

Patologías cutáneas en el Recién Nacido

Emilia Zegpi T., Fernando Zambrano S.

Resumen

Las lesiones cutáneas en recién nacidos son frecuentes, algunas de ellas no tienen mayor importancia clínica o son transitorias, mientras que otras pueden constituir un marcador cutáneo de otra enfermedad o requerir un control periódico por sus características evolutivas. Con frecuencia estas lesiones son subvaloradas o subdiagnosticadas, por lo que se hace importante advertir al personal de salud la trascendencia, el pronóstico o el riesgo eventual que pueden representar para el paciente la aparición de dichas lesiones.

Summary

Birthmarks in neonates are frequent. Although some of them are clinically irrelevant, others can be a skin marker or will, at least, require scheduled medical supervision according to the

way they progress. Those marks frequently are under value or under diagnostic, for that reasons is so relevant tell the health people the importance, prognosis and possible progression of that mark appear for the patient.

El período neonatal comprende los primeros 30 días de vida extrauterina. Los procesos patológicos cutáneos propios de este intervalo, muy breve en relación con otros períodos de la vida del individuo, son sin embargo variados y a menudo específicos y restringidos a este. Son varias las circunstancias que justifican esta afirmación. Entre ellas, destacan la susceptibilidad aumentada del neonato frente a la colonización bacteriana y las peculiaridades anatómicas y fisiológicas de su piel, como son el elevado contenido en glucógeno, la fragilidad de la unión dermoepidérmica, la labilidad vasomotora y la inmadurez estructural y funcional de las glándulas sudoríparas (1).

Este primer mes es una etapa de transición del medio ambiente líquido del útero, al seco, del mundo externo. En el primer día después del nacimiento, la piel del recién nacido puede reflejar la condición de vida intrauterina, así como proporcionar información útil actual acerca del parto (1,2).

Servicio de Dermatología.
Hospital Clínico de la
Universidad de Chile

Muchas enfermedades de la piel congénitas o genéticamente determinadas, con o sin alteraciones extracutáneas asociadas, se encuentran presentes a partir del nacimiento o aparecen clínicamente durante el primer mes de vida(1,2,3).

Incidencias de las lesiones cutáneas

En estudio realizado en: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Hospital San José, y Hospital Barros Luco Trudeau, en un grupo de 1203 recién nacidos de hasta 72 horas de vida, se encontró que el 91,2 % presentó alguna lesión cutánea clasificada según criterios clínicos como pigmentada, vascular y otros; estas lesiones son las siguientes (4,5):

Tabla 1.

Prevalencia de lesiones pigmentadas en recién nacidos

Lesiones pigmentadas	%
Nevos pigmentados	2,07 %
Mancha café con leche	2,16 %
Mancha mongólica	45,22 %
Total:	50,55 %

Tabla 2.

Otras lesiones

Otras lesiones	%
Eritema tóxico	42,47 %
Hiperplasia de glándulas sebáceas	32,83%
Milium	6,56%
Hemangioma	0,91%
Pólipos anexiales	0,74 %
Papiloma preauricular	0,66 %
Nevo sebáceo de Jadassoh	0,24 %

Alteraciones cutáneas transitorias

Estas alteraciones transitorias son normales y por lo general desaparecen durante el primer mes de vida (1).

Perlas de Epstein

Son corpúsculos blancos, o amarillentos, del tamaño de la cabeza de un alfiler, localizados en el surco medio del paladar, formados por inclusiones epiteliales,

se presentan en el 85 % de recién nacidos y desaparecen espontáneamente, por lo que no requieren terapia (1,2).

Descamación fisiológica del Recién Nacido

Durante la primera semana de vida, la piel del neonato experimenta descamación fisiológica. La descamación es en general, fina y discreta, pero algunas veces puede observarse grandes escamas laminares que semejen ictiosis. Los recién nacidos posmaduros tienden a descamarse en forma profusa (3,6).

Ictericia fisiológica (icterus neonatorum)

La ictericia fisiológica del recién nacido se manifiesta por una pigmentación amarillenta clara de la piel, por lo general se inicia el segundo día de vida, alcanza el valor máximo al cuarto día (5 a 6 mg/100 ml) y desaparece en forma gradual. Se observa en el 60% de los recién nacidos a término y en el 80% de los prematuros. La ictericia fisiológica resulta de la acumulación de bilirrubina no conjugada (indirecta) en la piel. La ictericia después del tercer día durante la primera semana, sugiere septicemia. La ictericia fisiológica no requiere ningún tratamiento (1,2,3,6).

