

Tratamiento de las lesiones dermatológicas frecuentes en atención primaria

R. GARCÍA MARTÍNEZ DE BARTOLOMÉ
EAP Valle de la Oliva. Majadahonda (Madrid)

En la consulta de atención primaria (AP) nos encontramos con una serie de lesiones cutáneas que por su frecuencia el pediatra debe saber identificar y tratar. Las más comunes son las originadas por distintos virus: papilomas, *molluscum contagiosum*, verrugas o el granuloma umbilical. Tras recordar las diferentes lesiones, nos centraremos en las técnicas para su tratamiento.

LESIONES CUTÁNEAS POR VIRUS

De todas las lesiones dermatológicas las producidas por virus son extremadamente frecuentes en la infancia. Su prevalencia se estima entre un 2 y un 5% de la población. Las más relevantes aparecen recogidas en la **tabla 1**.

Tabla 1
LESIONES CUTÁNEAS VIRALES MÁS FRECUENTES EN EL NIÑO

Agente etiológico	Lesión	Características clínicas	Evolución	Tratamiento
Poxvirus	<i>Molluscum contagiosus</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas perladas de superficie lisa y centro umbilicado • Pueda sufrir eccematización 	<ul style="list-style-type: none"> • Regresión espontánea (4-6 meses) • Diseminación por autoinoculación 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstención terapéutica • Crioterapia • Curetaje • Cantaridina • Imiquimod
Papiloma virus	Verruga vulgar	<ul style="list-style-type: none"> • Pápula solitaria de superficie rugosa • Localización preferente en dedos, manos y rodillas • Indolora 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución espontánea en 12-24 meses • Diseminación por autoinoculación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido láctico-salicílico • Crioterapia
	Verruga plana	<ul style="list-style-type: none"> • Pápula lisa y aplanada de color amarillento-marrónáceo • Indolora 	<ul style="list-style-type: none"> • Ídem 	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido retinoico al 0,025% • Crioterapia
	Verruga plantar	<ul style="list-style-type: none"> • Pápula hiperqueratósica que asienta en zonas de apoyo • Interrumpe los dermatoglifos • Dolorosa al pellizcamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Ídem 	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido láctico-ácido salicílico • Crioterapia
	Condiloma acuminado	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas blandas rosadas de superficie áspera y rugosa • En mucosa genital y oral 		<ul style="list-style-type: none"> • Podoxifilino

En negrita, los tratamientos de preferencia.

A la hora de tratar estas lesiones, debemos tener en cuenta su carácter generalmente autolimitado (suelen curar en meses), aunque la posible cronicidad de las mismas y la capacidad de autoinoculación junto con la reprobación social, hacen que esta modalidad sea escasamente aceptada por los padres.

Los posibles tratamientos abarcan, desde la abstención terapéutica, los tratamientos tópicos medicamentosos, a los quirúrgicos como la criocirugía o el curetaje. En la **tabla 2** se detallan los principales tratamientos tópicos medicamentosos.

Consultadas las diferentes fuentes de información, no existe un tratamiento universalmente aceptado para cada lesión, y éste debe ser individualizado según la experiencia del profesional y de las preferencias del paciente. La **tabla 1** recoge las posibles intervenciones y destaca en **negrita** las más recomendadas.

Una vez consensuado el tratamiento a seguir, debemos:

- Asegurarnos de que la piel está sana. Si, como puede suceder en los *molluscum*, la piel está eczematosa, debemos realizar un tratamiento tópico previo con corticosteroides.
- Para minimizar el dolor podremos aplicar previamente una crema anestésica. Ésta es útil en lesiones como el *molluscum* o las verrugas planas, pero resulta menos eficaz en las lesiones hiperqueratósicas. Se detallan a continuación las más utilizadas en nuestro medio:
 - EMLA. Cada gramo contiene: lidocaína 25 mg y prilocaína 25 mg. Se aplica en cura oclusiva una hora antes.

Puede producir metahemoglobinemia si se aplica en zonas extensas. Se puede utilizar desde el periodo neonatal y en la mucosa genital.

