

# Dermatitis numular: presentación de dos casos pediátricos

## *Nummular dermatitis: report of two cases in children*

Dr. Jacinto Martínez-Blanco<sup>a</sup>, Dra. Verónica García-González<sup>a</sup>, Dr. Javier González-García<sup>b</sup> y Dra. Cristina Suárez-Castañón<sup>c</sup>

### RESUMEN

La dermatitis o eccema numular es una patología poco frecuente en pediatría. El cuadro se caracteriza por un inicio con diminutas pápulas y vesículas eritematovioláceas que confluyen en placas exudativas de forma circular y evolucionan a placas eczematosas o liquenificadas de forma discoide o anular. Aparecen, predominantemente, en superficies extensoras de las extremidades, aunque pueden encontrarse en el tronco, las manos o los pies. El diagnóstico es clínico; solo en casos con mala evolución pueden ser necesarias pruebas complementarias. La base del tratamiento son los corticoides tópicos y, si se encuentra un desencadenante infeccioso, el tratamiento de la causa. Su evolución suele ser crónica o recidivante. Se presentan dos casos clínicos en población pediátrica con la finalidad de difundir entre los pediatras su conocimiento y manejo.

**Palabras clave:** dermatitis numular, eccema numular.

### ABSTRACT

Nummular eczema or dermatitis is an uncommon paediatric pathology. It is presented as red-purplish small papules and vesicles that join to form exudative circular patches and then to eczematous or lichenified patches with discoid shape. The lesions appear predominantly on the extensor surface of extremities, although they can appear in trunk, hands or feet. This pathology has a clinical diagnosis; only few cases require complementary test. The topical corticosteroids are the mainstay of the treatment, and the causal treatment whether an infectious trigger is found. The patients have chronic or recurrent evolution. We report two cases in children with the aim of spreading knowledge among pediatricians.

**Key words:** nummular dermatitis, nummular eczema.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.e241>

a. Centro de Salud "El Coto".

b. Médico interno residente de Pediatría, Hospital de Cabueñes.

c. Centro de Salud "Severo Ochoa". Gijón. Asturias. España.

**Correspondencia:** Dr. Jacinto Martínez-Blanco, [jacintomartinezblanco@hotmail.com](mailto:jacintomartinezblanco@hotmail.com).

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflicto de intereses:** Ninguno que declarar.

Recibido: 10-10-2015

Aceptado: 27-1-2016

### INTRODUCCIÓN

La dermatitis numular, también denominada eccema discoide o numular, es una patología poco frecuente en pediatría.<sup>1-7</sup> A pesar de haber sido descrita hace muchos años, inicialmente por Rayer<sup>3</sup> en 1845 y luego por Devergie,<sup>8</sup> quien introdujo el término en 1857, son muy pocos los trabajos publicados en relación con ella.<sup>1</sup> El término "numular" viene de *nummulus*,<sup>1,2,5,7</sup> "moneda" en latín, y se refiere a la forma que adoptan las lesiones. A continuación, se detallan dos casos clínicos.

### CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1

Niña de 4 años sana, correctamente vacunada, con dermatitis atópica como único antecedente de interés, sin infecciones respiratorias ni gastrointestinales los días previos, que consultó por placas circulares de aspecto eritematocostroso con disposición bilateral y simétrica e intensamente pruriginosas situadas, sobre todo, en las extremidades y, en menor cuantía, en el tronco (*Figura 1*). Presentaba eritema por dermatitis atópica en la región púbica.

