

## Dermatitis seborreica del adulto

Fecha de la última revisión: **19/01/2016**

### Índice de contenidos

1. [¿Qué es la dermatitis seborreica del adulto?](#)
2. [Manifestaciones clínicas](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [Diagnóstico diferencial](#)
5. [Tratamiento](#)
6. [Criterios de derivación a dermatología](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autor](#)

### ¿Qué es la dermatitis seborreica del adulto?

Es una dermatitis eritematosa y descamativa que aparece sobre todo en la cara y el cuero cabelludo.

La causa es desconocida, si bien se ha relacionado con diversas especies de levaduras del género *Malassezia*, que podrían desencadenar una reacción inflamatoria. Se asocia con procesos neurológicos, como enfermedad de Parkinson, epilepsia, siringomielia, parálisis de nervios craneales, tetraplejias, distrofias miotónicas y poliomielitis. Los pacientes con infección por VIH a menudo desarrollan formas intensas de dermatitis seborreica. También pueden verse lesiones de este tipo desencadenadas por neurolépticos, metildopa, cimetidina, arsénico y oro (Bielsa Marsol I, 2009; Clark GW, 2015; Fonseca Capdevila E, 1994; Fonseca Capdevila E, 1998; Hald M, 2015).

Puede observarse en ambos sexos y a cualquier edad a partir de la pubertad, pero es más frecuente en varones (Fonseca Capdevila E, 1998) y tiene un pico de prevalencia hacia los 40 años (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1994).

### Manifestaciones clínicas

En el cuero cabelludo puede manifestarse con descamación difusa (pitiriasis seca o caspa), a veces muy intensa, placas eritematosas-anaranjadas con descamación de aspecto graso en los límites de implantación del pelo o lesiones costrosas adheridas tipo pitiriasis amiantácea (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1994; Fonseca Capdevila E, 1998).

Las lesiones en la cara también son placas de tonalidad rojo o anaranjado, brillantes y con fina descamación de apariencia grasa en su superficie. Las localizaciones preferentes son las cejas, la región interiliar, los surcos nasogenianos y nasolabiales, las regiones retroauriculares, los conductos auditivos externos y en ocasiones los párpados (blefaritis seborreica) y las zonas del bigote y la barba (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998; Ooi ET, 2014). La blefaritis puede acompañarse de conjuntivitis (Fonseca Capdevila E, 1998; Hald M, 2015).

Otras posibles localizaciones son la región esternal, donde puede producir lesiones con forma similar a los pétalos de una flor (dermatitis petaloidea), zona interescapular, pliegues axilares, inguinales, submamarios e interglúteo, piel anogenital y ombligo (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998). En los pliegues y genitales la maceración hace que sea difícil apreciar el aspecto típico de la dermatitis seborreica, siendo sustituido por el de un intertrigo inespecífico (Fonseca Capdevila E, 1998). Es también una causa rara de eritrodermia y de lesiones circinadas generalizadas (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998).

Subjetivamente puede producir prurito y escozor (Bielsa Marsol I, 2009).

El estrés y la época invernal son factores agravantes, pero las lesiones de pliegues pueden empeorar en épocas de calor (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998).

### ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico y no suele ofrecer dificultades (Bielsa Marsol I, 2009; Clark GW, 2015; Fonseca Capdevila E, 1994; Fonseca Capdevila E, 1998; Hald M, 2015). Existen formas clínicas limítrofes con la psoriasis (sebopsoriasis)(Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998).

Si no existen hallazgos en la anamnesis o la exploración que lo justifiquen, no es necesario realizar pruebas ni exámenes complementarios. En los casos de comienzo reciente y muy extensos se evaluará la conveniencia de solicitar una serología de VIH (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998; Ooi ET, 2014).

El tratamiento de la dermatitis seborreica por vía tópica tampoco hace necesario realizar pruebas complementarias. En los casos excepcionales en que sea preciso recurrir a medicaciones sistémicas serán necesarios controles analíticos apropiados.

### Diagnóstico diferencial

En la práctica clínica raras veces es necesario establecer un diagnóstico diferencial, puesto que los hallazgos de la exploración son suficientemente característicos y comunes como para ser reconocidos con facilidad. Los problemas en este sentido suelen plantearse ante formas atípicas o modificadas por tratamientos.

### Psoriasis

Es el diagnóstico diferencial que se considera con más frecuencia, sobre todo en lesiones de cuero cabelludo, cara y pliegues, en especial si son muy descamativas (Bielsa Marsol I, 2009). En el cuero cabelludo, la escama de la psoriasis suele ser más laminar y plateada y las lesiones suelen rebasar, a diferencia de la dermatitis seborreica, el límite de implantación del pelo. También son valorables los antecedentes familiares de psoriasis y la afectación de otras zonas, incluidas las uñas (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998). Con todo, hay casos en los que la delimitación es imposible y, como ya hemos dicho, puede emplearse la

denominación sebopsoriasis (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998).

