

LESIONES DERMATOLOGICAS TRANSITORIAS MAS FRECUENTES EN EL RECIEN NACIDO

DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD HABANA VIEJA

Dr. Felipe Barrios Díaz*

Se revisaron 1 500 historias clínicas de niños menores de 28 días, de las diferentes áreas de salud del municipio Habana Vieja, para determinar las lesiones dermatológicas más frecuentes en esa edad y los medicamentos que se deben utilizar o no en el tratamiento de éstas.

INTRODUCCION

Las lesiones de la piel en los recién nacidos son motivo de consulta frecuente y en la mayoría de los casos son diagnosticadas y tratadas erróneamente.

La piel del recién nacido difiere en ciertos aspectos estructurales y funcionales de la piel del adulto. La epidermis es delgada y el tono vasomotor de la circulación periférica refleja los cambios hemodinámicos que tienen lugar. Hay tendencias a la extravasación de líquido en el interior de la dermis, con fácil formación de ampollas.¹

Las glándulas sebáceas y apocrinas están incompletamente desarrolladas. Las glándulas sudoríparas ecrinas no responden a los estímulos calurosos a causa de un incompleto desarrollo del sistema nervioso.¹

El aspecto clínico de la piel varía desde un eritema generalizado hasta un moteado reticular, estos cambios reflejan una inestabilidad y sensibilidad al reajuste vascular de la situación intrauterina.¹

Para una mejor comprensión de las lesiones de piel, debemos señalar que una vesícula es una lesión elevada de la piel, llena de líquido, cuyo diámetro es inferior a 1 cm. Cuando la lesión es mayor se denomina ampolla. Ambas contienen líquido claro. Si contiene pus se define como una pústula.²

Los trastornos vesiculares y pustulosos transitorios pueden ser de causa:

1. No infecciosos, benignos.
 - a) Melanosis pustular transitoria del neonato.
 - b) Miliaria (cristalina y rubra).
 - c) Acropustulosis de la infancia.
 - d) Eritema tóxico.
2. Infecciones leves.
 - a) Candidiasis (congénita y neonatal).
 - b) Impétigo *neomatorum*.
3. Infecciones graves.
 - a) Síndrome estafilocócico de piel escaldada.
 - b) Candidiasis (diseminada congénita).
 - c) Herpes-varicela congénita.
 - d) Manifestación cutánea de sepsis bacteriana.
 - Estreptococo grupo B.

* Especialista de I Grado en Pediatría. Responsable de Pediatría Habana Vieja.

- *Pseudomona aeruginosa*.
- *Listeria monocytogenes*.
- *Haemophilus influenzae*.
- *Staphylococcus aureus*.
- Sífilis neonatal.

Las erupciones en el área del pañal³ pueden ser:

1. Superficies convexas afectadas, pliegues respetados.
 - a) Dermatitis por contacto.
 - Alérgica.
 - Irritante primario (especialmente amoniacal).
2. Pliegues afectados, netamente limitados.
 - a) Intertrigo por calor y maceración.
 - b) Dermatitis seborreica.
3. Pliegues afectados, más lesiones satélites.
Dermatitis seborreica con candidiasis secundaria.
4. Afección perianal.
Irritación fecal, especialmente con heces diarreicas o alcalinas.
5. Participación perianal con lesiones satélites.
Candidiasis primaria.
6. Zona de eritema en los bordes de los pañales.
Dermatitis *tide mark*.
7. Pequeñas vesiculopústulas estériles.
Miliar (exantema del calor).
8. Vesículas o ampollas.
Impétigo ampolloso.
9. Otras lesiones ampollosas.
 - a) Herpes simple.
 - b) Varicela.
 - c) Glosopeda (Coxsackie A 16).
 - d) Penfigoide ampolloso.
 - e) Epidermolisis ampollosa.
10. Nódulos rojos voluminosos granulomatosos.
Granuloma glúteo infantil.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 1 500 historias clínicas de niños menores de 28 días de edad en los años comprendidos entre 1985 y 1986, procedentes de las diferentes áreas de salud del municipio Habana Vieja.

Se clasificaron en 2 grupos; los que presentaron lesiones en la piel y los que no la presentaron.

Al grupo con lesiones en la piel se le clasificó de acuerdo con la zona afectada.

De acuerdo con las características de las lesiones y la conducta que se debía seguir se analizó la impresión diagnóstica inicial y la emitida posteriormente en la interconsulta.

Se corroboró posteriormente el diagnóstico por la evolución clínica de los pacientes.

RESULTADOS

Del total de 1 500 expedientes clínicos examinados en 546, es decir, el 36 %, se encontraron descritas lesiones en la piel durante el período neonatal. Distribuidos por

superficie cutánea correspondieron a: cara solamente, 128 pacientes, cuerpo solamente, 153, área del pañal, 143 y cuerpo y área del pañal 122.

