



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

**INCIDENCIA DE DERMATOSIS TRANSITORIA
EN EL RECIEN NACIDO DEL HOSPITAL
JUAREZ DE MEXICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

P R E S E N T A
DRA. LAURA GRISEL SANCHEZ ISAIAS

ASESORA DE TESIS :
DRA. MA. DE LOURDES FLORES OROZCO





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DR. LUIS DELGADO REYES
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA

DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA
JEFE DE LA DIVISION DE PEDIATRIA
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

DRA. MA. DE LOURDES FLORES OROZCO
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Es difícil agradecer a cada una de las personas que siempre estuvieron apoyándome en esta etapa importante de mi vida; sin embargo siempre empiezo agradeciendo a DIOS por darme vida y salud creo que es el principio de mi todo.

A MIS PADRES LOURDES Y JOSE LUIS por creer en mí, por el apoyo incondicional de siempre, por las preocupaciones, desvelos y malos ratos que les hice pasar. Gran parte de lo que soy es gracias a ustedes, a su ejemplo, los quiero y los admiro mucho.

A OSCAR por soportar este camino tan duro, que has vivido uno a uno mis éxitos y mis fracasos, que nunca desistes. Gracias por tu amor.

A LISET, LUIS Y DIEGO por echarme porras y hacerme sentir siempre bien con sus palabras, porque a pesar de la distancia la unión ha sido fuerte.

A MIS FAMILIARES porque en su medida siempre han estado respaldando mi camino.

A MIS AMIGOS por todos los momentos que vivimos juntos, por los lazos de hermandad que construimos, y por haber llegado al fin de esta etapa sin rivalidades.

A MIS MAESTROS por todas sus enseñanzas en el ámbito profesional y consejos de vida.

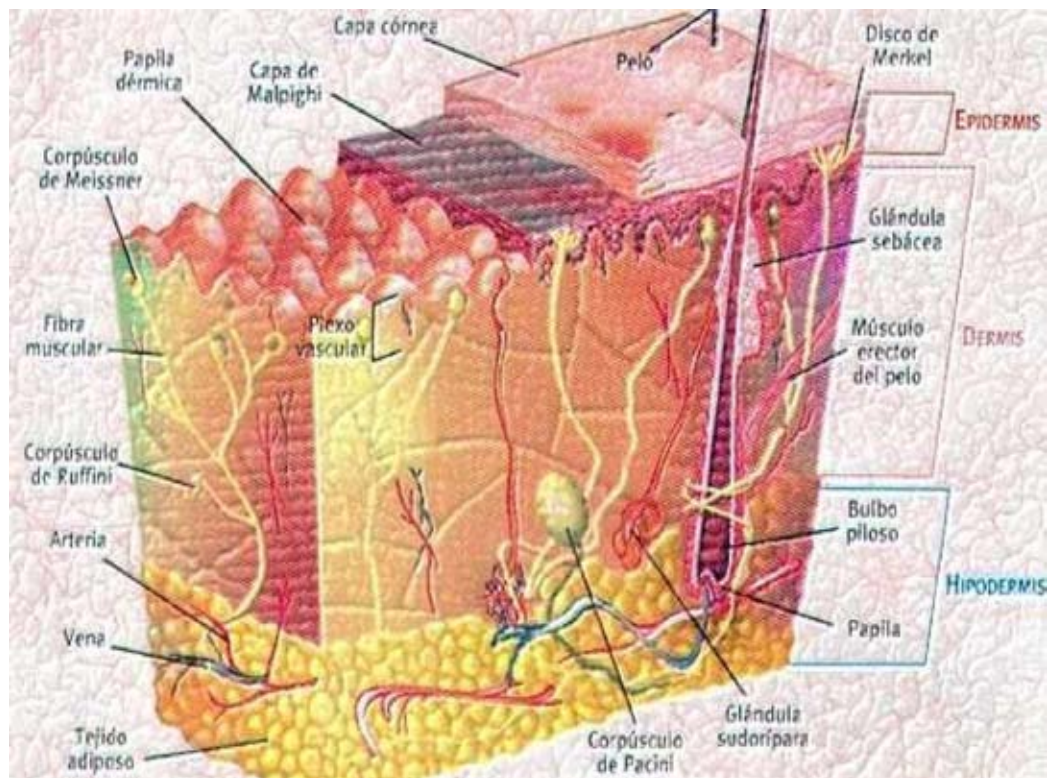
A LOS NIÑOS por que gracias a la sonrisa que se observa en sus rostros al abandonar el hospital, me doy cuenta que todo esto ha valido la pena.

CONTENIDO

Introducción	1
Embriogenesis	1
Histología	2
Características especiales de la fisiología cutánea	5
Peculiaridades de la piel en el recién nacido	6
Alteraciones cutáneas transitorias	7
Dermatosis	8
Trastornos vasomotores y alteraciones vasculares	12
Otros trastornos	14
Planteamiento del problema	17
Hipótesis	17
Objetivo General	17
Diseño del estudio	17
Material y Métodos	18
Criterios de inclusión y de exclusión	18
Tamaño de la muestra	18
Hoja de captación de datos	19
Técnicas	20
Prueba (s) estadísticas	20
Recursos financieros	20
Recursos materiales	20
Recursos humanos	20
Resultados	21
Discusión	32
Bibliografía	34

INTRODUCCION:

La piel del recién nacido tiene unas peculiaridades anatómicas y fisiológicas cuyo conocimiento es imprescindible para establecer unos cuidados apropiados. Además tiene un papel importante en la regulación del equilibrio hídrico y la temperatura, y proporciona una barrera contra los gérmenes que pueden invadir el organismo y frente a la absorción sistémica de los agentes que se aplican de forma tópica. (1,2,4)



EMBRIOGÉNESIS:

El desarrollo de la piel se divide en 3 etapas: organogénesis, histogénesis y maduración. Los estadios comprendidos específicamente para el desarrollo de la piel corresponden a: Periodo embrionario (0-60 días intrauterinos), periodo fetal (60 días a 5 meses intrauterinos) y periodo fetal tardío (5-9 meses intrauterinos).

La piel deriva del ectodermo y mesodermo. El Ectodermo da origen a la epidermis, folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, uñas y melanocitos, mientras que el mesodermo origina tejido conectivo músculo piloerector, vasos y células de Langerhans y de la dermis. La epidermis y la dermis se forman a partir del primer mes de vida intrauterina y al quinto ya están desarrolladas. Al tercer mes se forman se forman las uñas y los pelos, y luego las glándulas sebáceas y sudoríparas. El tejido celular subcutáneo empieza a formarse al cuarto mes, y ya está constituido entre el octavo y el noveno. Los pelos son visibles al quinto mes. Los melanocitos derivan de la cresta neural; a la cuarta semana emigran a la piel, a la cual llegan a la décima. (cuadro 1.1) (1, 2, 12)

Cuadro. 1.1 ORIGEN EMBRIONARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA PIEL	
ECTODERMO:	<ul style="list-style-type: none"> Queratinocito Melanocito (cresta neural) Folículo piloso Glándulas sebáceas Glándulas sudoríparas Uñas Nervios. Células de Merckel
MESODERMO:	<ul style="list-style-type: none"> Fibras colágenas, elásticas y reticulares Células de Langerhans Músculo erector del pelo Vasos sanguíneos Fibroblastos, mastocitos, histiocitos

