



49
24
1973 7
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD

LESIONES CUTANEAS EN EL NEONATO
(ESTUDIO DE 400 CASOS)



TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A
DRA MA. TERESA GAYTAN SANTIAGO



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

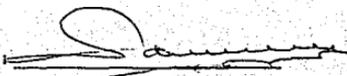
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

**ESTA TESIS FUE REGISTRADA, REVISADA Y APROBADA POR LA UNIDAD DE
EPIDEMIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. CON CLAVE
DIC/94/505/03/186.**

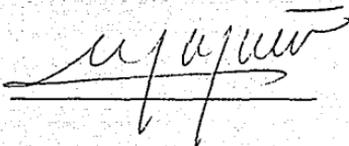
PROFESOR TITULAR :



DR. LUIS EMILIO SALMON R.
JEFE DE LA UNIDAD DE PEDIATRIA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

TUTOR DE TESIS :



DR. MARIO MAGAÑA GARCIA .
MEDICO ADSCRITO DE LA UNIDAD DE
PEDIATRIA EN LA CLINICA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA



ASESOR DE TESIS :



DRA. MA. DE LOS ANGELES TAVERA D.
ENC. DE HABITACION CONJUNTA

HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO, S. S. A.
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION
CIENTIFICA

A DIOS:

**POR PERMITIR VIVIR Y REALIZAR MIS SUEÑOS,
POR DARMÉ FORTALEZA PARA SEGUIR ADELANTE EN
LOS MOMENTOS MAS DIFICILES.**

A MIS PADRES:

**LINO Y FABI.
POR SU APOYO,COMPRESION Y ALIENTO PARA
SEGUIR ADELANTE.**

CON AMOR Y GRATITUD.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS,

SOBRINOS Y SOBRINAS

**POR SU COMPRESION,POR LAS HORAS QUE NO
PUDE COMPARTIR CON ELLOS**

CON AMOR Y CARIÑO

**AL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO:
QUIEN ES Y SEGUIRA SIENDO CUNA DE LA ENSEÑANZA
EN MEDICINA.**

**A TODO EL PERSONAL MEDICO DE LA UNIDAD DE PEDIATRIA
POR LA ENSEÑANZA Y ORIENTACION A LO LARGO DE ESTOS
3 AÑOS .
CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO**

**A LA UNIDAD DE PEDIATRIA:
AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO A TODO EL PERSONAL
DE ENFERMERIA, LABORATORIO Y PARAMEDICO QUE COLABORARON DE
ALGUNA FORMA A LO LARGO DE MI FORMACION PROFESIONAL.**

**A MIS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS:
CON QUIENES COMPARTI INOLVIDABLE EXPERIENCIA Y LAS
PROPIAS ENSEÑANZAS DURANTE 3 AÑOS DE CONVIVENCIA.
HASTA LUEGO.**

A MIS AMISTADES:

**POR SU APOYO INCONDICIONAL, PACIENCIA Y COMPAÑÍA,
CONSEJOS Y MARAVILLOSA AMISTAD.**

CON AFECTO.

**AL DR. MARIO MAGAÑA GARCIA Y A LA DRA. MA DE LOS
ANGELES TAVERA POR LA DISPOSICION Y TIEMPO
EMPLEADO PARA LA ELABORACION DE TESIS.**

GRACIAS

ING. GERARDO GARRIDO AGUILAR

**POR SU DISPOSICION Y PACIENCIA PARA LA ELABORACION DE
ESTA TESIS GRACIAS**

A LOS PEQUEÑOS PACIENTES :

**MI ETERNA GRATITUD POR LA CONFIANZA DEPOSITADA EN
NUESTRAS MANOS, SIENDO ESTIMULO DE SUPERACION DIA A DIA.**

CON CARÍÑO.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
A).- ASPECTOS DE LA DERMATOLOGIA NEONATAL	2
1.-CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO.	3
2.- LESIONES TRANSITORIAS.	4
3.- MARCAS CUTANEAS.	5
4.- MALFORMACIONES CONGENITAS COMUNES.	5
5.- TRANSTORNOS CUTANEOS HEREDITARIOS CON PRESENTACION DRAMATICA EN EL NEONATO.	6
B).- FISIOLOGIA, PROPIEDADES O PECULIARIDADES DE LA PIEL DEL NEONATO.	7
II. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION.	10
III. MATERIAL Y METODO.	12
IV. RESULTADOS.	13
V. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.	16
VI. CONCLUSION	34
VII. ANEXOS.	35
VIII. BIBLIOGRAFIA.	36

INTRODUCCION

LA PIEL ES UN ORGANISMO VASTO Y COMPLEJO, RECUBRE TODA LA SUPERFICIE CORPORAL SE CONTIUA CON LA MUCOSA DENTRO DE LOS ORIFICIOS NATURALES. ACTUA COMO BARRERA CONTRA EL MEDIO EXTERNO Y ES ESENCIAL PARA MANTENER LA HOMEOSTASIS DEL ORGANISMO.

SE COMPONE DE UNA PARTE EXTERNA DE ORIGEN ECTODERMICO, LA EPIDERMIS Y POR DEBAJO DE ELLA OTRA DE ORIGEN MESODERMICO, DIVIDIDA EN DERMIS (PAPILAR Y RETICULAR) Y POR DEBAJO DE ESTA LA HIPODERMIS. AL NACER LA PIEL SUELE PRESENTAR VARIACIONES FISIOLOGICAS TRANSITORIAS QUE HAY QUE DIFERENCIAR DE CUALQUIER TRANSTORNO CUTANEO COMO LAS QUE INDICAN SUFRIMIENTO FETAL O LOS QUE SON SIGNOS DE ALGUNA ENFERMEDAD ESPECIFICA QUE PUEDA SER GRAVE E INCLUSO FATAL (1, 2, 3).

GENERALMENTE SE CONSIDERA AL PERIODO NEONATAL O DE RECIEN NACIDO AL PERIODO QUE COMPRENDE DESDE EL MOMENTO DEL NACIMIENTO HASTA LOS 28 DIAS DE VIDA (4).

EL RECIEN NACIDO SE CLASIFICA DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL EN PRETERMINO, TERMINO Y POSTERMINO, A LOS QUE NACEN ANTES DE LAS 38 SEMANAS SE LES CONSIDERA PRETERMINO, A LOS QUE NACEN ENTRE LAS 38 Y LAS 42 SEMANAS SON DE TERMINO Y A LOS QUE NACEN DESPUES DE LAS 42 SEMANAS SON POSTERMINO. (4)

DE ACUERDO AL PESO DEL NEONATO AL NACIMIENTO SE CLASIFICA EN BAJO PESO, PESO ELEVADO Y PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL. (4)

LAS CONSIDERACIONES ANTERIORMENTE MENCIONADAS SE REALIZAN EN BASE A QUE DE ACUERDO AL PESO Y A LA EDAD GESTACIONAL EXISTEN SIGNOS CUTANEOS RELEVANTES PROPIOS DE CADA UNO DE ESTOS. (1)(2)(4)

EN EL PRIMER DIA DE VIDA LA PIEL DEL RECIEN NACIDO PUEDE REFLEJAR LA CONDICION DE VIDA INTRAUTERINA, ASI COMO PROPORCIONAR INFORMACION UTIL, ACTUAL, ACERCA DEL PARTO, MUCHAS ENFERMEDADES CONGENITAS DE LA PIEL O GENETICAMENTE DETERMINADAS, CON O SIN ALTERACIONES ASOCIADAS, SE ENCUENTRAN PRESENTES A PARTIR DEL NACIMIENTO O APARECEN CLINICAMENTE DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA.

ASPECTOS DE LA DERMATOLOGIA NEONATAL

LOS TRASTORNOS CUTANEOS NEONATALES SON DE GRAN INTERES DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO, ETIOLOGICO, HISTOLOGICO, PRONOSTICO Y EPIDEMIOLOGICO . DE ACUERDO A ALGUNOS AUTORES(5) LA DERMATOLOGIA NEONATAL PUEDE SER ESTUDIADA EN CINCO SECCIONES O APARTADOS:

- 1- CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO.
- 2- LESIONES TRANSITORIAS.

- 3- MARCAS CUTANEAS.
- 4- MALFORMACIONES CONGENITAS COMUNES.
- 5- TRANSTORNOS CUTANEOS HEREDITARIOS CON PRESENTACION DRAMATICA EN EL NEONATO.

1- CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO:

LA PIEL DEL RECIEN NACIDO DE TERMINO ES TERSA Y SUAVE, ESTA TEXTURA DE LA PIEL SE RELACIONA CON LA HIDRATACION DE LA EPIDERMIS Y LA CONDICION DE LA COLAGENA Y LAS SUSTANCIA FUNDAMENTAL DE LA MATRIZ DERMICA.