Los resultados obtenidos se expresan en las tablas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Tabla 1. Lesiones dermatológicas en la cara

	Número de pacientes	
	Inicial	Confirmado
Impétigo	64	0
Acné neonatal	33	0
Miliaria neonatal e hiperplasia de glándulas sebáceas	25	128
Dermatitis	6	0
Total	128	128

Tabla 2. Lesiones dermatológicas en la superficie cutánea

	Número de pacientes	
	Inicial	Confirmado
Impétigo	110	0
Dermatitis	21	0
Eritema tóxico	10	18
Miliaria cristalina	0	15
Miliaria rubra	12	50
Miliaria pustulosa	0	68
Candidiasis	0	2
Total	153	153

Tabla 3. Lesiones dermatológicas en el área del pañal

	Número de pacientes	
	Inicial	Confirmado
Impétigo	98	0
Dermatitis por contacto	12	0
Eritema perianal	21	21
Miliaria rubra	0	51
Miliaria pustulosa	0	48
Candidiasis	10	13
Intertrigo	2	10
Total	143	143

Tabla 4. Lesiones dermatológicas en la superficie cutánea y área del pañal

	Número de pacientes	
	Inicial	Confirmado
Impétigo	98	4
Dermatitis	10	0
Miliaria Rubra	12	43
Miliaria pustulosa	1	67
Candidiasis	0	2
Eritema tóxico	1	6
Total	122	122

Tabla 5. Medicación tópica empleada en pacientes diagnosticados con impétigos

	Pacientes
Neobatín	194
Neopolibación	74
Nitrofurazona	86
Gentamicina	6
Sulfato de cobre y zinc (Alibour)	34
Timerosal	41

Tabla 6. Antibióticos empleados por vía oral en pacientes diagnosticados con impétigo

	Pacientes
Fenoximetilpenicilina	26
Eritromicina	18

COMENTARIOS

Las lesiones en la cara más frecuentes fueron los milios (miliaria neonatal) y las hiperplasias de las glándulas sebáceas.

Los milios se caracterizan por ser pápulas blancas nacaradas, evanescentes y del tamaño de la cabeza de un alfiler, es decir, entre 1 y 2 mm, localizados en las mejillas, pliegues nasolabiales, frente, nariz, orejas, barbilla y áreas periorbitales.

La hiperplasia de las glándulas sebáceas localizadas en los mismos sitios es más pequeña (punteada) y amarilla. Esta lesión no requiere tratamiento.^{1,4}

El acné neonatal no se consideró diagnóstico correcto, ya que no se presentaron las típicas lesiones papulares foliculares eritematosas, papulopustulosas y comedones localizados en las mejillas y también en frente y mentón. Estas lesiones no requieren tratamiento.^{1,4}

Las lesiones más diagnosticadas inicialmente fueron el impétigo (pénfito) que no fue corroborado posteriormente. Estas lesiones en la etapa neonatal son producidas por el estafilococo dorado coagulosa positiva y aparecen entre el segundo y tercer días de la vida. Consisten en vesículas, ampollas o pústulas acentadas sobre una base eritematosa, son muy superficiales y se erosionan fácilmente, dejando salir un líquido turbio. Dejan un área denudada, brillante y húmeda, con tendencia a la formación de costras y originan nuevas lesiones. Vuelven a epitelializarse rápidamente y no forman cicatrices. Los sitios donde se presentan pueden ser axilas, cuello y área del pañal. El tratamiento consiste en antibióticos que actúen contra el estafilococo.^{1,2,4-6}

Se encontró también eritema tóxico (urticaria neonatal) que es una lesión de piel caracterizada por áreas eritematosas de 5 a 16 mm de diámetro, con una elevación amarillenta o blanquizca en el centro. Su aparición es repentina en los 2 primeros días de la vida y desaparece espontáneamente hacia el noveno día. Se localiza predominantemente en el tronco y las regiones glúteas. Raras veces se hace pustulosa y puede variar desde unos pocos hasta docenas, en ocasiones sólo dura unas horas. Hay varias hipótesis, como son la absorción de toxinas intestinales, alergia neonatal e irritación mecánica o química: no requieren tratamiento.^{1,2,4}

La miliaria o síndrome de la retención del sudor o erupción debido al calor ha sido la lesión más frecuentemente encontrada. El arropamiento excesivo y la temperatura elevada en que permanecen algunos recién nacidos son las causas más importantes.

