

Trastornos cutáneos más frecuentes del recién nacido y del lactante.

Dermatitis del pañal

I. Vitoria Miñana

Servicio de Pediatría. Hospital La Fe. Valencia



Resumen

Se revisan los trastornos cutáneos más frecuentes en el recién nacido y en el lactante. Las lesiones cutáneas benignas transitorias del recién nacido incluyen el exantema toxo-alérgico, la melanosis pustulosa neonatal, el acné y la miliaria, fundamentalmente. Se discuten las características especiales de la piel del neonato. Las manchas de nacimiento pueden ser vasculares (malformaciones, angioma) y pigmentadas (lesiones melanocíticas, nevus melanocíticos y mosaicismos). Los hemangiomas se clasifican en superficiales y profundos y su importancia reside en la localización o el tamaño. La dermatitis del pañal es una enfermedad multicausal que se puede prevenir con una adecuada higiene. Su complicación más frecuente es la sobreinfección por *Candida albicans*.

Abstract

*It is reviewed the most common cutaneous disorders in newborns and infants. The benign transitory lesions of newborn include the erythema toxicum neonatorum, neonatal pustular melanosis, neonatal acne and miliaria. The skin of newborn have special characteristics that are discussed. The birthmarks can be vascular (malformations or angiomas) and pigmented (melanocytic lesions, melanocytic nevi and mosaicisms) The hemangiomas are classified in superficial and deep. Their importance is based on the size or location. Diaper rash or diaper dermatitis is a multicausal disease that can be prevent with higienic practices. The most frequent complication is the superinfection of *Candida albicans*.*

Palabras clave: Manchas de nacimiento; Nevus melanocítico; Dermatitis del pañal.

Key words: Birthmark; Melanocytic nevi; Diaper rash.

Pediatr Integral 2012; XVI(3): 195-208

Lesiones cutáneas transitorias benignas del recién nacido

La piel del neonato tiene unas características anatómicas y fisiológicas relacionadas con su papel en la regulación de la temperatura y como barrera antiinfecciosa. Hay una serie de lesiones cutáneas benignas transitorias propias de esta época de la vida que merece la pena recordar pues, en la mayoría de casos, tan sólo hay que tranquilizar a los padres y así evitar la yatrogenia con el empleo de sustancias innecesarias⁽¹⁾. Las más importantes son las dermatosis, los trastornos vasomoto-

res y las lesiones cutáneas relacionadas con el parto, así como las manchas de nacimiento vasculares y pigmentadas⁽²⁾.

Dermatosis

El exantema toxo-alérgico del recién nacido y la melanosis pustulosa neonatal pueden ser distintas expresiones de un mismo proceso.

Exantema toxo-alérgico del recién nacido

También se conoce como eritema tóxico *neonatorum*. Se trata de una

erupción cutánea benigna autolimitada. Afecta a uno de cada tres neonatos, siendo más rara en el prematuro. Se inicia entre las 24-48 horas de vida y desaparece hacia los 7-10 días, aunque en ocasiones puede durar varias semanas. También, se han descrito casos de inicio más tardío, así como recurrencias.

Las lesiones afectan, sobre todo, a cara, cuello, espalda y, en menor intensidad, a los miembros (Fig. 1). Son máculas eritematosas extensas con lesiones pápulo-pustulosas en su superficie. Suelen respetarse las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las lesiones



Figura 1. Exantema toxoalérgico del recién nacido.



Figura 2. Melanosis pustulosa neonatal.



Figura 3. Quiste epitelial en escroto.

pueden ir variando de lugar durante su evolución.

El neonato no presenta afectación sistémica. La etiología es desconocida. La teoría, basada en una posible enfermedad injerto contra huésped transitoria, producida por el paso de linfocitos maternos en el momento del parto acompañado de una eosinofilia localizada en las vesículas, es la responsable de que se conozca como exantema toxoalérgico⁽³⁾.

El exantema toxo-alérgico no precisa ningún tratamiento. Este exantema no debe confundirse con otros que pueden requerir tratamiento tales como:

- a) **Foliculitis.** Las pústulas están más agrupadas y el eritema papuloso es menos amplio. El agente más frecuente es *Staphylococcus aureus* y, más raramente, *Haemophilus influenzae*. En el análisis de la pústula se observan neutrófilos, así como la bacteria responsable. A partir de la foliculitis se puede producir un impétigo⁽⁴⁾.
- b) **Infección herpética diseminada.** En este caso, hay una afectación sistémica general y, en el análisis histológico, se observan las características células gigantes multinucleadas.