Pubertad en miniatura

Debido a las hormonas maternas y placentarias, el recién nacido puede presentar algunas características similares a las que se inducen hormonalmente durante la pubertad y la gestación.

Con frecuencia se observa hiperpigmentación de la línea alba, escroto, y genitales externos en recién nacidos de piel oscura y con menor frecuencia en caucásicos. Los labios mayores pueden estar hinchados y el epitelio escamoso de la vagina puede ser Histológicamente similar al de las mujeres embarazadas. Se puede observar un flujo vaginal cremoso y blanuzco y, muy raras veces, sangrado similar al que se presenta durante la menstruación.

Se observan algunas veces turgencia y secreción de las glándulas mamarias (leche de bruja) en recién nacidos de ambos sexos. En los neonatos también se

puede encontrar como parte de esta entidad de pubertad en miniatura el acné neonatal y la hiperplasia de glándulas sebáceas (1,2).

Acné neonatal

Los recién nacidos con acné suelen tener una historia familiar de acné y una tendencia a desarrollarlo durante la adolescencia. No se ha documentado adecuadamente la suposición de que el acné neonatorum o infantum se deba a transferencia materna de andrógenos. En sus formas leves afecta en el 20 - 50 % de los neonatos.

En la clínica se combinan comedones cerrados, comedones abiertos, pápulas e incluso alguna pústula. Las lesiones se limitan casi siempre a la cara, y a diferencia de lo que ocurre con el acné vulgar, los quistes y las cicatrices resultan excepcionales. Las lesiones tienden a desaparecer en forma espontánea entre las primeras semanas y los 2 o 3 meses de vida. Puede ser suficiente tranquilizar a los padres y adoptar una conducta expectante. Si se desea, pueden emplearse geles o cremas que contengan concentraciones bajas de ácido retinoico, peróxido de benzoilo o eritromicina. Fig 1 (2,3,6)



Fig. 1 Acné neonatal

Hiperplasia de las glándulas sebáceas

Es causada por un sobrecrecimiento de las glándulas sebáceas en aquellas áreas en donde son abundantes, y caracterizadas por ser pequeñas máculas o pápulas amarillentas con orificios foliculares dilatados que contienen queratina. Ubicadas en nariz, mejillas y la-

bios superiores, a diferencia de la milia que presenta pápulas de color blanco y son císticas. La involución es espontánea al cabo de pocas semanas y en los niños prematuros generalmente no se presenta (3,7)

Bebé arlequín (coloración en arlequín)

Es un fenómeno vasomotor banal y transitorio que se manifiesta por coloración roja de la mitad longitudinal del cuerpo, que se observa en el lado sobre el que se acuesta al recién nacido. El cambio de color dura algunos segundos o algunos minutos. Algunas veces la cara y los genitales pueden estar afectados. No así las mucosas. La coloración en arlequín se observa con mayor frecuencia durante la primera semana de vida. No se han descrito alteraciones asociadas (1,2,3)

Vesículas por succión

La presencia de una o dos pequeñas vesículas sobre el antebrazo, los dedos o el labio superior de un recién nacido por lo demás normal, se presume que se deben a succión oral intrauterina. Estas vesículas desaparecen espontáneamente en pocos días. Fig. 2 (1,2)

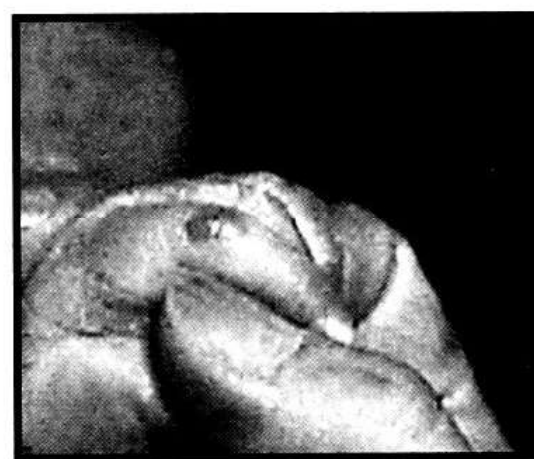


Fig. 2 Vesículas por succión

Cutis Marmorata fisiológico

Es un reticulado normal moteado azulado visto en el tronco y extremidades del RN y niños jóvenes. Se produce como una respuesta fisiológica al frío, con una dilatación de capilares y vénulas pequeñas, que desaparecen a medida que el niño se calienta. Puede permanecer varias semanas a meses, sin embargo no tiene significancia médica y el tratamiento es innecesario.

