



PARTE

I

DERMATOSIS NEONATALES





PARTE

I

DERMATOSIS NEONATALES - 1

SECCIÓN 1

Lesiones transitorias comunes - 3

- 1 Mancha mongólica - 3
- 2 Mancha salmón - 5
- 3 Hiperplasia sebácea - 7
- 4 Quistes de mílium o milia - 8
- 5 Perlas de Epstein - 10
- 6 Corpúsculos de Bohn - 11
- 7 Sudamina o miliaria - 13
- 8 Eritema neonatal - 15
- 9 Alopecia por fricción - 18

SECCIÓN 2

Lesiones transitorias infrecuentes - 21

- 10 Melanosis pustular transitoria neonatal - 21
- 11 Pustulosis cefálica neonatal - 23
- 12 Acné neonatal - 25
- 13 Granuloma umbilical - 27

- 14 Necrosis grasa subcutánea - 29

- 15 Cutis marmorata fisiológico - 32

SECCIÓN 3

Lesiones patológicas - 35

- 16 Cefalohematoma - 35
- 17 *Caput succedaneum* - 38
- 18 Dermatitis seborreica - 40
- 19 Aplasia cutis - 43
- 20 Foliculitis pustulosa eosinofílica - 46
- 21 Lupus neonatal - 48
- 22 Sífilis congénita - 51
- 23 Herpes neonatal - 54
- 24 Bebé colodión - 56
- 25 Lesiones térmicas y por extravasación - 59
 - 25-1 Lesiones térmicas - 59
 - 25-2 Lesiones por extravasación - 62
- 26 Patología de la línea media - 65
- 27 Epidermólisis ampollosa hereditaria - 73



MARÍA LAURA GIOSEFFI

DEFINICIÓN

Es una mácula congénita azulada, ubicada clásicamente en la región sacroglútea. Se produce por una lenta desaparición de los melanocitos dérmicos.

Es la lesión pigmentaria más frecuente del recién nacido (RN).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mácula se presenta con un espectro de color desde azul pizarra a gris, su forma es indefinida, tiene bordes irregulares y tamaño variable, desde pequeñas hasta más 10 cm de diámetro (**fig. 1-1**).

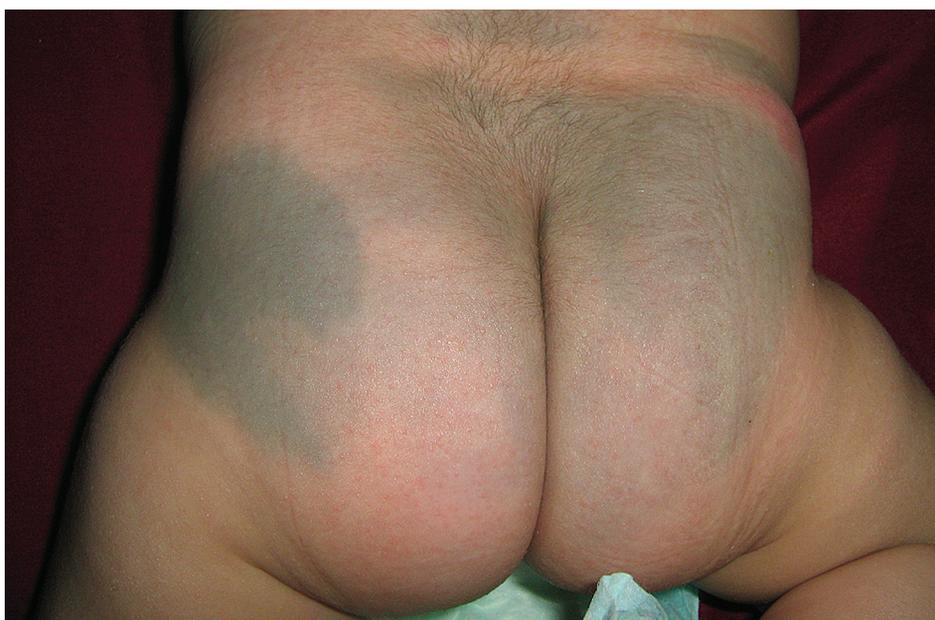


FIG. 1-1. Mancha mongólica extensa en la región sacroglútea, color azul-grisácea y de forma irregular.



FIG. 1-2. Mancha mongólica aberrante en sector dorsal superior derecho.

