



11237
11237
Eej
67

**Universidad Nacional
Autónoma de México**

**Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado**

"FRECUENCIA DE LOS PADECIMIENTOS DERMATOLÓGICOS EN EL H. G. DR DARIO FERNANDEZ F. DEL I.S.S.S.T.E."

T E S I S

**Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

p r e s e n t a

Dr. Francisco Javier García Hurtado

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pag.
Introducción -----	1
La Piel en el Neonato -----	3
Valoración de la Piel en el Neonato -----	8
Alteraciones de la Piel en el Recien Nacido---	10
Estudio de 500 casos -----	19
Objetivos -----	19
Material y Métodos -----	20
Resultados -----	22
Comentarios y Discusión -----	26
Bibliografía -----	28

INTRODUCCION

Se ha referido en múltiples ocasiones que aproximadamente el 25 a 30% del total de la consulta pediátrica general corresponde a enfermedades de la piel., de éstas, el pediatra debe ser capaz de resolver - el 90% de las mismas sin necesidad de enviar al paciente al especialista.

En la mayoría de las instituciones que forman pediatras no consideran a la dermatología como necesaria dentro del curriculum que debe llevar el pediatra y éste sale mal preparado en esta rama de la medicina.

Un extenso estudio epidemiológico de las enfermedades de la piel -- en pediatría nos ha mostrado que el 85.% de las afecciones cutáneas - del niño está formado por solo 20 padecimientos y el 92% por 30 enfermedades.

El objetivo de esta tesis es revisar en forma sencilla y didáctica los aspectos y enfermedades más comunes de la dermatología neonatal, - por considerar en nuestro caso en particular de utilidad dada la poca importancia que se le otorga a estos padecimientos en el cunero de -- nuestro hospital. El reconocer adecuadamente estos trastornos nos permite cumplir con los siguientes propósitos:

- a) Reconocer el significado real de cada entidad nosológica y -
brindar consejo apropiado a los padres.
- b) Evitar al recién nacido un tratamiento inadecuado.
- c) Ahorrar al neonato sano un extenso estudio.
- d) Eliminar una prolongada hospitalización con la inherente mor-
bilidad que conlleva.

Se presenta el trabajo de tal manera que inicialmente se muestra una descripción de los aspectos generales de la piel del neonato -- para posteriormente pasar a una revisión somera de aquellos padeci- mientos identificados como más comunes en el recién nacido por di- versos autores reconocidos en ésta rama.

Finalmente señalamos los resultados de un estudio prospectivo - realizado en el servicio de cuneros del H. G. "Darío Fernández del T.S.S.S.T.E." el cual tiene como objetivo fundamental determinar la frecuencia de los padecimientos de la piel en éste grupo de edad. El estudio será detallado de acuerdo a los resultados obtenidos y - comparado con la información de otros autores.

LA PIEL EN EL NEONATO:

En el recién nacido, la piel es el primer órgano que se nos presenta a la vista en toda su extensión y complejidad. Su apariencia de suavidad, tersura, humedad y color uniforme. le confiere una belleza tal, que es la piel que se desearía conservar a través de toda la vida.

Dado lo sencillo y accesible de su exploración, el médico mediante un conocimiento cutáneo cuidadoso puede obtener una multitud de información acerca de las características del niño y deducir algunas de su vida futura.

Normalmente en el recién nacido podemos notar algunas alteraciones transitorias, no patológicas que son el resultado del cambio que experimenta el nuevo ser al dejar la vida intrauterina.

Al nacimiento todo el tegumento cutáneo está cubierto de una película oleosa o vermíx caseoso, mezcla de secreción sebácea y células epiteliales descamadas. Un pelo fino denominado lanugo cubre casi todo el tegumento cutáneo exceptuando palmas y plantas; el lanugo será reemplazado durante los primeros meses de la vida por el pelo terminal conocido como cabello en la piel cabelluda y vello en el resto del cuerpo. Las uñas deben haber alcanzado su completo desarrollo, considerando un signo de prematuridad lo contrario.

Durante los tres primeros días de la vida, generalmente la piel está enrojecida o eritematosa y presentan discreta descamación.

En ocasiones como resultado de la influencia hormonal de la madre durante la vida fetal, es común observar alrededor de los tres primeros meses de la vida la llamada " pubertad en miniatura del recién nacido"-clínicamente se expresa como hiperplasia de glándulas sebáceas del dorso de la nariz, tumefacción de glándulas mamarias, hiperplasia de epitelio vaginal y en no raras ocasiones por secreción blanquecina o hemorragia vaginal.

