Problemas dermatológicos más frecuentes del recién nacido

E. Bellver, L. Carnero, M.A. González, M.A. Vicente y X. Krauel

En condiciones normales, la piel del niño nacido a término es de color rosado y está cubierta de vérnix caseosa. El prematuro presenta un color rojo más intenso, y la piel recubierta de un fino lanugo. Los posmaduros tienen la piel más seca y agrietada.

En el recién nacido son frecuentes las enfermedades o afecciones de la piel. Muchas de ellas se resuelven espontáneamente y son de escasa gravedad. Otras, en cambio, pueden persistir y precisar tratamiento, además de educación y consejo a los padres.

Prescindiendo de los procesos cutáneos hereditarios, de las anomalías del desarrollo y de los nevus, nos vamos a ocupar de una serie de cuadros clínicos de importancia variable pero que es preciso conocer para establecer un diagnóstico correcto.

Cutis marmorata

Es un proceso considerado como una alteración fisiológica del recién nacido, que se manifiesta a lo largo de semanas o meses y que carece de significado patológico.

Se caracteriza por manchas azuladas de aspecto reticulado que afectan la piel del tronco y las extremidades, dándoles un aspecto marmolado, el cual se intensifica cuando el niño es expuesto a baja temperatura.

Puede manifestarse de manera persistente en el síndrome de Down, síndrome de Cornelia de Lange, trisomía 18, hipotiroidismo congénito, homocistinuria, lupus neonatal, etc.

El cutis marmorata no se debe confundir con el cutis marmorata telangiectásica congénita, que consiste en un defecto vascular que provoca la aparición de un cutis marmorata persistente, flebectasias y telangiectasias, que en ocasiones se acompañan de úlceras, atrofia de extremidades y otras anomalías asociadas.

Miliaria

Es un trastorno caracterizado por retención sudoral, la cual se produce cuando existe una obstrucción del conducto sudoríparo. La incidencia es mayor durante las primeras semanas de vida, y especialmente en prematuros debido a la inmadurez del conducto ecrino.

La miliaria cristalina o sudamina se caracteriza por brotes de pequeñas vesículas claras sin halo inflamatorio alrededor, que se localizan preferentemente en el tronco. La miliaria rubra está constituida por pápulas eritematosas pequeñas y pruriginosas, que se distribuyen de forma agrupada en áreas cubiertas y de roce, como son la frente, parte superior de tronco y cuello, cara anterior de brazos y grandes pliegues.

El tratamiento deberá encaminarse a evitar la sudoración manteniendo al niño en un ambiente fresco y evitando ropas de abrigo. De forma tópica se pueden utilizar lociones de calamina que actúan sintomáticamente. Se resuelve en pocos días.

Quistes de milium

Aparecen en el 50% de los recién nacidos. Se producen por un bloqueo del folículo pilosebáceo con retención de queratina y sebo. Se manifiestan como pequeñas pápulas blanquecinas de 1 milímetro de diámetro localizadas alrededor de la nariz, mentón, frente y mejillas. Tienen tendencia a desaparecer espontáneamente en las primeras 4 semanas de vida.

Las denominadas perlas de Bohn y Epstein constituyen la contrapartida oral de los quistes de milium faciales, apreciándose en el 85% de los recién nacidos. Se localizan en la línea media del paladar y desaparecen espontáneamente en poco tiempo.

Hiperplasia de las glándulas sebáceas

Relacionada con una estimulación androgénica materna que provoca un incremento del volumen y del número de las glándulas sebáceas. Se manifiesta por la profusión de diminutas lesiones blancoamarillentas localizadas en nariz, labio superior y zona malar. Es un proceso fisiológico que se resuelve espontáneamente.

Acné neonatorum

Se presenta en niños menores de 3 meses. Es más frecuente en el sexo masculino. En su etiología se ha implicado a las hormonas maternas. Consiste en pápulas eritematosas o pústulas de localización en mejillas y ocasionalmente en barbilla y frente. Se trata de un proceso limitado por lo que no requiere tratamiento específico. En la mayoría de los casos, suele ser suficiente la limpieza diaria con agua y jabón; de ser necesario pueden usarse tratamientos tópicos como azufre, ácido salicílico e inclusive antibioterapia (eritromicina).

