

# DERMATOLOGIA NEONATAL

Dra. Marie Noélie Roche\*

Noélie Roche M. **Dermatología Neonatal**. Derm Venez 1993; Vol. 31, Supl. N° 1: 64-68.

## RESUMEN

La Dermatología Neonatal es un tema muy amplio ya que a pesar de que solo cubre los treinta primeros días de la vida del ser humano, abarca gran cantidad de patologías cutáneas, desde las de carácter transitorio y benigno que se ven con frecuencia en el recién nacido, hasta aquellas que son fatales para el niño. En este seminario se presenta un espectro de dermatosis neonatales que el dermatólogo debe correctamente

diagnosticar y así poder tomar una conducta adecuada.

## SUMMARY

Neonatal Dermatology is a very ample theme which although it only covers the first thirty days of the life of a human being, it includes a great variety of cutaneous pathologies, going from the benign and transitory seen with some frequency in the newborn, to those which are fatal to the child. In this seminary a spectrum of neonatal dermatoses is presented which the practicing dermatologist must correctly diagnose and thus adopt an adequate therapy.

## INTRODUCCION

El período neonatal abarca los 30 primeros días de vida. Las enfermedades cutáneas son frecuentes en el recién nacido y como el primer mes es un período corto, este grupo etario es el que presenta mayor incidencia de enfermedades de la piel. Al nacer o en el período neonatal se pueden evidenciar numerosas enfermedades congénitas y hereditarias con manifestaciones cutáneas. Las 10 enfermedades cutáneas más frecuentes observadas en el recién nacido son: miliaria, dermatitis del pañal, dermatitis seborréica, sífilis congénita, candidiasis, escabiosis, hemangioma, aplasia cutis congénita, epidermolisis bulosa y nevus.

Como dermatólogos debemos estar familiarizados con las patologías cutáneas más comunes del recién nacido, ya que aunque este grupo etario es traído a consulta con poca frecuencia, es de suma importancia realizar un diagnóstico correcto e instaurar una terapia adecuada para el futuro bienestar del niño que está iniciando su vida.

En la piel del recién nacido existe frecuentemente superposición entre lo fisiológico y lo patológico, de tal forma que ésta puede presentar diversos tipos de lesiones, las llamadas temporales, de carácter benigno y etiología fisiológica, otras causadas por patologías leves y por último aquellas lesiones que corresponden a enfermedad grave y con frecuencia fatal para el niño.

La piel del recién nacido presenta las siguientes características propias:

- 1.- Alto contenido de glucógeno.
- 2.- Unión débil entre epidermis y dermis (factores químicos o mecánicos pueden causar desprendimiento epidérmico).
- 3.- Alta permeabilidad con baja pérdida transepidérmica de agua.
- 4.- Respuestas vasomotoras exageradas.
- 5.- Glándulas sudoríparas inmaduras, funcionalmente deficientes.

## APARIENCIA DE LA PIEL DEL RECIEN NACIDO NORMAL

A las pocas horas de nacido la piel del niño desarrolla un color rojo intenso el cual puede durar por va-

\* Residente. Instituto de Biomedicina

rias horas. Al desaparecer el eritema, aparece un moteado azulado (livedo reticularis) especialmente en ambientes fríos, acompañado de acrocianosis. Pueden existir un edema leve localizado en la región pubiana y dorso de manos y pies. Todo lo anteriormente descrito es consecuencia de una circulación periférica inestable. La piel del recién nacido es menos pigmentada que la piel de edad posterior, pero ciertas áreas, línea alba, areola y escroto están pigmentadas como consecuencia de niveles circulantes elevados de hormonas maternas y placentarias. Estas hormonas pueden causar también aumento de volumen de las mamas y secreción activa de las glándulas mamarias e hiperplasia del epitelio vaginal.

La piel del niño prematuro es diferente a la piel del niño a término. La piel del prematuro al nacer es más transparente y no tiene arrugas, cubierta por lanugo, el cual en el niño a término ha sido reemplazado por vello. Los efectos de las hormonas sexuales son menos notorios en el prematuro: el escroto es menos rugoso y pigmentado, los labios mayores menos prominentes, los pezones y areolas menos pigmentadas y el tejido mamario menos palpable.

#### LESIONES CUTANEAS TRANSITORIAS EN EL NEONATO

Las lesiones cutáneas transitorias son aquellas presentes en el recién nacido, de carácter benigno, algunas de ellas de pocos días de duración y otras que usualmente persisten varios meses (mancha mongólica). La relevancia de estas lesiones es la de no requerir medidas terapéuticas.