ANEXOS DE LA PIEL:

En el neonato, el volumen y la actividad de los anexos -foliculos - pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas -manifiestan la madurez. La hiperplasia pasajera de las glándulas sebáceas en el neonato, que depende del efecto de hormonas transplacentarias, se observa en forma de pápulas blanquecinas intimamente agrupadas, más a menudo en nariz y mejillas. Este aumento de volumen de las glándulas sebáceas es pasajero y desaparece espontáneamente en una ó dos semanas.

La piel, estéril al nacimiento, rápidamente es colonizada por algunas bacterias, levadura y quizás virus, que juntos constituyen su flora normal. Esta flora es influenciada por el clima, la edad, la higiene, - la ropa y otras circunstancias. La secreción sudoral y sebácea unidas a la flora cutánea, desde los primeros días forman una cubierta protec-

tora con pH ácido que se conoce como "manto ácido".

Para facilitar la comprensión de las enfermedades cutáneas del niño es conveniente recordar brevemente su embriología, anatomía y fisiología.

EMBRIOLOGÍA.

En la segunda semana de vida, el embrión aparece limitado por una capa de células llamada peridermo. Dos semanas después, bajo el peridermo, una segunda capa de células cuboidales constituye el estrato germinativo que en los meses siguientes dará lugar al epitelio poliestratificado que conocemos como la epidermis y sus anexos.

La epidermis al nacimiento queda finalmente constituida por varias hileras de células que presentan diferentes morfologías de la profundidad a la superficie, en la profundidad son cilíndricas, en las capas poliédricas y en la superficie cutánea son aplanadas. Entre mezclados entre las células que descansan directamente sobre la dermis y que constituyen las células basales, se encuentran los melanocitos, células que llegan a la epidermis procedentes de la cresta neural del embrión. Queratinocitos y melanocitos tendrán como objetivos formar queratina y melanina respectivamente, ambas sustancias indispensables para que la piel desempeñe su función de barrera protectora. Después del segundo mes de vida embrionaria aparecerán a espacios variables yemas epidérmicas que se insinuarán hacia la dermis para formar los folículos pilo-sebáceos y las glándulas sudoríparas.

Mientras tanto las uñas aparecerán de un repliegue epidérmico en la extremidad distal de los dedos.

A partir de otra capa embrionaria denominada mesodermo se va a formar la dermis, corion o cutis, la cual sirve de soporte y nutrición a la epidermis. La dermis está constituida por tejido conectivo, mezcla de fibras colágenas, reticulares y elásticas, que le van a conferir a la piel sus cualidades de elasticidad y resistencia.

Una capa de tejido adiposo o hipodermis servirá de base a la dermis y epidermis, uniendolas a los tejidos profundos.

Así, anatómicamente al nacimiento la piel ha alcanzado su completo desarrollo y estará lista para realizar sus complicadas funciones. La común estirpe embriológica de la piel con otros órganos derivados como ella del ectodermo y mesodermo, determinará, especialmente en la xenodermatosis que sus alteraciones con frecuencia se acompañen de modificaciones en otros órganos, aparatos y sistemas.

FISIOLOGIA.

A la función limitante que desde la vida embrionaria realiza la piel se añade al nacimiento la de barrera protectora del organismo, demanda que establece el cambio del ambiente intrauterino por el ambiente exterior.

Al nacimiento también y debido a su gran red vascular, la piel puede iniciar su participación en la regulación de la temperatura corporal y en la homeostasis del organismo. Su rica inervación le confiere el sen-

tido del tacto, el cual participará en forma importante en el desarrollo emocional del niño.

Es conocida la sensibilidad especial de la piel del recién nacido - frente a numerosos factores externos e internos, la cual se debe a particularidades anatómicas y fisiológicas del tegumento durante ésta época de la vida. Ewerbeck y Cols. resumen las características más importantes en la siguientes forma:

- 1- Ausencia de capa cornea durante los primeros días del nacimiento.
- 2- Desarrollo deficiente de la capa granulosa, estrato filamentosos y - capa germinativa.
- 3- Escases de filamentos intercelulares.
- 4- Ausencia de tejido conjuntivo abundante en fibras de la dermis.
- 5- El tejido adiposo subcutáneo está completamente desarrollado
- 6- Los pelos se encuentran en el período de recambio.
- 7- Las terminaciones nerviosas no están desarrolladas completamente.
- 8- La piel está muy hidratada, pero el manto ácido es prácticamente - inexistente en los primeros días.
- 9- Carencia de defensas leucocitarias.

