

# Análisis de las interconsultas con dermatología pediátrica de pacientes hospitalizados en un hospital pediátrico universitario

## *Analysis of pediatric dermatology inpatient consultations in a pediatric teaching hospital*

Dra. Fatma S. Afsar<sup>a,b</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** Las dermatosis son frecuentes en niños. Nuestro objetivo fue describir las interconsultas con dermatología de niños hospitalizados.

**Población y métodos.** Se analizaron las solicitudes de interconsultas con dermatología pediátrica de 539 pacientes consecutivos (de 0 a 18 años de edad) entre enero de 2004 y abril de 2010; para determinar en la interconsulta, el grupo de dermatopatías, diagnóstico principal, departamento solicitante, patrón diagnóstico, modalidad de tratamiento y derivación a otro departamento.

**Resultados.** De 539 niños hospitalizados, 310 (57,51%) eran varones y 229 (42,49%), mujeres. El departamento de pediatría general (37,5%), fue el que consultó más frecuentemente, seguido por oncología (15,6%) y cirugía pediátrica (11%). La mayoría (32%) habían sido hospitalizados por una dermatopatía o enfermedad relacionada. Las alergias cutáneas (47%) fueron las principales dermatosis consultadas, seguidas por enfermedades infecciosas (14,7%) y trastornos sistémicos con manifestaciones cutáneas (10,2%). La dermatitis atópica (7,4%) y el eccema sin clasificar (7,4%) fueron las dermatosis más frecuentes, seguidos de la urticaria papulosa (5,4%). En el 80% de los pacientes, el diagnóstico fue clínico; requirieron biopsia cutánea el 15,9% y análisis de laboratorio el 4%. El 51% de los pacientes requirió tratamiento local, el 6%, tratamiento sistémico, el 31%, sistémico combinado y ningún tratamiento en el 11,1%. Se derivó a otro departamento al 2% de los pacientes.

**Conclusiones.** Este estudio obtuvo datos importantes sobre los trastornos de piel y su tratamiento en niños hospitalizados desde la perspectiva de la interconsulta.

**Palabras clave:** interconsulta, pacientes hospitalizados, pediatría, dermatología.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.e377>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.e377>

- a. Hospital de Formación e Investigación Atatürk, Departamento de Dermatología, Esmirna, Turquía.
- b. Hospital Pediátrico Dr. Behcet Uz, Departamento de Dermatología, Esmirna, Turquía.

Correspondencia:

Dra. Fatma S. Afsar:  
suleafsar@hotmail.com

Financiamiento:

Ninguno.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 17-3-2017

Aceptado: 11-7-2017

### INTRODUCCIÓN

Casi todas las prácticas dermatológicas se hacen en consultas ambulatorias, aunque también se observan situaciones en las que los niños deben ser hospitalizados por una dermatopatía o enfermedad sistémica secundaria.<sup>1,2</sup> En general, los pediatras son el primer contacto con los pacientes. Después de la hospitalización se deriva a los pacientes a distintos departamentos.<sup>3</sup>

Si bien aproximadamente un tercio de todas las interconsultas en la práctica pediátrica son por síntomas cutáneos, son pocos los estudios en los que se describen las interconsultas de pacientes hospitalizados solicitadas a dermatología pediátrica (DP) y sus efectos sobre el manejo de los pacientes hospitalizados.<sup>1,3-7</sup> El objetivo de este estudio era describir las interconsultas con DP de pacientes hospitalizados.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se evaluaron de manera retrospectiva 539 solicitudes consecutivas de interconsultas con DP de pacientes hospitalizados realizadas entre enero de 2004 y abril de 2010 en el Hospital Pediátrico Dr. Behcet Uz para determinar el diagnóstico dermatológico final, el grupo de dermatopatías, el diagnóstico principal de la hospitalización, el departamento solicitante, el procedimiento diagnóstico, la modalidad de tratamiento, el tipo de infección (si la hubiera) y la necesidad de una interconsulta con otro departamento. Esta institución es un hospital con 368 camas, lo que lo convierte en uno de los centros médicos pediátricos más

**Cómo citar:** Afsar FS. Análisis de las interconsultas con dermatología pediátrica de pacientes hospitalizados en un hospital pediátrico universitario. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(6):e377-e384.

importantes de Turquía desde su fundación en 1947.

Se dividió a los pacientes en cinco grupos etarios diferentes: lactantes (de 0 a 2 años), prescolares (de 3 a 5 años), alumnos de primaria (de 6 a 10 años), preadolescentes (de 11 a 12 años) y adolescentes (de 13 a 18 años).