Existen diferencias raciales en su prevalencia: se encuentra en el 85 al 100% de los RN asiáticos –de allí su nombre–, 60% de los RN negros y en menos del 10% de los RN blancos.

La localización habitual es la sacroglútea, pero pueden hallarse en otros sitios, más frecuente en los hombros, constituyendo las manchas mongólicas aberrantes (fig. 1-2).

Siempre son asintomáticas. Durante su permanencia no progresan y acompañan armónicamente el crecimiento del niño.

Desaparecen espontáneamente a partir de los 2 años de edad, y hacia la primera década de vida la mayoría ha involucionado.

Sin embargo, en pocos casos persisten en la edad adulta, son las manchas mongólicas persistentes, presentes en el 3% de los orientales.

DIAGNÓSTICO

Siempre es clínico, no requiere estudios complementarios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Hematomas.** Cambian de color y desaparecen más rápidamente.
- **Nevo de Ota.** Es una mácula pardogrisácea o azulada que tiene como topografía específica las áreas inervadas por la primera y la segunda rama del trigémino. Es persistente.
- **Nevo de Ito.** Su aspecto clínico es similar al nevo de Ota; se localiza en las zonas supraclavicular y deltoidea inervadas por los nervios braquiocutáneo lateral y supraclavicular posterior. Es persistente.
- **Nevo azul común.** Poco frecuente en niños, no involucionan. Es de menor tamaño, forma precisa, más frecuente de aspecto nodular, ubicado en dorso de manos y pies, y cuero cabelludo. Es persistente y no degenera.

TRATAMIENTO

No requiere tratamiento por su carácter involutivo y benignidad.

RECUERDE

- La existencia de muchas manchas aberrantes asociadas con malformaciones vasculares capilares deben alertar la sospecha sindrómica (facomatosis pigmento vascular tipo II).
- Documentar siempre las lesiones en la historia clínica del RN para evitar confusiones posteriores con eventuales hematomas en niños con sospecha de maltrato físico.

BIBLIOGRAFÍA

Cabrera H, García S. Nevos melanocíticos dérmicos. En: Cabrera H, García S. Nevos. Buenos Aires: Actualizaciones Médicas; 1998. pp. 51-4.
Eichenfield L, Larralde M. Neonatal Skin and Skin Disorders. En: Schachner L, Hansen R. Pediatric Dermatology. Filadelfia: Mosby; 2003. p. 216.

Pielop, J, Levy M, Corona M. Bening skin and scalp lesions in the newborn and young infants. En: UpToDate online. (Acceso 18-03-2012). Disponible en www.uptodate.com.

MANCHA SALMÓN

SOFÍA GRANILLO FERNÁNDEZ

DEFINICIÓN

Constituye la malformación vascular capilar más frecuente en la etapa neonatal. Está presente al momento del nacimiento y tiende a aclararse durante el primer año de vida. Su incidencia oscila entre el 40 y el 70 % de los recién nacidos de raza blanca.

Se atribuye a la persistencia de la circulación fetal e involucionaría al madurar el sistema autonómico que inerva esos vasos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se presenta como una mácula rosada, de bordes irregulares e indefinidos, que puede localizarse en zona mediofrontal, glabella, párpados, dorso nasal, fíltrum y región occipital. Esta última es la ubicación más frecuente. También puede hallarse en las regiones parietal y lumbosacra (figs. 2-1 y 2-2).

La intensidad de la mácula disminuye con la vitropresión y aumenta con el llanto, las maniobras de Valsalva y el baño con agua caliente, procesos secundarios a la vasodilatación producida.

Las manchas ubicadas en la cara se atenúan progresivamente hasta desaparecer durante el primer año de vida. En cambio, las de localización occipital son persistentes y se denominan nevo de Unna; no interfieren con el crecimiento del pelo.

Diversos estudios constataron que, ante la presencia de una mancha salmón en la cara, el nevo de Unna siempre está presente.

La localización en la línea media sacra es un marcador potencial de disrafismo espinal oculto, aunque es una lesión con bajo índice de asociación. La ecografía lumbosacra que constata la presencia del latido medular descarta en forma definitiva tal anomalía subyacente (véase **cap. 26, Patología de la línea media**).

DIAGNÓSTICO

Es clínico, no requiere exámenes complementarios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Otra malformación vascular capilar denominada mancha en vino de Oporto.** Su color es más oscuro

e intenso, tiene bordes bien definidos y es persistente. Normalmente afecta una zona más lateral de la cara, con distribución metamérica.