**Micosis**

En nuestro medio, la confusión de una tiña capitis con una dermatitis seborreica solo se plantea en niños y muy raramente en ancianos e inmunodeprimidos. Excepcionalmente puede observarse algún caso importado de tiña fávica. Las lesiones suelen ser limitadas a áreas concretas del cuero cabelludo y existir alopecia y otros datos diagnósticos de la micosis (puntos negros, cazoletas fávicas, inflamación, supuración, etc.).

Las lesiones circinadas o arciformes del tronco y las de los pliegues pueden confundirse con tiñas y las segundas también con candidosis (Bielsa Marsol I, 2009).

Siempre que se plantee el diagnóstico de una micosis debe realizarse una exploración con luz de Wood, examen en fresco de escamas o/y pelos y cultivo micológico (Bielsa Marsol I, 2009; Fonseca Capdevila E, 1998).

**Rosácea**

Aunque la rosácea y la dermatitis seborreica producen eritema facial, su distribución es diferente, así como las manifestaciones subjetivas (sofocos) y las lesiones típicas de la rosácea (telangiectasias, pápulas, pústulas, etc.), suele mencionarse en el diagnóstico diferencial, fundamentalmente por la frecuente asociación de ambas (Fonseca Capdevila E, 1998) y por los problemas que causan los casos artefactados por tratamientos con productos irritantes o con corticoides fluorados de alta potencia.

**Sífilis secundaria**

Las lesiones faciales de la dermatitis seborreica y en menor medida en otras localizaciones pueden ser simuladas por una sífilis secundaria. La historia clínica y la observación de lesiones en mucosas, palmas, plantas, adenopatías y síntomas generales suelen orientar el diagnóstico, que será corroborado por un estudio serológico.

**Pitiriasis rosada**

Aunque muy raras veces, las lesiones de dermatitis seborreica del tronco o lesiones circinadas generalizadas pueden plantear un diagnóstico diferencial con una pitiriasis rosada (Bielsa Marsol I, 2009). La historia clínica de esta última, con un comienzo brusco, precedida por la mácula heráldica y respetando la cara, el cuero cabelludo, pliegues, etc., permite casi siempre su reconocimiento, que se comprobará por su carácter autolimitado en unas semanas.

**Lupus eritematoso**

También es excepcional que puedan confundirse las lesiones faciales de la dermatitis seborreica con el eritema facial del lupus eritematoso o las lesiones del tronco con un lupus subagudo. La dermatitis seborreica suele mejorar con la exposición solar, mientras que las lesiones del lupus son fotosensibles y se acompañan de otros hallazgos cutáneos y sistémicos.

**Eritrasma**

Debe considerarse este diagnóstico diferencial en casos limitados a los pliegues (Bielsa Marsol I, 2009). La fluorescencia roja característica del eritrasma bajo la luz de Wood permite una fácil distinción (Fonseca Capdevila E, 1998).

**Eritrodermias**

En una eritrodermia exfoliativa en fase de estado puede ser imposible determinar su origen mediante el examen físico e incluso por estudios histopatológicos. Debe valorarse la historia clínica y si no es posible la filiación etiológica tomar medidas sintomáticas a la espera de que lo permita la evolución.

**Tratamiento**

**Medidas generales**

*Información al paciente.* Es esencial informar al paciente que la dermatitis seborreica del adulto es un proceso crónico, que puede cursar con brotes de agravamiento y que el tratamiento va dirigido a controlar las manifestaciones clínicas, no a curar la enfermedad (Bielsa Marsol I, 2009).

También es importante aclarar que el tratamiento habrá de ser mantenido durante períodos prolongados y repetido en los brotes sucesivos (Fonseca Capdevila E, 1994).

Otros datos relevantes a transmitir son la tendencia de la enfermedad a mejorar al cabo de años, su no contagiosidad, el frecuente agravamiento por factores emocionales, por la sequedad ambiental y el empeoramiento habitual en otoño-invierno de las lesiones de la cara y el cuero cabelludo y en verano de las lesiones de los pliegues (Fonseca Capdevila E, 1994; Fonseca Capdevila E, 1998).

*Higiene.* La mayoría de los pacientes toleran bien las medidas higiénicas con agua y productos de uso corriente. En algunos enfermos, sobre todo en lesiones en la zona de la barba, un lavado frecuente y enérgico con agua y jabón puede ser suficiente para controlar el proceso. En algunos casos, la mala tolerancia a los jabones y geles aconseja el uso de limpiadores sin detergentes y de pH neutro o ácido (Fonseca Capdevila E, 1994; Fonseca Capdevila E, 1998).