El autor vio a todos los pacientes el mismo día de la solicitud, en el transcurso de unas pocas horas. Se registraron los diagnósticos finales de la interconsulta y los diagnósticos principales de la hospitalización. Los grupos de dermatopatías se determinaron, en parte, sobre la base del *Textbook of Pediatric Dermatology*.<sup>8</sup> Los diagnósticos dermatológicos que no encajaban en un grupo se categorizaron como misceláneas. Los diagnósticos se realizaron según las características clínicas, la biopsia cutánea y los análisis de laboratorio relevantes.

Todos los datos obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva (SPSS versión 16.0, Chicago, IL, EE. UU.).

TABLA 1. Las 10 dermatopatías más frecuentes establecidas en todas las interconsultas con dermatología pediátrica de pacientes hospitalizados

Dermopatías	Pacientes hospitalizados (n)	(% dentro de todas las interconsultas)
Dermatitis atópica	40	(7,4)
Ecema sin clasificar	40	(7,4)
Urticaria papulosa	29	(5,4)
Dermatitis irritante de contacto	28	(5,2)
Vasculitis de Schönlein-Henoch	26	(4,8)
Dermatitis del pañal	24	(4,5)
Dermatitis seborreica	20	(3,7)
Erupción maculopapulosa por medicamentos	18	(3,3)
Piodermia	17	(3,2)
Urticaria	16	(3,0)

TABLA 2. Los 12 motivos (diagnósticos) más frecuentes de hospitalización en todas las interconsultas con dermatología pediátrica de pacientes hospitalizados

Motivo principal de hospitalización	Pacientes hospitalizados (n)	(% dentro de todas las interconsultas)
Síntoma dermatológico o enfermedad relacionada	173	(32,1)
Desconocido	96	(17,8)
Leucemia linfocítica aguda	22	(4,1)
Insuficiencia renal crónica	14	(2,6)
Bronconeumonía	14	(2,6)
Epilepsia	13	(2,4)
Leucemia mielógena aguda	10	(2,2)
Megacolon agangliónico	8	(1,9)
Septicemia	7	(1,5)
Artritis	7	(1,3)
Enfermedad metabólica	7	(1,3)
Talasemia mayor	7	(1,3)

## RESULTADOS

Entre los 539 pacientes pediátricos hospitalizados para los que se solicitó una interconsulta con DP, 310 (57,51%) eran varones y 229 (42,49%), mujeres; la media de la edad de los pacientes era 5,32 ( $\pm$  4,74) años, con un intervalo de 0 a 18 años (proporción varones:mujeres de 1,3:1).

Además, 215 (39,9%) pacientes eran lactantes; 91 (16,9%), prescolares; 130 (24,1%), alumnos de primaria; 41 (7,6%), preadolescentes; y 62 (11,5%), adolescentes.

Se observaron 112 dermatopatías entre los 539 pacientes pediátricos hospitalizados, las que se categorizaron en 10 grupos (*véase el Anexo*). El grupo principal de dermatosis fueron las alergias cutáneas en 254 (47,1%) pacientes hospitalizados, seguidas de las dermatopatías infecciosas en 79 (14,7%) y trastornos sistémicos con manifestaciones cutáneas en 55 (10,2%). Se observó dermatitis atópica en 40 (7,4%) pacientes hospitalizados y eccema sin clasificar en otros 40 (7,4%), que fueron las dermatosis más frecuentes, seguidas de urticaria papulosa en 29 (5,4%) y dermatitis irritante de contacto en 28 (5,2%). La frecuencia de infecciones virales cutáneas e infecciones bacterianas fue la misma, cada una observada en 32 (5,9%) pacientes hospitalizados, seguidas de micosis en 12 (2,2%) pacientes hospitalizados y parasitosis en 3 (0,6%). Las 10 dermatopatías más frecuentes establecidas en todos los pacientes pediátricos hospitalizados se enumeran en la *Tabla 1*.

Se definieron 96 enfermedades como diagnóstico principal de hospitalización, incluidos los síntomas dermatológicos o las enfermedades relacionadas, en 539 pacientes pediátricos hospitalizados. Un síntoma dermatológico o una enfermedad relacionada fueron el motivo principal de

TABLA 3. Distribución de las interconsultas con dermatología pediátrica de pacientes hospitalizados por departamento solicitante