- **Mácula precursora de hemangioma.** En general no está presente desde el nacimiento; aparece a partir de la segunda o tercera semana de vida y se presenta como una mácula rosada con telangiectasias.

TRATAMIENTO

No se encuentra asociada a otras patologías, por lo cual no requiere estudios complementarios ni tratamientos. En caso de persistir, puede utilizarse láser de luz pulsada.



FIG. 2-1. Mancha salmón extensa: nótese la mácula de color rosado tenue con bordes irregulares y su localización habitual en glabella, párpados y su contigüidad hacia la zona medio frontal y punta nasal.



FIG. 2-2. Mancha salmón en la nuca, denominada nevo de Unna. Nótese también otra mácula central a nivel parietal.

RECUERDE

- La mancha salmón es la lesión vascular más frecuente en la infancia.
- Las manchas que se ubican en la cara tienden a atenuarse y a desaparecer durante el primer año de vida. En cambio el nevo de Unna, ubicado en la nuca, es persistente.
- La mancha salmón ubicada en la región sacra tiene bajo índice de asociación con disrafismo espinal oculto.
- La asociación de manchas salmón con otro estigma cutáneo en la línea media obliga a descartar disrafismo.

BIBLIOGRAFÍA

Larralde M. Enfermedades neonatales. En: Larralde M, Abad E, Luna P. Dermatología pediátrica. Buenos Aires. Ediciones Journal; 2010. p. 14.
Monteagudo B, Labandeirab J, Acevedoc A, Cabanillasa M, León-Muiños E, Fernández-Prieto R. y Toribiob J. Mancha salmón: estudio descriptivo. Actas Dermosifiliogr 2010;102(1):24-7.

Redondo P. Malformaciones vasculares (I). Concepto, clasificación, fisiopatogenia y manifestaciones clínicas. Actas Dermosifiliogr 2007;98:141-58.

CAPÍTULO

3

HIPERPLASIA SEBÁCEA

ANA M. ANGLADA Y SILVIA FERNÁNDEZ

DEFINICIÓN

Son pequeñas pápulas puntiformes blanquecinas o amarillentas ubicadas en el dorso nasal del recién nacido.

Se generan por la estimulación androgénica materna sobre las glándulas sebáceas durante el último mes de gestación. Esto produce acumulación de secreción en las glándulas sebáceas del recién nacido. Se observa en más del 50% de los neonatos de término.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Son pápulas muy pequeñas color blanquecino o amarillento que aparecen dentro de los primeros días de vida. Se las observa agrupadas generalmente en dorso nasal y en menor medida en mejillas, en concordancia con la menor densidad de glándulas sebáceas en ese sitio (fig. 3-1); son asintomáticas. Algunas de estas pápulas pueden mostrar dilatación quística. Desaparecen espontáneamente en las primeras semanas de vida.

DIAGNÓSTICO

Es clínico, con la visualización de las lesiones características sobre todo en el dorso nasal. Histológicamente, se observa epidermis normal y numerosas glándulas sebáceas aumentadas de tamaño compuestas por sebocitos maduros alrededor de un canal folicular dilatado.



FIG. 3-1. Hiperplasia sebácea: nótese múltiples pápulas diminutas blancoamarillentas en el dorso nasal y por fuera de las alas nasales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Quistes de milium.** Pueden asemejarse a la hiperplasia sebácea, pero los quistes de milium son siempre blanquecinos, de aspecto quístico, y su localización es más amplia: además del dorso nasal se ubican en mejillas, frente, pliegues nasolabiales, mentón y, en raras ocasiones, prepucio o aréola mamaria (véase **cap. 4, Quistes de milium**).

TRATAMIENTO

No requiere. Es un proceso autolimitado.

RECUERDE

- La hiperplasia sebácea es una entidad frecuente en las primeras semanas de vida.
- Son pápulas muy pequeñas blanquecinas o amarillentas localizadas en el dorso nasal.
- Tienen remisión espontánea.

BIBLIOGRAFÍA

Monteagudo B, Labandeira J. Prevalence of milia and palatal and gingival cysts in spanish newborns. *Pediatric Dermatology* 2012;29(3): 301-5.
Pueyo de Casabé S, Valverde R. *Dermatología neonatal*. 1.ª ed. Buenos Aires: Artes Gráficas Buschi; 2005. pp. 174-6.

