

DERMATITIS SEBORREICA EN EL LACTANTE

(Estudio clínico e histológico de 33 casos)

Por los Dres. JORGE ROSSELOT Y RODOLFO BURDACH

Cátedra de Pediatría de los Profs. A. Baeza Goñi y Julio Meneghello. Hospital "Arriarán"

La dermatitis seborreica es una afección frecuente en el lactante menor y plantea problemas terapéuticos aún no resueltos. Estos antecedentes justifican por tanto un estudio detallado de esta afección para precisar su fisonomía clínica actual y señalar la influencia que pueden tener en el curso de la enfermedad, las nuevas normas de tratamiento sugeridas por el mejor conocimiento de la patogenia de este trastorno.

Se debe a Duhring la unificación conceptual de todos los procesos seborreicos. Posteriormente Unna (1887) engloba en el término de eczema seborreico, a aquellas manifestaciones cutáneas en que coexisten lesiones de seborrea con alteración inflamatoria vecina (Ormsby y Montgomery, 1948). Moro (1929) individualiza nosográficamente la dermatitis seborreica del lactante y la interpreta como una disqueratosis del primer trimestre de la vida. Desde un punto de vista general y siguiendo a Finkelstein (1941) se admite que en la dermatitis seborreica existe una disqueratosis primaria por alteración metabólica, en tanto que en las dermatosis atópicas (eczema infantil) del lactante es primordial la reacción inflamatoria del dermis, de tipo alérgico con lesiones consecutivas de la queratinización. Estas premisas subrayan las características básicas de la afección y orientan el pronóstico que queda condicionado por una frecuente repercusión nutritiva y por la ausencia de porvenir alérgico.

Los rasgos clínicos esenciales de la dermatitis seborreica están constituidos por la precocidad en la aparición de lesiones eritemato-descamativo-seborreicas, sin vesiculación y no acompañadas de prurito. Sin embargo en ciertas ocasiones la afección adquiere o tiende a adquirir en etapas posteriores, peculiaridades propias del eczema y en estos casos cabe admitir la existencia de formas de transición, que en alguna forma hablarían de la interpretación unicista de estos trastornos. Para Hill (1948)

el verdadero eczema seborreico es la llamada eritrodermia atópica, afección en que simultáneamente se comprueban manifestaciones seborreicas y descamativas junto a lesiones de eczema. Hechas estas salvedades creemos que es confucionista la ubicación que algunos autores (Hill, 1948) hacen de la dermatitis seborreica, al incluirla junto con la dermatitis atópica dentro de las manifestaciones generales de eczema.

Siempre ha despertado interés el problema etiológico planteado por la dermatitis seborreica, pero aún en la actualidad no se define jerárquicamente el rol que alcanzan los factores que intervienen en el desencadenamiento de esta dermatosis. Primitivamente Unna supuso una participación importante a un microorganismo, denominado *morococo*, a quien se encontró con frecuencia en las lesiones seborreicas. Posteriormente McLeod y Dowling (1928) identificaron a un hongo, el *pityrosporum ovale*, como el agente productor del trastorno cutáneo, ya que experimentalmente pudo reproducirse la enfermedad con la inoculación de este germen. Diversos autores (Mitchell y Williams, 1937) han adjudicado participación importante a estreptococos o diplococos. Esta concepción patogénica justificaría los ensayos terapéuticos que se han realizado a base de antibióticos, administrados por vía paraentérica o local.

Por otra parte experimentalmente se ha demostrado que es posible obtener lesiones semejantes a las que caracterizan a la dermatitis seborreica, en ratas sometidas a regímenes carentes en algunos de los factores del complejo B, en particular de biotina o vitamina H (Gyorgy, 1941). La avitaminosis H originaría perturbaciones en el metabolismo de las grasas, condicionándose una anormal composición de las glándulas sebáceas y degeneración ulterior del estrato córneo. Con estos antecedentes podría suponerse que en algunos lactantes pueda existir un déficit biotínico, como consecuencia de

la falta de reservas de vitamina H en el recién nacido y de la baja concentración de esta vitamina en la leche humana (Lawrence, J. y cols. 1945).