Departamento solicitante	Pacientes hospitalizados (n)	(%)
Pediatría general	202	(37,5)
Oncología y hematología	98	(18,1)
Cirugía pediátrica	60	(11,1)
Unidad de atención neonatal	49	(9,1)
Departamento de emergencias	44	(8,2)
Enfermedades infecciosas	44	(8,2)
Cardiología	16	(2,9)
Unidad de hemodiálisis	10	(1,9)
Ortopedia y traumatología	7	(1,3)
Unidad de cuidados intensivos	6	(1,1)
Cirugía plástica	3	(0,6)
<b>Total</b>	<b>539</b>	<b>(100,0)</b>

hospitalización en 173 (32,1%) pacientes hospitalizados, seguidos de leucemia linfoblástica en 22 (4,1%), insuficiencia renal crónica en 14 (2,6%) y bronconeumonía en 14 (2,6%). No se especificó el diagnóstico principal en los formularios de solicitud de interconsulta en 96 (17,8%) pacientes hospitalizados. Los 12 diagnósticos principales de hospitalización de todas las interconsultas con DP de pacientes hospitalizados se enumeran en la *Tabla 2*.

El departamento que más frecuentemente hizo la solicitud fue el de pediatría general (202 interconsultas, 37,5%), seguido del de oncología y hematología (98 interconsultas, 18,1%), el de cirugía pediátrica (60 interconsultas, 11,1%) y la unidad de atención neonatal (49 interconsultas, 9,1%). En la *Tabla 3*, se resume la distribución de las interconsultas con DP de pacientes hospitalizados por departamento solicitante.

De las 539 interconsultas, 431 (80,0%) diagnósticos se basaron en la evaluación clínica. En la *Tabla 4*, se indica la distribución de los procedimientos diagnósticos de las interconsultas. El tratamiento tópico fue el patrón de tratamiento principal aplicado a 274 (50,8%) pacientes hospitalizados, seguido del tratamiento sistémico combinado con tratamiento tópico administrado a 167 (31,0%), el tratamiento sistémico administrado a 31 (5,8%), otros tratamientos (drenaje percutáneo de absceso, limpieza quirúrgica de lesiones cutáneas, apósitos, etc.) aplicados a 4 (0,7%), tratamiento sistémico combinado con otros tratamientos aplicados a 2 (0,3%) y tratamiento

tópico combinado con otros tratamientos (drenaje percutáneo de absceso, limpieza quirúrgica de lesiones cutáneas, apósitos, etc.) aplicados a 1 (0,2%). Sesenta (11,1%) pacientes hospitalizados no recibieron tratamiento. Se derivó a 10 (1,8%) pacientes hospitalizados a otro departamento para finalizar la interconsulta (*Tabla 5*). Los motivos de la derivación fueron excisión quirúrgica en 7 (7/10) pacientes, otros análisis para determinar el compromiso sistémico en 1 (1/10) y otros motivos en 2 (2/10) pacientes.

## DISCUSIÓN

Es posible que los problemas cutáneos estén presentes al momento de la hospitalización, como una enfermedad primaria de la piel, o que se desarrollen o empeoren durante esta, y que requieran una interconsulta con dermatología.<sup>3</sup> A menudo, no se reconocen las enfermedades comunes de la piel o suelen confundirse con otro diagnóstico cuando las evalúan profesionales que no se especializan en dermatología.<sup>1</sup> Por lo tanto, la interconsulta de pacientes hospitalizados es el entorno ideal para percibir las diferentes perspectivas que otros médicos tienen de los pacientes y los dermatólogos.<sup>2</sup> Si bien se ha indicado que la función de los dermatólogos como especialistas que atienden a pacientes pediátricos hospitalizados es similar a su función en las consultas ambulatorias, no se han documentado adecuadamente los motivos de la interconsulta con dermatología ni el alcance de su contribución al cuidado de la piel.<sup>7,9</sup>

En este estudio de interconsultas con DP de pacientes hospitalizados, se observó una preponderancia leve de varones, con una proporción de varones:mujeres de 1,3:1, lo que coincide con otros estudios similares.<sup>3,5</sup> Se ha descrito el género masculino como un factor de riesgo asociado con la hospitalización de niños.<sup>10,11</sup> La mayoría de las interconsultas con dermatología de pacientes hospitalizados se solicitaron para el grupo de lactantes, lo que coincide con los resultados de otros estudios.<sup>3,5</sup> El amplio predominio de hospitalizaciones durante los primeros años de vida demuestra que la inmadurez inmunitaria de estos niños y sus características anatómicas los exponen al riesgo de tener afecciones graves y de enfermarse en general. Además, considerando la importancia cada vez mayor de las enfermedades perinatales como causas de hospitalización, es natural que los niños menores de 1 año constituyan el grupo con mayor cantidad de ingresos.<sup>10</sup>

TABLA 4. Procedimientos diagnósticos de las interconsultas con dermatología de pacientes hospitalizados

Tipo de procedimiento diagnóstico	Pacientes hospitalizados (n)	(%)
Diagnóstico clínico	431	(80,0)
Biopsia cutánea	86	(15,9)
Análisis de laboratorio	22	(4,1)
<b>Total</b>	<b>539</b>	<b>(100,0)</b>