- 1.- Vernix caseoso
- 2.- Lanugo
- 3.- Descamación fisiológica
- 4.- Ictericia fisiológica (ictericia neonatorum)
- 5.- Pubertad miniatura

- 6.- Hiperplasia sebácea
- 7.- Mancha mongólica
- 8.- Milia (quistes millares)
- 9.- Hemangioma macular (mancha salmón)
- 10.-Bebé arlequín
- 11.-Cutis marmorata fisiológico (moteado)
- 12.-Eritema tóxico
- 13.-Ampollas de succión
- 14.-Miliaria
- 15.-Acné neonatorum
- 16.-Melanosis pustular transitoria neonata)
- 17.-Eritema gyratum atrophicans transiens neonatale

#### LESIONES DEBIDAS A TRAUMA OBSTETRICO

- 1.- Eritema
- 2.- Abrasiones
- 3.- Laceraciones
- 4.- Petequias y equimosis
- 5.- Caput succedaneum
- 6.- Cefalohematoma
- 7.- Cicatrices de amniocentesis

#### MALFORMACIONES CONGENITAS QUE AFECTAN LA PIEL

Las malformaciones congénitas afectan un 7% de los recién nacidos, no tomando en cuenta la mancha mongólica ni la mancha salmón. En el siguiente cuadro se presentan las más frecuentes

	Prevalencia casos/ 1000 nacimientos
1.- Manchas mongólicas (negros y orientales)	916
2.- Hemangiomas capilares	702
3.- Ausencia del pliegue del helicoide auricular	35,2
4.- Pliegue simiano	20,4
5.- Clinodactilia	9,9
6.- Hidrocele	8,8
7.- Hipospadias	6
8.- Nevus pigmentados	4,9
9.- Pliegues epicánticos	4,2
10.- Meningocele, encefalocele, anencefalia	4
11.- Pabellones auriculares alejados de los ojos	2,5
12.- Colgajos cutáneos preauriculares	2,3
13.- Sindactilia entre 2° y 3° dedo pies	1,6
14.- Orejas pequeñas	1,4
15.- Seno auricular	1,2
16.- Pie equino	1
17.- Hendidura labial y palatina	0,8
18.- Labio leporino	0,5
19.- Aplasia subcutánea congénita	0,03

## ANOMALIAS CROMOSOMICAS

La prevalencia de anomalías cromosómicas es de 1 en 2000 nacimientos vivos, 5 a 10% de muertes perinatales y 50% de abortos espontáneos.

- 1.- Trisomía 13-15 2.- Trisomía 18
- 3.- Trisomía 21 (síndrome de Down, mongolismo)
- 4.- Síndrome de Turner
- 5.- Síndrome de Klinefelter
- 6.- Pseudo-Ainhum (32) (bandas de construcción amnióticas)
- 7.- Granuloma umbilical
- 8.- Pólipos
- 9.- Pezones supernumerarios 10.- Hemihipertrofia
- 11.- Ausencia congénita de piel (aplasia cutis congénita)
- 12.- Diastematielia

## MALFORMACIONES Y ALTERACIONES VASCULARES

Los hemangiomas cutáneos son malformaciones frecuentes que involucran la vasculatura dérmica y subcutánea. Estos pueden ser superficiales (63-68%), subcutáneos (15%) o mixtos (22%).

Desde el punto de vista histológico se clasifican en hemangiomas "capilares" y "cavernosos". Los hemangiomas capilares muestran vasos sanguíneos dilatados con o sin proliferación endotelial, mientras que los hemangiomas cavernosos presentan vasos sanguíneos muy dilatados con una sola hilera de células endoteliales.

- 1.- Nevus flammeus
- 2.- Síndrome de Sturge-Weber (angiomas encefalofacial o trigémica)
- 3.- Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber
- 4.- Hemangiomas capilares y cavernosos

## 5.- Síndrome misceláneos

- a) Hemangiomatosis difusa neonata)
- b) Síndrome de nevo azul gomoso en burbuja (blue rubber bleb nevus syndrome)

## 6.- Síndrome de Riley-Smith

## 7.- Cutis marmorata telangiectasia congénita.

## 8.- Eritema anular familiar

## 9.- Alteraciones linfáticas

## 10.-Linfangioma circunscrito

## 11.-Linfangioma simple

## 12.-Linfangioma cavernoso

## 13.-Higroma cístico

## 14.-Linfedemas

## 15.-Enfermedad de Milroy (linfedema congénito hereditario)

## 16.-Púrpura

## CAUSAS DE PURPURA NEONATAL

### 1.- Infecciones

- a) Sífilis
- b) Enfermedad de inclusión citomegálica
- c) Síndrome de rubeola
- d) Herpes simple diseminado
- e) Toxoplasmosis congénita
- f) Septicemia por gram (-)