Se inició un tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral (50 mg/kg/día en tres dosis) y mupirocina tópica (3 aplicaciones/día) por sospecha de sobreinfección bacteriana, así como medidas higiénicas (fundamentalmente, evitar el contacto con irritantes) e hidrocina oral (1,5 mg/kg/día en tres dosis) para el prurito. No se obtuvo mejoría a la semana de evolución, por lo que se cambió a prednicarboato tópico (1 aplicación/día). Persistió la mala evolución al cabo de una semana del inicio de su aplicación y se derivó a consulta con Dermatología Infantil, que confirmó el diagnóstico y se inició el tratamiento con prednisona oral (1 mg/kg/día en 1 dosis), a pesar de no ser un tratamiento habitual y debido a la intensa interferencia del prurito de este caso con el sueño y con la vida de relación de la niña afectada.

De nuevo, la evolución fue desfavorable. Se suspendió dicha medicación al cabo de diez días y se pasó a pimecrolimus diario (2 aplicaciones/

día) durante 2 semanas y, posteriormente, 2 días a la semana durante 3 meses. Se suministraron guantes de algodón para mitigar el rascado nocturno, con evidente mejoría, y tuvo, hasta la actualidad, algún brote escaso y poco intenso.

FIGURA 1. Caso 1. Placas circulares de aspecto eritematocostroso con disposición bilateral y simétrica, localizadas preferentemente en las extremidades y, en menor cuantía, en el tronco.  
A: vista dorsal. B: vista de frente



## Caso 2

Niño de 8 meses de vida sano, correctamente vacunado, sin antecedentes de interés, sin infecciones respiratorias ni gastrointestinales los días previos, que consultó por lesiones circulares eritematoescamosas de bordes bien definidos y de distribución simétrica en ambos antebrazos, sin otros síntomas asociados (Figura 2A). Se pautó el tratamiento con prednicartrato tópico (1 aplicación/día) durante 10 días, con buena evolución (Figura 2B). Al mes siguiente, tuvo un nuevo brote, también en los brazos, con buena respuesta al tratamiento corticoideo tópico.

## DISCUSIÓN

La dermatitis numular es una patología puramente dermatológica, que no afecta a otros sistemas.<sup>7,9</sup> Es más común en varones,<sup>1,2,4,7,9,10</sup>

FIGURA 2. Caso 2. A: Brote inicial consistente en placa de dermatitis numular, circular, eritematoescamosa de bordes bien definidos en superficie extensora del antebrazo. B: Evolución tras 7 días de tratamiento con corticoide tópico.



aunque algún autor considera que es más frecuente en mujeres.<sup>11</sup> En cuanto a su incidencia, aparece un pico entre los 15 y los 25 años de edad y un segundo pico a los 50-65 años.<sup>4,5,7</sup> Es poco frecuente en niños, aunque algunos autores consideran que es una entidad infradiagnosticada y, por tanto, común en la infancia, especialmente en los primeros 5 años de vida.<sup>1,2,4,9</sup>

Se estima una prevalencia de 2 por mil a nivel mundial,<sup>7,9</sup> lo que constituye entre el 2,7% y el 3,7% de las primeras consultas de Dermatología Infantil.<sup>2,9</sup> Es más frecuente en los meses de invierno y primavera.<sup>1,6,7,9,11</sup>

Algunos autores la reconocen como una entidad propia,<sup>1,2,5,7,9</sup> mientras otros la consideran una forma atípica de dermatitis atópica.<sup>3,4</sup>

Se caracteriza por la presencia de placas eccematosas o liquenificadas (engrosamiento de la piel y acentuación de los pliegues a consecuencia de la cronicidad y el prurito persistente) en forma de moneda, que presentan una evolución crónica o recidivante. Su etiología es desconocida y, tal vez, multifactorial (trastornos físicos, químicos, de contacto, genéticos y de estrés).<sup>1,6,9-11</sup>