TABLA 5. Departamentos a los cuales se derivó a los pacientes para finalizar las interconsultas

Departamento	Pacientes hospitalizados (n)	(%)
Cirugía plástica	4	(0,7)
Otorrinolaringología	2	(0,4)
Ortopedia y traumatología	2	(0,4)
Cirugía pediátrica	1	(0,2)
Neurología pediátrica	1	(0,2)
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>(100,0)</b>

Las alergias cutáneas fueron el grupo principal de dermatosis, seguidas de las enfermedades infecciosas y los trastornos sistémicos con manifestaciones cutáneas. Si bien las alergias y las infecciones cutáneas constituyen la mayor cantidad de diagnósticos en la consulta ambulatoria con DP, las enfermedades sistémicas con manifestaciones cutáneas son responsables de una cantidad mucho menor de casos.<sup>12</sup> Esto demuestra que las enfermedades sistémicas con manifestaciones cutáneas son raras durante la infancia pero, si se presentan, son muy graves y, a veces, potencialmente mortales, por lo que requieren hospitalización. En otro estudio se observó que los grupos diagnósticos más frecuentes eran las enfermedades que afectan la piel y el tejido subcutáneo y las enfermedades infecciosas y las parasitosis.<sup>7</sup>

De manera proporcional a las alergias cutáneas, la dermatitis atópica y el eccema sin clasificar fueron las dermatosis más frecuentes, seguidas de la urticaria papulosa y la dermatitis irritante de contacto. Los eccemas, incluida la dermatitis atópica, son más prevalentes en los países desarrollados y están influenciados por factores socioeconómicos y ambientales.<sup>13</sup> Cabe considerar que la prevalencia de dermatitis atópica en los niños varía del 15% al 20% y fue también el trastorno más frecuentemente diagnosticado en series de consultas ambulatorias con DP.<sup>12,14</sup>

Se informó que la urticaria papulosa, un problema frecuente en los pacientes pediátricos hospitalizados, contribuyó al 5,27% de las dermatosis pediátricas.<sup>15</sup> Puede ser frecuente debido a que la mayoría de los pacientes pediátricos hospitalizados provienen de zonas rurales o semirurales.<sup>12</sup> También es posible que se presente durante la hospitalización. La dermatitis irritante de contacto fue otra causa frecuente de interconsulta de los pacientes pediátricos hospitalizados. La sudoración, los detergentes, los jabones usados durante el lavado de los pacientes, los antisépticos en general y, específicamente, en las preparaciones para el lavado, los apósitos oclusivos, el confinamiento a la cama y la vigilancia con catéteres o tubos de presión son factores que causan, en conjunto, dermatitis de contacto durante la hospitalización.<sup>2</sup>

En el segundo grupo de dermopatías más importantes, las enfermedades infecciosas y las infecciones bacterianas y virales fueron igualmente predominantes. A este grupo le siguieron las micosis y una cantidad muy baja

de parasitosis. En ninguno de los pacientes pediátricos hospitalizados se observó infección cutánea por micobacterias. La piodermia fue el diagnóstico principal en este grupo, seguida de la infección por herpes simple, el impétigo, la tiña de la cabeza, las verrugas y la infección por varicela. La frecuencia elevada de infecciones en los pacientes hospitalizados se explica debido a la inmunosupresión de algunos pacientes y a la presentación de las infecciones cutáneas como motivo habitual de hospitalización.<sup>3,15,16</sup> Los casos de varicela neonatal, epidermólisis estafilocócica aguda, impétigo ampuloso extenso, candidiasis cutánea congénita, celulitis, fascitis necrosante y absceso que fueron los casos dermatológicos principales requirieron hospitalización y supervisión regular por parte de un dermatólogo y un pediatra en otro estudio. Se presentaron otras infecciones cutáneas junto con síntomas sistémicos principales.<sup>3</sup>

Uno de los aspectos más desafiantes y gratificantes de las interconsultas con dermatología de pacientes hospitalizados es el diagnóstico de trastornos sistémicos con manifestaciones cutáneas. Los cambios cutáneos pueden ser la primera señal de una afección existente, y su rápida identificación puede generar un impacto significativo y, a veces, salvar vidas.<sup>17</sup> En este estudio, la vasculitis de Schönlein-Henoch fue el quinto diagnóstico más frecuente entre todos los diagnósticos, aunque se observaron otros trastornos sistémicos con manifestaciones cutáneas, como enfermedad vascular del colágeno, púrpura fulminante o enfermedad de Behçet, en una minoría de los pacientes pediátricos hospitalizados.