Eritema tóxico del recién nacido

Es una erupción autolimitada benigna de origen desconocido, que puede afectar al 50% de los recién nacidos a término (4,5-70%). Pueden observarse máculas y pápulas eritematosas, pústulas o una combinación de estas lesiones en cualquier zona del cuerpo, con predominio del tronco y parte proximal de las extremidades. Generalmente se inicia durante las primeras 24 horas de vida y desaparece al cabo de varios días.

A nivel histológico se aprecian acúmulos de eosinófilos debajo de la unión dermoepidérmica. En algunos pacientes (7-15%) coexiste eosinofilia sanguínea.

No requiere tratamiento, ya que involuciona espontáneamente.

Dermatitis seborreica

Suele aparecer durante las primeras 12 semanas de vida. Consiste en una erupción eritematosa, descamativa o costrosa en áreas seborreicas (cuero cabelludo, cara, regiones retroauricular y preesternal, y pliegues). La etiología es desconocida y su incidencia se estima en el 12% de los neonatos. En los últimos años se ha sugerido que *Pityriosporum ovale* puede jugar un papel preponderante; sin embargo, la hipótesis multifactorial (genética-ambiental) es la que cuenta con más adeptos.

Generalmente se inicia en el cuero cabelludo en forma de placas descamativas, grasientas,

de color amarillento, sobre una piel eritematosa; es lo que se denomina costra láctea. Puede extenderse a la frente, pabellones auriculares, cejas, espalda, pliegues y áreas anogenitales. No es infrecuente la infección por *Candida*.

El tratamiento debe ser poco agresivo por su buena evolución y la tendencia a curar espontáneamente. En la costra láctea se emplean vaselina y corticoides de baja potencia. Debe tratarse la sobreinfección por *Candida*.

Algunos pacientes pueden desarrollar una eritrodermia generalizada asociada a diarreas graves e infecciones recurrentes, que constituye la eritrodermia descamativa de Leiner.

Dermatitis del pañal

Aparece por contacto constante y prolongado con orina y/o heces atrapadas por oclusión a causa de las coberturas de plástico de los pañales. Se observa un eritema en la parte interna y superior de los muslos y nalgas, sin afectación del fondo de los pliegues. El tratamiento consiste en cambios frecuentes del pañal, emolientes con óxido de cinc y corticoides de baja potencia.

En la mayoría de dermatitis del pañal se produce sobrecrecimiento de *Candida*, observándose sobre el eritema pápulas y pústulas satélites. En tales casos deben asociarse antimicóticos tópicos.

Necrosis grasa subcutánea

Se presenta como placas o nódulos indurados, bien delimitados en la piel de los recién nacidos en las dos primeras semanas de vida. Se ha relacionado fundamentalmente con la asfixia perinatal. A nivel local se produce una isquemia que desemboca en necrosis del panículo adiposo. Las lesiones suelen aparecer en mejillas, nalgas, espalda y extremidades.

El tratamiento no es necesario en la mayoría de los casos, salvo si se encuentra una calcemia elevada.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con el esclerema neonatal, que es un proceso de pronóstico grave que afecta a niños con el estado físico muy alterado y grandes problemas perinatales, y se presenta como placas grandes con endurecimiento progresivo de la piel y tejido subcutáneo.

Bibliografía

1. Bayliss S. Trastornos cutáneos neonatales. Clin Ped Norteamérica 1991; 4: 767-81.
2. Cohen BA. Transient eruptions of the newborn. En: Pediatric Dermatology. 2ª edición. Ed Mosby.
3. LaVoo EJ, Paller AS. Dermatosis frecuentes durante el primer año de vida. Clin Ped Norteamérica 1994; 5: 1105-17.
4. Zambrano A, López-Barrantes V. Afecciones cutáneas del recién nacido. En: Dermatología Pediátrica. Ed Jims, Barcelona, 1991; 1-15.

NOTAS