Es indudable que la afección sólo estalla en un terreno previo, que fué identificado por Czerny (1903), como manifestación de la llamada diátesis exudativa y que en la actualidad Ingram (1939) califica de diátesis seborreica. Posiblemente algunos lactantes en la menor edad tendrían incapacidad para metabolizar adecuadamente las grasas, facilitándose así la aparición de las lesiones seborreicas. Alteraciones enzimáticas del tracto digestivo serían las resultantes de una falta de liberación de biotina; sin embargo en este sentido es interesante señalar que al menos por lo que respecta a los fermentos pancreáticos (Correa, 1947) no se ha demostrado su déficit. Disfunción hepática, con disminución de la capacidad de síntesis del glutatión podría ser concretamente uno de los mecanismos que operen en el diatéxico (Correa, 1950).

El tratamiento de la afección reside en la aplicación de tópicos lubricantes y astringentes para atenuar los fenómenos descamativo-seborreicos y controlar la madescencia de las áreas de intertrigo. La infección agregada que puede tener importancia etiológica, puede combatirse con antibióticos (tópicos principalmente). La administración de fracciones del complejo B, constituye una indicación acertada (Peck y Klein, 1951), si se considera el rol carencial que se supone tiene siempre una importante participación patogénica, que para algunos autores (R. Guerra, 1942) sería primordial. Wiederhold, (1911) y Morandé (1944), entre nosotros, han señalado la acción útil que tiene la riboflavina en el control de las manifestaciones de la dermatitis seborreica. Thelin (1949) destaca el efecto benéfico de la biotina, en lactantes que presentaron este tipo de lesiones. Lemke (1950) insiste en que los mejores resultados se obtienen con la administración de biotina y vitamina B6.

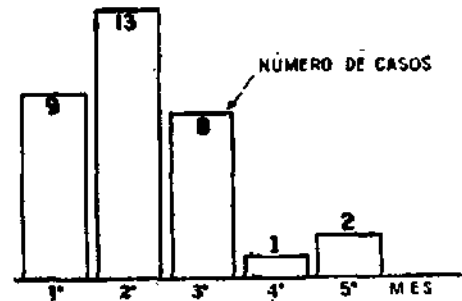
El régimen dietético debe ser preferentemente hiperproteico e hipograso (Finkelstein, 1941)

en atención a la expoliación de albúminas que condicionan los procesos de permanente exudación y teniendo presente asimismo la anomalía del metabolismo lípido que se supone alcance gran importancia etiológica. El aporte de preparados caseínicos, especialmente en el lactante alimentado al pecho es importante, ya que sin mediar el destete, se provee de prótidos y de vitamina H.

Material y Comentario

En el curso de los últimos cinco años hemos tenido oportunidad de observar metódicamente 33 casos de dermatitis seborreica en lactantes hospitalizados. En esta ocasión es nuestro propósito ampliar una comunicación preliminar (Rosselot y Burdach, 1951), en que analizáramos los aspectos más sobresalientes de la clínica de esta enfermedad.

Nuestra casuística incluyó lactantes menores de 5 meses de edad. La gran mayoría, como puede apreciarse en el gráfico N° 1, tenía menos de



Edad del ingreso al hospital de 33 lactantes con dermatitis seborreica.

tres meses en el momento de ingresar al hospital.

Se comprobó una mayor incidencia durante las estaciones de otoño e invierno; en estos meses se hospitalizaron cerca de 2/3 de los casos (gráfico N° 2). Señalamos este hecho, sin que pretendamos alcanzar una interpretación del mismo, porque creemos que refleja una realidad advertida en nuestro material, ya que tenemos la impresión de que este tipo de dermatosis se observa con gran frecuencia en ciertas épocas del año.

Casi siempre existió deficiente estado nutricional. Sólo 3 lactantes eran eutróficos al ingreso; en 22 de los 30 pacientes restantes se comprobó un cuadro distrófico de mediana intensidad.