HISTOLOGIA:

Desde el punto de vista histológico podemos distinguir tres capas: Epidermis, Dermis y la Hipodermis o tejido celular subcutáneo, bajo de esta capa se encuentran la aponeurosis, vainas tendinosas y huesos.(cuadro 1.2) (1,2,12)

Cuadro. 1.2		CAPAS DE LA PIEL	
EPIDERMIS:	Córnea		
	Granulosa		2 – 3 semanas
	Espinosa		
	Basal		
	Membrana basal		
DERMIS:	Papilar		
	Reticular		
	Profunda		
HIPODERMIS:			

La unión entre la epidermis y la dermis no es una línea continua, sino que presenta ondulaciones, la dermis mete a la epidermis, son los procesos interpapilares. Es precisamente esta ondulación dermoepidérmica y la presencia de las papilas lo que da lugar al cuadrículado, ese dibujo romboidal que nos presenta la piel y los dermatoglifos. (2,4,12)

EPIDERMIS: Es una estructura pluriestratificada que se origina del ectodermo embrionario. Desde la tercera semana, el embrión está cubierto de una sola capa de células cúbicas que se duplica (bilaminar) durante el tercer mes. La capa superficial se conoce como peridermo o epitriquio; la profunda o germinativa, más tarde se transforma en la epidermis.

El peridermo es una membrana transitoria formada de células cúbicas que poco a poco se aplanan y se convierten en microvellos de la superficie amniótica, y permiten intercambios entre el embrión y el líquido amniótico. Más tarde el peridermo se descama y las células descamadas junto con el sebo contribuyen a la formación de la vernix caseosa, que perdura hasta el nacimiento, cubre gran parte de la piel, incluidos piel cabelluda, espalda y pliegues intertriginosos, además de que evita que la epidermis embrionaria se ablande a causa del líquido amniótico.

Una característica de la epidermis fetal es que contiene grandes cantidades de glucógeno, indispensable como fuente de energía durante este periodo cuando el hígado aún es inmaduro. En condiciones normales, el glucógeno está presente en la piel embrionica y fetal, y después del nacimiento solo cuando la epidermis sufre traumatismos.

La epidermis descansa sobre una fina membrana basal claramente visualizable con la técnica de PAS (ácido perquídico de Schiff) y está constituida por 5 estratos:

1. **ESTRATO BASAL O GERMINATIVO:** Constituido por una hilera de células dendríticas basófilas, los queratinocitos. Aquí se inicia la proliferación de estos últimos, unidos entre sí por desmosomas, y a la membrana basal por hemidesmosomas. Cada cinco a 10 queratinocitos se intercalan células dendríticas (melanocitos y células de Langerhans) y no dendríticas (Células de Merkel). Los melanocitos aparecen como células claras luego de procesos de fijación. Las células basales reciben inervación e irrigación de los vasos y nervios de las papilas dérmicas.
2. **ESPINOSO O DE MALPIGHI:** Compuesto por varias capas de células poliédricas unidas entre sí por puentes intercelulares o desmosomas; al microscopio electrónico, se identifican en su interior los tonofilamentos.
3. **GRANULOSO:** Consta de células con granulaciones de queratohialina (precursor de la queratina) hematoxilínicas.
4. **LUCIDO:** Que solo se presenta en piel muy gruesa, como la de palmas y plantas; está formado por eleidina.
5. **CORNEO:** Muy grueso en las palmas y plantas, integrado por células muertas aplanadas y sin núcleo, que contienen una proteína fibrilar, la queratina. (1,2,12)

DERMIS: Está constituida por una armazón de tejido conjuntivo; sostén de vasos, nervios y anexos de la piel. Además posee estructuras que intervienen en complejas funciones relacionadas con el metabolismo, temperatura, defensa y cicatrización.

Está formada por 3 clases de fibras, una sustancia fundamental y células. Las fibras más abundantes son las colágenas formadas por una escleroproteína compleja en cuya formación interviene fundamentalmente la hidroxiprolina y la hidrolisina. El colágeno no es una entidad homogénea, está formado por diferentes subtipos genéticos del I al VII de acuerdo a su morfología, composición y propiedades físicas. En la dermis predomina el tipo I. Las fibras reticulares y las elásticas son menos

abundantes y se mezclan con las fibras colágenas, pero son sólo visibles con tinciones especiales. La sustancia fundamental, está formada por mucopolisacáridos que sirve de medio de unión de las fibras, sostiene a las células, ya que es el medio de unión de las fibras, sostiene a las células, ya que es el medio donde se realizan las funciones metabólicas de este tejido.

Las células que se encuentran en la dermis en escaso número generalmente son de varios tipos: fibroblastos (que producen colágena, sustancia fundamental y colagenasa), histiocitos, mastocitos, polimorfonucleares, eosinófilos y plasmocitos.

La dermis más superficial se llama *papilar*, es más laxa con fascículos delgados, orientados perpendicularmente a la epidermis, la dermis *media* o *reticular* tiene fibras más largas y densas situadas en forma horizontal, la *dermis profunda* formada por fibras más gruesas, pero de igual posición que la dermis reticular. (1,2)

HIPODERMIS: O tejido celular subcutáneo está formada por lóbulos de adipositos que son células redondas con núcleo periférico y citoplasma lleno de lípidos, que sirven como reserva energética y aislantes de calor; dichos lóbulos está separados por tabiques de tejido conectivo. (1,2)

CARACTERISTICAS ESPECIALES DE LA FISIOLOGIA CUTANEA:

Después del nacimiento, la perfecta adaptación de la piel al nuevo ambiente, a través de una homeostasis, es lo que garantiza la supervivencia del lactante. Es interesante presenciar los continuos cambios que físicamente condicionan las funciones cutáneas a medida que el individuo avanza del estado de feto al de recién nacido, niño y adolescente.

Las características funcionales de la piel, tales como la resistencia mecánica, termorregulación, permeabilidad y protección con respecto a agentes externos, varían en un mayor grado durante los primeros dos años de vida después del nacimiento, que en los años restantes de la niñez y edad adulta. La propiedad viscoelástica de la dermis que da a la piel su característica resistencia a la tensión, como el choque mecánico, llega a ser del todo funcional más o menos dos años después de nacer cuando las fibras elásticas alcanzan su desarrollo total. Durante los primeros seis meses, las grandes cantidades de agua contenidas en la dermis compensan la falta de fibras elásticas y reducen los efectos de la fuerza mecánica.

En los recién nacidos a término, los mecanismos de termorregulación empiezan a operar sólo dos o tres días después de nacer; estos mecanismos se correlacionan con el funcionamiento de las glándulas sudoríparas y de los reflejos vasomotores.

La función de barrera de la piel se realiza básicamente en el estrato córneo. En efecto, ésta es una barrera de dos direcciones cuya importancia se debe a que bloquea la pérdida de agua (excepto por la pérdida de agua transepidérmica pasiva de los recién nacidos, calculada en 0.5mg/Kg/h), electrolitos y plasma provenientes del cuerpo, en tanto que también bloquea la entrada al cuerpo de sustancias externas tales como agua, materiales tóxicos, bacterias y agentes infecciosos. Esta función es sustancialmente la misma en la lactancia, niñez, adolescencia y edad adulta, pero varía en cada parte del cuerpo y depende de lo grueso, compacto y duro del estrato córneo. El periodo neonatal es la etapa en la que la función de barrera de la piel es menos efectiva que en la edad adulta, debido a que el estrato córneo es más delgado y más hidratado en el recién nacido.