EXISTEN PECULIARIDADES EN LA PIEL DEL NEONATO QUE DEBEN CONOCERSE Y TENERSE EN MENTE, POR EJEMPLO EN EL RECIEN NACIDO HAY MAYOR RIESGO DE REACCIONES TOXICAS PROVOCADAS POR LA APLICACION TOPICA DE ALGUNAS SUSTANCIAS, ESTOS PROBLEMAS DE ABSORCION SE RELACIONAN CON EL AREA DE SUPERFICIE CORPORAL QUE ES RELATIVAMENTE GRANDE COMPARADA CON LA MASA CORPORAL. MIENTRAS MAS PEQUEÑO SEA EL RECIEN NACIDO MAYOR RIESGO DE TOXICIDAD PRESENTARA YA QUE SE HA OBSERVADO QUE LOS JABONES, LOCIONES Y OTRAS CLASES DE SOLUCIONES APLICADAS TOPICAMENTE CAUSAN TOXICIDAD SISTEMICA PRINCIPALMENTE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO, POR LO TANTO ES NECESARIO NO APLICAR SUSTANCIAS SOBRE LA PIEL DEL NEONATO SIN EFECTUAR ESTUDIO MINUCIOSO SOBRE LOS RIESGOS POTENCIALES DE LA ABSORCION PERCUTANEA. (1,2,6) TAMBIEN SE DEBE TENER PRECAUCION CON LA APLICACION DE ANTISEPTICOS, ASI COMO AGENTES UTILIZADOS PARA LAVAR Y MARCAR LOS PAÑALES Y LA ROPA DE CAMA.

EL VERNIX CASEOSO PELICULA LIPIDICA BLANQUECINA RECUBRE LA SUPERFICIE CUTANEA, O PUEDE LOCALIZARSE EN LOS PLIEGUES CORPORALES COMO LAS INGLES, ESTA CONSTITUIDA POR LIPIDOS DERIVADOS DE LA SECRECION SEBACEA COMO POR LIPIDOS EPIDERMICOS NO DEBE LIMPIARSE PUES CONSTITUYE UN MECANISMO DE PROTECCION NATURAL.

2- LESIONES TRANSITORIAS DE LA PIEL DEL NEONATO:

(MODIFICADAS DE REFERENCIA 5)

- MILIA.
- HIPERPLASIA DE GLANDULAS SEBACEAS.
- ERITEMA TOXICO.
- MELANOSIS PUSTULOSA TRANSITORIA.
- CAMBIOS DE COLORACION EN ARLEQUIN.
- VESICUAS DE SUCCION.
- PUSTULAS.
- ACNE NEONATORUM.
- ONFALITIS.
- CAPUT.
- CEFALHEMATOMA.
- PETEQUIAS.
- HEMANGIOMA FRONTAL.
- CUTIS MARMOREO.
- MANCHA MONGOLICA

3- MARCAS CUTANEAS:

- HEMANGIOMATOSIS NEONATAL DIFUSA.
- HEMANGIOMA RACEMOSO.
- CUTIS MARMORATA TELANGIECTASICA CONGENITA.
- HEMANGIOMAS Y HEMOLINFANGIOMAS.
- MANCHA MONGOLICA. (HAY UNA FORMA QUE PERSISTE DESPUES DE LOS DOS AÑOS)
- MANCHAS CAFE CON LECHE.
- NEVO MELANOCITICO CONGENITO.
- HIPOPIGMENTACION.
 - . ALBINISMO. . ESCLEROSIS TUBEROSA.
 - . FENILCETONURIA. . NEVO ACROMICO.
 - . NEVO HIPOCROMICO.
- MARCAS EPIDERMICAS.
 - . NEVO EPIDERMICO
 - . NEVO SEBACEO.
 - . NEVO COMEDONICO.
 - . APLASIA CONGENITA DE CUTIS.

4- MALFORMACIONES CONGENITAS COMUNES.

- APENDICE PREAURICULAR (ANORMALIDADES DE OREJA)
- ANORMALIDADES DIGITALES.
- ANORMALIDADES GENITALES.

- DEFECTOS DEL TUBO NEURAL.
- ANORMALIDADES DEL LABIO Y DE LA BOCA.
- ANORMALIDADES CROMOSOMICAS MAYORES.
 - . SX. KLINEFELTER. . SX. TURNER.
 - . TRISOMIA 21. . TRISOMIA 18.

5- TRANSTORNOS CUTANEOS HEREDITARIOS CON PRESENTACION DRAMATICA EN EL NEONATO.

- BEBE COLODION.
- OTRAS FORMAS DE ICTIOSIS.
- FETO EN ARLEQUIN.
- DERMATITIS ATOPICA.
- DERMATITIS SEBORREICA.
- ESCABIASIS.
- HISTIOCITOSIS X.
- EPIDERMOLISIS BULOSA.
- CANDIDIASIS CONGENITA.
- ACRODERMATITIS ENTEROPATICA.
- INCONTINENCIA PIGMENTI (SX.DE BLOCH-SULZBERGER)
- ESCLEREMA NEONATORUM.

FISIOLOGIA, PROPIEDADES O PECULIARIDADES DE LA PIEL DEL NEONATO.

NUMEROSAS PECULIARIDADES ANATOMICAS Y FUNCIONALES DE LA PIEL DEL RECIEN NACIDO SE CONSIDERAN NORMALES DURANTE ESTE PERIODO DE VIDA. ESTAS SON :

(1,2,3)

- 1- UN ALTO CONTENIDO DE GLUCOGENO.
- 2- ALTA PERMEABILIDAD CON BAJA PERDIDA DE AGUA TRANSEPIDERMICA.
- 3- RESPUESTAS VASOMOTORAS EXAGERADAS.
- 4- INMADUREZ DE LAS GLANDULAS SUDORIPARAS, RESULTANDO UN FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO.

LA COLONIZACION BACTERIANA DE LA PIEL PRINCIPALMENTE POR ESTAFILOCOCO EPIDIRMIOS Y DIFTEROIDES SE REALIZA A PARTIR DEL NACIMIENTO. (1,2,5)

DESPUES DEL NACIMIENTO LA PERFECTA ADAPTACION DE LA PIEL AL NUEVO AMBIENTE, A TRAVES DE UNA HOMEOSTASIS ES LO QUE GARANTIZA LA SUPERVIVENCIA DEL LACTANTE.

LAS CARACTERISTICAS FUNCIONALES DE LA PIEL, TALES COMO LA RESISTENCIA MECANICA, TERMOREGULACION, PERMEABILIDAD Y PROTECCION CON RESPECTO A AGENTES EXTERNOS VARIA CONSIDERABLEMENTE EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DESPUES DEL NACIMIENTO.

DURANTE LOS PRIMEROS MESES LAS GRANDES CANTIDADES DE AGUA CONTENIDAS EN LA DERMIS COMPENSAN LA FALTA DE FIBRAS ELASTICAS (LAS CUALES ALCANZAN SU DESARROLLO TOTAL MAS O MENOS A LOS DOS AÑOS) Y REDUCEN LOS EFECTOS DE LA FUERZA MECANICA.

EN LOS RECIEN NACIDOS DE TERMINO LOS MECANISMOS TERMOREGULADORES SE CORRELACIONAN CON EL FUNCIONAMIENTO DE LAS GLANDULAS SUDORIPARAS Y DE LOS REFLEJOS VASOMOTORES.

LA FUNCION DE BARRERA DE LA PIEL SE REALIZA BASICAMENTE EN EL ESTRATO CORNEO, ESTA BARRERA PRESENTA DOS DIRECCIONES CUYA IMPORTANCIA SE DEBE A QUE BLOQUEA LAS PERDIDAS DE AGUA (EXEPTO POR LAS PERDIDAS DE AGUA TRANSEPIDERMICA PASIVA EN LOS RECIEN NACIDOS CALCULADA EN 0.5MG/KG/H), ELECTROLITOS Y EL PLASMA QUE PROVIENEN DEL CUERPO, EN TANTO QUE TAMBIEN BLOQUEA LA ENTRADA AL CUERPO DE SUSTANCIAS EXTERNAS TALES COMO AGUA, MATERIALES TOXICOS, BACTERIAS Y AGENTES INFECCIOSOS.

EL PERIODO NEONATAL ES LA ETAPA EN QUE LA FUNCION DE BARRERA DE LA PIEL ES MENOS EFECTIVA QUE EN LA EDAD ADULTA, YA QUE EL ESTRATO CORNEO ES MAS DELGADO Y MAS HIDRATADO EN EL RECIEN NACIDO.

AL NACER LA MAYOR PARTE DE LOS LIPIDOS SUPERFICIALES SE DERIVAN DEL SEBO, OBSERVANDOSE TAMBIEN ALGUNOS LIPIDOS EPIDERMICOS (ESTEROLES, ESTERES DEL ESTEROL Y TRIGLICERIDOS).

EL pH CUTANEO ES NEUTRO AL NACER Y SE VUELVE ACIDO EN ALGUN MOMENTO ENTRE LA SEGUNDA Y CUARTA SEMANA DESPUES DEL NACIMIENTO.LA REACCION ACIDA DE LA PIEL SE DEBE SOBRETUDO AL ACIDO LACTICO DEL SUDOR Y EN MENOR GRADO A LOS ACIDOS GLUTAMICO Y ASPARTICO DE LA EPIDERMIS.