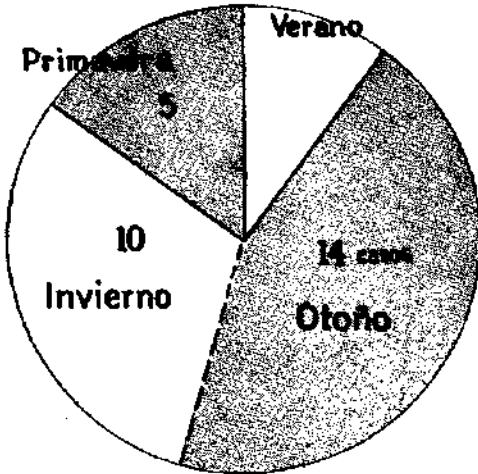


GRAFICO Nº 2
Distribución estacional de 33 lactantes con dermatitis seborreica.

Finalmente en 5 enfermos existía desnutrición avanzada. Más adelante insistiremos con mayor detalle en la repercusión de la dermatitis seborreica sobre el estado nutricional de los pacientes que la presentaron.

El cuadro dermatológico en el ingreso fué generalmente uniforme, apreciándose en forma diseminada lesiones seborreicas, eritemato-descamativas e intertriginosas. Según el distinto predominio de estos tipos de lesiones fundamentales fué posible establecer la existencia de tipos clínicos más o menos definidos.

En 19 casos se advirtieron formas eritemato-descamativas, en 3 pacientes existió descamación extensa en colgajos exfoliantes; en 3 lactantes la eritrodermia era intensa con las características de la enfermedad de Leiner. Finalmente en las 4 ocasiones restantes se advirtieron formas intermedias, de transición a dermatitis atópica, observándose síntomas y alteraciones propias de ambas dermatosis.

En más de la mitad de los casos (19 pacientes) la enfermedad se había iniciado en el primer mes de vida y sólo en 3 enfermos las lesiones aparecieron pasado el segundo mes. En esta

forma resaltó netamente el carácter precoz de la dermatitis seborreica.

La lesión inicial, la mayoría de las veces se registró a nivel de la región inguino-glútea (15 casos) y con una frecuencia menor sucesivamente en el cuero cabelludo (9 casos), frente y cara (4 casos). En las ocasiones restantes no pudo precisarse por los informes de anamnesis, el sitio original de aparición de las primeras lesiones de la enfermedad.

Entre las alteraciones primarias (gráfico Nº 3) fué la más constante la seborrea que se ad-

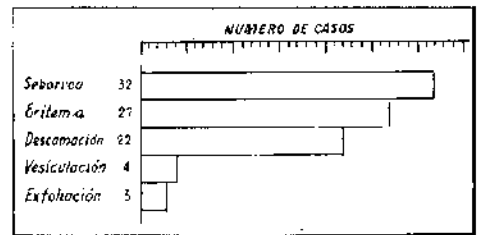


GRAFICO Nº 3
Lesiones cutáneas primarias en 33 lactantes con dermatitis seborreica.

virtió en 32 pacientes, localizada generalmente en el cuero cabelludo, regiones ciliar y frontal; el eritema y la descamación que a menudo coexisten se registraron con frecuencia similar (27 y 22 casos). La vesiculación y la exfoliación fueron lesiones raras y se presentaron en pacientes que se incluyeron en determinados tipos clínicos de la afección. La localización (grá-

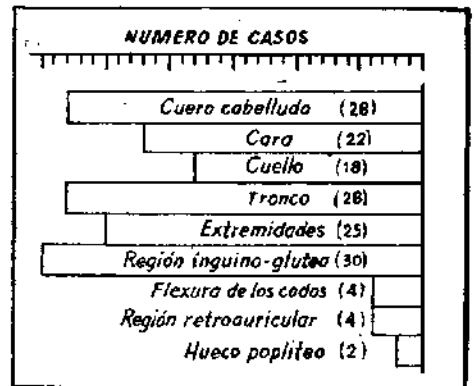


GRAFICO Nº 4
Localización de las lesiones cutáneas primarias en 33 lactantes con dermatitis seborreicas.