Siegfried E, Esterly N. Dermatitis frecuentes del recién nacido. En: *Tratado de Neonatología de Avery*. 7.ª ed. Madrid: Harcourt 2000, Cap. 108.
Weston W, Lane A. *Dermatología neonatal*. En: Weston WL, Lane AT. *Manual en color de dermatología pediátrica*. 1.ª ed. Madrid: Mosby; 1992. Cap. 19, p. 236.



CAPÍTULO

4

QUISTES DE MÍLIUM O MILIA

ANA M. ANGLADA Y SILVIA FERNÁNDEZ

DEFINICIÓN

Son pápulas blancoperladas de 1 a 2 mm de diámetro, escasas o múltiples y agrupadas, que se localizan en frente, mejillas, nariz y mentón; afectan al 40% de los recién nacidos a término.

Corresponden a quistes de retención sebácea y queratínica, ocasionados por un defecto en la formación del aparato pilosebáceo (milia primaria). Cuando la milia se localiza en la mucosa oral o el paladar, corresponde a las perlas de Epstein, y si se encuentra en el borde alveolar, se denomina corpúsculo de Bohn.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Habitualmente aparecen entre el 2^{do.} o 3^{er.} día de vida. Son pápulas puntiformes blanquecinas o amarillentas; los

sitios más afectados son mejillas, frente, cuero cabelludo, nariz, pliegues nasolabiales, mentón y, en raras ocasiones, prepucio o aréola mamaria (**fig. 4-1**). Pueden ser únicos o múltiples. Se exfolian en forma espontánea a las tres o cuatro semanas posteriores a su aparición. Son asintomáticos. Pueden asociarse con los siguientes síndromes:

- Epidermólisis de la unión o distrofia (milia secundaria).
- Síndrome orofaciodigital tipo 1.

DIAGNÓSTICO

Es clínico. Histológicamente, el milium es una invaginación de tejido epidérmico que surge del aparato pilosebáceo. Se forman quistes ocupados por varias capas de células productoras de queratina localizados por debajo de la epidermis. Desaparecen espontáneamente a las 3 o 4 semanas.



FIG. 4-1. Se observan dos pápulas blanquecinas pequeñas en la región malar izquierda que corresponden a quistes de milium.





DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Hiperplasia sebácea.** Si bien comparten una localización similar, se diferencian porque estas presentan pápulas más amarillentas, principalmente en dorso nasal, y se agrupan en placas (véase **cap. 3, Hiperplasia sebácea**).

- **Síndrome de Marie Unna (tricodisplasia hereditaria).** Se debe sospechar en caso de milia persistente, con distribución extendida.

TRATAMIENTO

No requieren terapéutica por ser asintomáticos y autorresolutivos.

RECUERDE

- Los quistes de mílium consisten en escasas a numerosas pápulas de 1 a 2 mm de diámetro, blancas, localizadas con mayor frecuencia en frente, nariz, mejilla y mentón.
- Aparecen entre el 2^{do} o 3^{er} día de vida, se exfolian en forma espontánea a las tres o cuatro semanas de su aparición. Son asintomáticos.
- Su contenido es de queratina, a diferencia de la hiperplasia sebácea que contiene lípidos.

BIBLIOGRAFÍA

Monteagudo B, Labandeira J. Prevalence of milia and palatal and gingival cysts in spanish newborns. *Pediatric Dermatology* 2012; (3): 301-305.

Pueyo de Casabé S, Valverde R. *Dermatología neonatal*. 1.ª ed. Buenos Aires: Artes Gráficas Buschi; 2005. pp. 174-6.

Siegfried E, Esterly N. Dermatosis frecuentes del recién nacido. *Tratado de neonatología de Avery*. 7.ª ed. Madrid: Harcourt; 2000, cap. 108.

Weston W, Lane A. *Dermatología neonatal*. En: Weston WL, Lane AT. *Manual en color de dermatología pediátrica*. 1.ª ed. Madrid: Mosby; 1992. Cap. 19, p. 236.

PERLAS DE EPSTEIN

SILVIA FERNÁNDEZ Y PAOLA CARASCAL

DEFINICIÓN

Son diminutos quistes presentes en el recién nacido localizados a lo largo de la línea media palatina, más frecuentemente en la unión del paladar duro y blando. Son de color blanco opaco o amarillento, y el tamaño oscila entre 0,5 a 3 mm.