AL NACER LA PIEL ES ESTERIL, APROXIMADAMENTE AL FINALIZAR LA PRIMERA SEMANA SE COLONIZA CON BACTERIAS NO PATOGENAS (ESTAFILOCOCO COAGULASA NEGATIVA, ESTREPTOCOCO) LA PRESENCIA DE ESTA FLORA NO PATOGENA EN LA PIEL SE CONSIDERA QUE ES LA MEJOR DEFENSA DEL CUERPO HUMANO CONTRA LAS INFECCIONES.

EN EL RECIEN NACIDO DE TERMINO LA EPIDERMIS,LOS ANEXOS Y LA UNION DERMOEPIDERMICA PRESENTAN UN DESARROLLO ANATOMICO PERFECTO;APARTE DE LA PRESENCIA DE LA VERNIX CASEOSA, LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS DE LA PIEL DEL NEONATO Y DEL ADULTO SE ENCUENTRAN EN LA DERMIS (1,2).

EL ESPESOR DE LA DERMIS DEL NEONATO ES MENOR,LOS FASCICULOS Y FIBRAS DE COLAGENA SON TAMBIEN DE MENOR TAMAÑO, LAS FIBRAS ELASTICAS AUN NO HAN ALCANZADO SU DESARROLLO TOTAL, LOS ELEMENTOS VASCULARES Y NEURALES SE HALLAN MENOS ORGANIZADO EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO Y LAS VARIACIONES REGIONALES DE LA ANATOMIA DE LA PIEL YA SE ENCUENTRAN DEFINIDAS.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION.

EL PRESENTE ES UN ESTUDIO DE DERMATOLOGIA NEONATAL, EL CUAL FUE REALIZADO CONJUNTAMENTE POR DERMATOLOGIA PEDIATRICA Y NEONATOLOGIA AMBOS DEPARTAMENTOS PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. DONDE SE APRECIA LA FRECUENCIA Y TIPO DE LESIONES DERMATOLOGICAS QUE PRESENTAN LOS RECIENTES NACIDOS EN ESTA ETAPA DE SU DESARROLLO, BUSCANDO LA APERTURA AL CONOCIMIENTO ADECUADO Y PRECISO DE ESTE TIPO DE MANIFESTACIONES EN LA PIEL DEL NEONATO.

SE MOSTRARA TODA LA GAMA DE LESIONES QUE EL MEDICO-PEDIATRA-NEONATOLOGO PUEDEN APRECIAR EN ESTOS PACIENTES A FIN DE MANTENER SU INTERES POR ELLAS, AUNQUE LA MAYORIA SON LESIONES DE TIPO TRANSITORIO QUE NO REQUIEREN TRATAMIENTO.

LAS PRINCIPALES RAZONES POR LAS QUE SE REALIZO ESTE ESTUDIO SON:

EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. ES UNA DE LAS POCAS INSTITUCIONES EN DONDE COEXISTE UN SERVICIO DE PEDIATRIA CON DERMATOLOGIA PEDIATRICA Y UN SERVICIO DE OBSTETRICIA.

NO SE HAN REALIZADO ESTUDIOS COMPLETOS SOBRE ESTE TEMA. EXISTEN ESTUDIOS EN DONDE SE ANALIZAN LESIONES TRANSITORIAS O MARCAS CUTANEAS EXCLUSIVAMENTE. (6)

LOS BENEFICIOS SON:

- PROPORCIONAR INFORMACION UTIL Y ORIGINAL DE NUESTRA POBLACION INFANTIL.
- DESARROLLAR EXPERIENCIA Y SAGACIDAD CLINICA.
- MEJORAR LA ATENCION NEONATAL Y DE LA MADRE.
- DIFUNDIR LOS HALLAZGOS.

MATERIAL Y METODO

PARA LLEVAR A CABO EL PRESENTE ESTUDIO, SE APLICO EL METODO DE INVESTIGACION DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL MEDIANTE EL ESTUDIO CONJUNTO EN FORMA TRANSVERSAL Y PROSPECTIVO.

SE REVISO A 400 RECIEN NACIDOS, CUYAS MADRES SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. TRAS UN EMBARAZO NORMOEVOLUTIVO, LOS CUALES ERAN DE TERMINO DE ACUERDO A LA VALORACION DE LA EDAD GESTACIONAL POR EL METODO DE CAPURRO Y CON VALORACION DE APGAR MAYOR DE 7, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN EL AREA FISICA DE HABITACION CONJUNTA Y CUNERO DE TRANSICION, SE EXCLUYERON A LOS RECIEN NACIDOS CON ASFIXIA MODERADA O SEVERA LOS CUALES PASAN AL AREA DE CUNERO PATOLOGICO O A LA UCIN DE LA UNIDAD DE PEDIATRIA, ASI COMO A LOS OBITOS, MORTINATOS Y LOS NEONATOS QUE NO HAYAN NACIDO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO Y QUE SE DESCONOCEN SUS ANTECEDENTES FAMILIARES Y/O DEL PERIODO DE GESTACION Y DEL NACIMIENTO, TAMBIEN SE EXCLUYERON AQUELLOS QUE REBASARON LOS 28 DIAS DE VIDA.

UN GRAN PORCENTAJE DE ESTOS SE ESTUDIARON DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HS DE VIDA Y CON EDAD MAXIMA DE 3 DIAS DEBIDO A QUE LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA ES UN SERVICIO MUY DINAMICO.

PARA ANALIZAR A LOS RECIEN NACIDOS SE ELABORO PREVIAMENTE UNA HOJA DE CAPTACION DE DATOS EN LOS QUE SE INCLUYO NOMBRE, REGISTRO, SEXO, CAPURRO, APGAR, PESO, EDAD, ANTECEDENTES PRENATALES, TIPO DE PARTO, ANALIZANDOSE TODAS LAS LESIONES DERMATOLOGICAS QUE PRESENTABAN CADA UNO DE LOS RECIEN NACIDOS.

RESULTADOS

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS LESIONES CUTANEAS EN 400 NEONATOS SANOS FUERON LOS QUE SE MENCIONAN EN LAS TABLAS SIGUIENTES, ASI COMO LAS FRECUENCIAS DE ACUERDO AL TOTAL DE RECIEN NACIDOS ESTUDIADOS, DE ACUERDO AL SEXO, AL PESO A LA EDAD GESTACIONAL Y AL TIPO DE PARTO.

DIAGNOSTICOS EFECTUADOS EN 400 RECIEN NACIDOS SANOS.

DIAGNOSTICO	CASOS TOTALES	%	MASC	FEMENINO
TOTAL				
MANCHA MONGOLICA.	326	81.50	44.00	37.50
HEMANGIOMA PLANO.	203	50.75	23.00	27.75
MILIUM.	144	36.00	20.25	15.75
HIPERPLASIA DE GLANDULAS SEBACEAS.	126	31.50	12.75	18.75
PERLAS DE E. Y B.	98	24.25	10.50	14.00
MILIARIA.	82	20.50	12.50	08.00
ACROCIANOSIS.	80	20.00	7.50	12.50
ERITEMA TOXICO.	75	18.75	7.50	11.25
DESCAMACION FISIOLOGICA.	29	7.25	3.25	4.00
DERMATITIS SEBORREICA.	26	6.50	1.75	4.75
ICTERICIA.	24	6.00	2.25	3.75
ERITEMA NEONATORUM.	9	2.25	1.5	1.00
LESION TRAUMATICA.	5	1.25	0.75	0.50
NEVO MELANOCITICO.	3	0.75	0.50	0.25
MANCHA HIPERCROMICA.	3	0.75	0.25	0.50
MELANOSIS PUSTULOSA.	2	0.50	0.25	0.25

TIPOS Y FRECUENCIAS DE MILIARIA EN 82 NEONATOS

DIAGNOSTICO	CASOS TOTALES	%	MASC	FEMENINO
CRISTALINA	23	5.75	3.50	2.25
RUBRA	59	14.75	9.00	5.78
TOTAL	82	20.50	12.50	8.00

LOCALIZACION Y FRECUENCIA DE HEMANGIOMAS

DIAGNOSTICO	CASOS TOTALES	%	MASC	FEMENINO
FRENTE	54	13.50	5.25	8.25
PARPADO	88	22.00	10.00	12.00
NARIZ	1	0.25	0.00	0.25
MIXTO (FRENTE, PARPADO,NARIZ Y NUCA)	60	15.00	7.75	7.75
TOTAL	203	50.75	23.00	27.75

FRECUENCIA DE ACUERDO A PESO

DIAGNOSTICO	CASOS TOTALES	%	MASC	FEMENINO
MENOS DE 2,500 GR.	18	04.50	02.75	01.75
2,500-3,500 GR.	342	85.50	46.00	39.50
MAYOR DE 3,500 GR.	40	10.00	5.25	4.75
TOTAL	400	100.00	54.00	46.00

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL:

	TOTAL	%	MASCULINO	FEMENINO
TERMINO	397	99.25	54.00	45.25
POSTERMINO	3	0.75	-	.75
TOTAL	400	100.00	54.00	46.00

TIPO DE PARTO:

	TOTAL	%	MASCULINO	FEMENINO
EUTOCICO	290	72.50	35.75	36.75
CESAREA	98	24.50	16.00	8.50
FORCEPS	12	3.00	2.25	0.75
TOTAL	400	100.00	54.00	46.00

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

SE ANALIZAN LOS CUADROS ANTERIORES Y SE REALIZA COMPARACION DE CADA UNO DE LOS DIAGNOSTICOS CON LO REFERIDO EN LA LITERATURA Y EN ESTUDIOS REALIZADOS EN POBLACION MEXICANA CUANDO PROCEDA.