fico Nº 4) de las alteraciones primarias fué preponderante a nivel de la región inguino-glútea (intertrigo en 30 casos), en el cuero cabelludo (eritema y seborrea en 28 casos), en determinadas zonas de la cara (frente, cejas y a veces mejillas o pabellones auriculares (en 22 casos), en el tronco y extremidades (lesiones eritemo-descamativas en 28 y 25 casos), en el cuello y zonas de flexura de algunas articulaciones, con las características del intertrigo (18 casos en el cuello).

Las lesiones asociadas más frecuentes fueron las de diverso tipo de piodermis (10 casos) y sarna (5 enfermos). Edema generalmente localizado en las extremidades inferiores se apreció en 13 pacientes, probablemente en relación con los procesos inflamatorios del dermis y favorecido por la hipoproteinemia que generalmente se advierte en esta enfermedad. En 20 enfermos y generalmente en la fase inicial se apreció deshidratación cutánea, que traduce las alteraciones del metabolismo hidrosalino frecuentes en la afección. El prurito y la eosinofilia que constituyen manifestaciones propias de las dermatosis alérgicas, se presentaron en 5 y 12 pacientes respectivamente. Generalmente en estas ocasiones existía asociación a otra entidad mórbida que también podría explicar estos síntomas (sarna o formas de transición a dermatitis atópica). Las cifras de eosinofilia en los casos que la presentaron

fueron mucho más bajas que las que comúnmente se suelen advertir en el eczema infantil. En cerca de la mitad de los casos (14 pacientes) existió hipo-proteinemia (valores inferiores a 6 grs %); en 9 de 12 casos el índice proteico, que expresa la relación de serinas y globulinas fué inferior a 2, lo que revela que generalmente existió una disminución preponderante de las sero-albúminas. Las reacciones de floculación que traducen parcialmente las alteraciones en la relación de los distintos componentes protéicos del plasma, se encontraron alteradas en 8 de 20 casos en que se practicaron.

Dado el hecho de que algunos autores han señalado que la dermatitis seborreica podría tener una etiología primordialmente microbiana, a partir de la flora de la piel, realizamos en 12 lactantes un estudio micobacteriológico. En ningún caso comprobamos el *Pityrosporum ovale*; en el 50% de los casos se aislaron gérmenes patógenos, cifra que no fué significativamente distinta de la obtenida en un estudio similar practicado en controles (Rodríguez M. y cols., 1951). Como puede apreciarse en el cuadro siguiente, el germen encontrado con mayor frecuencia fué el estafilococo blanco no hemolítico.

En 20 casos estudiamos la histopatología* de las manifestaciones cutáneas, por medio de biopsias practicadas la mayoría de las veces a nivel de las extremidades. La lesión epidérmica

Cuadro N.º 1

Flora microbiana de la piel en 12 lactantes con dermatitis seborreica

LOCALIZACIÓN	CUERO CABELLUDO				PIEL ABDOMEN			
	Saprófitos		Patógenos		Saprófitos		Patógenos	
	N.º de cepas	% de cepas	N.º de cepas	% de cepas	N.º de cepas	% de cepas	N.º de cepas	% de cepas
Estafilococo bico. no hemolítico	9	90			8	88,8	1	33,3
Estafilococo dorado hemolítico							1	33,3
Pseudofitérico	1	10						
Pseudomona aeruginosa			2	100			1	33,4
Escherichia coli					1	11,2		
Total	10	100	2	100	9	100	3	100 %

* Agradecemos al Dr. Julio Espinoza, su colaboración en el estudio histológico.

más frecuente fué la acantosis, advertida en 16 ocasiones (80%) y la infiltración celular presente en 15 casos (75%). En el dermis se comprobó con gran frecuencia edema (19 casos) e infiltración celular (18 casos). Otras alteraciones registradas con alguna frecuencia fueron hiperqueratosis, (7); microabscesos epidérmicos, (5); atrofia del cuerpo de Malpighi, (2); papilomatosis, (8); y vasodilatación dérmica, (7). Nuestros hallazgos son en general similares a los apreciados en un material semejante por Sepúlveda (1931).