Recientemente, se da importancia a los desencadenantes infecciosos, sobre todo de origen dental y de vías respiratorias, así como a alérgenos ambientales,<sup>1,5,10,11</sup> que pueden ser diferentes en el niño y en el adulto. Puede asociarse con dermatitis de contacto, debido a la alteración de la barrera cutánea.<sup>3,7,10,12</sup> El cuadro se inicia con diminutas pápulas y vesículas eritematosas o violáceas, que confluyen y forman placas exudativas, que alcanzan un tamaño de 1 a varios centímetros, de forma anular, que, a medida que se desvanecen, dejan lesiones secas, hipo o hiperpigmentadas.<sup>1,3-5,7,10</sup> Se localizan con más frecuencia en la superficie extensora de las extremidades, principalmente las piernas, aunque pueden encontrarse en el tronco, las manos o los pies; la cara y el cuero cabelludo no suelen estar afectados.<sup>1-7,10,11</sup> Generalmente, son lesiones múltiples y simétricas.<sup>1,2,7</sup>

Magaña et al.,<sup>1</sup> consideran que el eczema del pezón es la misma dermatitis numular porque, a pesar de su localización peculiar, la morfología, la histología, la evolución y la respuesta al tratamiento son similares. En ocasiones, la dermatitis numular puede ir acompañada de intenso prurito, sobre todo nocturno.<sup>4,7,10,11</sup>

En cuanto al diagnóstico, es fundamentalmente clínico, con pápulas circulares u ovales, eritema, vesículas, trasudado seroso, excoriaciones, liquenificación, prurito,<sup>1,2,5,7,10</sup> y estos elementos

pueden estar presentes simultánea o sucesivamente.<sup>1</sup> No precisa la realización de pruebas, excepto en casos muy recurrentes o crónicos, en los que estaría indicado realizar pruebas del parche o epicutáneas<sup>5,7,10,12</sup> para descartar dermatitis de contacto superpuesta.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:<sup>1,5-7,10,11</sup>

- Dermatitis atópica típica: El diagnóstico diferencial vendrá dado por la morfología de las lesiones y su distribución (teniendo en cuenta la edad en el caso de la dermatitis atópica típica).
- Pitiriasis alba: Con escaso o nulo prurito, se manifiesta, preferentemente, en épocas estivales, mínima descamación y evoluciona con cambio de localización, pero no de expresión clínica.
- Tiña corporis: Se diferencian por su crecimiento centrífugo con aclaramiento central y bordes activos. Distribución asimétrica (si presenta más de una lesión). En caso de duda diagnóstica, estaría indicado el estudio micológico.
- Dermatitis de contacto: Localizada en el sitio de contacto. Respuesta a la supresión del alérgeno involucrado y al tratamiento tópico esteroideo. En caso de dermatitis numular de muy mala evolución, se debe descartar la asociación de ambas.
- Psoriasis guttata: Escamas y distribución características. A veces, asociada a infección estreptocócica.
- Dermatitis facticia o artefacta: Puede simular cualquier tipo de lesión. Su localización en zonas accesibles y la rápida curación con la oclusión o impedimento de acceso la distingue.

El tratamiento es similar al de la dermatitis atópica típica y está dirigido a rehidratar la piel, reparar la barrera epidérmica, reducir la inflamación y el tratamiento de la infección, si la hubiere.<sup>7,10</sup>

No existe un esquema terapéutico aceptado por todos.<sup>1</sup>

Se recomienda lo siguiente:

Como tratamientos de primera línea:

- Evitar baños calientes; no usar jabón sobre las lesiones<sup>6,7</sup> y utilizar, preferentemente, jabones *syndet* (contracción de *synthetic detergent*).<sup>10</sup> También pueden emplearse los baños de avena para mitigar el prurito.
- Evitar restricciones alimentarias injustificadas.

- Ropa de algodón.
- Cremas emolientes, especialmente tras el baño, que ha de ser de corta duración y temperatura moderada.<sup>2,7,10,11</sup>
- Corticoides tópicos.<sup>1,2,5-7,10,11</sup> Con frecuencia, se requieren corticoides de mediana o alta potencia.
- Antihistamínicos orales si hay prurito (preferentemente, de 1ª generación por su efecto sedante).<sup>2,3,5-7,11</sup>
- Antibióticos o antifúngicos tópicos si hay infección secundaria.<sup>2,5,7,11</sup> En ocasiones, es necesario emplearlos en combinación con el corticoide tópico.