- Lidocaína tópica. El preparado más utilizado es en crema al 4% (lambdalina). Ha de utilizarse en zonas de piel intacta, no en mucosas, aplicándose media hora antes del proceso. No requiere oclusión, aunque ésta incrementa su eficacia. Está indicado a partir de 6 años. Presenta riesgo de sensibilización. No está indicado si alergia a soja o cacahuetes (contiene lecitina de soja).

TÉCNICA DE CRIOCIRUGÍA

Consiste en la eliminación de ciertas lesiones mediante la aplicación de frío a temperaturas bajo cero.

La aplicación de frío durante un tiempo y una profundidad adecuados produce necrosis tisular y vascular y eliminación de la lesión. Esta técnica requiere de un diagnóstico previo preciso, ya que la lesión se destruye y no es susceptible de estudio anatomopatológico.

La lesión celular está condicionada por la congelación-descongelación. Cuantos más ciclos apliquemos, más necrosis tisular se originará. El tiempo total de congelación-descongelación es importante y específico para cada lesión (**tabla 3**).

La profundidad de la congelación es igual a la extensión del halo de congelación perilesional.

Tabla 2
PRINCIPALES TRATAMIENTOS TÓPICOS MEDICAMENTOSOS

Producto	Forma de aplicación	Precauciones	Lesión a tratar
Cantaridina 0,7-0,9%	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar sólo en la lesión a tratar • Aclarar con agua 2-4 horas después • Repetir semanalmente hasta su curación 	<ul style="list-style-type: none"> • Urente • No administrar en la cara 	<ul style="list-style-type: none"> • Verruga periungueal
Imiquimod crema 1-5%	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar 3 días en semana sólo en la lesión a tratar. Aclarar a las 6-10 horas • Repetir semanalmente hasta la curación o hasta un máximo de 16 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Urente • Caro 	<ul style="list-style-type: none"> • Verruga periungueal
Podofilotoxina solución al 0,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar la zona afectada con agua y jabón. Secar • Untar con aplicador y dejar actuar un máximo de 4 horas y lavar • Repetir a la semana 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy urente • Debe ser aplicado por personal sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiloma acuminado
Ácido láctico y salicílico: en solución o parches	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la solución en cura oclusiva o el parche sobre la lesión por la noche después de la ducha. Retirar a las 12 horas. Limar la piel excedente • Repetir la operación diariamente durante 3-4 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede mantener la cura oclusiva más horas, pero se corre el riesgo de quemadura, especialmente en las manos 	<ul style="list-style-type: none"> • Verruga plantar • Verruga común
Ácido retinoico crema al 0,025%	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar por la noche en pequeña cantidad sólo en la lesión, evitando la administración en piel sana 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotosensible • Puede producir irritación tras las primeras aplicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Verruga plana



FIGURA 1. Material para criocirugía.

Los dos agentes utilizados en crioterapia son el dimetil éter propano (DMEP) (Histo freezer R) y el nitrógeno líquido (NL).

- El DMEP es una mezcla de criógenos con capacidad para congelar a -57°C . Se almacena en recipientes de 150 cc de capacidad, con los que se pueden realizar unas 40 sesiones. Incluyen torundas de 2 tamaños diferentes. Resulta más caro que el NL. Está disponible en algunos centros de salud.

- El NL se almacena en contenedores metálicos especiales a una temperatura de -196°C . Se puede aplicar en pulverización o con torunda de algodón, siendo esta última la forma de aplicación en atención primaria (figura 1).

Material

- Nitrógeno líquido.
- Torundas de algodón.
- Algodón extra.
- Envases de plástico (los empleados para recoger orina o heces).
- Gasas estériles.
- Guantes.

