



# Caso clínico. Dermatología

## Una cuestión de contacto

Lucía Elorriaga Sanzano<sup>a</sup>, Pedro Luis Postigo Martín<sup>a</sup>, Nicolás Martínez Miñambres<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS Etxebarri. Vizcaya. España.

<sup>b</sup>MIR-Pediatría. Hospital de Cruces. Vizcaya. España.

Publicado en Internet:  
16-mayo-2024

Lucía Elorriaga Sanzano:  
luciaelorriaga@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La dermatitis de contacto (DC) representa la respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos.

La dermatitis de contacto irritativa es causada por el daño tóxico directo a la piel, sin que medie mecanismo inmunológico. En la DC irritativa, las lesiones se localizan en la zona donde se produce el contacto de la piel con el irritante. Existen dos tipos de patrones clínicos, las formas agudas con gran componente exudativo y las formas acumulativas o crónicas en las que predominan lesiones descamativas y liquenificadas, con formación de grietas y fisuras en la epidermis.

El tratamiento de la DC, tanto irritativa como alérgica, se basa en dos pilares: evitación del desencadenante y tratamiento farmacológico.

### RESUMEN DEL CASO

Niña de 13 años que acude por lesión en axila derecha de dos semanas de evolución consistente en una placa circinada ligeramente descamativa eritematosa con leve prurito, sin componente exudativo. Se indica tratamiento durante 2 semanas con miconazol, con cierta mejoría, pero refiriendo persistir lesión residual.

Reconsulta cinco meses más tarde por presentar progresión de las lesiones, en ambas axilas de 1 semana de evolución.

En la exploración se observan placas eritematosas levemente descamativas, no nacaradas; en periferia, ligera costra seca posexudativa (Figura 1). No se observan lesiones satélites. Asocia dermatitis seborreica leve en área occipital en tratamiento con champú antifúngico. Uñas de manos y pies normales.

Figura 1. Placas eritematosas con costra seca posexudativa periférica



Rehistoriando a la paciente por la localización de las lesiones, refiere un cambio de desodorante en spray desde marzo.

Ante la sospecha clínica de dermatitis de contacto irritativa se inicia tratamiento tópico con corticoide durante 3 semanas con resolución completa de las lesiones, y se aconseja utilizar desodorante en crema (Figura 2).

### CONCLUSIÓN

Dado que los signos clínicos de la dermatitis de contacto son inespecíficos, con un amplio diagnóstico diferencial y que se trata de una entidad infrecuente en la edad pediátrica, es importante realizar una anamnesis dirigida que nos dé pistas sobre el posible desencadenante, dado que, como hemos visto, es fundamental retirar el causante para conseguir una resolución completa.

Cómo citar este artículo: Elorriaga Sanzano I, Postigo Martín PL, Martínez Miñambres N. Una cuestión de contacto. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2024;(33):e22-e23.

**Figura 2. Resolución completa de las lesiones tras tratamiento**



### **CONFLICTO DE INTERESES**

---

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

### **RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES**

---

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

### **ABREVIATURAS**

---

DC: dermatitis de contacto.