Como tratamientos en casos seleccionados, especialmente rebeldes:

- Antibióticos orales.<sup>1,2,5</sup> Es importante descartar y tratar infecciones bacterianas, sobre todo dentales y respiratorias.
- Corticoides tópicos con oclusión.<sup>10</sup>
- Inmunomoduladores<sup>11</sup> en casos resistentes.
- Fototerapia-luz solar.<sup>5,7,10</sup>
- Corticoides orales.<sup>5,6,10,11</sup>
- Metotrexato.<sup>7,10,11</sup>

Su evolución es crónica y recurrente.<sup>2,7,10,11</sup> Según Magaña-García et al., un tercio presenta buena evolución y remite; otra tercera parte experimenta recidivas constantes y la última no responde a los tratamientos habituales.<sup>1</sup> Según el estudio de Jiamton et al., en 2 años de seguimiento, un 22% de los casos estaban asintomáticos, un 25% tuvieron períodos sin clínica y el 53% solo permanecieron sin lesiones con tratamiento.<sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

La descripción de estos casos clínicos pretende difundir el conocimiento de esta patología entre los pediatras, dada la escasa bibliografía disponible sobre esta entidad en niños.

Es importante destacar lo siguiente:

- El diagnóstico de la dermatitis numular es fundamentalmente clínico.
- Su tratamiento se basa, sobre todo, en fármacos tópicos.
- La evolución es hacia la cronicidad con recidivas en la mayoría de los casos. ■

## REFERENCIAS

1. Magaña García M, Vázquez R, González Campos N. Dermatitis numular en la niñez. *Rev Méd Hosp Gen Méx* 1994;57(4):146-50.
2. Alemán-Hernández L, Guzmán-Ramírez A, Mena-Cedillos CA. Dermatitis microbiana numular. *Bol Méd Hosp Infant Méx* 1998;55(2):83-8.
3. Krupa Shankar DS, Shrestha S. Relevance of patch testing in patients with nummular dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005;71(6):406-8.
4. Pugiarollo S, Cozzi A, Gisondi P, Girolomoni G. Phenotypes of atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9(1):12-20.
5. Taberner R. Eczema numular: en todo tipo de piel [Internet]. Dermapixel. Blog de dermatología cotidiana; 2013. [Acceso: 17 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.dermapixel.com/2013/05/eczema-numular-en-todo-tipo-de-piel.html>.
6. Halberg M. Nummular eczema. *J Emerg Méd* 2012;43(5):e327-8.
7. Miller JL. Nummular dermatitis [Internet]. New York: Medscape; 2015. [Acceso: 12 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1123605-overview#showall>.
8. Devergie MG. *Traité pratique des maladies de la peau*. 2ª ed. París: Masson; 1857.
9. Magaña García M, Vázquez R, González Campos N. Dermatología pediátrica en el Hospital General. Frecuencia de las enfermedades de la piel del niño en 10.000 consultas, 1990-1994. *Rev Méd Hosp Gen Méx* 1995;58(3):124-30.
10. Zirwas MJ. Nummular eczema [Internet]. UpToDate; 2014. [Acceso: 21 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/nummular-eczema?source=search\\_result&search=Nummular+eczema&selectedTitle=1~18](http://www.uptodate.com/contents/nummular-eczema?source=search_result&search=Nummular+eczema&selectedTitle=1~18)
11. Jiamton S, Tangjaturonrusamee C, Kulthanan K. Clinical features and aggravating factors in nummular eczema in Thais. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2013;31(1):36-42.
12. Bonamonte D, Foti C, Vestita M, Ranieri LD, et al. Nummular eczema and contact allergy: a retrospective study. *Dermatitis* 2012;23(4):153-7.