Solo se presentan en el período neonatal y pueden hallarse hasta en el 80% de los bebés. Se considera que su origen proviene de restos epiteliales de células salivales con contenido de queratina. Estos microqueratocistos se forman alrededor de las 14 semanas de edad gestacional y contienen tejido epitelial atrapado durante la fusión del paladar

Representan la contrapartida oral de los quistes de milium.



FIG. 5-1. Pequeños quistes de color blanquecino localizados en la línea media del paladar duro.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Son quistes presentes en el recién nacido, ubicados sobre la línea media del paladar duro. Son pequeños, blanquecinos o amarillentos, de consistencia firme y suelen presentarse agrupados. Se visualizan con claridad durante la amplia apertura bucal en momentos de llanto (fig. 5-1). Son lesiones autolimitadas y asintomáticas. No hay relación con referencia a sexo, peso o edad gestacional.

DIAGNÓSTICO

Es clínico, se realiza por inspección y visualización de los quistes sobre el paladar duro en la línea media.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Corpúsculos o quistes de Bohn.** Si bien tienen el mismo origen, difieren en su localización e histología (véase cap. 6, **Corpúsculos de Bohn**).

TRATAMIENTO

No requiere. La mayoría de estas lesiones se exfolian espontáneamente en las primeras semanas de vida.

RECUERDE

- Las perlas de Epstein son pequeños quistes de color blanquecino o amarillento localizados en la línea media del paladar duro.
- Representan la contrapartida oral de los quistes de milium.
- Son asintomáticos y autoinvolutivos.

BIBLIOGRAFÍA

Ceriani Cernadas JM, Fustiñana C, Mariani G, Jenik A, Lupo E. Neonatología práctica. Cuarta edición, Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2009. p. 809.

Monteagudo B, Labandeira J. Prevalence of milia and palatal and gingival cysts in Spanish newborns. *Pediatric Dermatology* 2009;(3):301-5.



CAPÍTULO

6

CORPÚSCULOS DE BOHN

ANA M. ANGLADA Y SILVIA FERNÁNDEZ

DEFINICIÓN

Son nódulos localizados sobre la superficie lingual o vestibular de la cresta alveolar, usualmente en la arcada dental superior y el paladar, pero nunca se hallan en la línea media. Se originan en la mucosa glandular, como remanente de glándulas salivales. La incidencia tiene amplia variación, con informes desde un 13,7% en una población caucásica hasta un 80% en una asiática.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se presentan como lesiones nodulares, únicas o múltiples, de color blanquecino o translúcidas, ubicadas con mayor frecuencia en el borde alveolar superior (**fig. 6-1**). El tamaño oscila entre 0,5 y 3 mm. Son asintomáticas y se autolimitan en el transcurso de pocas semanas. Son más frecuentes en el sexo femenino, en recién nacidos con alto peso al nacer y con mayor edad gestacional.

DIAGNÓSTICO

Es clínico; se confirma con el hallazgo de las inclusiones nodulares pequeñas de color blanquecino sobre la mucosa alveolar o en el paladar superior, alejadas de la línea media.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Dientes natales y neonatales.** Son piezas sólidas; pueden asociarse a síndromes genéticos.
- **Perlas de Epstein.** La diferencia radica en la localización, ya que estas se localizan en el paladar duro, mientras que los corpúsculos de Bohn asientan en el margen gingival (véase **cap. 5, Perlas de Epstein**).

TRATAMIENTO

No requieren tratamiento, ya que la resolución es espontánea en un lapso de semanas.



FIG. 6-1. Corpúsculos de Bohn: se observan inclusiones nodulares blanquecinas en la arcada alveolar superior.





RECUERDE

- Son nódulos localizados sobre la superficie lingual o vestibular de la cresta alveolar, usualmente en la arcada dental superior y el paladar, fuera de la línea media.
- No requieren tratamiento por ser asintomáticos y autorresolutivos.

BIBLIOGRAFÍA

Ceriani Cernadas JM, Fustiñana C, Mariani G, Jenik A, Lupo E. Neonatología práctica. Cuarta edición, Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2009. p. 809.

Monteagudo B, Labandeira J. Prevalence of milia and palatal and gingival cysts in Spanish newborns. *Pediatric Dermatology* 2009;29(3):301-5.