### 2.- Hemangioma gigante y trombocitopenia (síndrome de Kasabach-Merritt)

### 3.- Leucemia congénita

### 4.- Enfermedad de Letterer-Siwe congénita

### 5.- Desórdenes inmunes

- a) Transferencia pasiva de la madre
  - Púrpura trombocitopénica idiopática
  - Trombocitopenia inducida por drogas
  - LES con trombocitopenia

### b) Activos

- Púrpura trombocitopénica iso-inmune
- Eritoblastosis fetal

### 6.- Hipoplasia congénita megacariocítica

### 7.- Ingestión materna de tiazidas preparto

### 8.- Trombocitopenias hereditarias

- a) Síndrome de Wilkott-Aldrich
- b) Trombocitopenia autosómica

### 9.- Defectos de coagulación

## ALTERACIONES PIGMENTARIAS

La producción de melanina no

está en su máxima expresión en la piel del recién nacido, por lo tanto el niño al nacer, irrespectivamente de la raza presentará un color de piel más claro que el que tendrá a mayor edad.

Los cambios de color de piel patológicos se dividirán en difusos o localizados.

### Hiperpigmentación

Difusa: Es muy poco común. Se puede deber al pasaje transplacentario de drogas, endocrinopatía, desorden nutricional, hepatopatía, etc.

### Localizada

- 1.- Manchas café au lait
- 2.- Neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen)
- 3.- Síndrome de Albright
- 4.- Mancha mongólica
- 5.- Nevus de OTA
- 6.- Nevus de ITO
- 7.- Nevus de unión melanocíticos
- 8.- Síndrome de Peutz-Jeghers

### Hipopigmentación

### Localizada

- 1.- Piebaldismo
- 2.- Esclerosis tuberosa
- 3.- Hipomelanosis de ITO

4.- Nevus acrómico

5.- Nevus anemicus

Difusa

1.- Síndrome de Chediak-Higashi

2.- Albinismo

3.- Fenilcetonuria

### NEVUS DE CELULAS EPIDERMICAS

Estos nevus se presentan en 3 de 1000 nacimientos vivos, siendo por lo tanto más frecuentes que las anomalías pigmentarias y vasculares

1.- Nevus epidérmicos

2.- Nevus sebáceos (de Jadassohn)

3.- Nevus comedónico

### ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

1.- Sífilis congénita

Signos de sífilis congénita temprana

Piel

Erupciones máculo papulares, bulosas, anulares, polimorfos, condiloma lata, predilección por palmas y plantas, regiones femorales y anogenitales, deformidades ungueales, paroniquia, alopecia.

2.- Síndrome Estafilocócico de la piel escaldada (enfermedad de Ritter)

3.- Infección por pseudomonas

4.- Infección por herpes simple

5.- Varicela

6.- Rubeola

7.- Infección por citomegalovirus

8.- Toxoplasmosis

9.- Candidiasis mucocutánea

10.-Escabiosis

11.-Impétigo

12.-Tiñas

### QUERATODERMIAS

1.- Feto arlequín

2.- Bebé colodión o niño de celofán

3.- Ictiosis laminar (eritrodermia ictiosiforme congénita no ampollar)

4.- Ictiosis ampollar

5.- Ictiosis ligada a X

6.- Otras dermatosis ictiosiformes

a) Enfermedad de Conradi-Hünerman (condrodistrofia punctata)

b) Síndrome KID (queratitis, ictiosis y sordera) (Keratitits ichthyoses and deafness)

### DERMATITIS

1.- Dermatitis atópica, dermatitis seborréica

Con frecuencia es difícil establecer en el neonato una diferencia entre dermatitis atópica y seborréica. En este período existe una producción elevada de sebo, por lo tanto la dermatitis se caracterizará por una piel grasosa. Por lo general el 70% de las dermatitis neonatales evolucionan a una dermatitis seborréica y un 25% a una dermatitis atópica.

2.- Dermatitis del pañal

3.- Inmunodeficiencia combinada severa, Enfermedad de Leiner y deficiencia múltiple de carboxilasa.

4.- Histiocitosis X

5.- Acrodermatitis enteropática

### ENFERMEDADES AMPOLLARES

1.- Epidermolisis ampollar

2.- Hiperqueratosis epidermolítica (Eritrodermia ictiosiforme congénita ampollar, ictiosis ampollar)

3.- Mastocitosis (urticaria pigmentosa)

4.- Incontinencia pigmenti

### ENFERMEDADES DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

1.- Esclerema neonatorum

2.- Necrosis grasa subcutánea

3.- Paniculitis al frío

### BIBLIOGRAFIA

1.- Ruiz-Maldonado, Parish LC, Beare JM. Textbook of pediatric dermatology, neonatal skin diseases. Grune & Stratton, WB Saunders, 1989: p. 55.