Melanosis pustulosa neonatal benigna

Se trata también de una alteración benigna autolimitada. Se observa en menos del 1% de los neonatos a término de raza blanca y hasta en el 5% de los recién nacidos de raza negra a término.

Se trata de pequeñas pústulas superficiales que se rompen con facilidad, dejando un collarite de escama fina y macúlas hiperpigmentadas. Las pústulas

perduran sólo 48 horas, pero las macúlas pueden persistir durante varios meses. Aparecen sobre todo en el tórax, la nuca, la región lumbar y la región malleolar. Las lesiones se rompen fácilmente y producen escamas blanquecinas que rodean una macúla hiperpigmentada (Fig. 2).

Si se realiza una tinción de Wright del contenido de la lesión, se observarán neutrófilos, escasos eosinófilos y detritus celulares sin microorganismos. Las lesiones se resuelven en uno o dos días.

Según algunos autores, la melanosis pustulosa neonatal y el exantema toxoalérgico serían el mismo cuadro; por lo que, deberían llamarse pustulosis estériles transitorias neonatales.

Hiperplasia de las glándulas sebáceas

Son lesiones muy pequeñas, en cabeza de alfiler, numerosas, confinadas habitualmente en la barbilla, labio superior y nariz. Desaparecen en unas semanas. Estas lesiones contienen lípidos sebáceos y podrían ser una manifestación de la estimulación androgénica materna del folículo pilosebáceo.

Milia o millium

Se trata de quistes de color blanco perlado o amarillento de 1 a 2 mm de diámetro, denominados así por recordar los granos de mijo. Aparecen en casi el 40% de neonatos. Los lugares más afectados son las mejillas, la frente y el mentón, aunque pueden estar presentes en otras localizaciones (Fig. 3) Las lesiones pueden ser únicas (millium) o múltiples. Las pápulas son pequeños quistes epiteliales formados por restos de queratinocitos. Probablemente, a



Figura 4. Miliaria cristalina en tronco.

nivel de la cavidad oral, las perlas de Epstein tengan el mismo significado⁽⁵⁾.

Miliaria

La miliaria es una dermatitis vesiculosa o pustulosa secundaria a la retención intraepidérmica de la secreción glandular. Hay dos tipos de miliaria: cristalina y rubra.

Si la vesícula se forma en el estrato córneo se denomina miliaria cristalina o sudamina. Se trata de vesículas claras de 1-2 mm, superficiales y no inflamatorias, que se rompen fácilmente (Fig. 4).

Si la obstrucción es más profunda se acompaña de inflamación, denominándose miliaria rubra. En este caso son pequeñas pápulas eritematosas agrupadas habitualmente en los pliegues cutáneos y zonas abrigadas con mucha ropa.

Ya que las glándulas sudoríparas del neonato aún no funcionan correctamente, el calentamiento exagerado, la elevada temperatura ambiental o el arropamiento excesivo favorecen su aparición.



Figura 5. Cutis marmorata.

Acné neonatal

Las lesiones son comedones, pápulas inflamatorias y pústulas limitadas habitualmente a la cara. Aparece en el neonato y desaparece espontáneamente en unas semanas.

Necrosis de la grasa subcutánea

Son nódulos o placas induradas con eritema o sin él producidos por isquemia, que genera una necrosis del panículo adiposo del recién nacido. Suelen limitarse al área de traumatismo o isquemia local (mejillas, nalgas, espalda, brazos o muslos).

Ampollas de succión

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 utero* por ecografía se ha constatado que el feto succiona frecuentemente y que puede hacerlo sobre sus manos o antebrazos. No se precisa tratamiento.

Trastornos vasomotores

La acrocianosis es fisiológica en las primeras horas de vida. El *cutis marmorata* es muy frecuente en el recién nacido.

Cutis marmorata fisiológico

El recién nacido tiene una gran inestabilidad vasomotora que puede producir una característica coloración cutánea, semejante al vetado marmóreo, con líneas irregulares más oscuras entre espacios más pálidos y que se denomina *cutis marmorata* (Fig. 5). Esta manifestación también se observa en el niño mayor coincidiendo con el incremento brusco de la temperatura en el caso de un proceso febril.