Al nacer, la mayor parte de los lípidos superficiales se derivan del sebo, aunque se observan también algunos lípidos epidérmicos, por ejemplo, esteroides, ésteres de esterol y triglicéridos.

El pH cutáneo es neutro al nacer y se vuelve ácido en algún momento entre la segunda y cuarta semanas después del nacimiento. La reacción ácida de la piel se debe sobre todo al ácido láctico del sudor y en menor grado, a los ácidos glutámico y aspártico de la epidermis.

Al nacer la piel es estéril, pero más o menos al finalizar la primera semana, se coloniza con bacterias no patógenas (estafilococos negativos a la coagulasa, estreptococos y micrococos). La presencia de esta flora no patógena en la piel se considera que es la mejor defensa del cuerpo humano contra las infecciones. (1,2,12)

PECULIARIDADES DE LA PIEL EN EL RECIEN NACIDO:

El periodo del recién nacido va desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida. Este tiempo es una etapa de transición del medio ambiente líquido del útero, al seco del mundo externo. En el primer día después del nacimiento, la piel del recién nacido puede reflejar la condición de vida intrauterina, así como proporcionar información útil actual acerca del parto.

Numerosas peculiaridades anatómicas y funcionales de la piel del recién nacido se consideran normales durante este periodo de vida. Estas son: 1) un alto contenido de glucógeno; 2) sujeción débil entre epidermis y dermis (factores mecánicos o químicos pueden producir desprendimiento epidérmico); 3) alta permeabilidad con baja pérdida de agua transepidérmica; 4) respuestas vasomotoras exageradas; 5) Inmadurez de las glándulas sudoríparas con resultado de un funcionamiento defectuoso. La colonización bacteriana de la piel , principalmente por *Staphylococcus epidermidis* y difteroides, tiene lugar a partir del nacimiento.

Muchas enfermedades de la piel congénitas o genéticamente determinadas, con o sin alteraciones extracutáneas asociadas, se encuentran presentes a partir del nacimiento o aparecen clínicamente durante el primer mes de vida.

Con frecuencia se presentan recién nacidos con enfermedades de la piel. Si se toma en consideración que el periodo del recién nacido es solo de 28 días, los recién nacidos presentan mayor incidencia de enfermedades de la piel comparados con todos los demás grupos de edad. (12)

ALTERACIONES CUTANEAS TRANSITORIAS:

La piel y los apéndices cutáneos del recién nacido poseen numerosas características especiales. Estas alteraciones transitorias son normales y por lo general desaparecen en el primer mes de vida.

En la mayoría de los casos estas lesiones no requieren ningún tratamiento, pero es fundamental su reconocimiento y realizar un buen diagnóstico diferencial para poder tranquilizar a los padres y evitar actitudes terapéuticas innecesarias que puedan ser iatrogénicas.(3,4,5)

En este trabajo se revisan las más importantes.

Dermatosis

Milia

Miliaria

Acné neonatal

Lesiones de succión

Acropustulosis del lactante

Foliculitis pustulosa eosinofílica

Eritema tóxico del recién nacido

Hiperplasia de las glándulas sebáceas

Melanosis pustulosa neonatal transitoria

Trastornos vasomotores y alteraciones vasculares

Acrocianosis

Nevus telangiectásicos

Coloración en arlequín

Cutis marmorata fisiológico

Otros trastornos

Lanugo

Vérnix caseosa

Eritema fisiológico

Ictericia fisiológica

Mancha mongólica o de Baltz

Descamación fisiológica del recién nacido

DERMATOSIS

ERITEMA TOXICO

El eritema tóxico es una enfermedad cutánea inflamatoria benigna de origen desconocido; descrita en 1826. Ha recibido nomenclaturas muy diversas tales como exantema toxoalérgico, urticaria neonatal , «dermatitis por picadura de pulga», etc. Es la erupción más frecuente en el neonato, afectando aproximadamente la mitad de los recién nacidos a término, siendo rara en el prematuro. Las lesiones aparecen en la mayoría de los casos entre el primer y el tercer día de vida, aunque pueden hacerlo más tardíamente incluso a las tres semanas de edad. La lesión cutánea básica es una pequeña pápula de 1 a 3 mm de diámetro que evoluciona a una pústula con un prominente halo eritematoso. Las lesiones se presentan en número variable y pueden unirse en placas de varios centímetros. Este exantema se localiza en cualquier parte del cuerpo aunque el lugar más frecuente es el tronco, respetando casi siempre palmas y plantas. Cada una de las lesiones individuales persiste sólo unas horas, pero la erupción en su conjunto permanece varios días y en ocasiones hasta semanas. La causa es desconocida y su denominación es inadecuada al no haberse encontrado pruebas que confirmen su naturaleza tóxica. La tinción con el método de Wright de la extensión del contenido de la pústula revela un gran número de eosinófilos , esto

indica que se trata de una respuesta de hipersensibilidad, pero los estudios realizados para implicar algunas sustancias químicas o microbiológicas no han logrado aportar datos que confirmen esta hipótesis. Es necesario diferenciar el eritema tóxico de la miliaria roja y de la melanosis pustulosa neonatal transitoria. Las máculas eritematosas del eritema tóxico son más grandes, de 2 a 3 cm, en comparación con las lesiones eritematosas de 2 a 3mm de la miliaria roja. La melanosis pustulosa neonatal transitoria exhibe un predominio de neutrófilos en lugar de eosinófilos en las vesículas, y es típico que cure con hiperpigmentación residual. Los cultivos para bacterias y hongos serán negativos en el eritema tóxico, lo cual lo diferencia de las infecciones bacterianas del recién nacido y la candidiasis congénita. No requiere ningún tratamiento. Es asintomático y desaparece de forma espontánea.(8,10)

MELANOSIS PUSTULOSA NEONATAL TRANSITORIA

Se trata de una enfermedad benigna descrita en 1976 por Ramamurthy y cols. que se manifiesta desde el nacimiento en el 5 % de los recién nacidos de raza negra y en el 1% de los de raza blanca. Las lesiones características son pequeñas pústulas superficiales que se rompen con facilidad, dejando un collarete de escama fina y máculas hiperpigmentadas. Las lesiones pueden ser escasas o numerosas afectando a cualquier parte de la superficie cutánea incluidas palmas, plantas y cuero cabelludo. Las pústulas perduran 48 horas pero las máculas pueden persistir varios meses. La causa es desconocida. La tinción con Wright de la extensión del contenido de las pústulas muestra un número variable de polimorfonucleares con pocos o ningún eosinófilo y el cultivo es negativo. No es necesario ningún tratamiento. Es un trastorno asintomático y autolimitado. (11,13)

QUISTES DE MILIO O MILIA

La milia son pápulas de color blanco perlado o amarillento de 1 a 2 mm de diámetro que aparecen en la cara y afectan al 40% de los recién nacidos a término. Los lugares más afectados son las mejillas, la frente y la barbilla, aunque en raras ocasiones aparecen en otras localizaciones como el prepucio o la areola mamaria. Las lesiones pueden ser únicas (millium) o pocas lesiones diseminadas. Las pápulas son pequeños quistes epiteliales llenos de queratina, obteniéndose al exprimirlos un material parecido a diminutas perlas blancas y formado fundamentalmente por restos de queratinocitos. Cuando la milia afecta

a la mucosa oral recibe el nombre de perlas de Epstein que son pequeñas lesiones quísticas que se encuentran en el 85% de los recién nacidos, generalmente en el rafe mediopalatino y en la unión entre paladar duro y blando y los nódulos de Bohn, que representan con menor frecuencia en los bordes alveolares.