MANCHA MONGOLICA:

EN ESTE ESTUDIO DE 400 RECIEN NACIDOS SE ENCONTRO LA PRESENCIA DE MANCHA MONGOLICA EN 326 CASOS REPRESENTANDO EL 81.50% DE LA POBLACION TOTAL ESTUDIADA, DE ESTOS EL 44% FUERON DEL SEXO MASCULINO Y 37.50 DEL SEXO FEMENINO, CON RESPECTO A UN ESTUDIO QUE SE REALIZO EN ESTE HOSPITAL(3) EN 100 NEONATOS SE ENCONTRO UNA DIFERENCIA MENOR DEL 4.5% , COINCIDIENDO EN LA SERIE DE TAJONAR EN POBLACION PEDIATRICA, Y CON RESPECTO A LOS AUTORES ANGLOSAJONES SE INFORMA QUE EN POBLACION CAUCASICA SE OBSERVO EN UN RANGO DE 0.5 A 9.6% .

ESTOS DATOS SON DE GRAN INTERES YA QUE SE APRECIA LA INFLUENCIA RACIAL, REPRESENTANDO CLARO VESTIGIO DE NUESTRA NATURALEZA MESTIZA, (LA MAYOR PARTE DE NUESTRA POBLACION LO SOMOS), EXISTEN VARIAS TEORIAS QUE TRATAN DE EXPLICAR EL ORIGEN DE ESTA MANCHA ENCONTRANDOSE LA TEORIA MONGOLICA, LA TEORIA ATAVICA, TEORIA GENETICA, Y DE ACUERDO AL MUSEO DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA LA MANCHA MONGOLICA SE ORIGINO COMO RESULTADO DE LA INTRODUCCION DE UN GEN MUTANTE HACE 10.000 AÑOS EN LOS MONGOLES, LA DISTRIBUCION DE ESTA SUPONE QUE LOS INDIOS AMERICANOS VINIERON DE ASIA.

LA MANCHA MONGOLICA ES UNA MANCHA HIPERPIGMENTADA DE FORMA Y TAMAÑO VARIABLES, AZUL-VERDOSO O AZUL-GRISACEO, DE LÍMITES DIFUSOS CON FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LA REGIÓN SACROGLÚTEA Y REPRESENTA LA PRESENCIA DE MELANOCITOS DENDRÍTICOS Y FUSIFORMES QUE SE HAN QUEDADO DETENIDOS ENTRE LOS HACES DE COLAGENA DERMICA EN SU TRANSITO DE LA CRESTA NEURAL A LA UNIÓN DERMEOEPIDERMICA DURANTE LA ETAPA EMBRIONARIA.

LA FORMA DE PRESENTACIÓN PUEDE SER DE LO MÁS VARIABLE CIRCULAR, OVAL, ANGULAR, ETC. Y EL TAMAÑO VARIA DE UNOS MILÍMETROS O MÁS DE 6 CM. EL COLOR DEPENDE DEL EFECTO TYNDALL (FENÓMENO EN EL CUAL LA LUZ PASA A TRAVÉS DE UN MEDIO TURBIO COMO LA PIEL Y ES DISPERSADA AL ATRAVESAR LAS PARTÍCULAS DE LA MELANINA) LA MANCHA MONGOLICA SE PRESENTA EN TRES FORMAS:

- 1- TIPO COMUN CON REGRESIÓN NORMAL.
- 2- TIPO EXTENSA CON REGRESIÓN MUY LENTA.
- 3- TIPO PERSISTENTE.

USUALMENTE LA MANCHA MONGOLICA DESAPARECE A LOS DOS AÑOS DE EDAD Y NO ES ENCONTRADA DESPUÉS DE LOS 8 AÑOS DE EDAD, AUNQUE UN PEQUEÑO PORCENTAJE PUEDE PERDURAR POR VARIOS AÑOS CON SITIO DE PREDILECCIÓN EN LA REGIÓN GLÚTEA. EL DIAGNÓSTICO GENERALMENTE NO OFRECE DIFICULTAD POR SU PRESENTACIÓN AL NACIMIENTO, COLORACIÓN, TOPOGRAFÍA Y EVOLUCIÓN, SIN EMBARGO SE DEBE REALIZAR DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS MELANOCITOSIS DERMICAS, COMO EL NEVO AZUL, NEVO DE OTA Y DE ITO, Y QUE A DIFERENCIA DE LA MANCHA MONGOLICA TIENE DIFERENTE TOPOGRAFÍA Y ESTE ES PERSISTENTE,

HABITUALMENTE SURGEN EN LA NIÑEZ Y EXCEPCIONALMENTE EN LA EDAD ADULTA, EN PACIENTES MUY BLANCOS SE DEBE REALIZAR DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON TRAUMATISMOS.

NO SE ACONSEJA TRATAMIENTO ALGUNO YA QUE LA EVOLUCION NATURAL ES HACIA LA DESAPARICION.

HEMANGIOMA PLANO:

EN NUESTRO ESTUDIO SE OBSERVO LA PRESENCIA DE HEMANGIOMAS PLANOS EN 203 PACIENTES REPRESENTANDO EL 50.75% DE LA POBLACION DE LOS CUALES EN LOS PACIENTES FEMENINOS SE OBSERVO CON MAYOR FRECUENCIA CON EL 27.75% Y EN LOS VARONES SE PRESENTO EN EL 23% CON UNA DIFERENCIA DE 4.75% Y DE ACUERDO A SU SITIO DE LOCALIZACION 13.50% SE ENCONTRO EN LA FRENTE, EN PARPADOS EL 22%, NARIZ 1% Y EN DOS O MAS SITIOS SIMULTANEAMENTE EN EL 15% CONPARATIVAMENTE CON ESTUDIO REALIZADO EN EL HGM(3) SE NOTA QUE EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBSERVO UNA FRECUENCIA MAYOR DEL 14.75%.

SE MENCIONA QUE LOS HEMANGIOMAS PLANOS SON COMUNES EN EL RECIEN NACIDO, ESTO SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA EN LA EXTREMIDAD CEFALICA YA QUE DURANTE EL DESARROLLO LOS HEMANGIOBLASTOS SE DESPLAZAN PREFERENCIALMENTE EN LA EXTREMIDAD CEFALICA.

DE ACUERDO A LA TONALIDAD QUE PRESENTA SE IDENTIFICAN DOS TIPO DE LESIONES: AQUELLAS QUE MUESTRAN UN COLOR ROSA CLARO CONOCIENDOSE COMO MANCHA

SALMON, SE HEREDAN EN FORMA AUTOSOMICA DOMINANTE, UNO DE ELLOS ES EL QUE SURGE EN LA FRENTE, REGIONES CILIARES. GLABELA O PARPADOS, ALGUNOS AUTORES LO HAN OBSERVADO EN EL 36%, OTROS EN EL 5% AL 20% Y ALGUNOS SEÑALAN HASTA UN 70%. HABITUALMENTE DESAPARECE EN EL PRIMER AÑO DE VIDA .

OTRO TIPO DE MANCHA SALMON SE PRESENTA EN CARA POSTERIOR DEL CUELLO Y/O REGION OCCIPITAL SE LE CONOCE COMO MANCHA NUCAL O DE UNNA O COMO PICO DE CIGUEÑA, SE HA OBSERVADO EN EL 34% DE UNA SERIE DEL HGM (3).

ESTE TIPO DE HEMANGIOMA NO REQUIERE TRATAMIENTO ESPECIFICO YA QUE ES UNA LESION BENIGNA Y QUEDA CUBIERTA POR EL PELO.