sario. En su patogenia se encuentra implicada la inmadurez del sistema nervioso autónomo del neonato. En algunos niños puede permanecer hasta la niñez temprana y en algunos puede ser persistente (Sd. Down). En algunos existe un patrón blanco de este fenómeno (cutis marmorata alba) puede ser creado por una hipertonia transitorio de la vasculatura profunda. Este Cutis Marmorata Alba es un desorden transitorio y no tiene significado clínico alguno.

El diagnóstico diferencial de este trastorno debe realizarse con respecto al Cutis Marmorata Telangiectásico Congénito, proceso en el que las áreas de piel afectada se muestran atróficas, no desapareciendo el reticulado livedoide al modificar las condiciones térmicas ambientales. A diferencia de lo que ocurre en el cutis marmorata fisiológico, proceso totalmente benigno y autolimitado, en el Telangiectásico congénito se describen trastornos somáticos asociados hasta en el 50% de los casos y puede constituir un signo de un lupus eritematoso neonatal (3,6,7).

Mancha mongólica

Se presenta como una mancha de color azul o pizarra-gris generalmente en la región lumbosacra y la zona glútea, pero puede presentarse en cualquier parte del cuerpo.

Generalmente alcanza unos pocos cms. Pero algunas veces alcanza a cubrir la espalda inferior y las nalgas.

Se clasifican en tres tipos:

- Mancha Mongólica Común (área sacra)
- Mancha Mongólica Extensa (área sacra-hombros-brazos)
- Mancha Mongólica Persistente

Las manchas mongólicas desaparecen en forma espontánea para los dos primeros tipos durante la niñez (primeros dos años) y en el caso del Tipo Persistente alrededor de los 10 años de edad. No requieren tratamiento. Es importante una explicación a la madre, en especial si el niño es su primer hijo (1,6,7,8).

Padecimientos varios

Quistes de milium

Son pequeños quistes epiteliales llenos de queratina que se presentan en forma de pápulas amarillentas de pocos milímetros de diámetro. Son un hallazgo frecuente en la piel del neonato, donde podemos hallarlos en número variable distribuidos en las mejillas, frente y nariz, hasta en el 40% de los recién nacidos sanos. El diagnóstico diferencial de los quistes de milium cutáneos incluye las pustulosis neonatales y los siringomas eruptivos micropapulosis que pueden verse, por ejemplo, en el Síndrome de Nicolau y Balus. El pronóstico de estos quistes es benigno y cabe esperar su rotura y resolución espontánea durante las primeras semanas de vida (3,6)

Granuloma umbilical

En ocasiones, después de cortar el cordón umbilical de la pared abdominal, permanece en el ombligo una neoformación que consiste en tejido de granulación. Las lesiones no infectadas son rojo brillante, mientras que las lesiones secundarias infectadas tienen costras. Otras veces, se encuentra presente granuloma por talco y granuloma piogénico en el ombligo. El tratamiento del granuloma umbilical consiste en limpiar la lesión con agua y jabón, y una aplicación diaria de una solución de nitrato de plata al 1% (2,3)

Esclerema neonatorum

Es una entidad difusa de crecimiento rápido, caracterizada por el endurecimiento de la piel y el tejido subcutáneo que se presenta en niños prematuros o débiles durante las primeras semanas de vida. Este desorden está asociado a enfermedades de base, tales como: sepsis, distrés respiratorio, enfermedad cardíaca congénita, diarrea o deshidratación.

El proceso es simétrico y generalmente se inicia en piernas y glúteos y se extiende a otras áreas respetando palmas, plantas y genitales, en forma característica. A medida que la enfermedad progresa la piel toma un aspecto cadavérico y la cara toma un aspecto de «máscara», sin expresión.

Su etiología es desconocida aunque se ha hipotetizado un enfriamiento periférico con colapso vascular, defecto de la movilización de ácidos grasos. El pronóstico es pobre y la mortalidad es mayor a un 50%. La muerte se produce por inanición o patología subyacente, cuando el niño sobrevive no hay secuelas.

