; CMTC: cutis marmorata telangiectásica congénita.

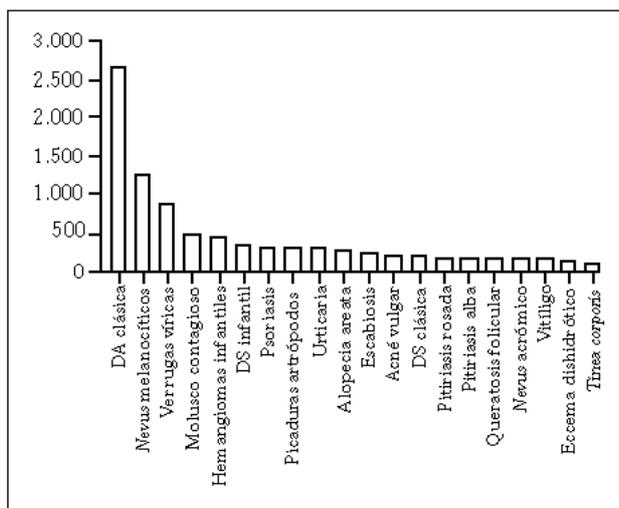


Fig. 7.—Representación de los 20 diagnósticos más frecuentemente efectuados en la muestra en estudio. DA: dermatitis atópica; DS: dermatitis seborreica.

cinco enfermedades más frecuentemente diagnosticadas suponen un 50,46% de toda la patología atendida.

DISCUSIÓN

Sesgos y debilidades del estudio

Hemos llevado a cabo un estudio para determinar la frecuencia relativa de las enfermedades cutáneas que son diagnosticadas en una Unidad Monográfica de Dermatología Pediátrica de un hospital de referencia. Así, nuestro estudio no está diseñado para conocer la incidencia o prevalencia de las enfermedades cutáneas en la población infantil, sino para reconocer cuál es la frecuencia de la patología que se atiende en un servicio de las características reseñadas. Existen también escasos estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de las enfermedades cutáneas en la infancia por medio de encuestas o exploración de toda un área de población⁹⁻¹². Dado que en nuestro servicio los pacientes acuden desde diversas fuentes, hemos limitado el estudio a los niños remitidos desde los centros de Atención Primaria para evitar el sesgo de selección de patologías provenientes de las urgencias o de otros servicios del hospital. Por otra parte, la muestra en estudio está determinada por el tipo de patología que es remitida desde los centros de Atención Primaria, es decir, patología que no ha sido resuelta por el pediatra o médico de Atención Primaria. De este modo ciertas patologías tienen una representación en nuestro estudio inferior a la real, si bien no era nuestra intención llevar a cabo ningún estudio de prevalencia.

Otro sesgo de nuestro estudio viene determinado por la distribución por edades de la muestra, ya que

la mayor parte de nuestros pacientes eran menores de 9 años cuando acudieron a consulta por primera vez. Este hecho puede deberse a que a partir de dicha edad, y especialmente en adolescentes, el paciente sea remitido a consultas de Dermatología General y no a Unidades de Dermatología Pediátrica. Además, el hecho de que exista un filtro previo de la patología por parte del pediatra de Atención Primaria impide que lleguen a nuestra unidad determinadas patologías que los pediatras manejan muy bien, especialmente las enfermedades infecciosas. Hay que señalar que en nuestro hospital no se producen nacimientos, lo que hace disminuir la incidencia de la patología neonatal.

En nuestro estudio solamente hemos registrado los diagnósticos efectuados en el momento de la primera visita y no se registraron los establecidos en visitas sucesivas. Puesto que la mayoría de nuestros pacientes acuden en los primeros años de su vida y siguen revisiones en nuestro servicio de forma indefinida, nuestro estudio pierde consistencia a medida que aumenta la edad de los pacientes. Así, es más probable que atendamos a un adolescente que lleva acudiendo a nuestro servicio desde su infancia que a un adolescente que llega por primera vez a nuestra unidad. Finalmente no se recogió en el cuestionario la raza o nacionalidad de los pacientes, aunque la mayoría de nuestros pacientes son originarios y residentes en España.