NEVO FLAMEO O MANCHA COLOR VINO, SE PRESENTA CON UNA FRECUENCIA DEL 0.5% DE LOS RECIEN NACIDOS VIVOS. GENERALMENTE SE PRESENTA EN UN LADO DE LA CARA EN LA ZONA DEL FACIAL O DEL TRIGEMINO, TAMBIEN PUEDE OBSERVARSE EN EL CUELLO, TRONCO, Y LAS EXTREMIDADES, SE HA DENOMINADO ASI PORQUE EL COLOR QUE EXHIBE CAMBIA A UN TONO MAS O MENOS OSCURO, SEGUN LA PIEL DE LA PERSONA. NO INVOLUCIONA POR EL CONTRARIO TIENDE A AVANZAR CON LA EDAD Y PUEDE ASOCIARSE CON OTRAS ALTERACIONES CONSTITUYENDO ASI DIVERSOS SINDROMES. (1,2,4,5,6)

MILIUM

DE LOS 400 RECIEN NACIDOS ESTUDIADOS SE OBSERVO MILIUM EN EL 36% CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO MASCULINO CON EL 20.25% Y EN EL FEMENINO CON 15.75% CON RESPECTO AL ESTUDIO ANTERIOR EN QUE SE HA HECHO REFERENCIA EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ENCONTRO UNA MAYOR FRECUENCIA YA QUE SE INFORMA QUE SE OBSERVO EN EL 1% DE LA POBLACION (3), Y CON RESPECTO A SERIES ANGLOSAJONAS SE MENCIONA QUE SE HA ENCONTRADO HASTA EN EL 40% (2,5,6,7), CON EL QUE ENCONTRAMOS CIERTA SIMILITUD.

LOS QUISTES DE MILIA SON QUISTES DE QUERATINA CUTANEOS SUPERFICIALES, PUEDEN PRESENTARSE DESDE EL NACIMIENTO, PERO POR LO GENERAL SE DESARROLLA DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA, SE CARACTERIZA POR SER PEQUEÑAS PAPULAS DE 1-2mm. DE COLOR BLANQUECINO O BLANCO-AMARILLO. PRESENTA UNA PARED DE EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO NO QUERATINIZADO, POR LO QUE CON FRECUENCIA ES NECESARIA SU EXTRACCION QUIRURGICA CON LA PUNTA DE UNA HOJA DE BISTURI, REMITE ESPONTANEAMENTE EN 1 O 2 AÑOS.

HIPERPLASIA DE GLANDULAS SEBACEAS.

ESTE TIPO DE LESION OCUPA EL CUARTO LUGAR DEL TOTAL DE LOS CASOS REPRESENTANDO EL 31.5% OBSERVANDOSE CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO

FEMENINO CON EL 18.75% Y EN EL MASCULINO CON 12.75% SIENDO MENOR PERO NO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO AL ESTUDIO EFECTUADO POR MAGAÑA (3) EN EL QUE MENCIONA EL 46% Y CON RESPECTO A LA POBLACION ANGLOSAJONA EN ESE SE ENCUENTRA HASTA EN EL 50%.

SE CONSIDERA QUE ESTA SE ORIGINA POR ESTIMULACION ANDROGENICA MATERNA SOBRE LAS GLANDULAS SEBACEAS DURANTE EL EMBARAZO. CLINICAMENTE SE IDENTIFICA NUMEROSAS PEQUEÑAS PAPULAS DE UN MILIMETRO DE DIAMETRO DEL COLOR DE LA PIEL NORMAL O LEVEMENTE AMARILLAS SE PRESENTA POR LO GENERAL EN LA PIEL DEL DORSO DE LA NARIZ OCASIONALMENTE EN LA MEJILLA Y LABIO SUPERIOR.

ESTAS LESIONES TRADUCEN LA DILATACION DEL INFUNDIBULO FOLICULAR CON TAPONAMIENTO DE QUERATINA. LA INFLUENCIA HORMONAL MATERNA PUEDE SER TAL QUE SE DESARROLLE ACNE NEONATAL Y AUN OTRAS MANIFESTACIONES QUE EN CONJUNTO SE HAN DENOMINADO COMO "PUBERTAD EN MINIATURA".

LA REMISION COMPLETA DE ESTAS MANIFESTACIONES ES A LOS 4-6 MESES DE EDAD.

PERLAS DE EBSTEIN Y BOHN.

SON PEQUEÑOS QUISTES BLANCO-AMARILLENOS DE 1-2 mm. SITUADOS EN LA BOCA A LO LARGO DE LAS CRESTAS ALVEOLARES Y/O EN LA LINEA MEDIA DE LA UNIÓN ENTRE PALADAR DURO Y BLANDO RESPECTIVAMENTE, SE HA REPORTADO QUE SE ENCUENTRAN RELACIONADOS CON EL MILIUM REFIRIÉNDOSE EN LA LITERATURA (2,5,7) QUE DEL 40% DE PACIENTES CON PRESENCIA DE MILIUM DEL TOTAL DE ESTOS EL 65% LO PRESENTARON, EN NUESTRO ESTUDIO SE OBSERVO EN EL 24.50% CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO 14% Y EL MASCULINO 10.50%.

ESTAS LESIONES REMITEN AL CABO DE 4 SEMANAS SIN REQUERIR TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

MILIARIA.

ESTE TIPO DE MANIFESTACIÓN DÉRMICA OCUPÓ EL SEXTO LUGAR EN FRECUENCIA CON EL 20.50% DE LA POBLACIÓN TOTAL SIENDO MÁS FRECUENTE EN LA POBLACIÓN MASCULINA REPRESENTANDO EL 12.50%, CON RESPECTO A LA FEMENINA CON EL 8%. EL ESTUDIO EFECTUADO EN EL HGM REPORTA EL 14% Y EN LA LITERATURA MUNDIAL SE MENCIONA HASTA EN EL 30%, DE ACUERDO AL TIPO DE MILIARIA SE OBSERVO EN EL 5.75% EL TIPO DE LA MILIARIA CRISTALINA Y EN EL 14.75% LA MILIARIA RUBRA.

LA MILIARIA SE PRESENTA CUANDO EL FLUJO DE SUDOR ECRINO ES IMPEDIDO POR UNA OBSTRUCCION DE LA PORCION INTRAEPIDERMICA DEL CONDUCTO SUDORIPARO, SE CONSIDERA QUE SE ORIGINA DEBIDO A LA INMADUREZ DEL CONDUCTO SUDORIPARO EN EL NEONATO AUNADO A FACTORES AMBIENTALES DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EXCESIVA.

LA MILIARIA CRISTALINA PARECE SER CONSECUENCIA DE OBSTRUCCION DEL CONDUCTO SUDORIPARO EN EL ACROSIRINGEO DE LA CAPA CORNEA.

LA MILIARIA RUBRA PARECE ESTAR OCASIONADA POR LA OBSTRUCCION DEL CONDUCTO SUDORIPARO A MAYOR PROFUNDIDAD EN EL INTERIOR DE LA EPIDERMIS, INDUCIDA POR LA GRAN ACTIVIDAD DE LA FLORA CUTANEA (1,5,6,7,8) Y CUANDO SE DESARROLLA UNA MICROPUSTULA EN LA PARTE CENTRAL DE LAS MACULAS ERITEMATOSAS SE DENOMINA MILIARIA PUSTULOSA.

LA MILIARIA CRISTALINA SE PRESENTA COMO UN BROTE DE VESICULAS SUPERFICIALES CLARAS DE 1-2mm DE DIAMETRO QUE SE ROMPEN AL CABO DE 24 HORAS SEGUIDA DE UNA DESCAMACION FURFURACEA, SE LOCALIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN CABEZA, CUELLO Y PARTE SUPERIOR DEL TRONCO.

LA MILIARIA RUBRA ESTA FORMADA POR PAPULAS ERITEMATOSAS Y PAPULOVESICULAS DE 1-4mm DE DIAMETRO SITUADAS SOBRE UN FONDO DE ERITEMA MACULOSO, EN OCASIONES SE PRODUCEN LESIONES ABONOSAS MUY EXTENSAS, A

MENUDO ALGUNAS LESIONES SE VUELVEN PUSTULOSAS ESTO NO IMPLICA NECESARIAMENTE LA PRESENCIA DE UNA INFECCION SECUNDARIA, CON REGULAR FRECUENCIA PRESENTAN INFECCION SECUNDARIA CON ESTAFILOCOCO, SE LOCALIZA EN SUPERFICIES DE FEXION, CUELLO, INGLE Y AXILAS, A MENUDO SE AFECTA CARA, PIEL CABELLUDA Y PARTE SUPERIOR DEL TRONCO. LA REMISION DE CADA BROTE SE PRODUCE EN 2 O 3 DIAS SIENDO FACTOR DESENCADENANTE LAS CONDICIONES AMBIENTALES.

ACROCIANOSIS.

SE OBSERVO EN EL 20% DE LOS RECIEN NACIDOS ESTUDIADOS, DE ESTOS, EL 12.50% DEL SEXO FEMENINO Y 7.50% AL SEXO MASCULINO, SE MENCIONA EN LA LITERATURA QUE LA CIANOSIS PERIFERICA ES UN RASGO CARACTERISTICO DEL RECIEN NACIDO Y SUELE SER ESPECIALMENTE ACUSADA EN PLANTA, PALMA Y ALREDEDOR DE LA BOCA, ESTO SE PRESENTA PRINCIPALMENTE CUANDO EL NEONATO SE ENCUENTRA EXPUESTO A BAJAS TEMPERATURAS, ESTO ES TRANSITORIO Y ES UNA REACCION FISIOLOGICA PRESENTE EN LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA. SI ESTA PERSISTE AUN EN CONDICIONES AMBIENTALES ADECUADAS SE DEBE DE SOSPECHAR EN ALGUNA PATOLOGIA PULMONAR O CARDIACA.