En las micro-fotografías siguientes (Nº 1 y Nº 2) pueden apreciarse algunos de los hallazgos histológicos que con mayor frecuencia encontramos en nuestro material.

El tratamiento tópico se orientó en todos los casos a la lubricación cutánea con aceite o va-

selina salicilada. En 5 pacientes se aplicó unguento de aureomicina al 3%. En 25 enfermos se administró penicilina paraenteral para combatir las infecciones asociadas o para comprobar su efecto sobre la involución de las lesiones cutáneas mismas. En 11 pacientes se administró suplemento de algunas fracciones del complejo vitamínico B, riboflavina en 2 casos y vitamina B12 (15 microgramos por inyección, hasta totalizar 6, en dos semanas) en los restantes, ya que se ha señalado alguna participación etiológica de estas carencias.

La evolución de las alteraciones cutáneas fué muy variable y es difícil relacionar estrictamente las mejorías parciales o definitivas que a veces se obtuvieron, con una terapéutica determinada. Seis casos fueron rebeldes y no experimentaron modificación alguna de las lesiones; en 30 ocasiones se apreció remisión parcial, en un promedio de 15 días después de iniciado el tratamiento (gráfico Nº 5). En 20 casos se comprobó remisión total, alrededor del día 50, co-



MICROFOTOGRAFIA Nº 1

Biopsia cutánea en zona de intertrigo inguinal. Hematoxilina - Eosina x 85. A. Acantosis; B. Papilomatosis.



MICROFOTOGRAFIA Nº 2

Biopsia cutánea a nivel de zona eritematosa de la pierna. Hematoxilina - Eosina x 85. A. Acantosis; E. Edema dérmico; I Infiltración celular.

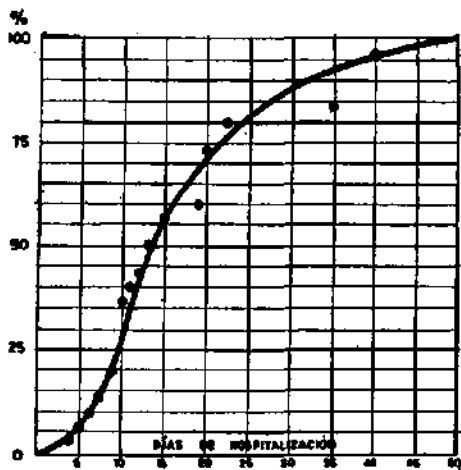


GRAFICO Nº 5

Época en que ocurrió la regresión parcial de las lesiones en lactantes con dermatitis seborreica.

mo época promedia (gráfico Nº 6). En 6 pacientes se advirtieron recaídas después de haberse obtenido regresiones apreciables. En general se apreció una mayor rapidez en la desaparición de las lesiones eritemato-descamativas del tronco y extremidades, en el mismo período o

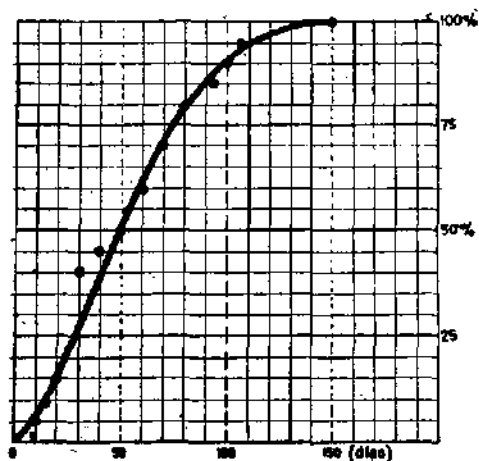


GRAFICO Nº 6

Epoca en que se apreció la regresión total de las lesiones en lactantes con dermatitis seborreica.

en una época algo más tardía tendía a desaparecer la seborrea localizada a nivel del cuero cabelludo y regiones ciliares. Los intertrigos, en particular los existentes a nivel de la región inguino-glútea fueron las alteraciones que regresaron en forma más tórpida y prolongada.