Procedimiento (figura 2)

- Limpieza de la zona.
- Reforzar la torunda con algodón extra, no demasiado apretado. La punta de la torunda debe tener un tamaño ligeramente inferior al de la lesión a tratar.
- Verter una cantidad de NL en un recipiente plástico.
- Una vez impregnada la torunda, aplicar verticalmente sobre la lesión ejerciendo una ligera presión. Se debe mantener aplicado hasta que la lesión adquiera un color blanquecino. Se debe congelar la lesión y un halo perilesional de unos 2-3 mm para asegurar la destrucción celular por dentro de estos márgenes (ver tabla 3). Hay que tener en

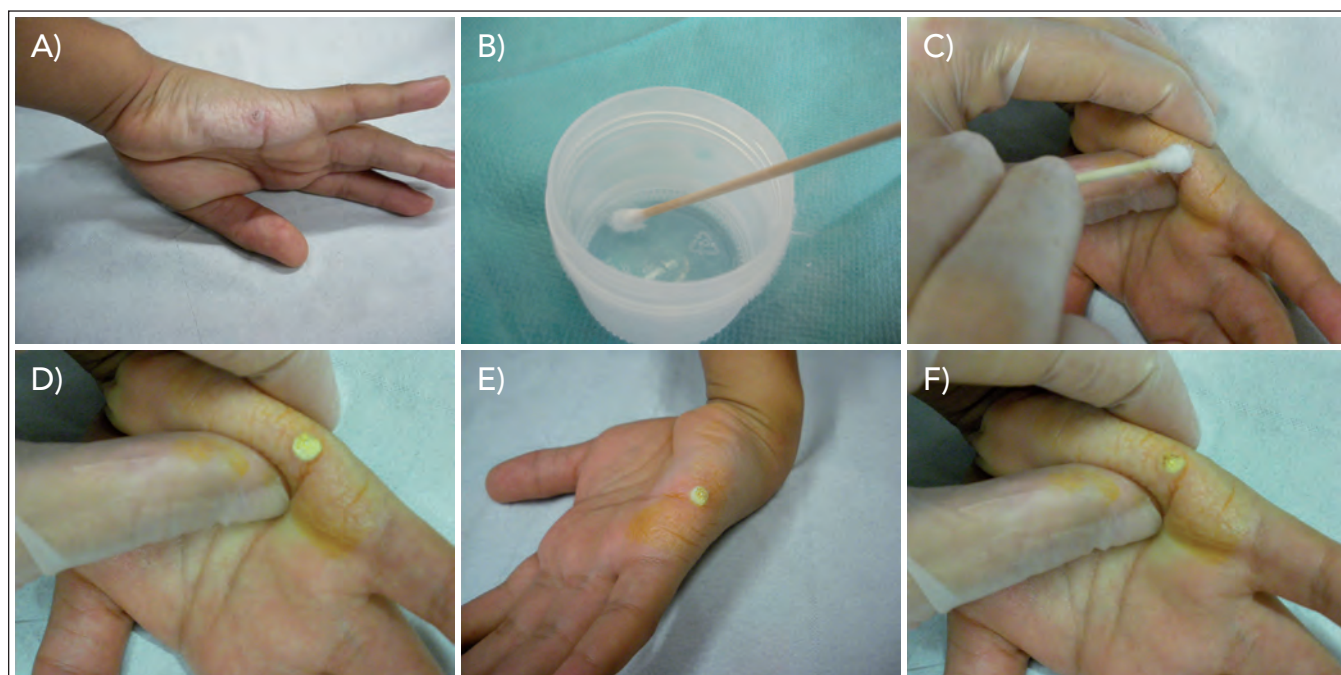


FIGURA 2. Técnica de criocirugía. A) Verruga vulgar. B) Inmersión del hisopo en nitrógeno líquido. C) Aplicación del hisopo sobre la piel. D) y E) Halo de congelación. F) Halo de descongelación.

cuenta que el NL se evapora rápidamente, por lo que la torunda debe rehumedecerse cada 10-30 segundos.

- Controlar el tiempo de congelación-descongelación: El tiempo de congelación (TC) es aquel en el que la lesión aparece homogéneamente blanquecina. El TC total es la suma de los diferentes toques que han formado un halo blanquecino. El tiempo de descongelación (TD) es el tiempo que permanecen blanquecinos la lesión y el halo. La suma de todos los tiempos de descongelación nos da el TD total. Los TC y TD totales son diferentes para cada lesión (tabla 3).

La duración total del proceso no suele exceder los 5 minutos.

Cuidados posteriores

Después de la cirugía no se requieren cuidados especiales ni apósitos y la lesión puede ser lavada. El paciente debe ser revisado a las 2 semanas y, en caso de persistir la lesión, puede repetirse el procedimiento.