ERITEMA TOXICO

EN ESTA SERIE SE ENCUENTRA QUE OCUPÓ EL OCTAVO LUGAR CON EL 18.75% CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO CORRESPONDIENDO AL 11.25% CON RESPECTO AL MASCULINO QUE CORRESPONDIO EL 7.50%. SE HA DESCRITO UNA FRECUENCIA HASTA DEL 37% EN OTROS ESTUDIOS (6) Y AUTORES ANGLOSAJONES SEÑALAN FRECUENCIA HASTA DEL 50%.

EL TERMINO ERITEMA TOXICO ES INADECUADO DEBIDO A LA TOTAL CARENCIA DE PRUEBAS RELATIVAS A UNA CAUSA TOXICA.

SE DESCONOCE SU CAUSA ETIOLOGICA SIN EMBARGO EN ALGUN TIEMPO SE PENSÓ QUE IMPLICABA UN ORIGEN ALERGENICO DEBIDO A LA FRECUENTE EOSINOFILIA ASOCIADA, LA LOCALIZACION INTRAFOLICULAR DE LAS PUSTULAS MADURAS SUGIERE QUE LA REACCION INFLAMATORIA SE ORIGINA A CAUSA DE CIERTO COMPONENTE DEL SEBO ,TAMBIEN SE HA POSTULADO QUE EL ERITEMA TOXICO PUDIERA REPRESENTAR UNA REEACCION A TRAUMATISMOS CUTANEOS MECANICOS O TERMICOS.

EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SE PRESENTA DURANTE LAS PRIMERAS 48 HORAS, EN MUY POCOS CASOS SE ENCUENTRA DESDE EL NACIMIENTO, EN UN PRINCIPIO LA ERUPCION ADOPTA LA FORMA DE UN ERITEMA MACULOSO CON PRESENCIA DE PUSTULAS, EL NUMERO DE PUSTULAS VARIA DESDE UNA O DOS LESIONES HASTA VARIOS CIENTOS, LA LOCALIZACION PREFERENTE ES EL TRONCO EN ESPECIAL LA CARA ANTERIOR, APARECE CON FRECUENCIA EN CARA, PARTE PROXIMALES DE LAS EXTREMIDADES SOBRE TODO EN LOS MUSLOS, RESPETA PALMA Y PLANTAS.

EN LOS CASOS MAS LEVES DESAPARECE AL CABO DE UN DIA, EN LOS MAS GRAVES SE DESARROLLAN PAPULAS URTICARIFORMES EN EL INTERIOR DE LAS AREAS ERITEMATOSAS.

EL LACTANTE PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL Y NO PARECE AFECTADO POR LA ERUPCION.

SE DEBE DE REALIZAR DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LESIONES PUSTULOSAS EN PARTICULAR CON LA MILIARIA, HERPES, MELANOSIS PUSTULOSA NEONATAL TRANSITORIA,VARICELA Y DE TODAS ESTAS ENTIDADES CON LA QUE A MENUDO SE CONFUNDE CLINICAMENTE ES CON LA MILIARIA PUSTULOSA,EL ERITEMA TOXICO SE DIFERENCIA CON RAPIDEZ DE TODOS ESTOS MEDIANTE EXAMEN MICROSCOPICO EN LA QUE SE ENCUENTRA EDEMA EN LA DERMIS SUPERIOR ASOCIADO CON INFILTRADO INFLAMATORIO FORMADO EN SU MAYOR PARTE POR EOSINOFILOS.(1,5,6,8)

EL CURSO DEL ERITEMA TOXICO ES HACIA LA RESOLUCION TOTAL SIN DEJAR ALTERACIONES EN LA SUPERFICIE DE LA PIEL, PRESENTA PRONOSTICO FAVORABLE.

DESCAMACION FISIOLÓGICA.

LA DESCAMACION FISIOLÓGICA SE ENCONTRO EN 26 RECIENNACIDOS REPRESENTANDO EL 7.25%, EN OTRAS SERIES SE REPORTA EL 62% Y EN LA LITERATURA ANGLOSAJONA HASTA EL 62% (6) (8).

LA DESCAMACION FISIOLÓGICA SE PRESENTA EN PRIMER LUGAR ALREDEDOR DE LOS TOBILLOS A PARTIR DEL PRIMER DIA DE VIDA, PUEDE PERSISTIR MUY LOCALIZADA O

BIEN DISEMINARSE EN FORMA GRADUAL, ALCANZANDO SU MAXIMA EXTENSION E INTENSIDAD HACIA EL OCTAVO DIA, LA DESCAMACION FISIOLÓGICA SE PRODUCE CON POCA FRECUENCIA EN RECIEN NACIDO ANTES DE LAS 39 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL A MENOS DE QUE SEAN DE BAJO PESO CON RESPECTO A LA EDAD GESTACIONAL, Y SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA DESPUES DE LAS 42 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL, ES DECIR, EN NEONATOS POSTMADUROS, EN OCASIONES ESTA DESCAMACION FISIOLÓGICA ES MUY PRONUNCIADA PERO NO LO SUFICIENTE PARA SER CONFUNDIDA CON ICTIOSIS CONGENITA (1,3,8).

DERMATITIS SEBORREICA.

SE ENCONTRO EN EL 6.5% DEL TOTAL DE LOS CASOS CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO CORRESPONDIENDO EN EL 4.75% Y EL MASCULINO AL 1.75%.

LA DERMATITIS SEBORREICA ES UNA ERUPCION BASTANTE CARACTERISTICA OBSERVADA EN NEONATOS QUE SE DISTINGUE POR LOCALIZARSE PREFERENTEMENTE EN LA PIEL CABELLUDA Y EN LAS FLEXURAS PROXIMALES Y PRESENTAR UN PRONOSTICO FAVORABLE.

SU DENOMINACION ES INADECUADA DEBIDO A QUE NO SE HA ESTABLECIDO NINGUNA RELACION CON LA SEBORREA, NI SIQUIERA CON EL SEBO. CON RESPECTO A LA ETIOLOGIA ALGUNOS AUTORES (2,6) HAN POSTULADO QUE LA DERMATITIS SEBORREICA

EN EL NIÑO ES UN CUADRO CARACTERISTICO DE LA DERMATITIS ATOPICA Y NO UNA ENTIDAD DIFERENTE, LAS RAZONES MAS VALIDAS PARA SEGUIR CONSIDERANDO A AMBOS PROCESOS COMO ENTIDADES DISTINTAS SON: EN PRIMER LUGAR LA AUSENCIA DE LA RELACION ENTRE LA DERMATITIS SEBORREICA Y EL STATUS ATOPICO Y EN SEGUNDO LUGAR EL PRONOSTICO QUE ES MUY DIFERENTE EN AMBOS.

NOSOTROS LOS CONSIDERAMOS COMO DOS ENTIDADES DISTINTAS SE HA POSTULADO UN PAPEL ETIOLOGICO DE LOS HONGOS LIPOFILICOS DEL GENERO PITYROSPORUM, EN ESPECIAL EL *P.ovale*, ESTE FORMA PARTE DE LA FLORA NORMAL DE LA PIEL Y SE LOCALIZA CON MAYOR DENSIDAD EN EL CUERO CABELLUDO Y LAS FLEXURAS PROXIMALES.

LA LESION SUELE APARECER POR PRIMERA VEZ ENTRE LA SEGUNDA SEMANA DE VIDA Y EL SEXTO MES, CON MAYOR FRECUENCIA ENTRE LA TERCERA Y LA OCTAVA SEMANA, INICIANDOSE EN AREA DEL PAÑAL, CARA, PIEL CABELLUDA Y EN FORMA OCASIONAL EL TRONCO, A MENUDO SE PRESENTA SIMULTANEAMENTE EN CARA PIEL CABELLUDA Y ZONA DEL PAÑAL.

SE EXTIENDE CON RAPIDEZ HASTA PIEL CABELLUDA, EN LA CARA AFECTA CON MAS INTENSIDAD, FRENTE, CEJAS, PARPADOS Y PLIEGUES NASOLABIALES.

DE FORMA CARACTERISTICA CLINICAMENTE EL PACIENTE PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL, EL PRONOSTICO ES BUENO REMITIENDO AL CABO DE 3 O 4 SEMANAS Y SE DEBE HACER DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON EL SINDROME DE LEINER.

ICTERICIA FISIOLÓGICA.

LA FRECUENCIA CON QUE SE DIAGNOSTICO FUE DEL 6% CORRESPONDIENDO EL 3.75% A LA POBLACION FEMENINA Y EL 2.25% A LOS MASCULINOS COMPARANDO CON LA SERIE DEL HGM SE REFIERE QUE LA OBSERVARON EN EL 35%, Y EN SERIES ANGLOSAJONAS HASTA UN 60%.