*Cosméticos.* Los cosméticos con alcohol (por ejemplo, limpiadores faciales, colonias) pueden resultar irritantes. Tampoco son recomendables los cosméticos con contenido graso o muy ocluyentes (Fonseca Capdevila E, 1998).

*Alimentación, consumo de alcohol.* El consumo de alcohol suele incrementar la intensidad de las lesiones de la dermatitis seborreica (Fonseca Capdevila E, 1998). Un efecto similar puede producirse por alimentos picantes o muy especiados; por lo demás no es preciso efectuar restricciones dietéticas.

*Fármacos.* Los vasodilatadores periféricos con frecuencia incrementan las lesiones de la dermatitis seborreica. Debe tenerse en cuenta un posible desencadenamiento por los fármacos mencionados con anterioridad.

*Exposición solar.* En general tiene un efecto beneficioso sobre la dermatitis seborreica.

**Tratamientos tópicos**

*Dermatitis seborreica del cuero cabelludo: formas leves.* Se lavará el cuero cabelludo y el cabello con un champú antifúngico cada 2 ó 3 días, dejando transcurrir 10 minutos antes de aclararlo. Los productos con esta acción incluyen los siguientes (Fonseca Capdevila E, 1998; Hald M, 2015; Kastarinen H, 2014):

- Sulfuro de selenio (2-5%).
- Piritiona de cinc (2%).
- Dipiritiona de magnesio (2%).
- Piroctona olamina (0,3-3%).
- **Bifonazol** (1%).
- **Flutrimazol** (1%).
- **Ketoconazol** (2%).
- **Sertaconazol** (2%).
- **Ciclopirox** olamina (1-1,5%).

Como alternativas pueden emplearse champús o lociones de alquitrán de hulla, otras breas o sus derivados, dos o tres veces por semana, o bien lociones de ictiol o keluamida 1-2 veces/día.

*Dermatitis seborreica del cuero cabelludo: formas moderadas y graves.* Pueden utilizarse los mismos tratamientos que en el apartado anterior o alguno de los siguientes, combinándolos si fuera preciso (Fonseca Capdevila E, 1998; Hald M, 2015; Kastarinen H, 2014).

- Corticoides tópicos, en loción o solución (1-2 aplicaciones/día):
  - **Acetato de hidrocortisona** (1-2,5%).
  - Valerato de **betametasona** (0,1%).
  - Dipropionato de **betametasona** (0,05%).
  - Acetónido de **triamcinolona** (0,1%).
  - Fuorato de **mometasona** (0,1%).
  - **Prednicarbato** (0,25%).
- Queratolíticos en lociones o champús, solos o asociados a antifúngicos o alquitranes. El ácido salicílico (1-5%) es el más empleado (Bielsa Marsol I, 2009).
- **Calcipotriol**, en solución al 0,5%, una aplicación diaria.

*Dermatitis seborreica facial: formas leves.* Puede realizarse un lavado con un champú o gel antifúngico a diario o aplicar lociones, emulsiones, geles o cremas no engrasantes de alfa-hidroxiácidos, breas liposomadas, ictiol, keluamida, piroctona olamina, propilenglicol o urea (Fonseca Capdevila E, 1998).

*Dermatitis seborreica facial: formas moderadas y graves.* Además de los tratamientos incluidos en el apartado anterior, pueden utilizarse cremas o lociones de corticoides adecuados para esta localización (Clark GW, 2015; Fonseca Capdevila E, 1998; Kastarinen H, 2014):

- **Acetato de hidrocortisona** (1-2,5%).
- **Fluocortina** éster butílico (0,75%).
- Fuorato de **mometasona** (0,1%).
- **Aceponato de metilprednisolona** (0,1%).
- **Butirato-propionato de hidrocortisona** (0,1%).
- Budesonida (0,025%).
- **Prednicarbato** (0,25%).

*Dermatitis seborreica en otras localizaciones.* En general se emplearán los mismos tratamientos que en la región facial. En las zonas de pliegues y los genitales existen frecuentes problemas de tolerancia, por lo que se emplearán con preferencia corticoides tópicos de alto perfil de seguridad o antifúngicos (imidazólicos o ciclopiroxolamina), 1-2 aplicaciones al día (Fonseca Capdevila E, 1998).

*Utilización de corticoides tópicos en la dermatitis seborreica.* Los corticoides tópicos son muy eficaces en la dermatitis seborreica, pero la prevención de efectos adversos hace aconsejable utilizarlos durante periodos cortos en fases agudas, especialmente en las lesiones faciales y de los pliegues, sustituyéndolos por otros fármacos como medidas de mantenimiento (Clark GW, 2015; Fonseca Capdevila E, 1998; Hald M, 2015).