SUDAMINA O MILIARIA

ANA M. ANGLADA Y SILVIA FERNÁNDEZ

DEFINICIÓN

Es una dermatitis vesiculosa o pustulosa originada en un conducto ecrino que resulta de una retención de la sudoración causada por una diferenciación incompleta de la epidermis y sus apéndices. La obstrucción y rotura de los conductos sudoríparos se manifiesta por una erupción vesicular.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Aparecen en el período neonatal, alrededor de la segunda semana de vida, y se presentan como pequeñas vesículas superficiales. Su presencia se asocia a climas cálidos, sobreastrigo, fiebre y al uso de incubadora. Las lesiones se distribuyen de forma típica en la cara, cuero cabelludo, tronco y pliegues, áreas en donde existe mayor oclusión y menor aireación. Es característico el compromiso del pliegue cervical tanto anterior como posterior, ampliándose hacia las zonas superior del dorso y preesternal.

Se describen cuatro variantes, según el nivel al cual se obstruya el conducto:

- **Miliaria cristalina o sudamina**

Es la forma de presentación más frecuente. Se produce por la obstrucción del conducto a nivel subcórneo o intracórneo. Está constituida por vesículas claras, superficiales, de pared fina, sin signos de inflamación, semejantes a gotas de rocío, transparentes. Pueden estar ubicadas en todo el cuerpo, pero predominan en zonas de pliegues al nivel del cuello y axilas, o en el tronco en áreas cubiertas por ropa (**fig. 7-1**).

- **Miliaria rubra**

Se origina por la rotura intraepidérmica del conducto y se acompañan de reacción inflamatoria. Se manifiesta como lesiones papulovesiculosas de color eritematoso. Su ubicación es preferentemente en zonas cubiertas, frente, tronco superior, cara interna de los brazos y pliegues (**fig. 7-2**).

- **Miliaria pustulosa**

Se ocasiona cuando el componente inflamatorio de la miliaria rubra es importante o se complica con una infección bacteriana secundaria y las pápulas se convierten en pústulas.



FIG. 7-1. Miliaria superficial o cristalina: se observan vesículas claras en el pliegue posterior del cuello distribuidas regularmente.

FIG. 7-2. Miliaria rubra: nótese pápulas eritematosas agrupadas en áreas laterales del pliegue cervical.



• Miliaria profunda

Se genera por obstrucción subdermoepidérmica del conducto sudorífero, y constituye el nivel más profundo de obstrucción. Es muy rara en el neonato.

DIAGNÓSTICO

Es clínico; se realiza con la observación de las lesiones características. Si las vesículas se punzaran con una aguja fina liberarían el sudor atrapado, pero en la práctica no se realiza. La miliaria rubra requiere de una inspección detallada para descartar naturaleza folicular. Histológicamente, en la miliaria cristalina las vesículas se encuentran en el estrato córneo y los cortes muestran comunicación directa con el conducto sudorífero. En la miliaria rubra se observa a la histología diferentes grados de espongirosis y formación de vesículas dentro del conducto sudorífero epidérmico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Distintas formas de miliaria.**
- **Candidiasis neonatal.** Consiste en múltiples papulopústulas extendidas en cualquier área de la superficie cutánea. El frotis constata la presencia de levaduras y el cultivo confirma el diagnóstico.
- **Acné neonatal.** La lesión elemental es el comedón localizado en la zona T de la cara. Puede ser abierto (blanquecino) o cerrado (negruzco); este último es el más frecuente (véase **cap. 12, Acné neonatal**).

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en prevenir el exceso de calor reduciendo la temperatura ambiente, realizar baños refrescantes y utilizar ropas livianas. En las zonas más afectadas puede aplicarse pasta al agua (véase **anexo III, Formulas magistrales frecuentes e indicaciones**).

RECUERDE

- La miliaria se origina en los conductos sudoríferos.
- Está fuertemente asociada con situaciones de transpiración excesiva.
- La madre es el mejor termostato para adecuar la vestimenta de su bebé.

BIBLIOGRAFÍA

Kane, Kai Shou-Mei. Color atlas & synopsis of pediatric dermatology. Cutaneous findings in the newborn. New York: Mc Graw-Hill; 2009.
Siegfried E, Esterly. Dermatoses frecuentes del recién nacido. En: Tratado de neonatología de Avery. 7.ª ed. Madrid: Harcourt; Madrid 2000. Cap. 108. Dermatoses Frecuentes del Recién Nacido.

Weston W, Lane A. Dermatología neonatal. En: Weston WL, Lane AT. Manual en color de dermatología pediátrica. 1.ª ed. Madrid: Mosby; 1992. Cap. 19, p. 236.

