

## Cuidados cutáneos infantiles en la dermatitis perioral relacionada con el aumento de la salivación por la salida de la dentición primaria

### Cutaneous care for infants in perioral dermatitis related to excessive salivation caused by primary teeth eruption

Juan Miguel Martínez-Galiano

Servicio Andaluz de Salud. Profesor de la Universidad de Jaén. Andalucía, España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid, España.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** las irritaciones de la piel no tienen que ver, de forma directa, con la erupción dentaria. No hay un sustento científico que lo explique. En el tratamiento tiene un papel importante la educación para la salud, y en este aspecto el personal sanitario tiene un papel fundamental como educador y garante de la salud materno-infantil.

**Presentación del caso:** se presenta el caso de un niño de 10 meses de edad, con recidivas de dermatitis peribucal, relacionadas con la salida de la dentición primaria, y que la madre está reticente al uso de los corticoides para el tratamiento.

**Conclusiones:** la combinación de los fármacos adecuados y las medidas no farmacológicas, basadas fundamentalmente en la educación para la salud, resultan fundamentales para el tratamiento de este problema tan prevalente desde un enfoque multidisciplinar.

**Palabras clave:** dentición; educación para la salud; bebé; dermatitis.

---

#### ABSTRACT

**Introduction:** skin irritation has nothing to do directly with the teeth eruption. There is no scientific substantiation that provides an explanation in this regard. Health

education plays an important role in its treatment and in this regard, the health staff plays a fundamental role as educator and guard of the maternal-infant health.

**Case presentation:** a ten-month old boy with relapses of perioral dermatitis related to primary teeth eruption, whose mother was reluctant to use corticoids for his treatment.

**Conclusions:** combination of adequate pharmaceuticals and non-pharmacological measures, mainly based on health education, are essential for the treatment of this problem from a multidisciplinary approach.

**Keywords:** dentition; health education; baby; dermatitis.

---

## INTRODUCCIÓN

Las irritaciones de la piel no tienen que ver, de forma directa, con la erupción dentaria. No hay un sustento científico que lo explique. La dermatitis perioral, de la que se ocupa en este informe, es en realidad un eccema de contacto irritativo provocada por la saliva.

Los líquidos, como el agua y la saliva son, paradójicamente, secantes; por ello, el contacto directo y mantenido de la piel con ellos provoca una sequedad que se traduce en una mayor sensibilidad a factores irritantes externos, y finalmente en una dermatitis. Como en la mayoría de estas afecciones, lo más importante es, no obstante, intentar evitar el factor causante. Como el exceso de salivación inducido por el desarrollo de la dentición no se puede evitar, una correcta actitud ante estas situaciones consiste en aumentar la resistencia de la piel al factor irritante (la saliva) o revertir sus efectos.<sup>1</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

El motivo principal de la consulta es diferente al que nos ocupa en el caso, pero nos comenta la madre la reagudización de una dermatitis peribucal de su bebé de 10 meses, que ya había sido tratada anteriormente con las indicaciones establecidas por el pediatra, básicamente, y siguiendo las últimas recomendaciones sobre el tratamiento, con la aplicación tópica de corticoides (hidrocortisona).<sup>2</sup>

Esta madre tiene ya un niño anterior que con la dentición había tenido problemas dermatológicos en la zona perineal. Al explicarle a la madre que se debe a la salida de la dentición, se muestra desconfiada y preocupada, ya que nunca había visto un caso de este tipo, ni había oído nada similar. No desea volver a utilizar corticoides por los posibles efectos adversos.<sup>3</sup>

A la exploración el niño presenta lesiones eritematosas peribucales (Fig. 1), pero no lesiones de este tipo -ni de otro- en ninguna otra localización. Refiere la madre que cuando el niño bebe agua o se produce el secado de la zona después del baño, o después de la comida, el bebé comienza con llanto, y expresa dolor. En la exploración directa de la lesión, a pesar de realizar un contacto muy suave con esta, el bebé expresa indicadores de dolor recogidos en la *Neonatal Infant Pain Scale*, y se obtiene

una puntuación de 5, valorando los ítems de dicha escala.<sup>4</sup> Hasta ahora, el cuidado de la lesión había consistido en la aplicación tópica de aceite de oliva en la zona, pero tras 10 días no se aprecia mejoría.