Figura 6. Cianosis perioral y de las manos en la primera hora de vida. Labios sonrosados.

Coloración en arlequín

También es un fenómeno vasomotor sin trascendencia clínica, que consiste en que medio cuerpo está mucho más sonrosado que el otro hemicuerpo. La línea de separación es, a veces, muy bien delimitada. Ocurre en los primeros 3-5 días y es muy raro.

Cianosis periférica

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 (Fig. 6) 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 a 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.



Figura 7. Equimosis en las nalgas tras presentación podálica.

Lesiones cutáneas relacionadas con el parto

La equimosis facial secundaria a una circular apretada de cordón debe distinguirse de la cianosis facial, que podría ser central. Para ello, deben buscarse las petequias.

La mayoría de las lesiones cutáneas relacionadas con el parto son benignas y se resuelven espontáneamente.

Equimosis

Las equimosis resultan generalmente de un nacimiento traumático y están en la cabeza, si la presentación ha sido cefálica, o en las nalgas (Fig. 7) o la vulva, si la presentación ha sido podálica.

Si la presentación ha sido cefálica y, sobre todo, si ha habido una compresión importante, como ocurre en las circulares apretadas de cordón, se puede producir una equimosis facial que debe distinguirse de la cianosis, para lo cual ayuda la búsqueda de petequias. Las petequias generalizadas, sin embargo, pueden expresar una trombocitopenia.

Heridas y abrasiones

En el cuero cabelludo, puede haber pequeñas heridas o abrasiones producidas por la aplicación de electrodos para la monitorización fetal (Fig. 8), por incisiones inadvertidas en el parto por cesárea o por la vacuoextracción, produciéndose un hematoma circular (Fig. 9) o ampollas en el lugar de aplicación de la ventosa (Fig. 10).

Caput succedaneum

También, en la cabeza, puede haber un edema subcutáneo supraparietico



Figura 8. Lesiones secundarias a electrodos empleados en la monitorización fetal.



Figura 9. Abrasión secundaria a una vacuoextracción.



Figura 10. Herida del cuero cabelludo de un neonato en fase de cicatrización tras vacuoextracción.

o *caput succedaneum*, que se produce por la obstrucción al retorno del flujo de sangre venosa a nivel del cuero cabelludo, como consecuencia de la presión de la cabeza contra el cérvix uterino durante la presentación. Dado que se trata de un edema, puede ser deprimido en el punto de presión. No respetará las suturas craneales ya que puede abarcar una amplia zona cefálica. Debe distinguirse del cefalohematoma, en el que hay una tumefacción traumática de la cabeza por acúmulo de sangre subperióstica secundaria a una hemorragia por ruptura de un vaso sanguíneo durante el parto. A diferencia del *caput*, se detecta a partir de los 3-4 días de vida y crece lentamente hasta alcanzar su máximo tamaño en la primera semana de vida, reabsorbiéndose progresivamente al cabo de varias semanas⁽⁶⁾.

Otras características propias de la piel del recién nacido

El vernix caseoso puede ser una capa protectora rica en ceramidas que proteja sobre todo al pretérmino de infecciones cutáneas. No hay que esforzarse en desprenderlo de la piel.

La piel del recién nacido tiene unas diferencias anatómicas con la del adulto. Así, hay una falta de desarrollo del estrato córneo, una disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis. Además, las uniones intercelulares epidérmicas son más débiles. El estrato córneo permite conservar el agua corporal. Así pues, la piel es permeable y más cuanto menor es la edad gestacional. Debido a la labilidad de la unión dermo-epidérmica, hay una predisposición a presentar lesiones ampollosas traumáticas. Hay una serie de diferen-



Figura 11. Pliegues del pie de un recién nacido postérmino.

cias en la piel del recién nacido según la edad gestacional.

La piel del recién nacido pretérmino

La piel del prematuro presenta una textura fina que permite observar a su través los vasos sanguíneos. El escaso espesor es responsable de la seudoplétora. Asimismo, en el recién nacido pretérmino, frecuentemente se observa lanugo (cabello fino, blando e inmaduro) que a menudo cubre la frente y el cuero cabelludo. El lanugo también puede cubrir la espalda y el tórax.