El tratamiento es de mantención, control de infección, líquidos y en algunos casos esteroides sistémicos (1,3,7)

Necrosis grasa subcutánea

Es un trastorno infrecuente del tejido adiposo, habitualmente benigno y autolimitado, que ocurre en recién nacidos a término sin otra enfermedad de base. Las lesiones se inician entre la primera semana y el primer mes de vida, y, en general aparecen en áreas cutáneas ricas en tejido graso como las nalgas, mejillas y muslos, pero también se pueden presentar en otros lugares. Son placas subcutáneas por lo general bien circunscritas y duras, con una superficie lobulada e irregular, cubiertas por piel violácea. Se encuentra con frecuencia calcificación secundaria. El estado general del paciente acostumbra a ser bueno, raras veces cursan con hipercalcemia e hiperlipemia. Se ha comunicado trombocitopenia transitoria. Las lesiones calcificadas tienden a ulcerarse en forma espontánea y drenan este material. El cuadro histológico muestra hendiduras tipo cristal características en células de grasa, paniculitis lobular con un infiltrado granulomatoso de tipo cuerpo extraño.

El tratamiento debe ser conservador y dirigirse a corregir cualquier anomalía preexistente. Debe controlarse cuidadosamente la temperatura corporal. Las lesiones involucionan espontáneamente en pocas semanas sin secuelas. El diagnóstico diferencial se debe realizar con el esclerema neonatal (3,7,9)

Miliaria

Es un padecimiento común en el recién nacido y en el lactante. Se presenta por una diferenciación in-

completa de la epidermis y sus anexos al nacimiento y como resultado de esta inmadurez, se retiene el sudor asociado a un ambiente cálido, exceso de vestimenta o fiebre. A menudo el tórax está afectado, pero no son raras las lesiones diseminadas o generalizadas. Existen tres clases de miliaria:

Miliaria Cristalina.- desencadenada casi siempre por aumento de temperatura ambiental o corporal, esta extravasación va a acumularse por debajo del estrato córneo. Clínica: pápulas milimétricas translúcidas y asintomáticas, de predominio en los pliegues, que se romperán con gran facilidad. Fig. 3 y 4 (1,2,3).

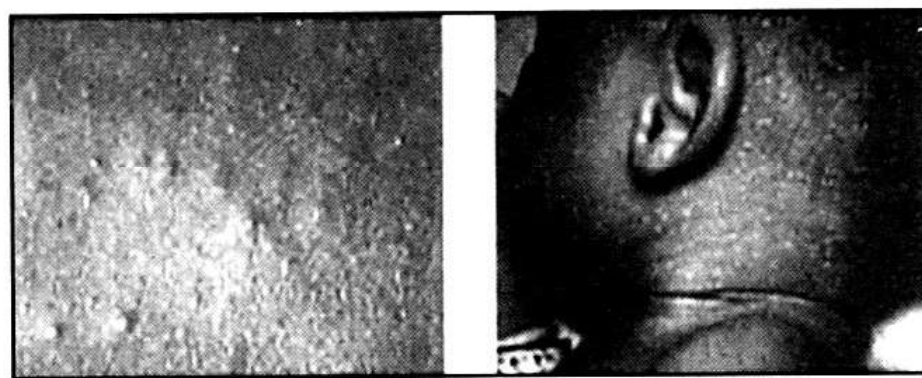


Fig. 3 y 4 Miliaria

Miliaria Rubra.- El proceso ocurre a mayor profundidad en la epidermis, afectando incluso a la dermis superior. Clínica: pápulas o papulovesículas inflamatorias y pruriginosas (1,2,3)

Miliaria Pustulosa.- casi siempre derivada del cuadro anterior, definida por el contenido pustuloso de las lesiones. La intensidad del cuadro guarda relación con el tiempo durante el cual la glándula ecrina permanece ocluida, con la cantidad de secreción retenida y con el grado de inflamación alrededor de los conductos.

El manejo de la miliaria debe centrarse evitando sus factores precipitantes. Debe brindarse a la madre una explicación del mecanismo que participa en el desarrollo de miliaria. Se recomienda el baño una a dos veces por día en climas cálidos. El uso de talco puro, varias veces por día, puede ayudar a mantener

la piel seca. Resorcinol al 3% también puede ser usado (cetaphil) (1,2,3).