Otra indicación frecuente para la derivación a DP fueron las erupciones por medicamentos.<sup>6</sup>

La erupción maculopapulosa por medicamentos fue uno de los primeros diez diagnósticos, mientras que la erupción fija por medicamentos se observó con menor frecuencia en este estudio. Estas reacciones pueden explicarse por la gran cantidad de medicamentos que reciben los pacientes durante la hospitalización, y la interconsulta con dermatología sirve para identificar el medicamento que más probablemente sea el causante.<sup>5,16</sup>

Las genodermatosis fueron el cuarto grupo de enfermedades más diagnosticadas, dentro del cual la epidermólisis ampulosa fue la más frecuente, seguida por la ictiosis, tal vez debido a los matrimonios consanguíneos habituales. Al grupo de genodermatosis le

siguió, en cuanto a la frecuencia, el grupo de enfermedades "misceláneas". En otro estudio sobre interconsultas con DP de pacientes hospitalizados, más del 40% de los diagnósticos se categorizaron como "misceláneas", con énfasis en la necesidad de "esperar lo inesperado".<sup>5</sup> En esta serie, la tasa de enfermedades misceláneas fue baja.

Si bien las enfermedades capilares, ungueales y de las glándulas sebáceas y exocrinas no fueron muy frecuentes en los pacientes pediátricos hospitalizados, la distrofia ungueal, el acné, la alopecia circunscrita y la alopecia cicatricial fueron los diagnósticos más frecuentes. La mayoría de estos diagnósticos ya podrían estar presentes y notarse recién durante la hospitalización. En las consultas ambulatorias de DP, la tasa de este grupo de enfermedades fue el doble.<sup>12</sup>

El grupo de "eritemas y trastornos ampollosos" constituyó el séptimo más frecuente pero su tasa fue alta en comparación con la práctica ambulatoria.<sup>12</sup> Esto significa que este grupo de enfermedades es bastante grave y se requiere la hospitalización en la población pediátrica. El eritema multiforme fue el diagnóstico más frecuente dentro de este grupo, seguido de eritroderma y eritema nudoso. Los trastornos de la pigmentación/nevos melanocíticos y epidérmicos se manejan mayormente en la consulta ambulatoria, y su tasa fue bastante baja en los pacientes hospitalizados. El vitíligo, el nevo congénito y la hipopigmentación posinflamatoria fueron diagnósticos que posiblemente estaban presentes en los pacientes antes de la hospitalización.

Los trastornos papuloescamosos representaron un grupo pequeño de diagnósticos entre los pacientes hospitalizados. La psoriasis no fue un problema frecuente en los pacientes pediátricos hospitalizados, pero su tasa fue cercana a la observada en las series de pacientes ambulatorios de las referencias.<sup>12,14</sup> Sin embargo, fue el tercer diagnóstico más frecuente en los pacientes pediátricos hospitalizados en otro estudio.<sup>6</sup> Las tasas relativamente bajas de anomalías vasculares y linfáticas en este estudio, especialmente los hemangiomas, demuestran que estos trastornos se manejan en el entorno de las consultas ambulatorias. A modo de contraste, se informaron anomalías vasculares como uno de los dos diagnósticos más frecuentes cuando la hospitalización se debió principalmente a una dermatopatía en otro estudio sobre interconsultas con DP de pacientes hospitalizados.<sup>5</sup>

El departamento que más frecuentemente hizo la solicitud fue el de pediatría general, seguido por el de oncología y hematología, el de cirugía pediátrica y la unidad de atención neonatal. La cantidad sustancial de solicitudes de los departamentos de pediatría general y cirugía pediátrica se correlaciona con la cantidad de pacientes hospitalizados. El volumen de interconsultas de oncología y hematología y de la unidad de atención neonatal puede deberse a que la mayoría de sus pacientes deben recibir seguimiento en el entorno hospitalario por sus síntomas principales. La mayor cantidad de solicitudes de interconsultas en otros estudios se hicieron desde el departamento de pediatría general.<sup>3,5,6</sup> A este departamento le siguieron oncología y hematología pediátricas, la unidad de cuidados intensivos pediátricos, neonatología, psiquiatría infantil, otorrinolaringología y cirugía pediátrica como los departamentos más solicitantes de interconsultas en orden descendente en uno de estos otros estudios.<sup>6</sup>

A diferencia de otros estudios previos, se evaluó a los pacientes hospitalizados para determinar el motivo principal de hospitalización y se observó que casi un tercio de ellos habían sido ingresados por su pediatra debido a un trastorno dermatológico u otro trastorno relacionado. Los diagnósticos más frecuentes que siguieron fueron leucemia linfocítica aguda, insuficiencia renal crónica, bronconeumonía y epilepsia. No se definió el diagnóstico principal en algunos formularios de solicitud de interconsulta. Estos podrían ser diagnósticos de trastornos dermatológicos relacionados o no relacionados.