La piel del recién nacido postérmino

En este caso, la piel es laxa y seca, por lo que puede tener un aspecto apergaminado. El cabello es abundante y las uñas pueden ser largas. Días después se produce un agrietamiento de la piel que, en los pliegues, puede condicionar una sobreinfección si no se efectúa una adecuada higiene (Fig.



Figura 12. Descamación fisiológica del neonato.

11). En estos casos, se produce una descamación exagerada de la piel, que no es propia sólo del postérmino, ya que el recién nacido a término también la puede presentar (Fig. 12) como fenómeno transitorio.

La piel del recién nacido pequeño para su edad gestacional

El recién nacido pequeño para su edad gestacional (PEG) ha sufrido un retraso del crecimiento intrauterino. Puede tener afectado solamente el peso (PEG I), el peso y la talla (PEG II) o el peso, talla y perímetro cefálico (PEG III), en función de la gravedad y duración de dicho retraso de crecimiento.

En la piel del neonato PEG, se puede apreciar el signo del pliegue como expresión de su desnutrición, el cual también se observa en la desnutrición posterior en la vida del niño y en la deshidratación (Fig. 13).

La piel del recién nacido grande para su edad gestacional

El recién nacido grande para su edad gestacional es macrosomático. La causa más común es el hijo de madre diabética. Su aspecto es pletórico con cara redondeada.



Figura 13. Signo del pliegue en la desnutrición intrauterina.



Figura 14. Vérxix caseosa.



Figura 15. Vérxix caseosa en pliegues.

Vérxix caseosa

La vérxix es una sustancia blanca de aspecto caseoso que puede recubrir la totalidad de la epidermis del neonato (Fig. 14), siendo a veces más concentrado en los pliegues axilares, inguinales o bien en los genitales femeninos. Es más frecuente en el recién nacido a término.

Actualmente, hay mucho interés sobre su composición. Así, se sabe que el 80% de su peso es agua, que está en el interior de células del estrato córneo. El resto son, básicamente, lípidos (matriz hidrofóbica), de la que destacan las ceramidas, cuyo contenido equivale al de la epidermis del feto de 23 a 25 semanas de gestación. En este sentido, actualmente hay investigaciones que pretenden sintetizar cremas protectoras para recién nacidos de muy bajo peso con la finalidad de lograr una barrera epidérmica más fisiológica.

Se seca y desprende en las primeras horas de vida. En los labios menores es muy persistente y difícil de eliminar, por lo que se debe evitar realizar abrasiones intentando su limpieza (Fig. 15).

Con el baño del recién nacido, se debe eliminar la sangre y el meconio de la cara, del cuello y del área perianal mediante un lavado cuidadoso con agua y una esponja de algodón estéril. La vérxix caseosa debe eliminarse de la cara, pero no es preciso retirarla del resto del cuerpo, ya que se eliminará al vestir al niño y al contacto con la ropa de la cama⁽⁷⁾.

Manchas de nacimiento vasculares en el neonato y en el lactante (Algoritmo 1)

La frecuencia de las lesiones vasculares es muy variable. Su evolución natural oscila entre fenómenos transitorios banales hasta anomalías cutáneas permanentes que pueden asociarse con

Tabla 1. Diferencias entre las malformaciones vasculares y los tumores vasculares en el recién nacido y lactante

	<i>Malformaciones vasculares</i>	<i>Tumores vasculares</i>
Presencia al nacer	+++	+
Involución en la infancia	+ / ++	+++
Crecimiento	Proporcional al niño	Rápido durante la lactancia
Anatomía patológica	Vasos displásicos	Proliferación celular

complicaciones o con enfermedades sistémicas⁽⁸⁾.

Las manchas de nacimiento vasculares pueden ser malformaciones o tumores vasculares. Las diferencias más importantes se indican en la tabla I.

Malformaciones vasculares (Algoritmo 2)

La presencia de *nevus flammeus* sobre la línea media en el cuero cabelludo o la espalda puede indicar un disrafismo cerebral o raquídeo (espina bífida o lipomielomeningocele) ocultos.

Las malformaciones vasculares o hamartomas se deben a errores en el desarrollo, pero con un índice bajo de recambio celular. En el lactante, pueden ser capilares, linfáticas, venosas o arteriovenosas. Las dos primeras son más frecuentes.