Es necesario diferenciar los millos del molusco contagioso y de la hiperplasia sebácea. El molusco contagioso no suele aparecer en el periodo neonatal inmediato y se caracteriza por pápulas en forma de cúpula con umbilicación central. La hiperplasia sebácea es de color más amarillento que blanquecino. Las perlas de Epstein se pueden diferenciar de los quistes mucinosos intrabucuales por su localización típica en la línea media del paladar y la resolución espontánea.

Los millos y perlas de Epstein se exfolian de forma espontánea durante las primeras semanas de vida. Rara vez se pueden ver millos persistentes o millos diseminados junto con problemas más graves del desarrollo, como el síndrome oro-facial-digital y la tricodisplasia hereditaria.

Las perlas de Epstein pueden tardar varios meses en desaparecer. No es necesario ningún tratamiento, con fines cosméticos se puede realizar incisión y expresión de las lesiones. (6,11,13)

MILIARIA

La miliaria es una dermatitis vesiculosa o pustulosa secundaria a la retención intraepidérmica de la secreción glandular ecrina.

Se distinguen cuatro variantes según el nivel al que se obstruya el conducto excretor de la glándula ecrina:

Miliaria cristalina (sudamina): vesículas claras de 1-2 mm , superficiales y no inflamatorias que se rompen con facilidad. La vesícula se forma en el estrato córneo. (8,10,11,)

Miliaria rubra (sarpullido por el calor): pequeñas pápulas eritematosas y agrupadas que suelen localizarse en los pliegues cutáneos y en las áreas cubiertas por la ropa. Es secundaria a una obstrucción más profunda y va acompañada de inflamación. (11-13)

Miliaria pustulosa: lesiones pustulosas superficiales, no asociadas a los folículos. (11)

Miliaria profunda: erupción papulosa ligeramente inflamatoria que se origina en la porción dérmica del conducto ecrino. No se observa generalmente en los niños y es un proceso más frecuente en países tropicales. (12,13)

Se cree que la miliaria se debe a la acumulación de sudor en los conductos ecrinos obstruidos que acaba produciendo la disrupción del conducto glandular (favorecida por la inmadurez de la glándula del neonato) y la acumulación intraepidérmica de la secreción. Los recién nacidos tienen una dotación completa de glándulas ecrinas que se distribuyen con mayor densidad que tras el crecimiento. Es probable que el calentamiento exagerado, por el exceso de ropa o por la fototerapia contribuya a la patogenia del cuadro.

El diagnóstico de la miliaria se realiza basándose en la observación de las lesiones características. Se pueden punzar las vesículas con una aguja fina, con lo que se obtiene un sudor retenido transparente. Es necesario inspeccionar de cerca la miliaria roja para asegurarse de su naturaleza extrafolicular. La miliaria se puede confundir con la foliculitis, la candidiasis o el acné.

La prevención consisten en evitar el calor y la humedad excesivos. La ropa ligera, los baños fríos y el aire acondicionado impiden que se forme el sudor y que sea retenido por los poros cerrados. Las lesiones se resolverán con estas medidas. (10-12)

ACNE NEONATAL

El aspecto es similar al del acné vulgar del adolescente. Las lesiones son comedones, pápulas inflamatorias y pústulas que casi siempre se limitan a la cara. A diferencia de lo que ocurre en el acné vulgar, los quistes y las cicatrices son excepcionales. La enfermedad afecta hasta el 20 % de los lactantes y es más frecuente en los varones.

Existen dos formas de presentación: acné neonatal, que aparece en las dos primeras semanas de vida cediendo en un plazo de tres meses y el acné del lactante que se manifiesta después de los tres a seis meses de edad pudiendo persistir durante años. En el neonato las lesiones de acné pueden desarrollarse por estimulación hormonal de las glándulas sebáceas, que no han involucionado a su estado infantil de inmadurez, probablemente debido a la acción de los andrógenos suprarrenales y gonadales, de origen tanto endógeno como materno.

Es frecuente que existan antecedentes familiares de acné y los lactantes afectados tienen un riesgo mayor de desarrollar un acné grave en etapas posteriores de la vida, lo que apunta hacia una predisposición genética. Las lesiones de acné pueden formar parte de la llamada pubertad precoz «en miniatura» del recién nacido que incluye la hiperplasia de las glándulas sebáceas, hiperpigmentación de los genitales externos, con tumefacción de labios mayores, secreción vaginal mucoide y hemorrágica e hipertrofia de las glándulas mamarias.

El tratamiento teniendo en cuenta que el acné neonatal acostumbra a resolverse de forma espontánea entre las primeras semanas y los 2-3 meses de vida, puede ser suficiente tranquilizar a los padres y adoptar una conducta expectante. Pueden emplearse geles o cremas que contengan eritromicina al 2% o peróxido de benzoilo al 2,5 % o al 5%. (11,13)

LESIONES DE SUCCION

Las ampollas de succión son lesiones en la mano, muñeca o brazos, llenas de un líquido claro o abiertas y en proceso de curación. En observaciones de fetos in útero por ecografía, se ha constatado que el feto succiona frecuentemente y que puede hacerlo sobre sus manos o antebrazos. No se necesita tratamiento. (13)

TRASTORNOS VASOMOTORES Y ALTERACIONES VASCULARES

NEVUS TELANGIECTÁSICOS O NEVI MATERNO

Se trata de hemangiomas debidos a pequeñas dilataciones telangiectásicas que son frecuentes en el recién nacido en las siguientes localizaciones de la línea media: glabelar (33% de los recién nacidos), párpados (beso del ángel) (45%) y nuca (picotazo de cigüeña) (81%). El color se hace más evidente cuando el niño llora.

La evolución tiende a la desaparición en el primer año en el 99% de los casos, a excepción del de la nuca (nevus de Unna) que persiste en el 40% de los niños y en el 5 % o más de los adultos.

Estas lesiones desaparecen espontáneamente en el primer año de la vida. Las lesiones de la nuca tienden a ser más persistentes y pueden perdurar toda la vida en el 50% de los casos. (2,3,8)

CUTIS MARMORATA FISIOLÓGICO

El recién nacido tiene una gran inestabilidad vasomotora que puede producir una característica coloración cutánea semejante al veteado marmóreo, con líneas irregulares más oscuras entre espacios más pálidos y que se denomina cutis marmorata. Esta manifestación también se observa en el niño mayor coincidiendo con el incremento brusco de la temperatura en el caso de un proceso febril.