La secuela más frecuente de la criocirugía es la hipopigmentación que puede durar varios meses y que suele ser transitoria, aunque en pacientes de piel oscura deben valorarse otros tratamientos.

La crioterapia está indicada en el tratamiento de *molluscum*, verrugas vulgares y papilomas. No es el tratamiento de elección de las verrugas periungueales, pues, además de ser un procedimiento marcadamente doloroso, puede afectar a la matriz ungueal y con ello la formación de la uña.

TÉCNICA DE CURETAJE

Con la técnica de curetaje se realiza exéresis de lesiones superficiales, sobreelevadas o hiperqueratósicas que no afectan a todo el espesor de la piel.

Está indicada en la extirpación de *molluscum* y de verrugas periungueales o tras la aplicación de queratolíticos en las verrugas plantares.

Material

- Curetas estériles desechables con anillos de 4 y de 7 milímetros (figura 3). La cureta es un instrumento quirúrgico

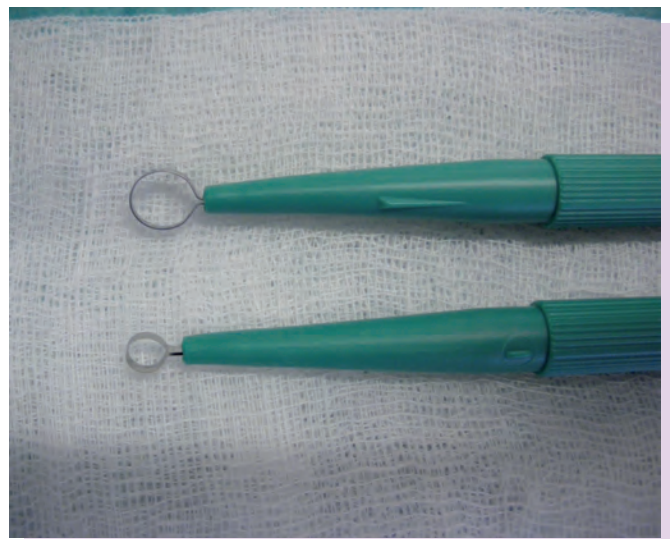


FIGURA 3. Curetas de 4 y 7 mm.

gico con borde afilado que permite extirpar pequeñas lesiones con mínimo traumatismo.

- Povidona yodada o clorhexidina.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Paño quirúrgico (opcional).

Técnica (figura 4)

- Desinfectar la piel con povidona yodada o clorhexidina.
- Tensar la piel.
- Tomar la cureta como un lápiz y aplicar el lado cortante sobre la base de la lesión, realizando un movimiento rápido para extirpar la lesión de una sola pasada. Se puede repetir el proceso si quedan restos.
- Hacer hemostasia presionando la lesión con una gasa.
- Colocar un apósito vaselinado.
- La duración del procedimiento depende del número de lesiones a curetar, pero no debe exceder los 10 minutos. Si el número de moluscos es elevado, se recomienda realizar el procedimiento en varias sesiones.

Tabla 3 TIEMPOS DE CONGELACIÓN-DESCONGELACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON CRIOCIRUGÍA PARA LAS DISTINTAS LESIONES				
Lesión	Tiempo de congelación (seg)	Tiempo de descongelación (seg)	Halo perilesional (mm)	Resultado cosmético
Verruga vulgar	10-30	30-40	2	Bueno
Verruga plana	5-15	20-25	1-2	Bueno
Verruga plantar	20-40	40-50	1-2	Aceptable
<i>Molluscum</i>	10-15	20-25	1-2	Excelente