SE DEFINE A LA ICTERICIA FISIOLÓGICA A LA QUE SE PRESENTA EN EL RECIEN NACIDO DE TERMINO CON CONCENTRACIONES SERICAS DE BILIRRUBINA NO CONJUGADA SUPERIOR A 2 mg/dl DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA.

FASES:

- LA PRIMERA EN DONDE LA BILIRRUBINA SERICA AUMENTA HASTA ALREDEDOR DE 6mg EN EL TERCER DIA, LUEGO DISMINUYE A 3mg/dl. EN EL QUINTO DIA.
- LA SEGUNDA EN DONDE LA CONCENTRACION SERICA DE BILIRRUBINA SE MANTIENE ENTRE DOS Y TRES MILIGRAMOS DURANTE TRES DIAS APROXIMADAMENTE, DISMINUYENDO CON ENTITUD HASTA NIVELES NORMALES ALREDEDOR DE LOS ONCE O DOCE DIAS.

LA ICTERICIA PUEDE SER SECUNDARIA A :

- 1- AUMENTO DE LA CARGA DE BILIRRUBINAS EN LA CELULA HEPATICA INCLUYENDO LA APORTADA POR LA CIRCULACION ENTEROHEPATICA.

- 2- DISMINUCION DE LA CAPACIDAD DEL HIGADO PARA EXTRAER LA BILIRRUBINA DEL PLASMA COMO RESULTADO DE LA CAPTACION CONJUGADA O POR LA EXCRECION DEFECTUOSA.(3,4,10)

ERITEMA NEONATORUM

SE ENCONTRO EN EL 2.25% DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS. ALGUNAS HORAS DESPUES DEL PARTO MUCHOS RECIEN NACIDOS DESARROLLAN UNA HIPEREMIA GENERALIZADA QUE CEDE EN FORMA ESPONTANEA,ESTA ES CONOCIDA COMO "ERITEMA NEONATORUM".

ESTE ERITEMA PUEDE ESTAR PRESENTE EN AREAS DE CUALQUIER LUGAR DE LA SUPERFICIE CORPORAL DESDE EL MOMENTO DE SU NACIMIENTO, PERO SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA SOBRE LA CARA. RESULTA DE LA PRESION O FRICCION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DISTOCICO O POR LA APLICACION DE FORCEPS. EL ERITEMA DISMINUYE ESPONTANEAMENTE DESPUES DE POCAS HORAS DE NACIMIENTO, EN RAROS CASOS PERSISTE DURANTE 2 O 3 DIAS.

LESIONES TRAUMATICAS.

SE OBSERVO EN EL 1.25% Y ESTAS ESTABAN ASOCIADAS EN RELACION A EL TIPO DE PARTO, OBSERVANDOSE CON MAYOR FRECUENCIA EN CESAREA Y APLICACION DE FORCEPS. DE LAS LESIONES PRESENTADAS SE ENCONTRO LA PRESENCIA DE PETEQUIAS

Y EQUIMOSIS EN 2 PACIENTES, Y EN 2 PACIENTES CON CEFALOHEMATOMA Y EN UN PACIENTE CAPUT.

EN LA LITERATURA TAMBIEN SE MENCIONA QUE SE RELACIONA A LA PRESENCIA DE PARTO DISTOCICO O APLICACION DE FORCEPS, PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO.

CEFALOHEMATOMA: A MENUDO SE OBSERVA EN PRIMIGESTAS, ESTAS LESIONES SE CARACTERIZAN POR HEMORRAGIAS SUBPERIOSTICAS QUE RECUBRE UN HUESO CRANEAL, PRODUCIDO POR LA RUPTURA DE UN VASO SANGUINEO QUE ATRAVIESAN EL CRANEO AL PERIOSTIO, GENERALMENTE SE PRESENTA SOBRE UNO O AMBOS HUESOS PARIETALES, OCCIPITAL Y PARIETAL SE AFECTAN CON MENOR FRECUENCIA. SE PUEDE ASOCIAR A FRACTURA LINEAL, LA PIEL CABELLUDA QUE CUBRE AL CEFALOHEMATOMA NO PRESENTA CAMBIOS DE COLOR Y LA LESION SOLO SE LIMITA AL HUESO. (4,5,6)

CAPUT SUCCEEDANEUM: LESION RELATIVAMENTE FRECUENTE, CARACTERIZADA POR UN AREA MAL LIMITADA DE EDEMA SOBRE LA PIEL CABELLUDA QUE SE PRESENTA EN PARTO CEFALICO, CUANDO EL PARTO ES DIFICIL EL CAPUT ES EXTENSO, LA PIEL SUBYACENTE INFLAMADA PRESENTA PETEQUIAS, EQUIMOSIS O ABRASIONES, ESTE CAPUT RESULTA DE LA PRESION DEL UTERO Y LA PARED VAGINAL SOBRE LOS TEGUMENTOS DE LA CABEZA QUE CUBREN EL CRANEO, EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SE REALIZA CON CEFALOHEMATOMA.

PETEQUIAS Y EQUIMOSIS: SE ENCUENTRAN CON REGULAR FRECUENCIA EN TORAX SUPERIOR, CUELLO, CABEZA Y CONJUNTIVAS DESPUES DE PARTOS CON PRESENTACION DE NALGAS, DIFICILES Y PROLONGADOS, SECUNDARIAS A PRESIONES INTRATORACICAS

Y VENOSAS INCREMENTADAS Y A COMPRESION CUTANEA DURANTE EL PASO A TRAVES DEL CANAL DE PARTO. (3)

NEVO MELANOCITICO.

SE ENCONTRO EN EL .75% DE LA POBLACION ESTUDIADA, EN LA LITERATURA SE MENCIONA QUE SE HA ENCONTRADO EN EL 1%, REFIRIENDOSE QUE EN LA POBLACION NEGRA SE HA ENCONTRADO HASTA EN UN 15.6%. (5,6) LOS NEVOS MELANOCITICOS CONGENITOS SON COLECCIONES DE CELULAS MELANOCITICAS, QUE ORIGINA LESIONES PIGMENTADAS EN LA PIEL, PRESENTES DESDE EL NACIMIENTO APROXIMADAMENTE EN EL 1% DE LOS RECIEN NACIDOS.

SE DIVIDEN EN BASE A SU DIAMETRO EN :(10)

- PEQUEÑOS : MENORES DE 1.4 cm.
- MEDIANOS : ENTRE 1.5 Y 19.9 cm.
- GIGANTES : MAYORES DE 20 CM.

MELANOSIS PUSTULOSA.

SE ENCONTRO EN EL .50% DE LOS RECIEN NACIDOS COMPARATIVAMENTE CON OTRAS SERIES (3,5,7) SE MENCIONA UNA FRECUENCIA DEL 1% EN LACTANTES DE RAZA NEGRA Y EL 0.1% DE LOS DE RAZA BLANCA.

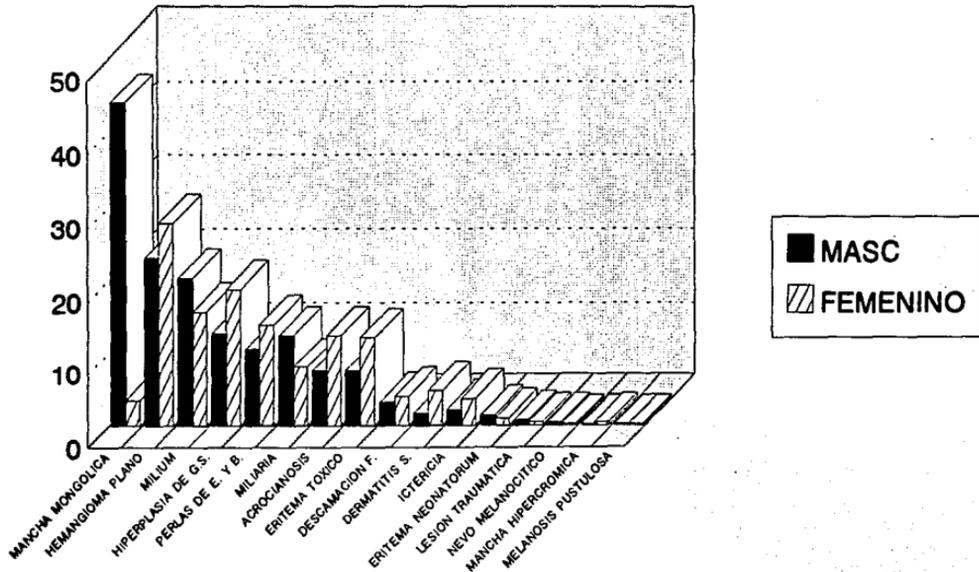
ESTAS LESIONES PUEDEN ESTAR PRESENTES DESDE EL MOMENTO DEL NACIMIENTO, CONSTAN DE UNA ERUPCION , PEQUEÑAS MACULAS PIGMENTADAS DE 1-10 mm DE DIAMETRO QUE PUEDEN APARECER EN CUALQUIER SITIO, PREDOMINANDO EN FRENTE, CUELLO Y ESPALDA, EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SE REALIZA CON ERITEMA TOXICO, ESTA DERMATOSIS SE AUTOLIMITA Y NO REQUIERE TRATAMIENTO, PERSISTIENDO HASTA ALREDEDOR DE LOS 3 MESES DE EDAD, LOS NEONATOS MUESTRAN BUEN ESTADO GENERA.