Eritema tóxico

Es una alteración transitoria benigna y frecuente en la piel del neonato. No está relacionada con sudoración excesiva. Su etiología se desconoce, afecta al 50 - 70 % de los RN sanos.

Se caracteriza por la combinación clínica de máculas, pápulas, vesículas y con menor frecuencia de pústulas del tamaño de la cabeza de un alfiler con eritema circundante. Aunque la erupción puede estar presente al nacer, lo más habitual es que se inicie entre las 24 y las 72 horas de vida. Sus localizaciones predilectas son la frente, tronco, y las extremidades, respetando palmas, plantas y genitales. Histológicamente se presenta un infiltrado inflamatorio denso, de eosinófilos, en la mitad superior del folículo pilosebáceo. El tratamiento es innecesario, puesto que se presenta reversión espontánea en pocas horas o en uno o dos días. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el impétigo neonatal, candidiasis, infección por virus herpes simple y la melanosis pustulosa neonatal transitoria. Fig. 5 y 6 (3,6,7).

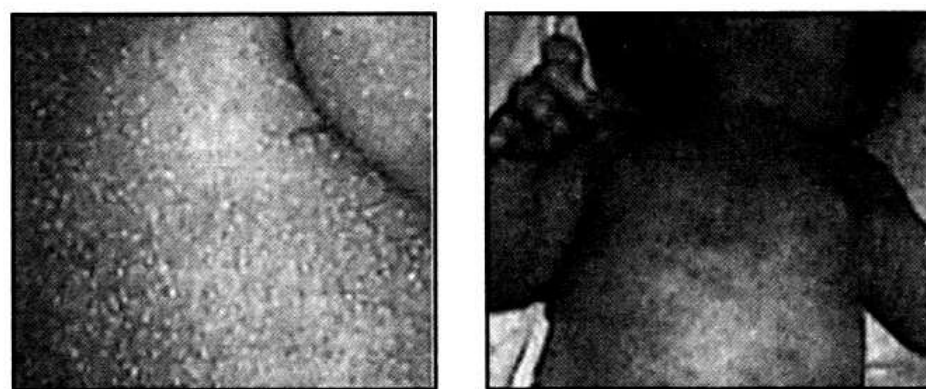


fig. 5 y 6 Eritema tóxico

Melanosis pustular Neonatal transitoria (MPNT)

Este padecimiento se presenta en recién nacidos a término y con más frecuencia en niños negros. La MPNT estaría presente en el nacimiento, mientras que el eritema tóxico haría su aparición más allá de las 48 horas post-parto. Las lesiones son máculas pigmentadas que persisten por varias semanas o me-

ses. Algunas veces se presentan micropústulas superficiales. Estas se rompen con facilidad y dejan un collarite de escamas blancas finas. Algunas lesiones escamosas pueden tener una mácula central café del tamaño de la cabeza de un alfiler. Las áreas afectadas con más frecuencia son el mentón, frente, nuca y la parte baja de la espalda. En la histología, las vesiculopústulas son intracorneales y contienen leucocitos polimorfonucleares. El diagnóstico diferencial debe establecerse con el eritema tóxico. Esta dermatosis es autolimitada y no requiere tratamiento. Fig. 7 y 8 (1,3,6)

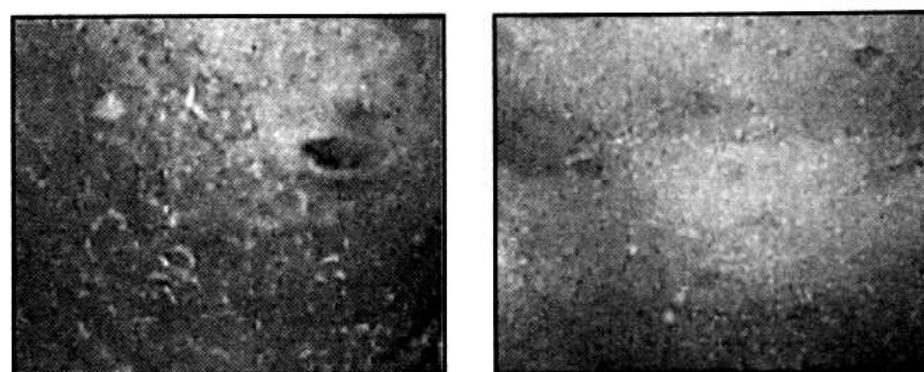


fig. 7 y 8 Melanosis pustular neonatal transitoria (MPNT)

Acropustulosis de la infancia

Es una entidad inflamatoria de etiología desconocida que se caracteriza por brotes de pústulas y papulovesículas, muy pruriginosas, que predominan en palmas y plantas. El curso del proceso es en forma de brotes recurrentes cada 2 a 3 semanas, pudiendo prolongar por meses o años. Se inicia entre los 2 y 10 meses de vida, pero se han observado casos durante las primeras horas de vida (1,2).