VALORACION DE LA PIEL DEL NEONATO

La valoración del neonato comienza con estimar la madurez y el estado de nutrición que se manifiesta en el aspecto de la piel. Las alteraciones en la distribución y la cantidad de grasa subcutánea producen diferencias netas del aspecto de la piel. En el prematuro, en quien no ha aparecido aún grasa subcutánea, la piel es delgada pero tensa. En los niños dismaduros a término que han presentado insuficiencia utero-placentaria y movilización de la grasa para fines de nutrición, la piel es laxa y arrugada.

QUERATINIZACION.

La madurez y el estado de nutrición se reflejan en los fenómenos de queratinización y se manifiestan por descamación. En el prematuro, ello solo ocurre hasta la segunda o tercera semana de la vida. El niño normal a término presenta descamación escasa o ninguna antes de 24 a 48 horas del nacimiento. Se considera que la descamación que se observa en el recién nacido es anormal. El niño dismaduro con insuficiencia utero-placentaria nacen con una membrana tensa, brillante y semejante al colodión. Esta epidermis anormal presenta descamación al nacer y descubre piel aparentemente normal. El niño con nutrición normal que sufrió anoxia intrauterina aguda presenta la misma clase de descamación al nacer que se observa en el niño normal entre las 24 y-

48 horas. Consideramos que ésta descamación observada en la sala de partos es patognomónica de anoxia intrauterina aguda. En casos poco frecuentes, la descamación al nacer depende de dermatosis ictiosiforme congénita.

SIGNOS VASCULARES.

Otros signos cutáneos de madurez guardan relación con el estado vasomotor del niño. Son ejemplos de lo anterior la acrocianosis intensa y cutis marmoráta en el prematuro. Los dos estados se observan en niños a término, pero son menos frecuentes, más breves y así mismo reflejo de inmadurez de su sistema neurovascular.

ALTERACIONES DE LA PIEL EN EL RECIEN NACIDO

Para facilitar el estudio de las dermatosis del recién nacido, estas pueden clasificarse de la siguiente manera:

I.- Padecimientos Infecciosos:

- Impétigo*
- Folliculitis
- Perioritis
- Enfermedad de Ritter
- Sífilis Neonatal
- Candidosis.

II.- Anomalías Congénitas:

- Nevos*
- Aplasia Cutis
- Albinismo
- Ictiosis
- Mancha Mongólica*
- Feto Arlequín
- Niño Colodión
- Epidermolísis Bulosa Distrófica

III.- Alteraciones Físico-Químicas

- Sudamina*
- Dermatitis de Zona del Pañal*

IV.- Traumatismos *

- Hematomas
- Equimosis
- Heridas
- Necrosis Adiposas Subcutáneas

V.- Otros (algunas de etiología no bien conocida)

- Dermatitis Seborreica
- Eritema Tóxico*
- Milio*

Revisaremos a continuación algunos aspectos importantes de aquellos trastornos señalados con asterico por ser referidos por varios autores como los de más frecuente aparición.

MANCHA MONGOLICA:

Fué descrita por Bais en 1875, considerandola como un estigma etnico sobre todo en la raza amarilla y en los mongoles, de ahí el nombre que se le diera. Los niños mexicanos la presentan en un 90% . Es una lesión congénita que suele presentarse en la porción inferior de la región sacro-coccígea, - espalda, regiones glúteas y a veces hasta hombros, muslos, piernas y pies; - particularmente en niños de tez oscura. Clínicamente es una mancha azul---verdosa ó gris apizarrado de diferentes formas y tamaños, con contornos ne-

tos y que semeja una magulladura. La mayor parte de las manchas desaparecen durante la niñez (generalmente entre los 4 y los 7 años de edad) - pero algunas persisten hasta la edad adulta. La histogénesis de la mancha mongólica resulta de la desaparición tardía de los melanócitos dérmicos en su migración desde la cresta neural hacia la epidermis, y por tratarse de una situación de retardo, la mancha mongólica suele desaparecer.