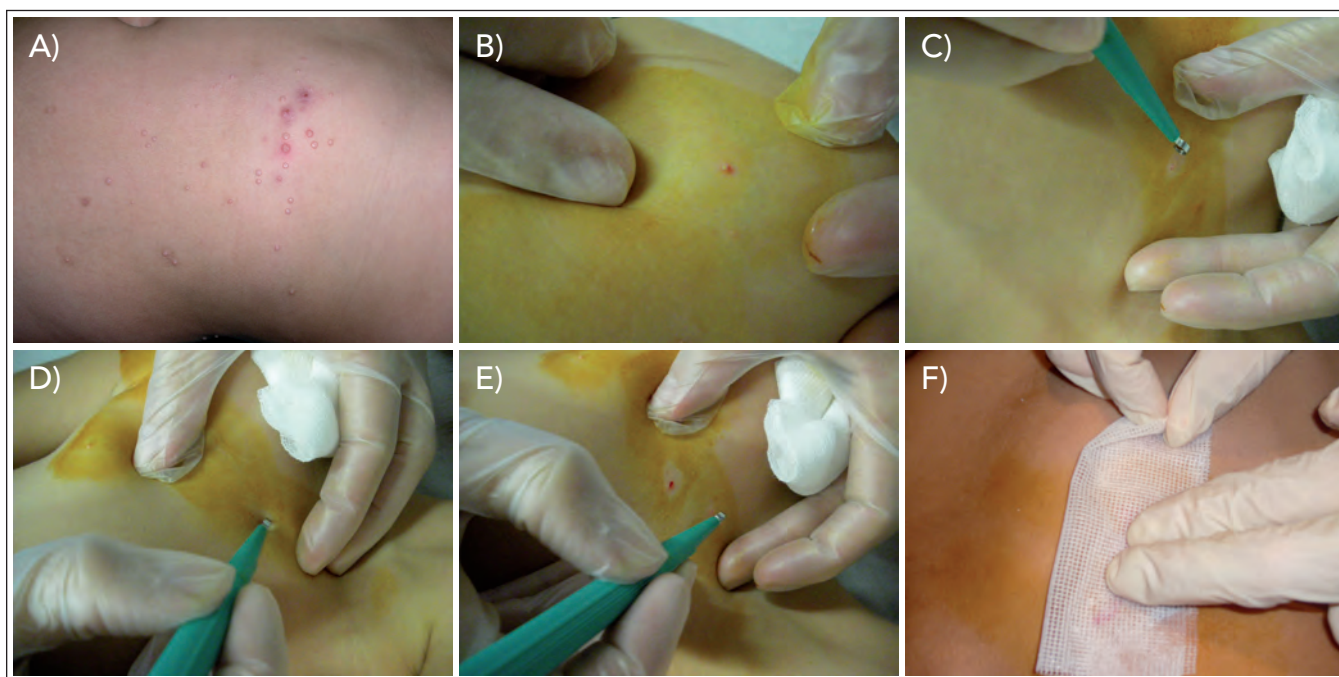


FIGURA 4. Técnica de curetaje. A) Molluscum. B) Limpieza con antiséptico. Tracción de la piel. C), D) y E) Afeitado de la lesión. F) Colocación de apósito vaselinado.

Cuidados posteriores

Curas húmedas con pomada antiséptica (sulfadiazina argéntica) hasta lograr reepitelización, que suele ocurrir en 10 días.

Los resultados estéticos son muy buenos si la selección de la lesión a intervenir es correcta.

En un estudio clínico controlado que compara el uso de cantaridina, ácido láctico y salicílico, imiquimod y curetaje en el tratamiento del *molluscum*, este último procedimiento fue considerado el más eficaz teniendo en cuenta el número de visitas, el porcentaje de efectos adversos y la satisfacción de los padres.

GRANULOMA UMBILICAL

Se origina por el exceso de tejido umbilical que persiste en la base del ombligo tras la caída del cordón, en las 2-3 semanas postnatales (figura 5A). Se considera la causa más frecuente de tumoración umbilical. De forma pediculada, blando y friable, su tamaño oscila entre los 3 y 10 mm. Es frecuente la emisión de líquido seroso o serosanguinolento.