A menudo, los dermatólogos pueden realizar un diagnóstico clínico sin necesidad de otras pruebas, a veces solicitadas por otros médicos.<sup>18</sup> En esta serie, la gran mayoría de los diagnósticos se establecieron de manera clínica, y se realizó una biopsia cutánea solo en el 15,9% de los pacientes hospitalizados. Esta tasa coincidió con otras series de interconsultas con DP de pacientes hospitalizados pero fue bastante mayor que en las series de consultas ambulatorias de las referencias.<sup>3,5,12,14</sup> Esto indica que la biopsia cutánea es mucho más esencial para establecer un diagnóstico final y absoluto en las interconsultas de pacientes hospitalizados. La necesidad de análisis de laboratorio adicionales no fue superior a la observada en el entorno ambulatorio.<sup>12</sup>

Los datos que describen el manejo de los pacientes pediátricos hospitalizados para los que se solicitan interconsultas con dermatología son

limitados.<sup>6</sup> En este estudio, la mitad de los pacientes pediátricos hospitalizados recibieron tratamiento tópico, lo que indica que este tipo de tratamiento fue el fundamental entre estos pacientes, al igual que entre los pacientes ambulatorios de DP.<sup>12,14</sup> Al tratamiento tópico le siguió el tratamiento sistémico combinado con el tratamiento tópico; y se brindó asesoramiento médico o confirmación a casi una décima parte de los pacientes hospitalizados. La tasa general de derivación a otro departamento para la finalización de las interconsultas fue baja, solo 1,8%. Se propuso la derivación de una gran cantidad de pacientes hospitalizados a departamentos quirúrgicos, como el de cirugía plástica u otorrinolaringología, principalmente para la realización de una excisión quirúrgica. Es posible inferir que los problemas cutáneos de los pacientes pediátricos hospitalizados se resuelven fácilmente dentro de las interconsultas con DP sin necesidad de otras interconsultas, excepto en el caso de los procedimientos quirúrgicos específicos.

Además, es obvia la necesidad de brindar capacitación sobre dermatología a los pediatras. La mayoría de las dermatopatías observadas en los pacientes hospitalizados no fueron la causa de la hospitalización, excepto las erupciones por medicamentos. La urticaria papulosa y la dermatitis de contacto también podrían desarrollarse durante la hospitalización. La capacitación de los dermatólogos pediátricos y los pediatras se centra en el reconocimiento, el diagnóstico y el manejo precisos de estas dermatopatías frecuentes.<sup>19</sup> Por lo tanto, la interconsulta con DP es una oportunidad para adquirir conocimientos dermatológicos, y los dermatólogos pediátricos tienen una función importante en el diagnóstico y tratamiento de las dermatopatías pediátricas. En algunos programas, la interconsulta de pacientes hospitalizados podría ser la única posibilidad de un residente de estar en contacto con la dermatología.<sup>17</sup> Una de las limitaciones de este estudio fue su diseño retrospectivo, lo que podría generar datos incompletos y documentación insuficiente sobre los síntomas clínicos y el compromiso de los pacientes hospitalizados evaluados por un solo dermatólogo.

## CONCLUSIONES

El diverso espectro de los trastornos cutáneos establecidos en las interconsultas con DP de pacientes hospitalizados indica que la falta de identificación de algunos casos puede ser muy grave. Sin embargo, algunos de los pacientes

hospitalizados pueden presentar trastornos cutáneos que podrían manejarse en la consulta ambulatoria. Con este estudio se obtuvo información que permite establecer que las interconsultas con DP de pacientes hospitalizados tienen una función importante en el manejo de los pacientes hospitalizados en un hospital pediátrico universitario con múltiples consultorios de especialidades. ■