No obstante, pese a todos estos sesgos, creemos que nuestro estudio tiene interés para determinar cuáles son las patologías más comunes que un dermatólogo puede llegar a atender en el ámbito de la edad pediátrica. Así, el dermatólogo puede profundizar en el manejo de la patología más común y jugar con la ventaja de la probabilidad matemática ante un diagnóstico dudoso.

Para nuestro estudio escogimos la nomenclatura diagnóstica adecuada a la clasificación internacional de enfermedades ICD 9 y 10¹³, si bien nuestra propia experiencia ha matizado algunos de los diagnósticos y el agrupamiento de los mismos.

En concreto, la agrupación en grandes categorías se creó arbitrariamente, aunque se ajusta a las corrientes actuales de pensamiento.

Datos generales

Por lo que sabemos, nuestro estudio sobre 10.857 niños y 11.256 diagnósticos es el más extenso y prolongado a lo largo del tiempo de cuantos de similares características se hallan recogidos en la literatura¹⁸. Nuestra Unidad de Dermatología Pediátrica tiene una fuerte actividad y tradición y muestra un crecimiento importante, de modo que la actividad asistencial se ha duplicado entre 1990 y 1999. No obstante, se hace difícil poder establecer una comparación con las demás series de corte similar a la nuestra debido a la dispa-

ridad geográfica, asistencial y social que existe entre todas ellas. Pese a ello, las series dermatológicas amplias coinciden en que los eccemas son, con gran diferencia, la patología más frecuente, con valores que varían entre el 31,3% y el 49,3%⁵⁻⁷. De igual manera, la patología infecciosa es la patología más frecuente en otras¹⁻³. Nuestra muestra es abundante en procesos névicos y tumorales, pues especialmente los primeros se han convertido en motivo de preocupación creciente entre la población española. A partir de la patología tumoral, las categorías diagnósticas muestran escasa variación y su frecuencia no supera el 6%.

Eccemas

La dermatitis atópica es la causa más frecuente de eccema en la infancia y el diagnóstico individual más efectuado. Este dato coincide con los de la mayoría de las series similares a la nuestra, provenientes de muy diversas partes del mundo^{2,3,5,8}. Hemos considerado la dermatitis atópica como un síndrome que engloba la forma clásica (eccema atópico o prurigo-eccema constitucional) y las formas menores, que pueden aparecer aisladas o acompañando a una dermatitis atópica clásica. La forma clásica de dermatitis atópica fue igualmente el diagnóstico más frecuente, especialmente en los 2 primeros años de vida, ya que la frecuencia de este diagnóstico fue disminuyendo conforme aumentaba la edad de los pacientes. Este hecho es concordante con la evolución natural de la enfermedad hacia la mejoría o desaparición a lo largo de toda la infancia¹⁴.

La dermatitis seborreica fue la segunda causa más frecuente de eccemas en la infancia, especialmente durante el primer año de vida, en que alcanzó casi la cuarta parte de los eccemas del lactante. En un porcentaje significativo de pacientes no fue posible adscribir el eccema a ninguna de las enfermedades conocidas, bien por la ausencia de datos diagnósticos o por presentar signos de varias formas de eccema conjuntamente. La pitiriasis alba fue la tercera causa de eccema en la infancia. Por conveniencia se incluyó dentro de la dermatitis atópica la queratosis folicular, si bien este proceso no es estrictamente un cuadro eccematoso. En nuestra muestra es llamativa la baja frecuencia de la dermatitis del pañal en relación con otras series^{1,2}; este hecho podría deberse a que se trata de un problema que habitualmente se resuelve en los centros de Atención Primaria.

Enfermedades infecciosas

En coincidencia con otras series, la mayor parte de los procesos infecciosos son debidos a virus, especialmente las verrugas y el molusco contagioso⁵⁻⁷. Las infecciones fúngicas fueron las segundas en frecuencia, casi a la par con las infecciones parasitarias y protozoarias. Las infecciones por hongos dermatofitos son ligera-

mente menos frecuentes que en otros continentes, especialmente en Asia^{5,7}, Centroamérica⁴ y África⁶. Es destacable la alta incidencia de escabiosis (1,28%), aunque no es tan elevada como la observada en países asiáticos^{5,7}, africanos⁶ o en Méjico⁴. Aunque no disponemos de datos concretos, en nuestra experiencia un porcentaje elevado de pacientes con escabiosis son inmigrantes o niños adoptados de países asiáticos. También llama la atención la casi despreciable incidencia de pediculosis capitis en nuestra muestra, que atribuimos a que es un problema que se resuelve en Atención Primaria.