Los posibles tratamientos van desde los conservadores hasta los quirúrgicos. Clásicamente, la aplicación de nitrato de plata se ha considerado el tratamiento de elección; no obstante, la probabilidad de producción de quemaduras como efecto secundario ha dado lugar a otras alternativas más conservadoras:

- Alcohol de 70°: tóquese con bastoncillo impregnado en alcohol, varias veces al día durante 2-3 semanas. En un

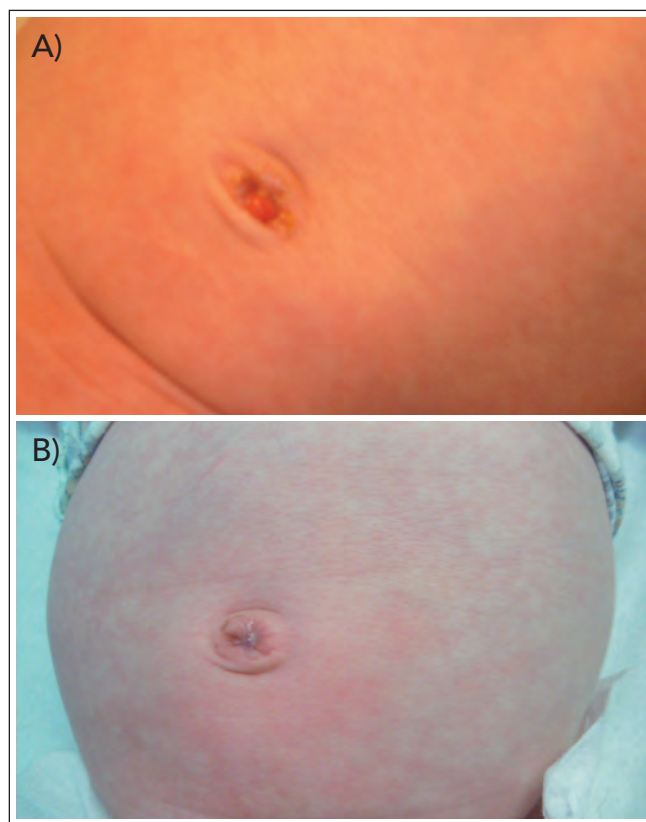


FIGURA 5. A) Granuloma umbilical. B) Resultado tras aplicación de nitrato de plata.

un ensayo clínico controlado, la administración de alcohol en hisopo con cada cambio del pañal demostró que 2 de cada 3 casos se resolvían en un plazo de 2-3 semanas.

- La cauterización con nitrato de plata sigue teniendo vigencia si, tras 2-3 semanas de tratamiento conservador, éste fracasa. Las posibles complicaciones –quemaduras o tatuajes de la piel sana circundante– pueden ser obviadas siguiendo la técnica correcta que detallamos a continuación.

Material (figura 6)

- Gasas estériles.
- Vaselina o parafina.
- Nitrato de plata en varillas (Argenpal).



FIGURA 6. Material para cauterización con nitrato de plata.

Técnica (figura 7)

- Limpiar la zona con suero fisiológico antes de la intervención y secarla bien.
- Aplicar vaselina o parafina alrededor de la zona a tratar para evitar el contacto con el nitrato de plata.
- Aplicar el nitrato con varilla adecuada con toques exclusivamente sobre el granuloma.
- Enjuagar suavemente.
- Dejar secar durante un intervalo de 10 minutos aproximadamente antes de poner el pañal para evitar extensión del producto a zonas no deseadas.

Cuidados posteriores

- Mantener la zona limpia y seca.
- Revisar el ombligo a la semana. Puede ser necesario repetir el tratamiento cada semana, 2 o 3 veces.

El fracaso de la administración de nitrato plata debe cuestionar el diagnóstico de granuloma umbilical.