## REFERENCIAS

1. Falanga V, Schachner LA, Rae V, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol* 1994;130 (8):1022-5.
2. Peñate Y, Guillermo N, Melwani P, et al. Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatology* 2009;219 (3):225-31.
3. Srinivas SM, Hiremagalore R, Venkataramaiah LD, et al. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study. *Indian J Pediatr* 2015;82 (6):541-4.
4. Schachner L, Ling NS, Press S. A statistical analysis of a pediatric dermatology clinic. *Pediatr Dermatol* 1983;1 (2): 157-64.
5. McMahon P, Goddard D, Frieden IJ. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study of 427 cases. *J Am Acad Dermatol* 2013;68 (6):926-31.
6. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, et al. Pediatric hospital dermatology: experience with inpatient and consult services at the Mayo Clinic. *Pediatr Dermatol* 2013;30 (6):433-7.
7. Peñate Y, Borrego L, Hernández N, et al. Pediatric dermatology consultations: a retrospective analysis of inpatient consultations referred to the dermatology service. *Pediatr Dermatol* 2012;29 (1):115-8.
8. Harper J, Oranje A, Prose NS. Textbook of Pediatric Dermatology. 2nd ed. Malden: Blackwell Publishing; 2006.
9. Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. Dermatologic disease accounts for a large number of hospital admissions annually. *J Am Acad Dermatol* 1999;41 (6):970-3.
10. Ferrer AP, Sucupira AC, Grisi SJ. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. *Clinics (Sao Paulo)* 2010;65 (1):35-44.
11. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Analysis of hospital admissions associated factors in Brazil. *Cien Saúde Colet* 2002;7 (4):795-811.
12. Afsar FS. Pediatric dermatology in practice: spectrum of skin diseases and approach to patients at a Turkish pediatric dermatology center. *Cutan Ocul Toxicol* 2011;30 (2):138-46.
13. Williams HC. Epidemiology of skin diseases. En: Burns DA, Breatnach SM, Cox NH, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed Oxford: Blackwell Science; 2004:161-2.
14. Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. *Pediatr Dermatol* 2003;20 (6):482-7.
15. Karthikeyan K, Thappa DM, Jeevankumar B. Pattern of pediatric dermatoses in a referral center in South India. *Indian Pediatr* 2004;41 (4):373-7.
16. Mancusi S, Festa Neto C. Inpatient dermatological consultations in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)* 2010;65 (9):851-5.
17. Nahass GT. Inpatient dermatology consultation. *Dermatol Clin* 2000;18 (3):533-42.
18. Itin PH. Dermatologic consultations in the hospital ward: the skin, interdisciplinary organ. *Dermatology* 2009;219 (3):193-4.
19. Ben Saif GA, AlShebab SA. Pattern of childhood dermatoses at a teaching hospital of Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim)* 2008;2 (2):63-74.

**ANEXO**  
**Grupos de dermatopatías y diagnósticos de la interconsulta y su frecuencia en las interconsultas con dermatología pediátrica.**