Malformaciones capilares⁽⁹⁾

Mancha salmón (nevo simple o hemangioma macular)

Es la malformación más frecuente. Afecta a casi la mitad de neonatos de ambos sexos por igual. También, se llama nevo telangiectásico congénito o nevo simple y en terminología popular se ha denominado: “el picotazo de la cigüeña”, “beso del ángel” o “antojo de la madre”.

No suele ser un motivo de consulta. Se trata de una mácula de color rosado

de bordes mal delimitados, de pequeño tamaño. Se localiza habitualmente en la frente, la nariz, el entrecejo, el labio superior y la nuca. Con el llanto se hacen más prominentes o llamativos. A nivel histológico, presenta capilares dérmicos distendidos que muestran la persistencia del patrón fetal⁽¹⁰⁾. No plantea problemas estéticos y suele desaparecer a los dos años, excepto los de la nuca, que pueden persistir durante más tiempo⁽¹¹⁾.

Manchas en vino de Oporto (nevo flammeus)

Son máculas de color rojo, rosado intenso o purpúrico, de márgenes geográficos y tamaño variable que crecen de modo proporcional con el niño y que pueden perdurar durante toda la vida.

Estas lesiones son más raras (0,3% de la población general). No siempre son muy evidentes en el momento del nacimiento y, aunque pueden palidecer en el primer año de vida, suelen oscurecerse después de forma progresiva con la edad.

Cuando se hallan sobre la línea media en el cuero cabelludo o la espalda, pueden indicar un disrafismo cerebral o raquídeo (espina bífida o lipomielomeningocele) ocultos (Fig. 16). Si se localizan en la cara, puede asociarse a glaucoma (incluso en ausencia de afectación leptomeníngea).



Figura 16. *Nevus flammeus* en la zona sacra con hoyuelo central.



Figura 17. *Nevus flammeus* en la zona del trigémino.



Figura 18. Linfedema de miembros en el síndrome de Turner.

Histopatológicamente, tienen un aumento del número de capilares y vénulas dilatadas de pared fina, situadas en la parte superficial de la dermis reticular.

Si son extensas, pueden suponer un problema estético importante; por lo que, la terapéutica con láser de colorante pulsado con lámpara de destello está indicado. El empleo de láseres en dermatología se basa en la fototermólisis selectiva (la molécula diana es la oxihemoglobina en el caso de los *nevus flammeus*).

Los criterios de mejor pronóstico son: la edad (la mayoría de autores preconizan el tratamiento en el primer año de vida), el tamaño (menores de 20 cm² con mayor tasa de curación) y la localización (mejores respuestas en las lesiones del cuero cabelludo y periorbitarias). Son efectos secundarios leves la hiperpigmentación transitoria y las cicatrices. Pueden recidivar hasta un 50% al cabo de 4 años de finalización del tratamiento.

Finalmente, hay numerosos síndromes relacionados con manchas en vino de Oporto y anomalías extracutáneas, de los que los más importantes son:

- a) **Síndrome de Sturge-Weber:** se trata de un defecto del desarrollo de la vascularización de la cresta neural cefálica que produce una mancha en vino de Oporto facial en la distribución oftálmica del nervio trigémino (V1), aunque también puede afectar a la rama mandibular (V3) o maxilar (V2) (Fig. 17) asociado a una angiomatosis leptomeníngea ipsilateral. En un 50% de casos, asocia afectación ocular (angiomas de coroides, glaucoma congénito y pérdida de agudeza visual)⁽¹²⁾. La afectación neurológica más frecuente en la infancia es epilepsia,

cierto grado de retraso psicomotor, calcificaciones corticales temporales u occipitales y hemiparesia. Se recomienda una evaluación oftalmológica cada 6 meses durante los dos primeros años.

- b) **Síndrome de Klippel-Trenaunay:** también se conoce como síndrome de angioosteohipertrofia. Asocia una malformación capilar y venosa (mixta), habitualmente de una extremidad inferior con hipertrofia de las extremidades, linfedema y flebolitos.
- c) **Síndrome de Beckwith-Wiedemann:** también se denomina síndrome onfalocele-macrogllosia-gigantismo. Asocia *nevus flammeus* en la parte central de la frente en un 80% de casos, así como onfalocele, macrogllosia e hipercrecimiento somático y visceral. En algunas ocasiones, se ha encontrado una duplicación parcial del cromosoma 11^(13,14).