En el estudio histopatológico, la mitad inferior de la dermis presenta células dendríticas muy alargadas y delgadas que poseen gránulos de melanina, esparcida en los fascículos de colágena. La reacción de Dopa es positiva, lo cual indica que son una clase de melanócitos. El color azul depende del efecto Tyndall de luz que pasa a través de un medio no límpido, la piel, y se dispersa. Los colores que poseen longitud de onda mayor se dispersan menos y atraviesan directamente el medio; los que tienen longitud de onda más corta como el azul, se dispersan en sentido retrógrado, a través de la superficie de la piel, lo cual produce el color azul característico.

ERITEMA TOXICO:

El eritema toxico fué reconocido como entidad clínica por primera vez en 1826. Esta erupción benigna transitoria afecta aproximadamente a un tercio de todos los neonatos (se refiere hasta un 50%). Pueden presentarse máculas eritematosas, papulas, vesículas y mas raramente -

pústulas o una combinación de éstas. El trastorno se vé en niños nacidos a término y habitualmente aparece entre las 24 y las 72 horas de vida, aunque han sido descritas lesiones desde el instante del nacimiento. El eritema tóxico persiste habitualmente hasta la edad aproximada de una semana, si bien raramente se ha descrito una duración de varias semanas. Los lugares de predilección son, la frente, cara pecho, tronco y extremidades. Es infrecuente ver esta alteración en palmas y plantas. Hay una cualidad de evanescencia en estas lesiones; en unas cuantas horas pueden desaparecer. En el eritema tóxico las lesiones pueden evolucionar desde una erupción eritemaculosa eritematosa a papulas rojas, blancas o amarillas ó a una erupción vesiculopustular. Todos estos estadios son asintomáticos.

La etiología del eritema tóxico es desconocida, las hipótesis han incluido la absorción de toxinas intestinales, una alergia neonatal y una irritación y una irritación mecánica ó química. Mediante biopsia se demuestra en las pústulas una acumulación subcorneal ó intraepidérmica de eosinófilos.

Histopatológicamente las lesiones se asocian a infiltrados de eosinófilos que, a menudo se ven unidos al sistema del conducto pilosebáceo.

Las tinciones de Wright, Gram o Giemsa, confirman el infiltrado eosinofílico en ésta enfermedad. El eritema tóxico es autolimitado, desapareciendo en días ó semanas sin dejar pigmentación residual y sin necesidad de tratamiento.

Miliaria:

La miliaria es una manifestación de la retención de sudor que, a menu-

do, se ve durante las primeras semanas de vida. Debido a la relativa inmadurez de los conductos écrinos, la obstrucción parcial y la retención del sudor écrino hacia la epidermis. Hay dos formas frecuentes: miliaria cristalina y miliaria rubra.

La miliaria cristalina (sudamina) consiste en vesículas claras de paredes delgadas de uno ó dos milímetros de tamaño con una distribución generalizada con frecuencia muy abundantes y agrupadas, observadas más a menudo en frente, tronco y caras extensoras de brazos. Nunca se observa al nacer, pero puede presentarse incluso desde el primer día postnatal en el neonato maduro. Estas lesiones suelen ser asintomáticas, las vesículas se rompen fácilmente con una ligera presión y en su exámen histopatológico aparecen dentro ó inmediatamente debajo del estrato córneo. Hay una inflamación perivascular relativamente escasa.

La miliaria rubra (salpullido por calor) es una erupción profunda caracterizada por la presencia de lesiones diminutas rojas papulovesiculares

Aunque las lesiones pueden aparecer en cualquier sitio, las áreas cubiertas del cuerpo tienen tendencia a afectarse más severamente.

La biopsia revela inflamación rodeando al sistema ductal écrino en la epidermis. A diferencia de la miliaria cristalina, rara vez se presentan antes de la primera semana de vida.

En la mayoría de las salas de recién nacidos, la regulación de la temperatura ambiental, a menudo previene la miliaria. Una vez presente, unas veces presente, unas compresas húmedas frescas para secar las lesiones, ofre

cen una mejoría sintomática rápida. También puede ser de utilidad en niños algo mayores una loción de calamina con 0.25% de mentol. En varias ocasiones, la miliaria rubra progresa a lesiones pustulares, especialmente en climas cálidos y húmedos.