Grupos de dermatopatías	Pacientes hospitalizados (n)	(%)	Grupos de dermatopatías	Pacientes hospitalizados (n)	(%)
<b>Alergias cutáneas</b>	<b>254</b>	<b>(47,1%)</b>	Displasia ectodérmica	2	(0,4%)
Dermatitis atópica	40	(7,4%)	Síndrome de Rothmund-Thomson	2	(0,4%)
Ecema sin clasificar	40	(7,4%)	Esclerosis tuberosa	2	(0,4%)
Urticaria papulosa	29	(5,4%)	Incontinencia pigmentaria	2	(0,4%)
Dermatitis irritante de contacto	28	(5,2%)	Síndrome de Papillon-Lefèvre	1	(0,4%)
Dermatitis del pañal	24	(4,5%)	<b>Misceláneas</b>	<b>33</b>	<b>(6,1%)</b>
Dermatitis seborreica	20	(3,7%)	Eritema tóxico neonatal	4	(0,7%)
Erupción maculopapulosa por medicamentos	18	(3,3%)	Mastocitosis	3	(0,5%)
Urticaria	16	(3,0%)	Estomatitis aftosa	3	(0,5%)
Dermatitis alérgica de contacto	11	(2,0%)	Leucoplaquia	3	(0,5%)
Xerodermia	6	(1,1%)	Úlcera de decúbito	3	(0,5%)
Pitiriasis alba	5	(0,9%)	Enfermedad neurodegenerativa	1	(0,2%)
Erupción fija por medicamentos	5	(0,9%)	Xantogranuloma infantil	1	(0,2%)
Ecema numular	3	(0,5%)	Histiocitosis de células de Langerhans	1	(0,2%)
Ponfólice	2	(0,4%)	Dermatosis purpúrica pigmentada	1	(0,2%)
Dermatitis peribucal	2	(0,4%)	Queloides cicatricial	1	(0,2%)
Dermatitis fototóxica de contacto	2	(0,4%)	Cicatriz hipertrófica	1	(0,2%)
Dermatosis plantar juvenil	1	(0,2%)	Estrías	1	(0,2%)
Queilitis	1	(0,2%)	Calcinosis cutánea	1	(0,2%)
Dermatitis solar	1	(0,1%)	Granuloma por cuerpo extraño	1	(0,2%)
<b>Enfermedades infecciosas</b>	<b>79</b>	<b>(14,7%)</b>	Tumor subcutáneo	1	(0,2%)
Piodermia (sin clasificar)	17	(3,2%)	Gingivitis	1	(0,2%)
Infección por herpes simple	12	(2,3%)	Dermatitis artefacta	1	(0,2%)
Impétigo	9	(1,6%)	Esclerema neonatal	1	(0,2%)
Varicela	7	(1,3%)	Fibroma periungueal	1	(0,2%)
Tiña de la cabeza	7	(1,3%)	Síndrome de Sweet	1	(0,2%)
Verruga viral	7	(1,3%)	Quiste epidérmico	1	(0,2%)
Celulitis	4	(0,7%)	Melanosis pustulosa transitoria	1	(0,2%)
Exantema viral causado por enterovirus	3	(0,5%)	<b>Enfermedades capilares, ungueales y de las glándulas sebáceas y exocrinas</b>	<b>24</b>	<b>(4,4%)</b>
Tiña corporal	2	(0,4%)	Distrofia ungueal	5	(0,9%)
Tiña del pie	2	(0,4%)	Acné	4	(0,7%)
Molusco contagioso	2	(0,4%)	Alopecia cicatricial	4	(0,7%)
Candidiasis	1	(0,2%)	Alopecia circunscrita	3	(0,5%)
Sarna	1	(0,2%)	Miliaria	2	(0,4%)
Pediculosis de la cabeza	1	(0,2%)	Paquioniquia congénita	2	(0,4%)
Leishmaniosis cutánea	1	(0,2%)	Efluvio telógeno	1	(0,2%)
Herpes zóster	1	(0,2%)	Acné neonatal	1	(0,2%)
Ectima	1	(0,2%)	Anomalía del tallo del pelo	1	(0,2%)
Epidermólisis estafilocócica aguda	1	(0,2%)	Hipertrichosis	1	(0,2%)
<b>Trastornos sistémicos con manifestaciones cutáneas</b>	<b>55</b>	<b>(10,2%)</b>	<b>Eritemas y trastornos ampollosos</b>	<b>21</b>	<b>(3,9%)</b>
Vasculitis de Schönlein-Henoch	26	(4,8%)	Eritema multiforme	8	(1,5%)
Petequia/púrpura	9	(1,6%)	Eritema nudoso	4	(0,7%)
Urticaria-vasculitis	7	(1,3%)	Eritrodermia	4	(0,7%)
Púrpura fulminante	3	(0,5%)	Síndrome de Stevens-Johnson	2	(0,4%)
Síndrome de Job	2	(0,4%)	Dermatosis por depósito lineal de IgA	2	(0,4%)
Enfermedad de Kawasaki	2	(0,4%)	Eritema anular centrífugo	1	(0,2%)
Livedo reticularis	2	(0,4%)	<b>Trastornos de la pigmentación/nevos melanocíticos y epidérmicos</b>	<b>17</b>	<b>(3,2%)</b>
Enfermedad de Behçet	2	(0,4%)	Vitíligo	3	(0,5%)
Dermatomiositis	1	(0,2%)	Nevo melanocítico congénito	3	(0,5%)
Esclerodermia localizada	1	(0,2%)	Hipopigmentación posinflamatoria	2	(0,4%)
<b>Genodermatosis</b>	<b>34</b>	<b>(6,3%)</b>	Nevo epidérmico lineal	2	(0,4%)
Epidermólisis ampullosa	12	(2,2%)	Mosaicismo pigmentario	2	(0,4%)
Ictiosis	7	(1,3%)	Nevo despigmentoso	1	(0,2%)
Queratodermia palmoplantar	3	(0,5%)	Nevo melanocítico adquirido	1	(0,2%)
Descamación laminar del recién nacido	3	(0,5%)	Hiperpigmentación posinflamatoria	1	(0,2%)

<b>Grupos de dermatopatías</b>	<b>Pacientes hospitalizados (n)</b>	<b>(%)</b>	<b>Grupos de dermatopatías</b>	<b>Pacientes hospitalizados (n)</b>	<b>(%)</b>
Pecas (efélides)	1	(0,2%)	Pitiriasis rosada	1	(0,2%)
Nevo halo	1	(0,2%)	Liquen plano	1	(0,2%)
<b>Trastornos papuloescamosos</b>	<b>15</b>	<b>(2,8%)</b>	<b>Anomalías vasculares y linfáticas</b>	<b>7</b>	<b>(1,3%)</b>
Psoriasis	8	(1,5%)	Mancha en vino de Oporto	5	(0,9%)
Pitiriasis liquenoide	4	(0,7%)	Hemangioma	2	(0,4%)
Pitiriasis roja pilar	1	(0,2%)	Total	539	(100%)