Las infecciones bacterianas fueron menos frecuentes en nuestra muestra que en otras series, en que fueron la patología infecciosa más común^{1,2} o muy significativa³⁻⁷. En concreto, la frecuencia del impétigo fue muy baja en nuestra serie, alcanzando casi un 10%^{2,4,6}, mientras que la escaldadura estafilocócica fue relativamente frecuente dentro de la patología bacteriana. De nuevo este hecho se atribuye a que solamente los casos más graves o de diagnóstico dudoso alcanzan un servicio hospitalario y las infecciones leves como el impétigo son atendidas por los pediatras.

Nevus y trastornos del desarrollo

Los *nevus* melanocíticos se han convertido en un motivo de consulta muy importante, tanto que han alcanzado el segundo puesto en frecuencia en nuestra muestra. Este dato contrasta llamativamente con otras series, pues en ninguna de las comparadas la frecuencia de los *nevus* melanocíticos supera el 0,5% del total de los diagnósticos^{6,7}. Particularmente es llamativo que hemos atendido más *nevus* melanocíticos congénitos que adquiridos. Estos hechos pueden ser explicados por una mayor conciencia por parte de la población de la importancia de la prevención del melanoma y de la opinión de que los *nevus* congénitos tienen una mayor probabilidad de malignización.

La frecuencia de los *nevus* epidérmicos y sebáceos fue relevante en nuestra muestra, aunque es similar a la de otras series^{6,7}. En esta categoría no se han incluido los hemangiomas, que algunos autores consideran *nevus* vasculares.

Tumores

Los hemangiomas infantiles fueron el tumor cutáneo más frecuente de la infancia, como se ha recogido ampliamente en la literatura¹⁵. De ellos, casi el 70% son del tipo tuberoso (hemangiomas fresa). La frecuencia del granuloma piogénico es también relevante, especialmente en relación con otras series africanas y asiáticas.

Las mastocitosis fueron la segunda causa de patología tumoral en nuestra muestra, si bien puede discutirse la naturaleza tumoral de este proceso. Se ha incluido en esta categoría por conveniencia. Ninguna

otra serie muestra una frecuencia tan alta de este proceso. Si exceptuamos las mastocitosis y los tumores vasculares, el tumor más frecuente en la infancia es el xantogranuloma juvenil, en concordancia con los demás estudios similares.

Enfermedades de los anejos

La alopecia areata es la causa más frecuente de alopecia en la infancia, tal y como se ha recogido en la literatura^{6,7,16}. Se siguió de un grupo de trastornos incluidos dentro de la «alopecia difusa», que incluye alopecias carenciales, alopecias transitorias, alopecias por fármacos y otras. Nuestra serie pone de manifiesto que, al menos en los últimos años, el síndrome del cabello anágeno suelto¹⁷ se configura como una de las causas más frecuentes de alopecia en los niños, y este hecho no ha sido recogido hasta la fecha en otras series.

La frecuencia del acné no fue especialmente alta en nuestra serie, en parte debido al menor número de adolescentes atendidos, los cuales son muchas veces remitidos a servicios de Dermatología de adultos.

Otras patologías

Algunas patologías incluidas en otras categorías son relevantes por su frecuencia. Así, la psoriasis y la pitiriasis rosada mostraron una frecuencia similar a la de otras series^{3,8}. El *nevus* acrómico fue el motivo de consulta más frecuente entre los trastornos pigmentarios, con una frecuencia superior a la de otras series. En este diagnóstico se incluyeron lesiones despigmentadas redondeadas y ovaladas, lineales y con patrón en varias líneas de Blaschko. La urticaria y las picaduras de artrópodos son causa frecuente de consulta en Dermatología Pediátrica de diversas partes del mundo, aunque fueron excepcionalmente frecuentes en Méjico, en donde constituyeron el diagnóstico más frecuente de una serie amplia.