En ciertos casos pareció que la aureomicina* aplicada localmente tuvo un efecto espectacular, obteniéndose en el curso de la primera semana de tratamiento una mejoría franca o total de las lesiones. Lo reducido de nuestra experiencia en el tratamiento tópico, a base de este moderno antibiótico, nos impide un pronunciamiento categórico al respecto. También con este carácter y a título de información preliminar, creemos de interés señalar que en el curso del presente año y sólo por vía de ensayo, hemos tratado 3 casos de dermatitis seborreica con cortisona. La droga se administró a las dosis de 50 mgr. por vía intramuscular durante 10 días. En dos pacientes se apreció un efecto relativamente favorable, pero no muy llamativo. En el enfermo restante, después de una mejoría transitoria, se asistió a una recaída, que fué rápidamente controlada con aureomicina tópica. Estos resultados no deben extrañar ya que justamente después de la cortisonoterapia se ha descrito como incidentes del tra-

tamiento la aparición de procesos seborreicos o acneiformes (Kierland y cols., 1952). Por otra parte, la relación entre hormonas androgénicas y fenómenos seborreicos (Mac Kenna, 1948) que se ha comprobado, tampoco constituiría a priori una justificación para un tratamiento de la dermatitis seborreica con cortisona, droga que en nuestro material sólo se indicó en atención al factor de sensibilización que pueda estar en juego.

Como ya lo hemos señalado anteriormente, en la gran mayoría de nuestros pacientes existió un notorio déficit nutritivo, que se evidenció ya desde el ingreso y se tradujo en evidente retraso ponderal; valorado éste en porcentajes de disminución del peso ideal para una edad determinada, pudimos comprobar (gráfico No 7) que en 8 casos fué notorio, inferior al 70%

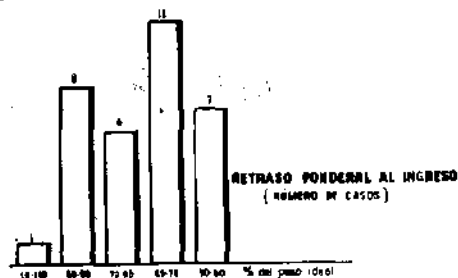


GRAFICO Nº 7

Déficit del estado nutritivo en 33 lactantes con dermatitis seborreica avaluado en disminución central del peso ideal.

del peso normal. Es posible que la hipoalimentación que se registró con anterioridad a la hospitalización, en algunos casos, pueda explicar el daño nutritivo, sin que siempre necesariamente haya mediado la influencia de la alteración diatéctica, que ejerció su acción en la estada hospitalaria la mayoría de las veces. Estos antecedentes justifican plenamente las pautas dietéticas adoptadas en nuestros enfermos, con administración prolongada de alimentos curativos (eledón, leche albuminosa), explorando la tolerancia a menudo disminuída. Los frecuentes episodios de deshidratación

* Agradecemos al Servicio de Propaganda de Lederle, que gentilmente puso a nuestra disposición el ungüento de aureomicina.

(21 casos), generalmente advertidos en las etapas iniciales fueron corregidos con la plasmoterapia o la hidratación paraenteral, recurriendo a la administración de sueros. A pesar de estas medidas de cautela y prudencia, durante la estada hospitalaria muchas veces se comprometió con mayor intensidad el estado nutritivo y se asistió al estallido de frecuentes infecciones, que traducían la disergia concomitante (gráfico N° 8). La gráfica ponderal fué deficiente la mayoría de las veces, sólo en cuatro casos se apreció una curva de peso satisfactoria, que revelaba un ascenso manifiesto. En 11 pacientes hubo estacionamiento o descenso del peso advertido al ingreso.