Estas lesiones son provocadas por una obstrucción mecánica de los conductos sudoríparos en ambientes cálidos y húmedos. El aspecto clínico depende del nivel donde esté obstruido el conducto, por lo que se observaron miliaria cristalina, rubra y pustulosa.¹⁻⁶

En la miliaria cristalina el taponamiento es superficial; se caracteriza por aparición de pequeñas vesículas (1 a 2 mm) claras, sin reacción inflamatoria, asintomáticas y de corta duración, a causa de su tendencia a la ruptura superficial hacia el estrato córneo

el más ligero traumatismo. Se distribuyen por todo el cuerpo, en especial en las áreas de roce.

En la miliaria rubra el taponamiento es profundo, aparecen papulovesículas discontinuas, eritematosas y pruriginosas en extremo, que pueden confluir sobre un lecho eritematoso, en las zonas cubiertas de la piel, cuello, tronco y zona de los pañales.

La miliaria pustulosa está precedida de alguna dermatosis que haya dado lugar a lesión, destrucción o bloqueo del conducto sudoríparo. Las pústulas son diferenciadas, superficiales e independientes del folículo piloso. Su contenido es estéril.

Estas lesiones se previenen manteniendo al niño en un lugar a temperatura fresca, evitando el arropamiento excesivo y brindándole baños refrescantes. Puede aplicarse loción de zinc y calamina en los pliegues cutáneos.¹⁻⁶

La candidiasis cutánea, proceso producido por la *Candida albicans* se puede presentar en 2 formas clínicas diferentes: congénita y neonatal.¹⁻⁵

La candidiadis congénita se asocia con una infección intrauterina y las lesiones se presentan desde el nacimiento en las 12 horas siguientes al parto. El exantema comienza en forma de máculas difusas, pápulas y vesículas que habitualmente afectan la cara, el pecho, la espalda y las extremidades. Generalmente las lesiones en la boca y área del pañal no existen. No hay fiebre y tienden a sanar en forma de descamación; el tratamiento es local, con nistatín.

La candidiadis neonatal se adquiere al pasar el niño a través de un canal vaginal infectado por *Candida albicans*, tiene su comienzo en la segunda semana de vida. Se manifiesta habitualmente por muguet oral y lesiones en el área del pañal.

Aparecen pústula y vesículas que se inician en la zona perianal y evolucionan hacia los pliegues cutáneos, con lesiones satélites que eventualmente se diseminan hacia el periné, genitales, zonas suprapúbicas, nalgas y cara interna de los muslos.

El color rojo es intenso, la piel brillante, el borde pustulovesiculoso y las lesiones satélites definen el diagnóstico. El tratamiento indicado es nistatín en polvo o en crema, con esteroides tópicos para disminuir la inflamación concomitante.

No se encontraron lesiones como la melanosis pustular transitoria del neonato, ni la acropustulosis de la infancia.^{2,4} En la primera aparecen al nacer lesiones vesiculosas, pustulares y maculares de color marrón, de 3 a 4 mm de diámetro, que se localizan preferentemente debajo del mentón, en la nuca y menos frecuentemente en el resto del cuerpo. Las lesiones evolucionan transformándose en máculas pigmentadas de color marrón, rodeadas de un collarite periférico descamativo. Pueden estar agrupadas y desaparecen gradualmente hacia los 3 ó 4 meses, sin dejar cicatrices residuales. Las pústulas habitualmente aparecen sólo en los primeros días de vida, las máculas pueden persistir durante varios meses. La causa es desconocida y no requieren tratamiento.

La acropustulosis de la infancia puede iniciarse en las primeras horas de la vida, con pápulas de varios milímetros de diámetro en las extremidades, especialmente en ambas superficies de las manos y los pies y ocasionalmente en el resto del cuerpo.

Son pruriginosas y evolucionan en vesículas y pústulas en un día.

Aparecen en grupos cada 2 ó 3 semanas, y pueden durar cada grupo entre 7 y 10 días. La causa es desconocida y el tratamiento es el alivio del prurito.^{2,4}

La dermatitis perianal es una irritación de la piel caracterizada por una erosión eritomatosa superficial. Es más frecuente en el niño alimentado artificialmente y suele depender de heces diarreicas.³

El intertrigo aparece en las superficies cutáneas que están en aposición, como son las ingles, las axilas, entre los dedos, surco interglúteo y detrás de las orejas. La humedad y la retención de sudor se combinan para provocar maceración e irritación. La piel se pone roja, ligeramente macerada y evoluciona hasta una hiperamia intensa con piel

denudada y erosión. Pueden añadirse infecciones bacterianas y por *Candida albicans*, ya que la humedad acumulada no puede evaporarse libremente.^{3, 5, 6}

La dermatitis por contacto puede ser de causa alérgica, aunque es más frecuente después de la primera infancia y causada por irritantes primarios (amoniacal), no suele aparecer hasta después de los 3 meses de edad.³