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 telangiectásico congénito, 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. (13)

COLORACIÓN EN ARLEQUÍN

El cambio de color de tipo arlequín fue descrita en 1952. Debe diferenciarse de una enfermedad totalmente distinta que es una forma de ictiosis grave denominada feto en arlequín. Es un trastorno vasomotor benigno y transitorio en el que la mitad longitudinal del cuerpo adopta una coloración eritematosa con blanqueamiento simultáneo de la otra mitad. Entre ambas mitades se encuentra una neta demarcación en la línea media; en ocasiones la línea de demarcación puede ser incompleta, respetando la cara y los genitales. Cuando se gira el cuerpo de un lado a otro, el blanqueamiento de la mitad superior y el enrojecimiento de la inferior se acentúan. La duración de estos episodios puede oscilar entre algunos minutos a varias horas. No se producen cambios de la frecuencia respiratoria, los reflejos pupilares, el tono muscular ni la respuesta a estímulos externos. El cambio de color tipo arlequín es más frecuente en el prematuro, pero puede verse hasta en el 10% de los recién nacidos a término. No se conoce la base fisiopatológica de este fenómeno, pero no tiene significado patológico, no requiere tratamiento y desaparece en el curso de las tres primeras semanas de vida. (12)

ACROCIANOSIS

El color de la piel de los neonatos de raza blanca es el sonrosado, excepto en las manos y los pies, los cuales pueden tener cianosis, que puede ser también perioral en las primeras horas de vida. Esta cianosis perioral debe desaparecer aumentando la temperatura del niño si está frío. Asimismo, el color de las manos o los pies mejora con una suave fricción al lograr una reacción vasomotora rápida. Si la cianosis periférica persiste más de 24 horas, debe interpretarse como signo inespecífico de enfermedad (infección, patología pulmonar, metabólica...). Si la cianosis es central, afectará a los labios y la lengua y no mejorará al aumentar la temperatura. Si la causa es respiratoria, mejorará el color con la administración de oxígeno, pero si es cardíaca (cortocircuito derecha-izquierda), tampoco apreciaremos grandes cambios (3,6)

OTROS TRASTORNOS

LANUGO

La piel del recién nacido se encuentra cubierta con abundante vello fino sin médula llamado lanugo, evidente sobre todo en la espalda, hombros y cara. El lanugo desaparece durante las primeras semanas de vida y es reemplazado por el pelo corporal definitivo.

Al inicio el pelo de la piel cabelluda en el recién nacido puede ser escaso o abundante, y la línea donde empieza no se encuentra demarcada en forma exacta. Durante los primeros meses de vida, el lanugo del cuero cabelludo es reemplazado por el pelo terminal. (9,10)

VERNIX CASEOSA:

El vernix caseosa es una sustancia grasosa blanquecina formada por células epiteliales descamadas y secreción sebácea. El vernix caseosa lubrica la piel y facilita el paso del niño a través del canal de parto. Desaparece en forma espontánea pocos días después del nacimiento. Los bebés posmaduros tienden a tener un vernix más espeso. (9,10)

MANCHA MONGÓLICA

También es llamada mancha azul o de Baltz. Se trata de un nevus que es más frecuente en el recién nacido de raza negra y en los asiáticos. Se localiza en la dermis profunda de la región lumbosacra, aunque puede extenderse a la región glútea o incluso hasta los hombros, pudiendo aparecer aunque de forma infrecuente en otras localizaciones como extremidades y cara. Se origina por la proliferación de melanocitos formadores de un pigmento de color azul pizarra o gris. La mancha azul se encuentra en el momento del nacimiento aproximadamente en 60-70% de los recién nacidos, y va desapareciendo gradualmente en el curso de los primeros años de vida, aunque en algunos casos persiste durante la infancia y hasta la edad adulta. Pueden haber errores si se confunde con contusiones y sospecha de malos tratos. (1,5)

DESCAMACION FISIOLOGICA:

Durante la primera semana de vida, la piel del neonato experimenta descamación fisiológica. La descamación es, en general, fina y discreta, pero algunas veces pueden observarse grandes escamas laminares que semejen ictiosis. Los recién nacidos posmaduros tienden a descamarse en forma profusa. (12)

ERITEMA FISIOLOGICO:

Puede estar presente en cualquier lugar de la superficie corporal en el momento del nacimiento, pero se observan con mayor frecuencia sobre la cara. Resultan de la presión o fricción durante el trabajo de parto distócico, o por la aplicación de fórceps. (12)

El eritema disminuye espontáneamente después de pocas horas. En casos raros, persiste durante dos o tres días.

ICTERICIA FISIOLÓGICA:

La ictericia fisiológica del recién nacido se manifiesta por una pigmentación amarillenta clara de la piel, por lo general se inicia el segundo día de vida, alcanza su pico al cuarto día (5 a 6 mg/100ml) y desaparece en forma gradual. Se observa en el 60% de los recién nacidos a término y en el 80% de los prematuros. La ictericia fisiológica resulta de la acumulación de bilirrubina no conjugada (indirecta) en la piel. El diagnóstico diferencial, en parte, se basa en el tiempo de inicio de la ictericia. La ictericia no hemolítica familiar (Síndrome de Crigler-Najjar) se inicia también en el segundo o tercer día de vida. La ictericia que aparece durante las primeras 24 hrs. de vida también puede deberse a sepsis. Eritroblastosis fetal, policitemia, enfermedad de inclusión: citomegálica, rubéola, equimosis extensiva o hematoma. La ictericia fisiológica no requiere ningún tratamiento. (12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Conocer la incidencia de las dermatosis transitorias en el recién nacido, ingresados en el servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México.

HIPOTESIS:

No requiere hipótesis por el tipo de estudio.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la incidencia de las dermatosis transitorias en el recién nacido, del Hospital Juárez de México.

Conocer la dermatosis transitoria más frecuente en el recién nacido del Hospital Juárez de México.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio transversal, no experimental, retrospectivo, descriptivo.

Diseñado para el estudio de una población con finalidades estadísticas.

MATERIAL Y METODOS:

CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION

Recién nacidos del Hospital Juárez de México.

Recién nacidos desde los 0 a los 28 días de vida.

Recién nacidos entre las 37 y 42 semanas de gestación.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Recién nacidos < de 37 SDG

Pacientes mayores a 28 días.

Pacientes provenientes de otra institución.

Dermatosis ocasionadas por reacción adversa a medicamentos o sustancias tópicas.