CONCLUSION

TRAS LOS HALLAZGOS DEL PRESENTE ESTUDIO ES POSIBLE CONCLUIR QUE EL 100% DE LOS RECIEN NACIDOS PRESENTAN CUANDO MENOS DOS LESIONES CUTANEAS Y QUE EN FORMA GENERAL ESTAS SON TRANSITORIAS Y BENIGNAS, PERO QUE DEFINITIVAMENTE ES NECESARIO SABER IDENTIFICARLAS Y CONOCERLAS SUFICIENTEMENTE PARA EVITAR CAER EN SOBRETRATAMIENTOS INECESARIOS Y PARA PODER DAR ORIENTACION ADECUADA SOBRE LA NATURALEZA Y CARACTERISTICAS DE LA LESION A LOS PADRES DEL NIÑO.

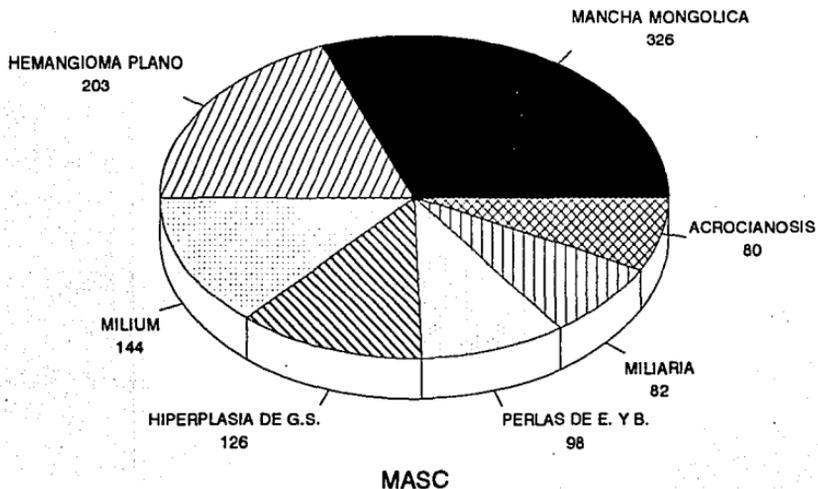
ANEXOS

DIAGNOSTICOS EFECTUADOS EN 400 RECIEN NACIDOS



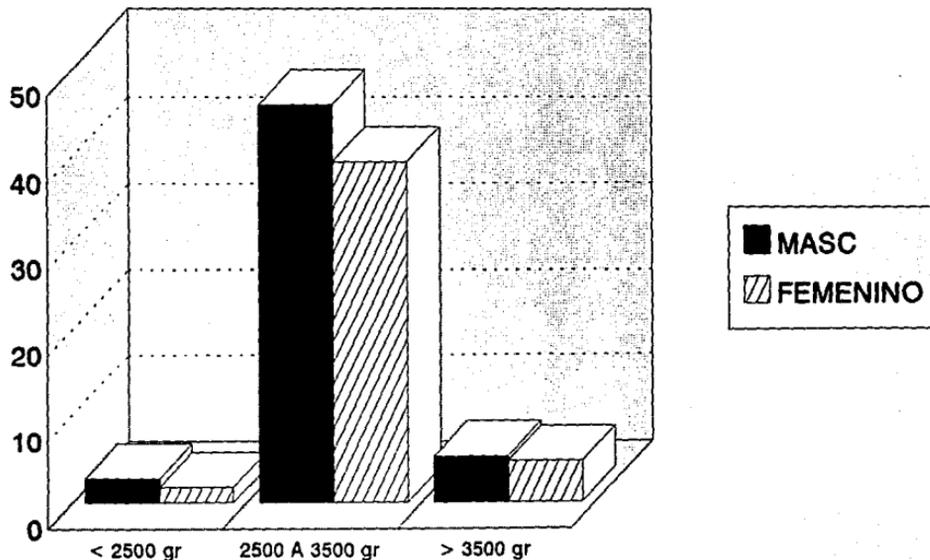
GRAFICA 1. FUENTE DIRECTA: RECOLECCION DE DATOS EXPLORACION FISICA DE 400 NEONATOS

DIAGNOSTICOS EFECTUADOS EN 400 RECIEN NACIDOS LAS 7 PRINCIPALES LESIONES CUTANEAS



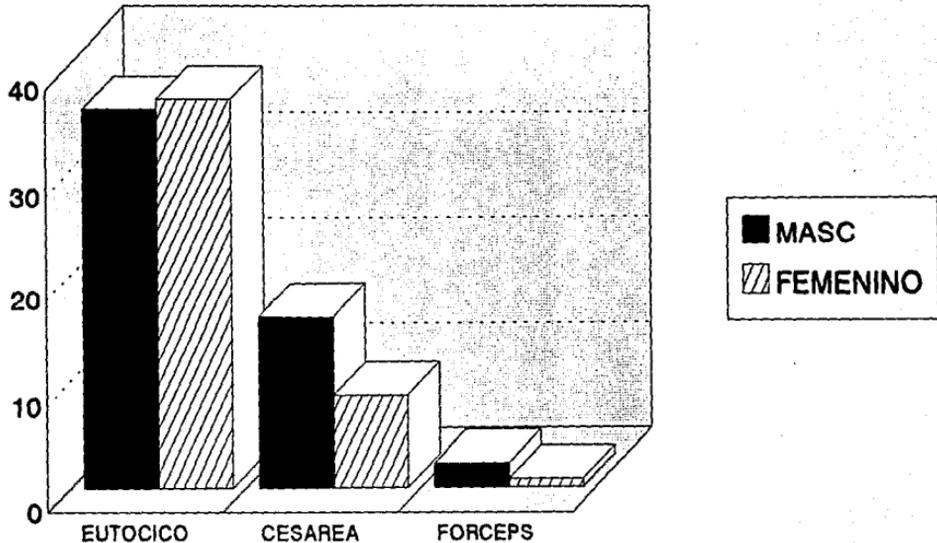
GRAFICA 2. FUENTE DIRECTA: RECOLECCION DE DATOS
EXPLORACION FISICA DE 400 NEONATOS

FRECÜENCIA DE ACUERDO A PESO



**GRAFICA 3. FUENTE DIRECTA: RECOLECCION DE DATOS
EXPLORACION FISICA DE 400 NEONATOS**

TIPO DE PARTO



GRAFICA 4. FUENTE DIRECTA: RECOLECCION DE DATOS
EXPLORACION FISICA DE 400 NEONATOS

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- RUIZ MR. TEXTBOOK OF PEDIATRIC DERMATOLOGY, PHILADELPHIA: GRUNE & STRATTON 1989:55-77.
- 2.- SOLOMON L.AND ESTERLY N.; NEONATAL DERMATOLOGY. VOL.9, ED.WB SAUNDERS COMP..1993:1-22.
- 3.- MAGAÑA GM: VAZQUEZ R.: LESIONES CUTANEAS TRANSITORIAS EN NEONATOS (ESTUDIO DE 100 CASOS), REV.MED.HOSP.GEN.MEX. 1993, 56: 4: 149-156.
- 4.- AVERY F. TRATADO DE NEONATOLOGIA. ED. INTERAMERICANA 4TA EDICION, 1990.
- 5.- WESTON WL, LANE AT: NEONATAL DERMATOLOGY, EN: FITZPATRICK TB ET AL. DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE 4TH ED. NEW YORK MC. GRAW HILL. 1993; 2941-2960.
- 6.- ROOK A; WILKINSON D.SS, EBLING F. VG ET AL. TRATADO DE DERMATOLOGIA. BARCELONA ESPAÑA, VOL. 1, ED.DOYMA; 43-60; 256-293.

- 7.- LARRALDEM.: TRANSIENT NEONATAL DERMATOSES. EN: BURGDORF WHC&KATE SR. EDS. DERMATOLOGY PROGRESS AND PERSPECTIVES. THE PROCEEDINGSS OF THE 18TH WORLD CONGRESS OF DERMATOLOGY. NEW YORK: PARTHENON PUBLISHING GROUP. 1993. 1173-1174.
- 8.- HURWITZ S: CLINICAL PEDIATRICS DERMATOLOGY; PHILADELPHIA WB SAUNDERS: 1981: 6/33.
- 9.- MAGAÑA LM; MAGAÑA GM: INTRODUCCION A LA DERMATOLOGIA. 3RA. ED. MEXICO EDITORIAL MENDEZ OTEO: 1992: 171-173.
- 10.- MAGAÑA GM: NEVO MELANOCITICO CONGENITO.UN ENFOQUE CLINICO PATOLOGICO. DERMATOLOGIA REVISTA MEXICANA.VOL XXXV.,5 SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1991;295-300.