MILIO:

Se reserva el nombre de milio para los pequeños quistes epidérmicos de inclusión que se observan frecuentemente en forma de papulas blancas escasas, esparcidas, discretas y algo elevadas, que rara vez exceden de 1 mm de diámetro. En la cara, son más frecuentes en frente y mejillas que en la nariz. Corresponden a epidermis invertida que rodea perlas diminutas de queratina que pueden expulsarse por manipulación suave. Desaparecen espontáneamente en la primera semana de vida.

DERMATITIS DE ZONA DE PAÑAL:

La dermatitis del pañal se ha referido que ocupa el 2do lugar entre las dermatosis del recién nacido. Las lesiones generalmente se inician en la zona genital ó perianal, pero pueden aparecer en cualquier parte de piel en la zona que abre el pañal ó el calzón. Su morfología es variable dependiendo de su severidad y manejo previo. Varía desde un enrojecimiento ó eritema cutáneo hasta fisuraciones, úlceras e infección agregada. Comúnmente se atribuyen las lesiones al contacto de la orina con la piel, sin embargo, ello no es suficiente para producirlas y es -

necesario que la urea de la orina se transforme en amoniaco, sustancia irritante para el tegumento cutaneo y la causante de las lesiones. Esta reaccion es llevada a cabo por algunas bacterias y levaduras saprofitas del intestino presentes en las evacuaciones .

Se propone en el tratamiento como medidas fundamentales mantener en el area del pañal seca y limpia y en algunos casos el uso de cremas --- inertes, antibi6ticos 6 fungicidas en caso necesario.

NEVOS:

El nombre genérico de nevos, designa restos congénitos, sean epiteliales, de anexos, vasculares 6 mesodérmicos. El componente que predomina rige el aspecto y el curso clínico, y las lesiones son lo bastante características para explicarlas por separado. En párrafos anteriores se reviso la mancha mongólica, (nevo melanocítico más frecuente en el recién nacido) . En este apartado nos referiremos al más frecuente de los nevos vasculares.

De todos los nevos, la lesión vascular llamada nevo simple (nevo telangiectásico, mancha en salm6n) es la más frecuente, y se observa en más del 50% de los neonatos.

Se presenta en forma de mácula roja, por lo regular en nuca, párpados superiores y región nasolabial. El exámen histopatológico muestra capilares ectásicos y no neoformados. Aunque la mayor parte de estas lesiones se desvanecen en el primer año de vida, 5% de las que ocurren en -

en la nuca persisten y se llaman nevos de Unna.

IMPETIGO NEONATAL:

Impétigo neonatal es un término usado para describir el impétigo - estafilococcico ampolloso que aparece precozmente en el segundo ó tercer día de vida. Hay numerosos epónimos desafortunados cuyo uso debería desecharse. El impétigo neonatal consiste en vesículas ampollosas ó pústulas asentadas sobre una base eritematosa. Las lesiones superficiales se erosionan fácilmente dejando una area denudada brillante -- que está húmeda y tiene tendencia a la formación de costras. Los lugares de predilección incluyen zonas húmedas , como el pañal, axilas y - cuello.

Histopatológicamente, esta lesiones representan pustulas subcorneales con cocos Gram (+) y neutrófilos polimorfos. La tinción de Gram - de las pustulas revelará cocos Gram (+) en grupos y neutrofilos polimorficos.

La infección normalmente se limita a la epidermis y habitualmente - no produce manifestaciones sistémicas. El impétigo responde rapidamente al tratamiento antibiótico oral durante 10 días con dicloxacilina - (12.5-25 mg/Kg día) ó cloxacilina (50 mg /Kg día). No obstante, si están presentes fiebre, irritabilidad y otros signos de enfermedad sistémica, es necesario hospitalizar al neonato para un abordaje séptico y la administración de antibióticos intravenosos.

TRAUMATISMOS:

Los recién nacidos también están expuestos a traumatismos que ocasionan lesiones en la piel como son: Las causadas por las maniobras que se realizan durante el parto, manifestándose como hematomas, equimosis y heridas, sobre todo cuando se utiliza forceps.

Una entidad ocasionada por maniobras de parto laborioso es la necrosis adiposa subcutánea trastorno que es favorecido por el escaso contenido de olefina de la grasa subcutánea. Probablemente depende de que las contracciones uterinas comprimen la parte afectada contra la pelvis materna. Clínicamente se manifiesta por placas duras, infiltradas, eritematosas mal definidas, desplazables, de tejido celular subcutáneo que -- pueden presentar reblandecimiento y confundirse con abscesos. Las lesiones aparecen sobre todo en hombros, glúteos, mejillas y extremidades superiores o inferiores. No se requiere tratamiento, desaparece espontáneamente. Histológicamente existe un infiltrado perivascular con necrosis de la grasa subcutánea, infiltrado granulomatoso que contiene células gigantes tipo cuerpo extraño, con cristales en forma de agujas.