**Fig. 1.** Lesiones eritematosas peribucales.

Los patrones de salud alterados son: nutricional-metabólico, por las molestias que le producen algunos alimentos; y cognitivo-perceptivo, ambos por el dolor de las lesiones.

Tras la valoración, y con la información recogida de la madre, se ofrece el llevar a cabo una serie de medidas higiénico-dietéticas que pueden favorecer o minimizar los signos y síntomas, minimizar su impacto en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, y mejorar su calidad de vida.<sup>5</sup>

### **Diagnóstico**

Deterioro de la integridad cutánea en la zona peribucal, relacionado con la salivación excesiva en la aparición de la dentición primaria manifestado por lesiones eritematosas (eczemas).

### **Intervención**

En la intervención juega un papel importante la educación para la salud. Basándose en esta premisa:

- Se proporciona información a la madre del curso tórpido de la afección. Una buena relación personal sanitario-paciente y una correcta información pueden favorecer un mejor control y una mejor tolerancia de la enfermedad. Se resuelven todas las dudas que plantea la madre sobre los diferentes aspectos del tema.

Con la información se pretende una mayor adherencia terapéutica y disminuir la preocupación y la ansiedad que produce el desconocimiento. Creemos que hay dos pacientes: uno el afectado directamente por las lesiones (niño); y otra, la madre, por el malestar y la ansiedad que producen las lesiones en su hijo. Se decide actuar sobre el binomio madre-hijo; por un lado, por el papel fundamental de la madre como cuidadora y la que tiene que llevar a cabo las acciones; y por otro, por la alteración en el estado del bienestar que produce esta situación en ella (salud= estado de

bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad), y sobre el niño como objeto directo de las acciones.

- Información, apoyo y soporte a la madre para disminuir su ansiedad.

- Aplicar por la mañana y por la noche una pequeña cantidad de pomada reparadora, y extenderla de forma suave sobre la zona de las lesiones durante una semana.

- Educación para la salud sobre hábitos de vida con recomendaciones sobre medidas encaminadas a evitar los desencadenantes y agravantes de las lesiones y sus síntomas:

- Intentar no bañar al niño diariamente, y cuando se produzca el baño, limitar su duración (5-7 min máximo). Intentar evitar mojar la zona con lesiones, o mantenerla húmeda durante mucho tiempo, utilizar jabones neutros suaves para niños con emoliente. Aplicar loción hidratante para bebés en todo el cuerpo después del baño.
- Secar al niño, o limpiarle la zona, cuando sea necesario, por contacto, no por fricción, para evitar la irritación y el dolor que le puede producir.
- Mantener una buena hidratación y un correcto estado nutricional del niño.
- Evitar usar gorros, toallas, sábanas u otra ropa de cama de lana u otro material sintético.
- Intentar evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Mantener los lugares donde esté el niño sin polvo acumulado, y cuando se produzca la limpieza de las zonas, evitar que el niño esté en la habitación que se está limpiando u otras colindantes.
- Ventilar las habitaciones de forma adecuada, no fumar, ni utilizar productos químicos en forma de aerosoles, o que emitan vapores que puedan ser irritantes en las zonas que habitualmente esté el niño. Humidificar el ambiente y poner atención en la utilización inadecuada de la calefacción.
- No dar al niño alimentos como naranjas u otros alimentos que, al entrar en contacto directo con las lesiones, pueden provocar irritación. Intentar dar los líquidos (leche, papilla, agua, etc.) con biberón, para evitar el contacto del alimento con la zona afectada, así se evita el contacto directo de la zona con el alimento, y se disminuyen las posibilidades de que haya que limpiar la zona de lesionada por restos de comida. Al limpiar la zona, intentar hacerlo sin utilizar agua y sin friccionar, limpiar por contacto. No utilizar toallitas impregnadas en jabón.
- Evitar el contacto del niño con animales (gatos, perros, etcétera).
- Evitar, siempre que sea posible, el contacto directo con la zona afectada (besos, etcétera).