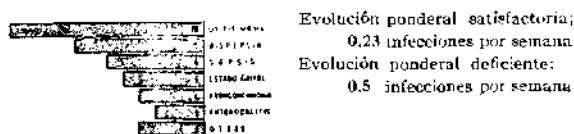


GRAFICO N° 8

Infecciones presentes en 21 lactantes con dermatitis seborreica.

Como consecuencia directa o indirecta del compromiso nutritivo, se produjo el fallecimiento de 8 pacientes, encontrándose como hallazgos anátomo-patológicos más frecuentes, signos de caquexia, toxemia, sepsis y comprobación a veces de bronconeumonía o enterocolitis.

La evolución tórpida de la desnutrición que acompaña a la dermatitis seborreica, que se caracteriza por disergia y gráfica ponderal deficiente y que precipita el fallecimiento de algunos pacientes, es una expresión del daño metabólico general que es propio de esta dermatosis y que exige una conducta terapéutica adecuada y vigilante.

Sumario

Se destacan las características clínicas más importantes apreciadas en un material constituido por 33 lactantes que presentaron dermatitis seborreica. La mayoría de los pacientes eran menores de tres meses de edad y en casi

todos los casos se comprobó en el ingreso deficiente estado nutritivo.

Desde el punto de vista dermatológico, se apreció con mayor frecuencia el tipo clínico constituido por lesiones diseminadas eritemato-descamativas. En algunas ocasiones la asociación a otras lesiones cutáneas puede explicar la presencia de síntomas propios de las dermatitis alérgicas (prurito y eosinofilia) que se comprobaron en ciertos casos de nuestro material.

El estudio micobacteriológico practicado en 12 lactantes, en muestras tomadas en el cuero cabelludo y piel abdominal no reveló en sus hallazgos, diferencias significativas a las obtenidas en un grupo de control. El germen más frecuente fué el estafilococo blanco no hemolítico y nunca se demostró la presencia del pityrosporum ovale.

La histopatología de las manifestaciones cutáneas en 20 enfermos, reveló como lesiones más constantes, acantosis, paraqueratosis, hiperqueratosis, edema dérmico e infiltración celular.

El tratamiento tópico se realizó con lubricantes y astringentes. En ciertos casos se administraron fracciones del complejo B (vitamina B12), penicilina paraenteral o aureomicina tópica. Es difícil relacionar los resultados terapéuticos con un método particular de tratamiento. Seis casos fueron rebeldes, en 20 enfermos se apreció regresión total en una fecha promedio de 30 días. En 6 ocasiones se advirtieron recaídas.

El déficit nutritivo casi siempre presente motivó pautas dietéticas a base de alimentos curativos en períodos prolongados y hubo necesidad de recurrir a la hidratación paraenteral para corregir los episodios frecuentes de deshidratación. La gráfica ponderal a excepción de 4 casos, fué deficiente y se evidenció disergia llamativa en la estada hospitalaria.

La evolución arastrada de la desnutrición en la dermatitis seborreica, traduce el daño metabólico de la afección y exige preocupación permanente en la formulación de las pautas dietéticas.

Summary

The most important clinical features of 33 infants with seborrheic dermatitis are analyzed. Most of these were under 3 months of age and all suffered from a deficient nutritional status. The most frequent lesions were the erythematodesquamative ones. In 12 infants, the culture taken from the scalp and the skin of the abdomen, was not different to that of a control group, the most frequent organism found being the nonhemolytic staphylococcus albus. The histopathologic picture in 20 patients revealed acanthosis, paraqueratosis, hyperkeratosis, edema of the dermis and cellular infiltration.

Treatment was both local and general, with lubricants or astringents, vitamin B12, parenteral penicillin or local aureomycin. It is difficult to evaluate a single therapeutic measure; 20 infants showed a complete disappearance of the lesions in an average of 50 days. The nutritional deficit present forced the authors to use special formulas for long periods. The weight curve, except in 4 cases, was considered unsatisfactory.