Dermatosis infecciosas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se realizará revisión dermatológica a 250 recién nacidos vivos del Hospital Juárez de México durante el periodo de Agosto 2007 a Enero 2008, de acuerdo a la siguiente fórmula de prevalencia:

$$N = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{1^2}$$

HOJA DE CAPTACION DE DATOS:

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

PROTOCOLO DE ESTUDIO: INCIDENCIA DE DERMATOSIS TRANSITORIAS EN EL RECIÉN NACIDO

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA: _____

DATOS MATERNOS:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ EXPEDIENTE: _____

AGO: G: ___ P: ___ A: ___ C: ___ O: ___ FUM: _____

DATOS DEL RECIEN NACIDO:

SEXO: M () F () FECHA DE NAC: ___/___/___ HORA DE NACIMIENTO: ___:___

EDAD ACTUAL: _____ PESO: _____ gr TALLA: ___ cm PC: ___ cm PA: ___ cm PT: ___ cm PB: ___ cm

SI: ___ cm PIE: ___ cm CAPURRO: _____ APGAR: _____

ESTANCIA:

ALOJAMIENTO CONJUNTO: _____ Dx de ingreso: _____

UCIN: _____ DX de ingreso: _____

ALTO RIESGO: _____ DX de ingreso: _____

BAJO RIESGO: _____ DX de ingreso: _____

REVISION DERMATOLOGICA:

(TOPOGRAFIA/MORFOLOGIA/SINTOMAS Y SIGNOS)

IAGNOSTICO CLINICO PRESUNTIVO:

BIOPSIA: SI () NO () No. DE BJ: _____

DX HISTOPATOLOGICO:

TECNICAS: DERMATOSCOPIA.(solo en caso necesario)

ESQUEMAS TERAPEUTICOS: Ninguno

ESTUDIOS DE LABORATORIO: Ninguno

ESTUDIOS DE GABINETE: Ninguno

ESTUDIOS ESPECIALES: Biopsia de Piel. (solo en caso necesario)

PRUEBA (S) ESTADISTICAS:

Se realizará el análisis por medio de porcentajes a través del programa SSP, también se realizará análisis gráfico en el Programa Microsoft Windows XP (Excel).

RECURSOS FINANCIEROS:

No se requiere de financiamiento para esta investigación.

RECURSOS MATERIALES:

Dermatoscopio.

Cámara fotográfica

Hojas de papel

Lapices, plumas.

RECURSOS HUMANOS:

Dra. Ma. de Lourdes Flores Orozco (Médico adscrito de Neonatología)

Laura Grisel Sánchez Isaías. (Médico residente de 3er. año de Pediatría)

POSIBLES INCONVENIENTES A PRESENTARSE DURANTE EL ESTUDIO: ninguno.

RESULTADOS:

Durante los meses estudiados (Agosto 2007 – Enero 2008) hubo un total de 1441 recién nacidos vivos en el Hospital Juárez de México, de estos el 86.5% fueron recién nacidos de término con un total de 1249.

MES	RECIEN NACIDOS VIVOS (TOTALES)	RECIEN NACIDOS DE TERMINO
AGOSTO 2007	282	241
SEPTIEMBRE 2007	302	266
OCTUBRE 2007	140	125
NOVIEMBRE 2007	236	197
DICIEMBRE 2007	258	228
ENERO 2008	223	192
TOTAL:	1441	1249

Cuadro 3: Recién nacidos vivos de término Agosto 2007 – Enero 2008)

Se estudiaron 250 recién nacidos de acuerdo a la fórmula de prevalencia ya establecida:

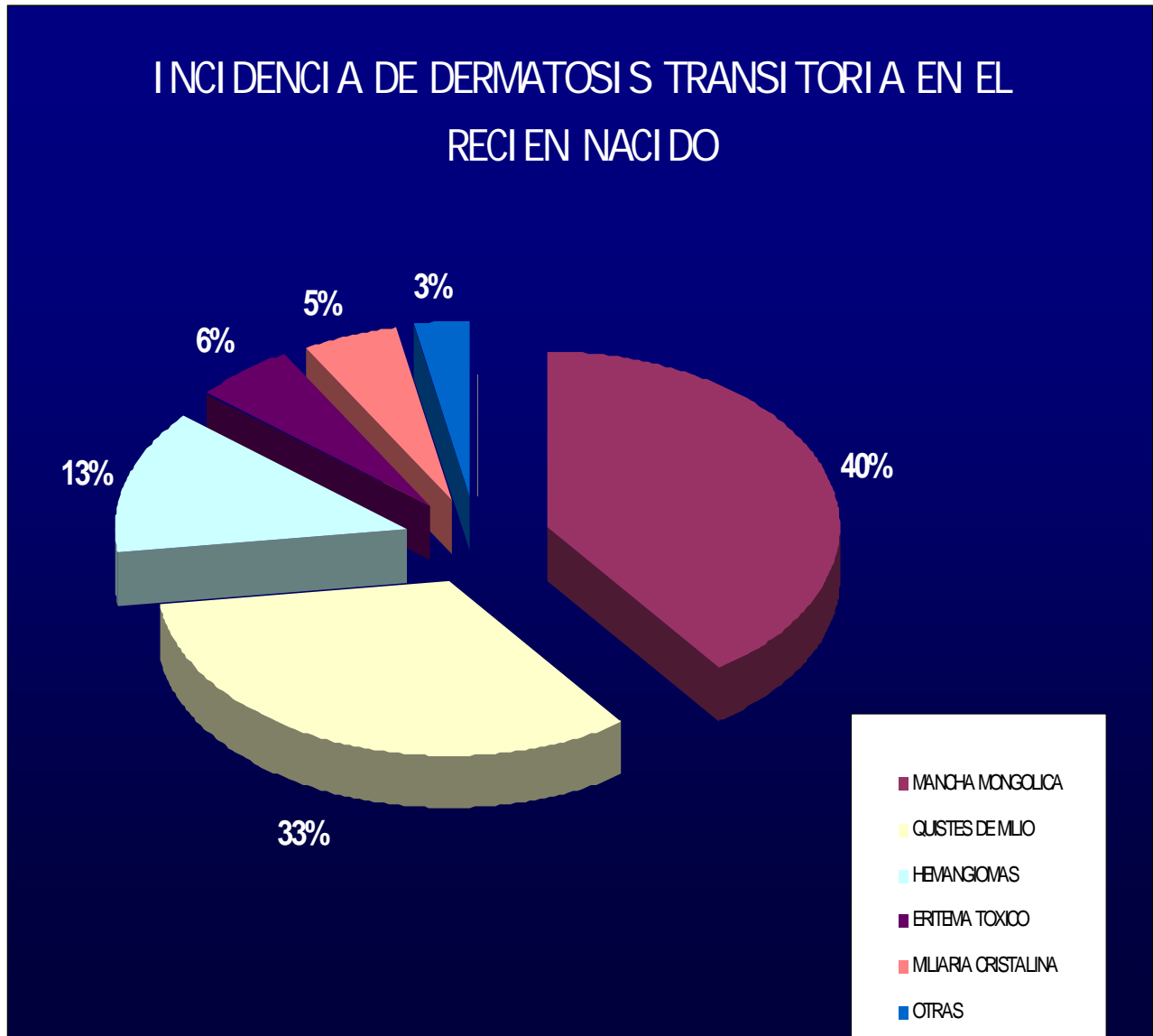
$$N = \frac{Z^2 P(I-P)}{1^2}$$

De los 250 recién nacidos estudiados, se encontraron 158 casos de dermatosis transitorias (63.2%).