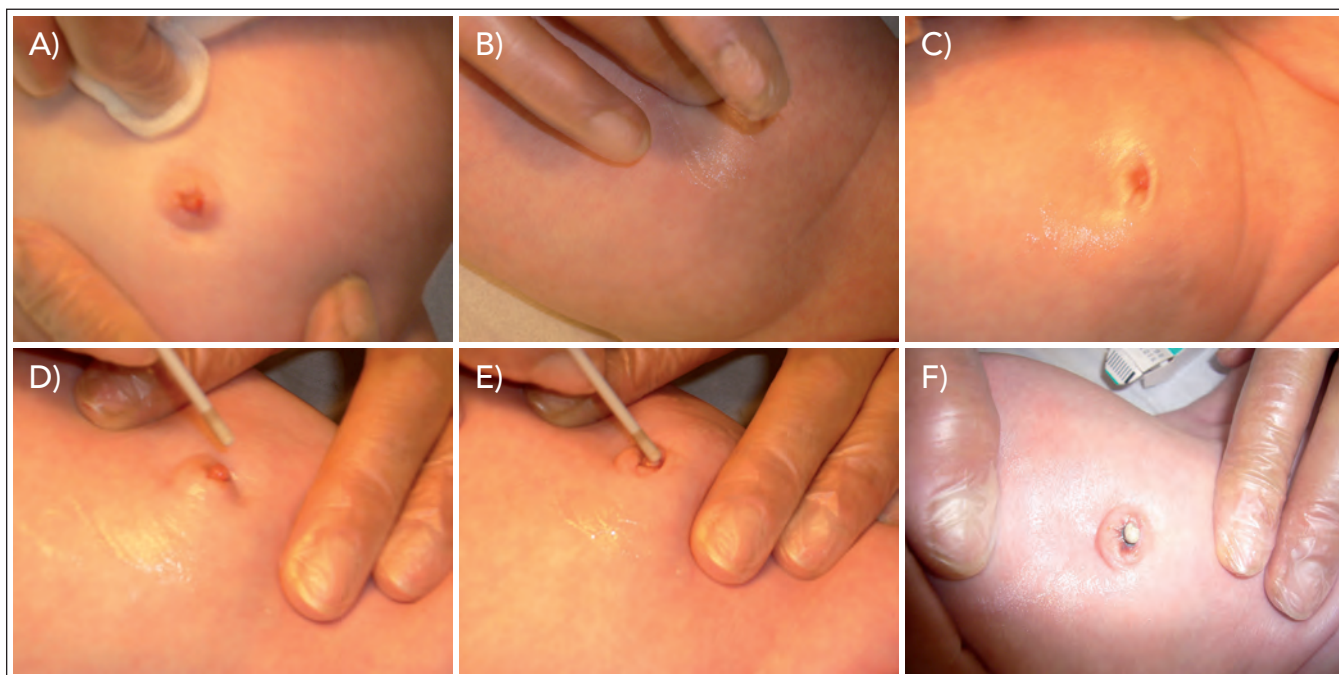


FIGURA 7. Técnica de cauterización con nitrato de plata. A) Limpiar con suero fisiológico y secar. B) y C) Aplicar vaselina alrededor de la lesión. D) y E) Contactar la varilla exclusivamente en el granuloma. F) Dejar secar para evitar la extensión de la plata.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weston WL. Infecciones víricas. En: Weston WL, Lane AT, Morelli JG, editores. *Dermatología pediátrica*. Barcelona: Elsevier Masson, 2008: p. 113-147.
2. Torrelo A. Infecciones víricas. En: Torrelo A. *Dermatología en pediatría general*. Madrid: Ed. Aula Médica, 2007: p. 85-111.
3. Hanna D, Hatami A, Powell J, Marcoux D, Maari C, Savard P, et al. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. *Pediatr dermatol* 2006;23:574-9.
4. Arribas Blanco JM, Fernández-Cañadas S, Rodríguez Pata N, Baos Vicente V. Técnicas alternativas en cirugía menor: criocirugía y electrocirugía. *Semergen* 2002;28(9):496-513.
5. Gil ME, Muñoz Quirós S, Arribas Blanco JM. Biopsia cutánea. Generalidades. Anexo: Curetaje. En Arribas Blanco JM, Castelló Fortet JR, Rodríguez Pata N, Santonja Medina F, Plazas andreu N, editores. *Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia*. Madrid: Jarpyo editores, 2005: p. 395-9.
6. Caballero F, Gómez Martín O. Guía de cirugía menor en Atención primaria. Madrid: Insalud. Área 6 de Atención Primaria, 1999.
7. Daniels J, Craig F, Wajed R, Meates M. Umbilical granuloma: a randomized controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88(3):F257.
8. Fisterra.com [internet]. Técnica en Atención Primaria [actualizada el 18-01-2010]. Disponible en: www.fisterra.com/material/tecnicas/tecnicas_ap.asp#cirugia.