CAPÍTULO

8

ERITEMA NEONATAL

ANA M. ANGLADA Y SILVIA FERNÁNDEZ

DEFINICIÓN

Es una entidad cutánea benigna del recién nacido, transitoria, asintomática y muy frecuente. La etiología es desconocida; fue descrita en 1926.

Es la erupción más frecuente en el neonato y afecta al 50% de los recién nacidos a término; es rara en el prematuro y en bebés de alto peso. No hay predilección por raza, sexo, estación del año o localización geográfica.

La denominación “eritema tóxico” que suele utilizarse para referirse a esta afección no es adecuada porque no tiene relación con una etiología tóxica y puede generar inquietud en los padres; por eso se prefiere el nombre de eritema neonatal o eritema del recién nacido.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es habitual que las lesiones aparezcan entre el 2.º y 3.º día de vida y desaparezcan luego de 5 a 7 días, sin dejar descamación ni hiperpigmentación residual.

Son máculas, pápulas y pústulas de variado número y tamaño, que pueden presentarse aisladas o asentarse sobre una placa eritematosa pequeña e irregular. La localización más frecuente es en tórax, dorso, cara y extremidades, respetando palmas y plantas (figs. 8-1 y 8-2). Las placas pueden coalescer y alcanzar varios centímetros de diámetro. Habitualmente desaparecen en el lapso de 5 a 7 días, pero pueden aparecer nuevas erupciones hasta el décimo día de vida. Siempre se resuelven hacia la 2.ª semana.

DIAGNÓSTICO

Es clínico. La tinción del frotis del contenido de la pústula con la técnica de Wright muestra un gran número de eosinófilos que indica una respuesta de hipersensibilidad. A pesar de los estudios realizados, no se ha podido confirmar esta hipótesis. La etiología de esta entidad sigue siendo desconocida y no hay pruebas de que se deba a una causa tóxica.

El cultivo de la pústula es negativo para bacterias, hongos y virus, por tratarse de una pústula aséptica.



FIG. 8-1. Eritema neonatal en un recién nacido de 24 horas de vida. Se observa el compromiso de cara, tronco y miembros.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Miliaria rubra.** La miliaria se produce por la obstrucción del conducto sudoríparo. En la miliaria rubra se



FIG. 8-2. Numerosas y pequeñas placas eritematosas en el tronco, en algunos sitios confluentes pero que dejan áreas de piel sana. Se observan algunas pústulas.

afecta la zona profunda de este. Se presentan pápulas eritematosas agrupadas en sitios de pliegues y en tronco. El uso de ropas livianas evitando el abrigo excesivo del

bebé, la reducción de la temperatura ambiente y la aplicación de pasta al agua mejoran el cuadro (véanse **caps. 6, Corpúsculos de Bohn** y **7, Sudamina o miliaria**).



FIG. 8-3. Nótese el compromiso facial con la presencia de la pústula en el centro de la placa eritematosa.

- **Melanosis pustular transitoria (MPT).** Las lesiones del eritema neonatal son habitualmente de mayor tamaño y se acompañan de un halo eritematoso amplio. La MPT es muy infrecuente en los caucásicos, se presenta desde el nacimiento y evoluciona en tres etapas sucesivas: pustular, descamativa e hiperpigmentación transitoria. El frotis de las pústulas evidencia neutrófilos (véase **cap. 10, Melanosis pustular transitoria neonatal**).
- **Foliculitis pustulosa eosinofílica.** Se asienta en cuero cabelludo y con menor frecuencia en cara. Se presenta con vesículas y pústulas agrupadas sobre una base eritematosa. Es una afección muy pruriginosa e infrecuente. El frotis de las pústulas muestra eosinófilos (véase **cap. 20, Foliculitis pustulosa eosinofílica**).
- **Acropustulosis del lactante.** Es una afección de etiología desconocida que cursa con brotes de pápulas y pústulas en palmas y plantas. Es una pustulosis estéril.
- **Herpes.** El contenido de las vesículas confirma la presencia del antígeno viral. Es una grave afección neonatal (véase **cap. 23, Herpes neonatal**).
- **Sarna.** Es una dermatosis de presentación polimórfica; no obstante, algunos elementos son muy valiosos para orientar el diagnóstico: epidemiología familiar positiva, compromiso de palmas, plantas y cuero cabelludo (en el neonato) y presencia de intenso prurito que se expresa como llanto o irritabilidad (véase **cap. 43, Sarna o escabiosis**).