## **Evolución**

A la semana acude a consulta para evaluar evolución de las lesiones y el estado del bebé. A la exploración física, aunque no han desaparecido totalmente, las lesiones

han mejorado considerablemente, tal y como se puede comprobar en la figura 2. La madre también manifiesta la apreciación de una mejoría importante en la extensión y aspecto de las lesiones. Renunciamos, ya que no lo consideramos necesario en virtud del estado de las lesiones, a una exploración más profunda con contacto directo de las lesiones para evitar el roce.



**Fig. 2.** Mejoría considerable de las lesiones después de una semana realizando las recomendaciones indicadas.

La madre manifiesta que se han reducido considerablemente los episodios de manifestación de dolor por parte del bebé a lo largo de toda la semana. El bebé ha estado toda la semana tranquilo, con un buen patrón de sueño y actividad. Las mínimas modificaciones en los hábitos alimentarios no han tenido repercusión negativa sobre el estado nutricional del bebé. Ha ganado 50 g en el peso.

Se le pregunta por el impacto de la implementación de las medidas recomendadas sobre el desarrollo del ritmo de vida habitual, y nos informa que se han incorporado como parte de la rutina, sin apenas repercusiones importantes. Refiere que ya forman parte de la rutina habitual. Nos comenta la madre que ella también está más tranquila y menos ansiosa.

## DISCUSIÓN

Las medidas no farmacológicas tienen un papel importante, por no decir fundamental, en el plan terapéutico de la dermatitis del bebé. Es bastante habitual que el tratamiento se centre en el aspecto farmacológico y se banalicen las medidas higiénico-dietéticas. El tratamiento debe tratar los dos aspectos: los fármacos y las medidas higiénico-dietéticas. El personal sanitario debe de individualizar los cuidados en función del estado de la lesión y, siempre que sea posible, tener en cuenta las preferencias de la madre. No hay que descartar el uso de los "temidos" corticoides, siempre que sea necesario. Hay que evitar la demonización de estos fármacos. Tampoco se debe de priorizar un aspecto sobre otro del tratamiento; tal y como se ha comentado anteriormente, se debe de individualizar el tratamiento.

El personal sanitario tiene un papel fundamental en la educación para la salud, y por tanto, en el aspecto no farmacológico del tratamiento. El tratamiento, desde un punto de vista multidisciplinar e interdisciplinar (pediatra, matrona y enfermera), puede ser

la mejor opción y centrarse cada uno en la materia para la que está más capacitado. El tratamiento y cuidado debe ser siempre individualizado y reevaluando, por si fuese necesario, en vista de la evolución, un cambio en las pautas de actuación.

Se concluye que las medidas no farmacológicas (medidas higiénico-dietéticas) resultan determinantes en el tratamiento de la dermatitis peribucal relacionada con la salida de la dentición primaria.

### **Agradecimientos**

A la madre y al bebé objeto del estudio, por su cooperación en la realización del presente trabajo.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Fogel CG. Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria en los niños. Una aproximación histórica. Arch Argent Pediatr. 2004; 102(2): 185-9.
2. Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Atopic Dermatitis: Update and Proposed Management Algorithm. Actas Dermo-Sifiliogr. 2013; 104(1): 4-16.
3. Ballona R, Ballona C. Dermatitis atópica. Folia Dermatol. 2004; 15(1): 40-8.
4. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw. 1993; 12: 59-66.
5. Méndez-Cabeza Velázquez J, Alache Zúñiga H, Cerrada Cerrada E. Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. Medifam. 2003; 13(2): 75-84.

Recibido: 5 de marzo de 2016.

Aprobado: 17 de marzo de 2016.

*Juan Miguel Martínez-Galiano.* Universidad de Jaén. Campus de las Lagunillas s/n, edificio B3, 23 071, Jaén. Andalucía, España. Correo electrónico: [juanmimartinezg@hotmail.com](mailto:juanmimartinezg@hotmail.com)