Lupus eritematoso neonatal

En el recién nacido, el lupus eritematoso (LE) puede ser una alteración serológica transitoria producida por una transferencia pasiva de la madre con enfermedad activa. También puede ser una enfermedad sistémica congénita en recién nacidos de madres afectadas o sanas. Se ha comunicado una asociación con los antígenos HLA A1 y B8. Se ha postulado a los anticuerpos anti Ro/SSA como marcadores

serológicos para LE neonatal. Solo 33 % de estos niños son positivos para ANA. Las madres pueden tener diversos trastornos autoinmunes, en especial lupus eritematoso cutáneo subagudo y Síndrome de Sjogren. Las manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso sistémico en el recién nacido son: púrpura, petequias, eritema facial, placas de atrofia, escamas y taponamiento por queratina de los orificios foliculares de la cara y cuero cabelludo; incidencia mayor de bloqueo cardíaco congénito. La resolución espontánea de las lesiones de la piel por lo general se lleva a cabo antes del año de edad; no obstante se ha desarrollado LE sistémico en adolescentes que tuvieron LE neonatal.

El tratamiento consiste en lubricación y protección solar, pueden ser útiles los corticoesteroides tópicos suaves en pacientes con afección cutánea más grave. En lactantes con bloqueo cardíaco completo quizá se requiera el marcapaso (3,6,7).

Aplasia cutis congénita (ausencia congénita de la piel)

Este padecimiento, más o menos frecuente, puede heredarse como un rasgo autosómico dominante o recesivo. Se caracteriza por un área redondeada de 1 a 4 cm en la parte posterior del cuero cabelludo cerca de la línea media pero pueden ocurrir en cualquier otra parte del mismo o rara vez en cara, tronco o miembros. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, pero en el tronco o los miembros por lo general son bilaterales y simétricas. Al nacer, el defecto puede estar recubierto por una membrana resistente, dura o en carne viva y ulcerada, o con costra. En el cuero cabelludo, tienden a ser circulares, muy bien delimitadas y sin pelo. Rara vez el defecto es extenso y afecta estructuras subcutáneas como hueso o meninges. Las áreas denudadas cicatrizan con lentitud, originando una cicatriz plana o hipertrófica. Rara vez hay como complicaciones infecciones y hemorragias secundarias.

De manera concomitante puede estar presente un número de defectos asociados, es decir enfermedad cardíaca congénita, defectos del cuero cabelludo, labio y paladar hendidos, sindactilia y polidactilia, microftalmía, parálisis espástica, epilepsia y nevu verrugoso. El tratamiento debe ser conservador; sin embargo, la extirpación quirúrgica de lesiones con mala cicatrización y grandes, o de cicatrices desagradables pueden mejorar problemas cosméticos. Fig. 9 (1,10)

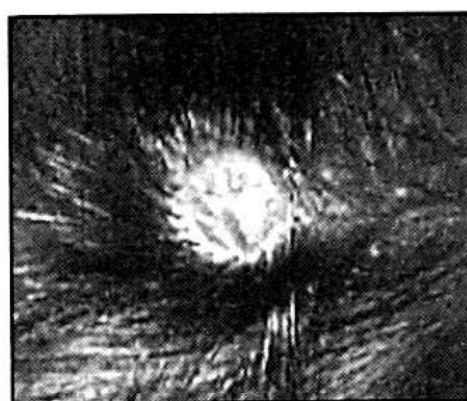


fig. 9 Aplasia cutis congénita (ausencia congénita de la piel)

Síndrome del «Bebé bronceado»

Es un término utilizado para describir al niño que desarrolló una coloración café-grisacea de la piel, suero y orina mientras está en fototerapia por hiperbilirrubinemia.