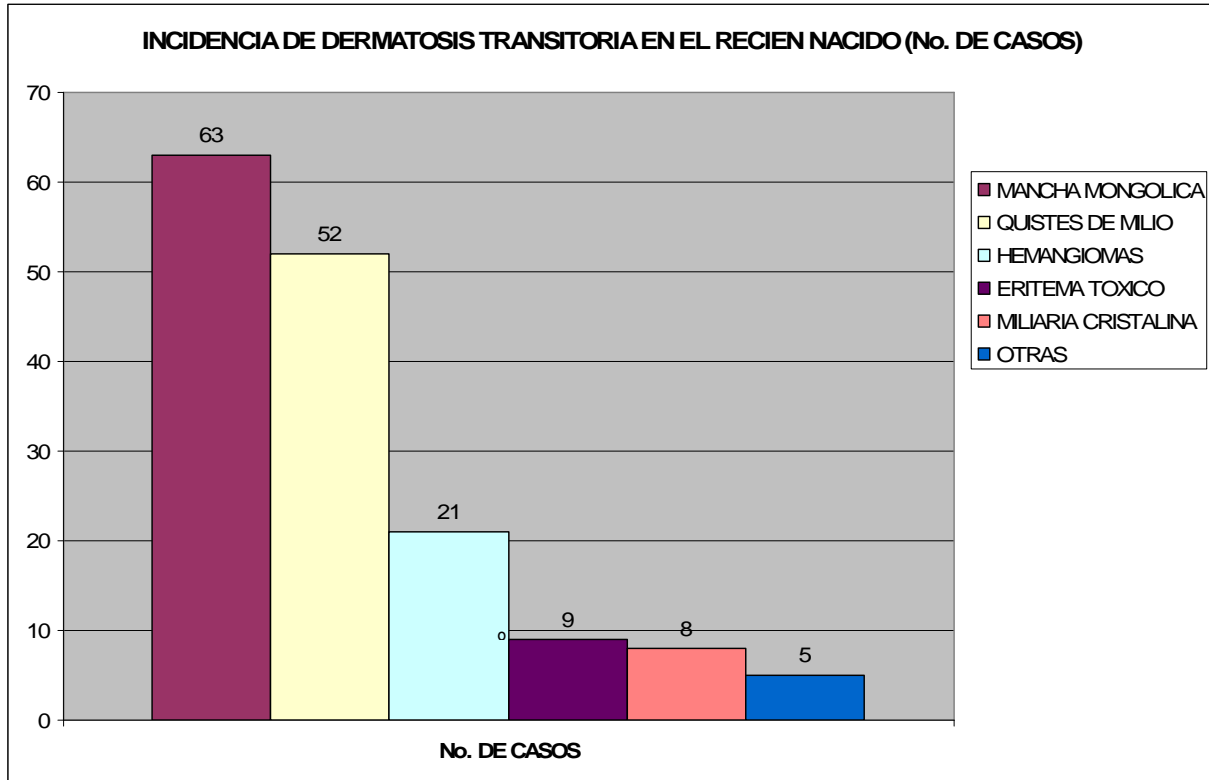
Dentro de las dermatosis transitorias encontradas están las siguientes:

1. Mancha mongólica con un total de 63 casos (40%), de estos el 96.9% fueron de localización habitual y 3.1% de localización aberrante.
2. Quistes de Milio 52 casos, (33%).
3. Hemangiomas 21 casos (13%), (de estos se encontraron con mayor frecuencia en la región de la nuca con un 62%, seguidos de glabelares con un 23.8% y finalmente en párpados 14.2%).
4. Eritema tóxico 9 casos (6%)
5. Miliaria cristalina 8 casos (5%).
6. Otras: 5 recién nacidos con diversas dermatosis transitorias (3%).