*Inhibidores tópicos de la calcineurina.* Los inhibidores tópicos de la calcineurina (**pimecrolimus** crema 1% y **tacrolimus** pomada 0,03 y 0,1%) se usan con frecuencia en el tratamiento de la dermatitis seborreica del adulto de zonas no pilosas, como alternativa a los corticoides tópicos, si bien se trata de una indicación no registrada. No son aconsejables en pacientes con inmunodeficiencia (Clark GW, 2015; Cook BA, 2009; Hald M, 2015; Kastarinen H, 2014).

*Dermatitis seborreica asociada a infección VIH.* Se utilizarán los mismos tratamientos que en los pacientes no infectados por VIH, acordes a la localización y la intensidad de las lesiones (Fonseca Capdevila E, 1998).

**Tratamientos sistémicos**

Sólo están indicados en situaciones excepcionales, sobre todo en los raros casos de dermatitis seborreica generalizada o eritrodérmica. Su empleo debe reservarse al especialista. Las posibilidades terapéuticas a considerar incluyen (Alizadeh N, 2014; Fonseca Capdevila E, 1998; Fonseca Capdevila E, 1994; Gupta AK, 2014; Hald M, 2015):

- Corticoides, a dosis equivalentes de **prednisona** de 0,5-1 mg/kg/día.
- Antifúngicos: **itraconazol** 100-200 mg/día, **terbinafina** 250 mg/día, **fluconazol** 150-300 mg/semana. La respuesta es pobre en los enfermos infectados por VIH, muchos de los cuales reciben esta medicación u otros antifúngicos de forma profiláctica.
- Retinoides: el ácido 13-cis-retinoico puede ser útil a las dosis convencionales en los pacientes con dermatitis seborreica asociada a acné o rosácea graves y resistentes.
- PUVA o fototerapia UVB: sólo indicada en casos excepcionales.

**Criterios de derivación a dermatología**

(Ooi ET, 2014)

1. Confirmación diagnóstica.
2. Falta de respuesta al tratamiento durante más de 4 semanas.
3. Dermatitis seborreica generalizada o eritrodérmica.
4. Asociación a otros procesos dermatológicos (acné, rosácea, etc.) que dificulten el tratamiento.

Bibliografía

- Alizadeh N, Monadi Nori H, Golchi J, Eshkevari SS, Kazemnejad E, Darjani A. Comparison the efficacy of fluconazole and terbinafine in patients with moderate to severe seborrheic dermatitis. Dermatol Res Pract. 2014;2014:705402. PubMed **PMID: 24696675. Texto completo**
- Bielsa Marsol I. Eczemas II. En: Ferrándiz C, editor. Dermatología Clínica. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 131-4.
- Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician. 2015;91(3):185-90. PubMed **PMID: 25822272. Texto completo**
- Cook BA, Warshaw EM. Role of topical calcineurin inhibitors in the treatment of seborrheic dermatitis: a review of pathophysiology, safety, and efficacy. Am J Clin Dermatol. 2009;10(2):103-18. PubMed **PMID: 19222250**
- Fonseca Capdevila, E. Pitiriasis y dermatitis seborreica del cuero cabelludo. Piel 1994;9:23-28.
- Fonseca Capdevila, E. Dermatitis seborreica del adulto. Salud Rural 1998; 15(14):113-123.
- Gupta AK, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(1):16-26. PubMed **PMID: 23802806**
- Hald M, Arendrup MC, Svejgaard EL, Lindskov R, Foged EK, Saunte DM; Danish Society of Dermatology. Evidence-based Danish guidelines for the treatment of Malassezia-related skin diseases. Acta Derm Venereol. 2015;95(1):12-9. PubMed **PMID: 24556907**
- Kastarinen H, Oksanen T, Okokon EO, Kiviniemi VV, Airola K, Jyrkkä J, et al. Topical anti-inflammatory agents for seborrhoeic dermatitis of the face or scalp. Cochrane Database Syst Rev. 2014;5:CD009446. PubMed **PMID: 24838779. Texto completo**
- Ooi ET, Tidman MJ. Improving the management of seborrhoeic dermatitis. Practitioner. 2014;258(1768):23-6, 3. PubMed **PMID: 24689165**

Más en la red

- Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician. 2015;91(3):185-90. PubMed **PMID: 25822272. Texto completo**
- Gupta AK, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(1):16-26. PubMed **PMID: 23802806**
- Ooi ET, Tidman MJ. Improving the management of seborrhoeic dermatitis. Practitioner. 2014;258(1768):23-6, 3. PubMed **PMID: 24689165**

Autor

- Eduardo Fonseca Capdevila Médico Especialista en Dermatología

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