2.- Weston WL. Dermatología pediátrica (neonatal). en Dermatología en Medicina General. 4ª Ed. Editado por T. B. Fitzpatrick, et al. New York, McGraw-Hill, 1987, p. 2907.

3.- Solomon LM, Esterly NB. Neonatal dermatology. Editado por W B Saunders Company. 1973.

4.- Holbrook KA. Human epidermal embryogenesis. Int J Dermatol. 1979; 18: 329.

5.- Holbrook KA, Smith LT. Ultrastructural aspects of human skin during embryonic, fetal, premature neonatal and adult periods of life. Birth Defects. 1981; 17: 9.

6.- Holbrook KA, Odland GF. Regional development of the human epidermis in the first trimester embryo and the second trimester fetus. J Invest Dermatol. 1980; 80: 161.

7.- Plewig G. Regional differences in the human stratum corneum. Part II. Effects of sex and age. J Invest Dermatol. 1970; 54: 19-20.

8.- Harpin VA, Rutter N. Barrier properties of the newborn infant skin. J Pediatr. 1983; 102: 419.

9.- West DP, et al. Pharmacology and toxicology of infant skin. J Invest Dermatol. 1981; 76: 147.

10.- Nachman RL, Esterly NB. Increased skin permeability in preterm infants. J Pediatr. 1971; 97: 628.

11.- Rutter N, Hull D. Water loss from the skin of term and preterm babies. Arch Dis Child. 1979; 54: 858.

12.- Schaffer AJ, Avery ME. Diseases of the newborn. 4th Ed. Philadelphia, W B Saunders, 1977; p. 65.

13.- Harpin VA, Rutter N. Sweating in preterm babies. J Pediatr. 1982; 100: 614.