TRATAMIENTO

No requiere, debido a la resolución espontánea de la entidad.

RECUERDE

- El eritema neonatal es una entidad benigna de curso autolimitado; aparece en más del 50% de los recién nacidos de término y a veces es llamativa por su gran extensión.
- Es importante afianzar el diagnóstico y descartar enfermedades más serias que requieran tratamiento.
- El nombre eritema tóxico puede generar alarma, ya que el término “tóxico” no alude a la etiología ni guarda relación con la gravedad: es importante reasegurar a los padres que se trata de un proceso autolimitado e inocuo.

BIBLIOGRAFÍA

Kane, Kai Shou-Mei. Color atlas & synopsis of pediatric dermatology. Cutaneous findings in the newborn. New York: Mc Graw-Hill; 2009.
Siegfried E, Esterly N. Dermatitis frecuentes del recién nacido. En: Tratado de Neonatología de Avery. 7.ª ed. Madrid: Harcourt 2000, Cap. 108.

Weston W, Lane A. Dermatología neonatal. En: Weston WL, Lane AT. Manual en color de dermatología pediátrica. 1.ª ed. Madrid: Mosby; 1992. Cap. 19, p. 236.

ALOPECIA POR FRICCIÓN

ANDREA V. SILVA

DEFINICIÓN

Es la pérdida de pelo transitoria y fisiológica, que se produce en el recién nacido durante las primeras semanas de vida.

El pelo tiene una etapa de crecimiento (anágeno) que dura 3 años en promedio. Luego se inicia un ciclo de reposo (telógeno) de 3 meses durante el cual no se realizan mitosis, pero permanece en el folículo. El porcentaje de pelos en reposo oscila entre 5 y 15%. Determinadas circunstancias, como hipertermia, estrés o cambios hormonales, determinan que gran número de pelos dejen de crecer y permanezcan en reposo. Tres meses después se inicia el crecimiento y se desprende el pelo telógeno. En verdad, la caída del pelo telógeno representa el fin del ciclo e inicio del crecimiento.

Desde el 5.º mes de la vida fetal y durante los primeros meses de vida, el pelo inicia ciclos sincrónicos. El pelo nuevo del recién nacido cursa con ondas telógenas desde la zona frontal hacia la occipital. La alopecia occipital observada en los primeros meses de vida corresponde a la última zona alcanzada por la onda telógena. La fricción puede acelerar la caída, pero la verdadera causa de esta alopecia corresponde al efluvio telógeno

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La ausencia de cabello se presenta luego del nacimiento (entre las 8 y 12 semanas) a predominio en la región tem-

porooccipital (**fig. 9-1 A y B**). El roce de la nuca sobre las superficies de apoyo favorece su progresión.

Posteriormente a la caída se produce el crecimiento y la recuperación total del cabello perdido.

La alopecia con patrón frontotemporal es menos frecuente y sucede por lo general en las primeras 4 semanas del nacimiento.

DIAGNÓSTICO

Es clínico, no requiere estudios complementarios.

El cuero cabelludo está limpio, sin escamas. La alopecia es parcial, más frecuente en la región occipital y puede extenderse en bandas hacia los laterales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es tan característico el aspecto clínico y la edad en la que sucede, que no ofrece confusiones diagnósticas.

TRATAMIENTO

No requiere de tratamiento por su curso transitorio y su benignidad.

Se recomiendan los cambios de posición del lactante durante las horas de vigilia para favorecer la evolución y evitar, además, deformidades craneales (plagiocefalia).



FIG. 9-1 A y B. Alopecia fisiológica del recién nacido en las áreas occipital y temporal alcanzadas por la onda telógena. Nótese la disposición característica, el fondo limpio y sin escamas.



RECUERDE

- Es transitoria, fisiológica, de carácter benigno.
- La distribución es predominantemente occipital.
- La verdadera causa de la alopecia es el efluvio telógeno: la fricción solo acelera la caída del pelo.

BIBLIOGRAFÍA

Gioseffi ML, Giardelli M. Trastornos dermatológicos. En: Ceriani Cernadas JM, Fustiñana C, Mariani G. Neonatología práctica. 4.ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2009. p. 808.

Neri I, Piccolo V. B, Cocchi G, Starace M. Hair in newborns and infants: clinical and dermoscopic evaluation of 45 case. J Dermatol 2013;169(4):896-900.