BIBLIOGRAFIA

- CORREA, O.—Análisis de enzimas pancreáticos en lactantes y niños pequeños. Distrofia. Dermatitis seborreica y enfermedad celiaca. II. Comunicación. Rev. Chilena de Pediat. 18:11, 1947.
- CORREA, O.—Dermatitis seborreica, Consideraciones etiopatogénicas. Rev. Chilena de Pediat. 21:325, 1950.
- CZERNY, A.—Citado en Pfaundler, M. Tratado Enciclopédico de las Enfermedades de la Infancia. Ed. Scix. Barcelona, 1934, pág. 677.
- DOWING, G.—Etiology and Pathogenesis of seborrheic dermatitis. Brit. J. Dermat. 51:1, 1939.
- FINKELSTEIN, H.—Tratado de las enfermedades del lactante. Ed. Labor. Barcelona, 1941, pág. 836.
- GYORGY, Y. P.—Dietary Treatment of scaly desquamative dermatoses of the seborrheic types Arch. Dermat. y Syph. 43:230, 1941.

- HILL, L.—En Brennemann's Practice of Pediatrics. Prior. Hagerstown. 1948. Page 1. Chapt. 43.
- INGRAM, J. The seborrheic diathesis. Brit. M. J. 2:5, 1939.
- KIERLAND, R. R., O'LEARY, R. A. BRUNSTING, L. A. and DIDCOCK, J. W.—Cortisone and corticotropin (ACTH) in Dermatology. J. A. M. A. 148:23, 1952.
- LAWRENCE, J., HERRINGTON, B., and MAYNARD, L.—Human milk studies. Comparative values of biotine and human milks in infantis feedings. Am. J. Dis. Child. 70:193, 1945.
- LEMKE, H.—Zür Aetiologie und Therapie der Dermatitis Seborrhoides. Monatschr.f.Kinderhik. 98:350, 1950.
- MACKENNA, R. M. B.—Modern Trend in Dermatology. Butterworth, London, 1948. Page 119.
- MAGLEOD, J. M. H., and DOWLING, G. B.—An experimental study of the Pityrosporon of Malssex: Its morphology, cultivation and pathogenicity. Brit. J. Dermat. Syph. 40:139, 1928.
- MITCHELL, J. H.; Streptococic Dermatoses of the Ears. J. A. M. A. 108:361, 1937.
- MORO.—Citado por Sepúlveda, D. Arch. Hosp. Roberto del Río. 2:205, 1931.
- MORANDE, M.—Contribución al estudio de las disqueratosis del primer trimestre de la vida. Tesis de Licenciatura, 1944. Santiago. Chile.
- ORMSBY, O. S. and MONTGOMERY, H.—Diseases of the skin. Lea and Febiger, Philadelphia, 1949, page, 1233.
- PECK, S. M., and KLEIN, G.—Therapy of Dermatologic Disorders. Lea and Febiger, Philadelphia, 1951. Page 189.
- RODRIGUEZ, N., ROSSELOT, J. y PALOMINOS, C.—Microbacteriología de la piel del lactante hospitalizado. Tesis de Licenciatura. 1951. Santiago. Chile.
- ROSSELOT, J. y BURDACH, R.—Estudio clínico e histopatológico de la dermatitis seborreica. Rev. Chilena de Pediat. 22:475, 1951.
- RAMON GUERRA.—Síndrome Dermatitis seborreico-desquamativa. Arch. de Pediat. d.Uruguay. 13:18, 1942.
- SABOURAUD, R.—Citado por MACKENNA, R. M. B. Modern Trends in Dermatology. Butterworth, London. 1948. Page 127.
- SEPULVEDA, D.—Algunas afecciones cutáneas de la primera infancia y sus relaciones con la diátesis exudativa. Arch. Hosp. Roberto del Río. 2:205, 1931.
- THELIN, F.—Dermatitc Séborrhoide et Biotine. Ann. Ped. 172:193, 1951.
- UNNA.—Citado por Ormsby, O. S. and MONTGOMERY, H.; Diseases of the skin. Lea and Febiger, Philadelphia, 1948.
- WILLIAMS H. L., MONTGOMERY, H., and POWELL, W. N.—Dermatitis of the Ear. J. A. M. A. 641, 1937.