Patologías de mayor frecuencia en consulta

Las 20 causas más frecuentes de consulta en nuestra muestra coinciden en su mayor parte con las de otras series⁵⁻⁷. Solamente encontramos una importante discordancia con la frecuencia de los *nevus* melano-cíticos, que fueron el segundo diagnóstico más frecuente en nuestra serie y ocuparon puestos como el 38.º el 48.º en otros estudios similares^{6,7}.

CONCLUSIONES

Hemos presentado la serie más amplia y de mayor duración de la literatura en lo que concierne a la frecuencia relativa de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica. Por lo que sabemos, no se ha hecho ningún otro estudio

similar a gran escala en España, por lo que nuestro estudio es pionero en la incidencia de las enfermedades cutáneas en la infancia.

El conocimiento de la frecuencia de las enfermedades cutáneas en la infancia puede servir como ayuda diagnóstica, como ayuda para la preparación de planes de docencia de postgrado a pediatras y para promover campañas sanitarias orientadas a las patologías más prevalentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albus Andrade Y. Problemas dermatológicos más frecuentes en pediatría. *An Esp Pediatr* 1991;35 Suppl 45:7-9.
2. Hayden GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. *Am J Dis Child* 1985;139:36-8.
3. Tunnessen WW Jr. A survey of skin disorders seen in pediatric general and dermatology clinics. *Pediatr Dermatol* 1984;1:219-22.
4. Ruiz Maldonado R, Tamayo L, Velázquez E. Epidemiología de las enfermedades cutáneas en 10.000 pacientes de edad pediátrica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1977;34:137-61.
5. Goh CL, Akarapant R. Epidemiology of skin disease among children in a referral skin clinic in Singapore. *Pediatr Dermatol* 1994;11:125-8.
6. Findlay GH, Vismer HF, Sophianos T. The spectrum of paediatric dermatology. *Br J Dermatol* 1974;91:379-87.
7. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric dermatology clinic patients in Kuwait: an analysis of 10.000 cases. *Pediatr Dermatol* 1999;16:6-11.
8. Schachner L, Ling NS, Press S. A statistical analysis of a pediatric dermatology clinic. *Pediatr Dermatol* 1983;1:157-64.
9. Figueroa JI, Fuller LC, Abraha A, Hay RJ. The prevalence of skin disease among school children in rural Ethiopia. A preliminary assessment of dermatologic needs. *Pediatr Dermatol* 1996;13:378-81.
10. Porter MJ, Mack RW, Chaudhary MA. Pediatric skin disease in Pakistan. A study of three Punjab villages. *Int J Dermatol* 1984;23:613-6.
11. Mahé A, Prual A, Konaté M, Bobin P. Skin disease of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1995;89:467-70.
12. Bechelli LM, Haddad N, Pimenta WP, Pagnano PM, Melchor E Jr, Fregnan RC, et al. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus Valley (Acre State, Amazonia, Brazil). *Dermatologica* 1981;163:78-93.
13. Jones M, Peñas PF. Codificación de las enfermedades dermatológicas (edición en español). Madrid: Prodrug Multimedia, SL; 1999.
14. Krafchik BR. Eczematous Dermatitis. En: Schachner LA, Hansen RC, editores. *Dermatology*. New York: Churchill-Livingstone; 1995. p. 685-721.
15. Rabinowitz LG, Esterly NB. Vascular birthmarks and other abnormalities of blood vessels and lymphatics. En: Schachner LA, Hansen RC, editores. *Pediatric dermatology* New York: Churchill-Livingstone; 1995. p. 953-89.
16. Hurwitz S. Hair disorders. En: Schachner LA, Hansen RC, editores. *Pediatrics dermatology*. New York: Churchill-Livingstone; 1995. p. 583-614.
17. Baden HP, Kvedar JC, Magro CM. Loose anagen hair as a cause of hereditary hair loss in children. *Arch Dermatol* 1992;128:1349-51.