- 14.- Wasserman F. In Rodahl K (ed). Fat as a tissue. London, McGraw-Hill, 1964.
- 15.- Smales ORC, Kime R. Thermoregulation in babies immediately after birth. Arch Dis Child. 1978; 53: 58.
- 16.- Pratt AG. Birthmarks in infants. Arch Dermatol. 1953; 67: 302.
- 17.- Kikucho I, Inoue S. Natural history of the mongolian spot. J Dermatol. 1980; 11: 219-224.
- 18.- Eply SL, Hanson JW, Cruikshank DP. Fetal injury with midtrimester diagnostic amniocentesis. Obstet Gynecol. 1979; 53: 77-80.
- 19.- Jorgenson RJ, et al. Intraoral findings and anomalies in neonates. Pediatrics. 1982; 69: 577.
- 20.- Alper JC, Holmes LB. The incidence and significance of birthmarks in a cohort of 4641 newborns. Pediatr Dermatol. 1983; 1: 58.
- 21.- Jacobs AH, Walton RG. The incidence of birthmarks in the neonate. Pediatrics. 1976; 58: 218.
- 22.- South DA, Jacobs AH. Cutis marmorata telangiectasia congenita. J Pediatr. 1978; 93: 944.
- 23.- Can JA, et al. Relationship between toxic erythema and infant maturity. Am J Dis Child. 1969; 112-129.
- 24.- Freemar RG, Spillre R, Knox JM. Histopathology of erythema toxicum neonatorum. Arch Dermatol. 1960; 82: 586.
- 25.- Murphy WF, Langley AL. Common bullous lesions presumably self inflicted - occurring in utero in the newborn infant. Pediatrics. 1963; 32: 1099.
- 26.- Sulzberger MB, Harris DR. Miliaria and anhidrosis III multiples small patches and the defects of different periods if occlusion. Arch Dermatol. 1972; 105: 845.
- 27.- Tromovitch TA, et al. Acne in infancy. Am J Dis Child. 1980; 106: 532.
- 28.- Duke EMC. Infantile acne associated with transient increase in plasma concentrations of Luteinising hormone, follicle stimulating hormone and testosterone. Br Med J. 1981; 282: 1275.
- 29.- Tromovitch TA, Abramo AA, Jacobs PH. Acne in infancy. Am J Dis Child. 1963; 106: 230-1.
- 30.- Ramamurthy RS, Esterly NB. Transient neonatal pustular melanosis. J Pediatr. 1976; 88: 831.
- 31.- Holmes LB. Congenital malformations. N Engl J Med. 1976; 295: 204.
- 32.- Raque CS, Stein KM, Lane JM, Reese ED Jr. Pseudo anhuin constricting bands of the extremities. Arch Dermatol. 1972; 105: 434.
- 33.- Fraumeni JF, Geiser CF, Manning MD. Wilms tumor and congenital hemihypertrofia: Report of live new cases and review of the literature. Pediatric. 1967; 40: 886.
- 34.- O'Connerll A, Crick RP. Facial naevus and unsuspected visual loss from glaucoma. Br Med J. 1978; 2: 1750.
- 35.- Renfro L, Feronemus RG. Anatomical differences of port-wine stains in response to treatment with pulsed dye laser. Arch Dermatol. 1993; 129: 1828.
- 36.- Bersky SH, et al. The nature and evolution of port wine stains: A computer assisted study. J Invest Dermatol. 1980; 74: 154.
- 37.- Lindenaver SM. The KlippelTrenaunay-Weber syndrome. Ann Surg. 1965; 162: 303.
- 38.- Hidano A, Nakajima S. Earliest features of the strawberry mark in the newborn. Br J Dermatol. 1972; 87: 135.
- 39.- Edgerton MT. The treatment of hemangiomas with special reference to the role of steroid therapy. Ann Surg. 1976; 183: 517.
- 40.- Burke EC, Winkelmann RK, Strickland MK. Disseminated hemangiomatosis. Am J Dis Child. 1964; 108: 418.
- 41.- Riley HD, Smith WR. Macrocephalia, pseudopapilledema and multiple hemangiomas. Pediatric. 1960; 26: 293.
- 42.- Petrozzi JW, Rah EK, Mofenson H, et al. Cutis marmorata telangiectasia congenita. Arch Dermatol. 1970; 101: 747.
- 43.- Peachey RDG, Lim CC, Whimster JW. Lymphangioma of the skin. A review of 65 cases. Brit J Dermatol. 1970; 83: 519.
- 44.- Whitehouse D. Diagnostic value of the café au lait spot in children. Arch Dis Child. 1966; 41: 316.
- 45.- Alper J, et al. Birthmakers with serious medical significance: nevocellular nevi, sebaceous nevi, and multiple café au lait spots. Pediatric. 1979; 95: 696.
- 46.- Curran FP, Al-Salihi FC. Neonatal staphylococcal scalded skin syndrome massive outbreak due to an unusual phage type. Pediatrics. 1980; 66: 285.
- 47.- Laskin OL. Acyclovir. Pharmacology and clinical experience. Arch Intern Med. 1984; 144: 1241-6.
- 48.- Hanshaw JB. Cytomegalovirus infections. Pediatr Rev. 1981; 2: 24554.
- 49.- Rudolph N, Tariq AA, Reale MR, et al. Congenital cutaneous candidiasis. Arch Dermatol. 1977; 113: 1101-3.
- 50.- Williams ML. The ichthyoses pathogenesis and prenatal diagnosis: a review of recent advances. Pediatr Dermatol. 1983; 1: 1.
- 51.- Baden HP, et al. Keratinization in the harlequin fetus. Arch Dermatol. 1982; 118: 14.
- 52.- Rand RE, Baden HP. The ichthyoses: a review. J Am Acad Dermatol. 1983; 8: 285.
- 53.- Weston WL, et al. Diaper dermatitis: current concepts. Pediatrics. 1983; 66: 532.
- 54.- Cowan MJ, et al. Multiple biotin - dependent carboxylase deficiencies associated with defects in T and B cell immunity. Lancet. 1979; 2: 115.
- 55.- Neldner KH, et al. Acrodermatitis enteropathica. Int J Dermatol. 1978; 17: 380.
- 56.- Baver EA, Cooper TW, Tucker DR, et al. Phenytoin therapy of recessive dystrophic epidermolysis bulbosa. New Engl J Med. 1980; 303: 776-81.
- 57.- Tamayo L, Ruiz-Maldonado R. Oral retinoid (Ro-10-9359) in children with lamellar ichthyosis, epidermolytic hyperkeratosis and symmetrical progressive erythrokeratoderma. Dermatológica. 1980; 161: 305-14.
- 58.- Orkin M, Good RA, Clawson CC, et al. Bullous mastocytosis. Arch Dermatol. 1970; 101: 547-65.
- 59.- Kellum RE, Ray TC, Brown GR. Sclerema neonatorum. Arch Dermatol. 1968; 97: 372-80.
- 60.- Duncan WC, Freeman RG, Heaton CL. Cold panniculitis. Arch Dermatol. 1966; 94: 722.