La causa de esta entidad no es clara. Se presenta entre el 1º - 7º día después de la iniciación de la fototerapia, y parece estar relacionada con fotoisómeros de bilirrubina o un producto de metabolismo de las porfirinas y desaparece pocas semanas después de descontinuada la fototerapia.

Se debe destacar o diferenciar alteraciones pulmonares, enfermedades cardíacas, intoxicación por cloranfenicol (Gray Baby Síndrome) y de una Melanosis adquirida universal (Carbon Baby Síndrome)(1,2,3)

Diagnóstico diferencial de los procesos vesicopustulosos (1,4,5)

Cuadros benignos no infecciosos:

- Melanosis pustulosa neonatal transitoria.

- Miliaria (cristalina y rubra).
- Acropustulosis de la infancia.
- Eritema tóxico neonatal.
- Acné neonatal.
- Folliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia.

Infecciones leves:

Candidiasis neonatal y candidiasis congénita.

-Impétigo neonatal.

Infecciones graves:

Síndrome de la piel escaldada estafilocócica

Candidiasis congénita diseminada.

Infección congénita por el virus herpes - varicela.

Manifestaciones cutáneas de sepsis bacteriana: estreptococo, pseudomona, etc..

Complicaciones fetal y neonatal por procedimientos diagnósticos

Las complicaciones fetales asociadas a procedimientos de diagnósticos invasivos incluido la punción cutánea, pueden producir: cicatriz o laceración, hemorragia, trauma ocular, ceguera, hemorragia subdural, neumotórax, taponamiento cardíaco, laceración esplénica, quiste encefálico, fístula arterio-venosa o ileo-cutánea, pérdida digital, trauma músculo- esquelético, disrupción de tendones o ligamentos, y ocasionalmente gangrena, lesiones en la superficie cutánea pueden ser únicas o múltiples de 1- 6 mm, en forma de depresión. Esto se produce en el 1,7 % de recién nacidos de madres que fueron sometidas a amniocentesis.

La monitorización en cráneo fetal, puede provocar infección, sangramiento por punción en la fontanela, edema, equímosis o alopecia localizada. La incidencia de la infección por los electrodos varía de 0,5 - 5 %, en la mayoría producida por staphylococcus aureus o gram negativo; produciendo: celulitis, necrosis tisular, absceso, osteomielitis, fascitis necrotizante, y herpes simple neonatal, como complicación del procedimiento.

Monitorización de oxigenación transcutánea (aplicación de electrodos de calor en la piel detectando la oxigenación tisular) y pulso de oximetría (para pacientes que están recibiendo anestesia general), provocan eritema, necrosis tisular, y quemadura de segundo grado.

La calcinosis cutis, ocurre en la cabeza, o pecho del niño, en el sitio de colocación de electrodos (usan para su colocación pasta de cloruro de calcio) para electroencefalograma o electrocardiograma placentario; o la administración de cloruro de calcio o gluconato de calcio intramuscular o intravenoso para el tratamiento de hipocalcemia neonatal (1,9)

Referencias

1. Hurwitz Sidney.

Cutaneous disorders of the newborn. Clinical pediatric Dermatology. 1993; 2: 7-44.

2. Orkin, M.

Enfermedades de la piel en lactantes. Dermatología. 1994; 51:751 - 77.

3. Fitzpatrick, TB.

Dermatology in general medicine. 1997; 4th Ed. Chapter 339: 2941-61.

4. Pérez L., Pantoja G., Amaro P., Pereira M., Urbina F.

Lesiones cutáneas en Recién Nacidos; Dermatología 1998; 14 : 217-21.

5. Zegpi MS, Pérez- Cotapos ML, Tapia JL.

Incidencia de Lesiones cutáneas en el recién nacido. Dermatología, 1995; 11: 84 - 86. .

6. Weston WL, Lane AT.

Color Textbook of pediatric dermatology. St. Louis, Mosby-Yearbook, 1991

7. Lane AT.

Human fetal skin development. Pediatr Dermatol. 1986; 3: 487-91.

8. Castilla EE et al.

Epidemiology of congenital pigmented naevi. II. Risk factors. Br J Dermatol; 1981; 104: 307

9. Holmes LB.

Congenital malformations. N Engl J Med. 1976; 295: 204

10. Frieden IJ.

Aplasia cutis congénita: A clinical review and proposal for classification. J Am Dermatol. 1986; 26: 646