ESTUDIO DE 500 CASOS

Objetivos:

- Objetivo General:

Determinar la frecuencia de padecimientos dermatológicos en el neonato en el Hospital General "Dr. Darfo Fernández del I.S.S.S.T.E" como una --- muestra representativa de nuestro medio.

- Objetivos Intermedios:

- a) Identificar los padecimientos dermatológicos más frecuentes en el neonato.
- b) Señalar la distribución de los padecimientos según grupos de enfermedad y distribución por sexo.
- c) Comparar los resultados del presente estudio con otros similares -- publicados por otros autores.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron en forma prospectiva 500 recién nacidos procedentes del servicio de labor en el Hospital General "Dr. Darfo Fernández del I.S.S. T.E." ., el servicio de cuneros se encuentra dividido en tres secciones el cunero fisiológico, en donde ingresa todo recién nacido de término - eutrófico, sano y sin antecedentes de importancia; el cunero patológico en donde se admiten recién nacido de término o pósternino con cualquier alteración o con antecedentes patológicos de importancia y el cunero -- prematuro, en donde ingresan todos aquellos recién nacidos con peso menor de 2500 gr.

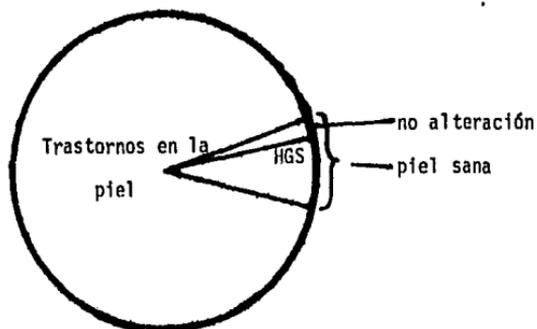
El estudio se realizó exclusivamente con niños de los cuneros fisiológico y patológico por considerar, que por el tiempo de estancia los niños prematuros podrían presentar otras alteraciones de la piel que - caerían fuera del objetivo de éste estudio. Revisaron por exploración directa diariamente los pacientes anotando en una libreta especial, -- nombre, sexo, fecha de nacimiento, cunero en que se ubican y en caso - de existir algún trastorno de la piel así como su modificación durante su estancia en el servicio.

Las enfermedades de la piel se agruparon según la clasificación propuesta por la Dra. Guadalupe Ibarra en su texto " Temas de Dermatología Pediátrica" (página 10) por considerarla de fácil comprensión ya - que se basa en los conceptos etiológicos de las distintas enfermedades.

Una vez obtenidos los datos, estos se agruparan segun el sexo, cunero al que pertenecen y enfermedad que presentan realizando una comparación entre los dos cuneros y el resultado conjunto con los datos -- reportados por otros autores.

RESULTADOS

Durante el período comprendido del 10 de junio de 1985 al 9 de noviembre del mismo año se revisaron 500 recién nacidos en el citado cuerno observando el 88.4% de los casos alguna alteración de la piel en el neonato durante su estancia en el servicio; del 11.6% restante el 9.8% presentó hiperplasia de glándulas sebáceas como única alteración observada que se consideró como cambio normal en el recién nacido según lo expuesto anteriormente (página 4) aún así, se incluye en las tablas de resultados por la gran frecuencia con que se observan. En solo el 1.8% se encontró una total ausencia de trastornos de la piel. (ver gráfica 1).



Gráfica # 1.

Se observó una ligera predominancia sobre el sexo masculino no siendo significativa estadísticamente.