La dermatitis seborreica, los nódulos voluminosos granulomatosos y las bandas de eritema en los bordes de los pañales no se encontraron. La primera es una reacción inflamatoria crónica y recurrente de la piel que se transmite genéticamente, se presenta en el cuero cabelludo (costra láctea), los rebordes palpebrales, las orejas, los pliegues del cuello y en el área del pañal. Se caracteriza por pápulas o placas adherentes, amarillentas, escamosas o costrosas que se fusionan formando parches que en áreas flexurales pueden erosionar y dejar fisuras que destilan y se infectan fácilmente; estas lesiones no producen prurito.^{3, 5, 6}

Los nódulos granulomatosos son indolores, duros, de color rojo azulado o pardo, a modo de angiomas, simétricos, pueden ser voluminosos, y están orientados a lo largo del eje de los pliegues glúteos, parte interna de los muslos y a veces hacia la parte baja del abdomen. Su causa no está definida, se relaciona con la aplicación prolongada de corticosteroides fluorados en aquellos niños con erupción del pañal.³

Las bandas de eritema en los bordes de los pañales son causadas por las bandas elásticas en los bordes de algunos pañales en forma de pantalón. Se evitan enrollando el borde del pañal hacia afuera.³

Para prevenir las lesiones en el área del pañal es recomendable mantener al niño en un ambiente fresco y ventilado, suprimir el exceso de ropa, eliminar cubiertas impermeables que permitan la evaporación. Es necesario el cambio frecuente de pañales y dejar al niño sin ellos durante largo tiempo todos los días. No deben usarse pañales con bordes elásticos y se deben lavar y enjuagar adecuadamente. Cuando las lesiones están presentes y la erupción es aguda, deben aplicarse compresas húmedas frías intermitentes de solución salina durante 2 ó 3 días. Cuando la zona afectada se encuentre seca se impone el tratamiento específico; en las dermatitis se recomienda el empleo de pomadas esteroides. Una vez que las lesiones han curado la piel puede protegerse de irritantes utilizando la pasta de lassar, que no deberá aplicarse si la piel está inflamada.³

CONCLUSIONES

1. La miliaria neonatal (milios) e hiperpasia de las glándulas sebáceas fueron las lesiones más frecuentes que se presentaron en la cara.
2. La miliaria (cristalina, rubra y pustulosa) fue la lesión que más se encontró. Esto se relaciona con el ambiente cálido y el arropamiento excesivo de los niños.
3. El impétigo *neonatorum* resultó una lesión poco frecuente una vez confirmado el diagnóstico y la lesión más frecuente diagnosticada inicialmente.
4. El eritema tóxico es una lesión cutánea en el recién nacido que debe valorarse con frecuencia.
5. Hubo un abuso de empleo de medicación local y sistémica en comparación con los diagnósticos corroborados.
6. Prácticamente la mayoría de las lesiones de la piel no requieren tratamiento. Con ambiente fresco y ropa apropiada se evitan y curan.
7. Es necesario una mayor divulgación al personal médico que atiende a neonatos de toda la diversidad de lesiones de piel que se presentan en este período de edad, para su mejor manejo y aplicación de tratamientos.

SUMMARY

A total of 1 500 clinical histories of infants aged less than 28 days, of different health areas in Havana Vieja Municipality, was reviewed to determine the most frequent dermatologic lesions at that age, as well as drugs that must be or must not be used in their treatment.

RÉSUMÉ

Il est réalisé une revue de 1 500 dossiers médicaux d'enfants âges de moins de 28 jours, appartenant aux différentes aires de santé de la municipalité Habana Vieja, en vue de déterminer quelles sont les lésions dermatologiques les plus fréquentes à cet âge, de même que les médicaments qui doivent ou non être utilisés dans le traitement de ces lésions.

BIBLIOGRAFIA

1. Nelson, W. E.; V. C. Vaughan; R. J. McKay: Tratado de Pediatría. 7ma ed V. II Ed. Salvat 1980. P. 1585.
2. Seeghner, M. D.; Sh. Press: Trastornos vesiculares, ampollosos y pustulosos en la lactancia y en la infancia. Clin Ped Norteam 4: 603-623, 1983.
3. Alvin, J. H.: Erupciones en el área del pañal. Clin Ped Norteam. 2: 209-224, 1978.
4. Schaffer, A. J.; M. E. Avery: Enfermedades del recién nacido. 4ta ed. T. II, Ed. Revolucionarias, 1981. Pp. 1010-1017.
5. Andrews, D.; N. Anthony: Tratado de Dermatología. Ed. Revolucionaria T. I. 1983.
6. Hernández Baquero, C.: Dermatología. Ed. Científico Técnica. 1986.

Recibido: 7 de marzo de 1987. Aprobado: 18 de mayo de 1987.

Dr. Felipe Barrios Díaz. Calle Colina No. 68, entre San Luis y Delicias, Lawton, Ciudad de La Habana, Cuba