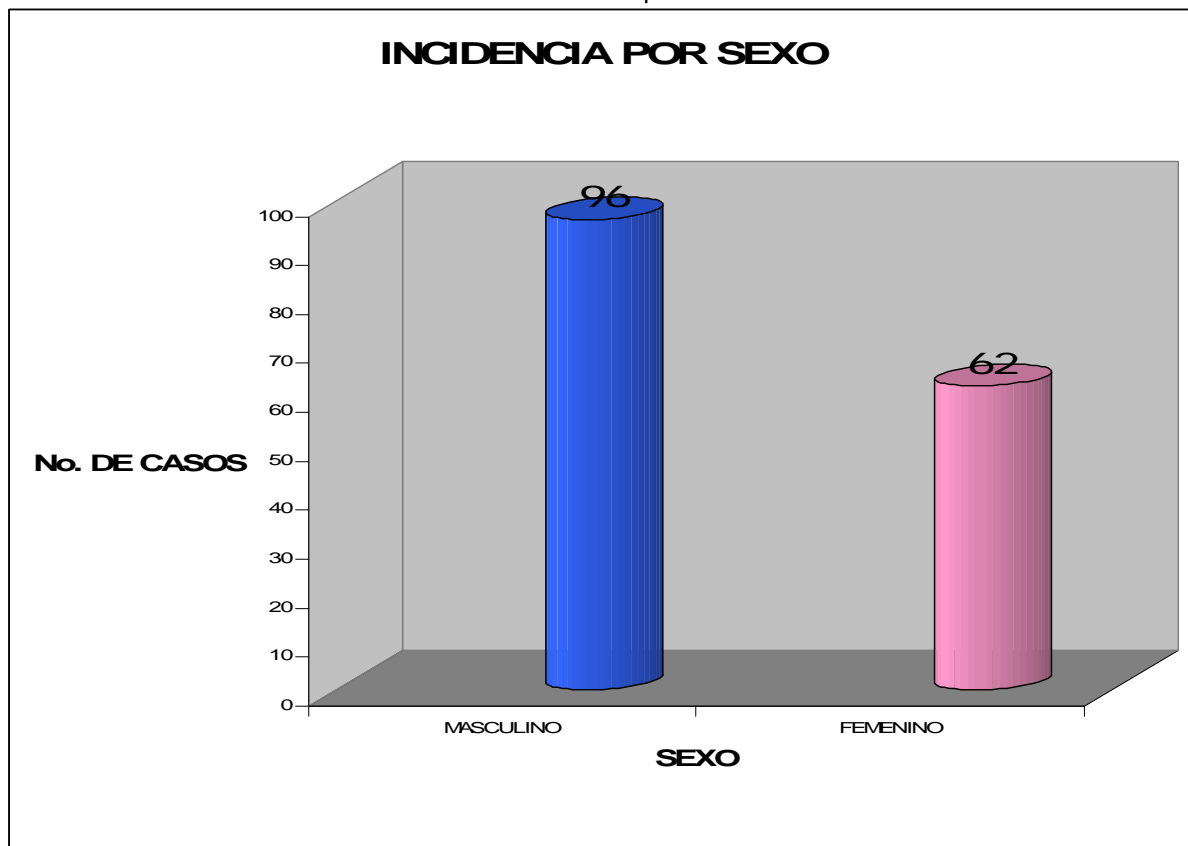
INCIDENCIA DE DERMATOSIS TRANSITORIA EN EL RECIEN NACIDO



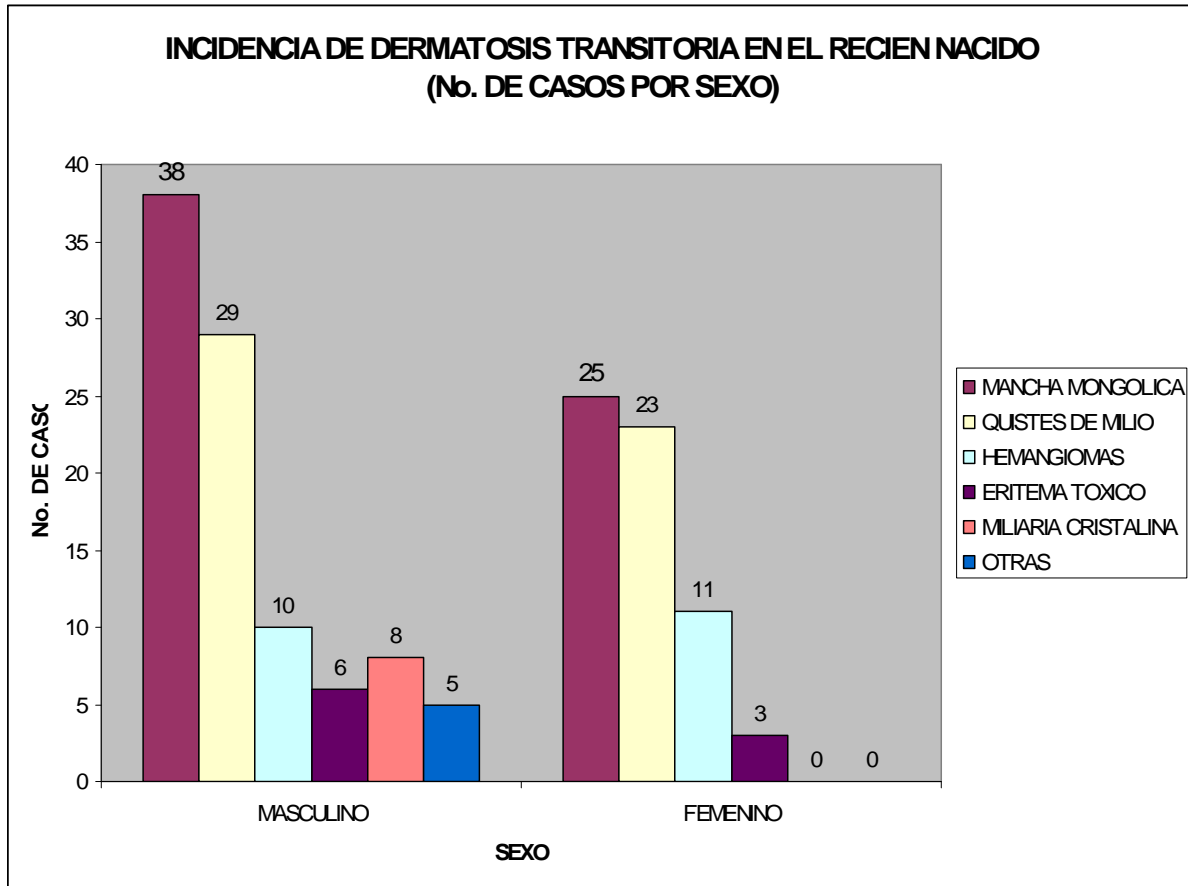
Gráfica 1: Incidencia de dermatosis transitoria por porcentaje.



Gráfica 2: Incidencia de dermatosis transitoria por No. de casos.



Gráfica 3: Incidencia de dermatosis transitoria por sexo.



Gráfica 4: Incidencia de dermatosis transitoria No. de casos por sexo.

Mancha mongólica de localización habitual



Fotografía 1. Mancha mongólica región sacra y glúteo derecho.



Fotografía 2. Mancha mongólica en región sacra.

Mancha mongólica localización aberrante



Fotografía 3: Mancha mongólica en muslo derecho.



Fotografía 4: Mancha mongólica en muslo derecho.

Mancha mongólica de localización aberrante



Fotografía 5: Mancha mongólica en hombro derecho.

QUISTES DE MILIO



Fotografía 6: Quistes de milio en dorso nasal.



Fotografía 7: Quistes de milio en dorso nasal.

HEMANGIOMAS



Fotografía 8: Hemangioma en nuca (picotazo de cigüeña).



Fotografía 9: Hemangioma glabellar.

ERITEMA TÓXICO



Fotografía 10: Eritema tóxico en brazo y antebrazo izquierdo.



Fotografía 11: Eritema tóxico tórax anterior.

Miliaria



Fotografía 12: Miliaria cristalina en cara y piel cabelluda.

DISCUSION

La dermatosis transitoria del recién nacido es muy frecuente, y en la mayoría de los casos no requiere de tratamiento médico, considero útil una exploración física completa, que incluya una revisión a la piel, y así orientar a los padres acerca de las alteraciones encontradas y evitar complicaciones posteriores al uso de tratamientos no necesarios.

En este estudio se está de acuerdo con la literatura en cuanto a los resultados obtenidos en este estudio, ya que el total de recién nacidos con dermatosis transitoria fue del 63.2% y los valores de referencia van del 60 al 70% nacional.

El resto de las patologías observadas coincide a excepción de la mancha mongólica encontrándola en un 40% y los valores de referencia van del 60 al 70% por lo que probablemente se subregistró; sin embargo aún con ello es la que predomina en frecuencia.

En todos los casos revisados observamos que se puede encontrar más de una variante de dermatosis transitoria. No se encontraron referencias bibliográficas respecto a esto.

Se encontró una diferencia significativa en cuanto al sexo, predominando más en el masculino con 96 casos (60.7%), en el femenino con 62 casos (39.3%). Las referencias bibliográficas reportan sin predominio de sexo. (2,3)

La evolución de estos pacientes fue buena en el 100%, ya que son transitorias y benignas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Arenas R.: Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento 2ª. Ed. México: Mc Graw Hill, 2003
2. Saúl A. Lecciones de Dermatología. 14ª. Edición México. Méndez Cervantes, 2001:5-15.
3. Kay SMK. y col.: Atlas en color y sinopsis de dermatología pediátrica 1ª. Ed. Madrid España: Mc Graw Hill, 2002; 2-42.
4. Chulabhorn p. y col. : Skin Lesions in Newborns Int Ped 1999, 14:1:28-31
5. Richie LL y col.: Skin Care of the Healthy Newborn Cutis. 2005;75:25-30.
6. Islas DLP, Flores FG.: Frecuencia de la mancha mongólica en niños recién nacidos Rev Mex Ped 2002;69:4:144-145
7. Khaled A., Al A.: Neonatal Skin lesions in Jordan, Study of Consecutive 500 neonates at King Hussein Medical Center Cal Med Jou 2006;4:4:1-4
8. Vitoria MI:Trastornos cutáneos más frecuentes del recién nacido y del lactante. Dermatitis del pañal Ped Int 2004;8:3:191-203.
9. Lobby B., Chakrabarty N.: Cutaneous manifestations in the newborn : Indian J Dermatol Venereol Leprol 1992;58:69-72
10. C. Ribes, F. A. Moraga Recién nacido: cuidado de la piel: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica: Asoc Esp Ped: 2003:365-368
11. C. Ribes, F. A. Moraga Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica Asoc Esp Ped: 2003:269-277.
12. Paller AS, Manzini, AJ Clinical Pediatric Dermatology 3ª. Ed. USA Elsevier Saunders. 2006. 17-47
13. Ruíz M. R., Charles P. L., Martín B. J., Tratado de Dermatología Pediátrica. Interamericana 1992. México. Interamericana.
14. Bologna J.L., Orizzo J.L. Rapini RP. Dermatology. 1ª. Ed. 2003. Mosby. España.