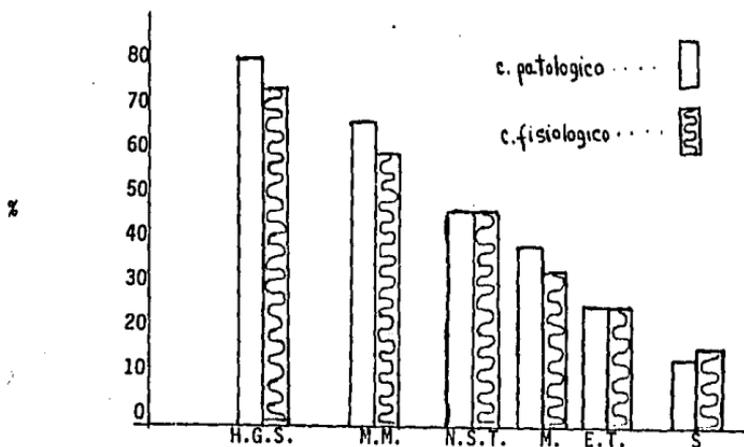
Mujeres	Hombres
42.8%	57.2%

En 360 niños pudo realizarse la anotación del cunero a que pertenecía. Se revisaron 127 niños (35%) en cunero patológico y 233 (65%) en cunero fisiológico.

A continuación se muestran las enfermedades más frecuentemente observadas en todo el servicio y los porcentajes de presentación.

(ver tabla #1).

Comparando la frecuencia de presentación de las alteraciones entre -
ambos cuernos no se observó diferencias significativas en ninguna de --
ellas. (gráfica #2).



Gráfica # 2

pos de entidades clínicas que se buscaban eran diferentes, así tenemos que el reporta como el diagnóstico más frecuente a infecciones de la piel (36%), seguido de dermatitis del pañal (16%) y dermatitis atópica (9%). Nosotros reportamos un caso de impétigo, 2 de dermatitis del pañal y ninguno de dermatitis atópica. El lugar del estudio, la metodología empleada y los propósitos del mismo son las causas de las diferencias encontradas y creemos que los datos obtenidos en nuestro trabajo son confiables y representativos para nuestro medio y para los objetivos que nos trazamos.

Como mencionamos anteriormente el tipo de padecimientos que tratamos de resaltar no son de importancia clínica relevante, sin embargo, es fundamental estimular el conocimiento de los mismos para poder diagnosticar aquellas alteraciones de la piel que pueden ser importantes.

El presente trabajo, es así mismo, un llamado de atención a las autoridades educativas para que otorguen el cuidado necesario para la enseñanza de la dermatología en todos sus niveles.

Nosotros consideramos, que este trabajo ha cumplido con su propósito si sirve como estímulo para que de hoy en adelante en nuestros cuñeros se diagnostiquen traten, y se dé consejo dermatológico adecuado a las personas que cuidaran de nuestros niños.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ashkenazi S; Metzker A; Merlob, P; Ovadia J. Reisner S.H.. Scalp - changes after fetal monitoring. Arch. Dis. Child. 1985 Mar,60 (3): 267-269.
- 2.- De la Torre, R. Neonatología; Salvat Mexicana, 1981 479-496.
- 3.- Haupt, H. El Recien Nacido, Ed. Científico- Médica, 1974.
- 4.- Hayden G. F. Skin Diseases encountered in a pediatric clinic. A one year prospective study. Am . J. Dis. Child. 1985, Jan;139(1):36-38
- 5.- Hodgman J. E. y Cols. Clin. Ped. North. Ed. Interamericana, Dermatología Neonatal Agosto 1971, 713-756.
- 6.- Katz. D. A. Et. Al. Subcutaneous fat necrosis of the newborn. Arch- Dermatol. 1984, Nov. 120 (11) 1517-1518.
- 7.- Korting. G. W. Atlas de Dermatología Pediátrica. Ed. Científica -- Médica. Mexico 1971- 2da Edición.
- 8.- Merlob, P. Reisner S. H. Familial Nevus flammeus of the forehead - and Unnas Nevus. Clin. Genet 1985 Feb: 27(2): 165-66
- 9.- Nelson, W. E. y Cols. Tratado de Pediatría Salvat 7ma Ed. 1980; -- 1581-1638.
- 10.- Pathak. A. HWU H.H. Group B Streptococcal Cellulitis. South Med - J. 1985. Jan; 78 (1) 67-68.
- 11.- Ruiz. M. y Cols. Temas de Dermatología Pediátrica, Mendez Cervantes, México, 1980. 71-75 y 199-209.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 12.- Schachner, L. Press, S. Trastornos vesiculares, ampollosos y pustulares en la lactancia y en la infancia: Clin. Ped. North. Vol. 4,- 1983, 603-624.
- 13.- Solomon L. Esterly. N. Dermatologia Neonatal, Med. Panamericana, -- Buenos Aires, 1975.