Malformaciones linfáticas

Pueden estar presentes al nacimiento y suelen encontrarse como masas de tejidos blandos en la región axilar o en la nuca. Las malformaciones pueden ser superficiales o profundas.

Las malformaciones profundas pueden llegar a comprometer órganos tales como el esófago, la lengua o las vías respiratorias, como es el caso del higroma quístico del cuello. El tratamiento de tales casos puede incluir la cirugía, la embolización y el láser de contacto.

Las malformaciones superficiales pueden ser circunscritas o difusas. El linfangioma superficial circunscrito o delimitado puede manifestarse al año de vida. La malformación difusa superficial o linfedema se debe a una estasis de la circulación linfática que produce una extravasación de linfa y que puede

estar presente al nacimiento, como en el caso del síndrome de Turner (Fig. 18) en el que, además, se puede acompañar de otros signos característicos, como un pliegue redundante en el cuello (*Ptergium colli*) o un aumento de la separación de las mamilas.

Tumores vasculares

Los hemangiomas son los tumores más frecuentes en el lactante. Los más frecuentes son los hemangiomas en frambuesa o superficiales. Su mayor problema reside en la localización o en la extensión.

De los distintos tipos de tumores vasculares, los más frecuentes en el neonato y el lactante son los hemangiomas, tumores vasculares benignos producidos por proliferación de células endoteliales.

Se observan en el 1 a 2,6% de los recién nacidos en el periodo neonatal inmediato, aunque pueden manifestarse después en el periodo neonatal tardío hasta alcanzar una incidencia estimada del 10 al 13% de todos los lactantes. Los hemangiomas son más frecuentes en las niñas que en los niños (entre 2:1 y 3:1) y en los prematuros, en los que pueden manifestarse a partir de la segunda semana de vida.

Los hemangiomas se localizan sobre todo en la cabeza y el cuello y empiezan como una mácula rosada que aumenta progresivamente de tamaño hasta convertirse en una pápula roja de superficie lisa o mamelonada. Pasan por una fase de crecimiento proliferativo rápido, seguida de una fase de involución lenta y espontánea. Durante la fase proliferativa, tienen muchos conductos vasculares y un alto grado de celularidad (Fig. 19); mientras que, en la fase involutiva, hay una fibrosis tisular, así como una dis-



Figura 19. Hemangioma en fase proliferativa.



Figura 20. Fase de involución de un hemangioma con tejido fibroadiposo.



Figura 21. Hemangioma superficial.

minución del número de los conductos vasculares, aunque de mayor diámetro.

Hacia los 3 años, hay una involución espontánea del 30% de hemangiomas; mientras que hacia los 5 años es del 50% y a los 10 años del 90%. A pesar de que la involución natural suele acompañarse de un excelente resultado estético, pueden persistir algunos estigmas cutáneos residuales, tales como: hipopigmentación, telangiectasias o tejido fibroadiposo redundante (Fig. 20).

Según su aspecto clínico, pueden ser superficiales o profundos (Algoritmo 3). Los superficiales son placas cutáneas vasculares de color rojo brillante, asemejando fresas o frambuesas (Fig. 21), que se localizan en la dermis superficial. Los hemangiomas profundos se localizan en la dermis reticular o en el tejido subcutáneo y tienen un aspecto azulado con una epidermis superior normal (Fig. 22).

Los más frecuentes son los hemangiomas en frambuesa o superficiales. Son lesiones muy poco compresibles y que no tienen soplos a la auscultación. Debe evitarse el término de hemangioma cavernoso, porque también se utiliza para describir las malformaciones vasculares o complejas.

El mayor problema de los hemangiomas reside en su localización o en su extensión. Así, los hemangiomas periorbitarios que empujan el ojo o lo obstruyen pueden producir complicaciones visuales en el lactante, ya que está desarrollando su capacidad visual de forma progresiva.

Los hemangiomas múltiples pueden ser indicativos de otros hemangiomas sistémicos graves, como el hemangioma subglótico, asociado a estridor congénito progresivo, la hemangiomatosis hepática, que cursa con insuficiencia cardíaca y so-



Figura 22. Hemangioma profundo.

plo en hipocondrio derecho, o la hemangiomatosis intestinal, que en ocasiones se acompaña de hemorragia digestiva.

Por último, se denomina síndrome de Kassabach-Merritt a una situación de atrapamiento y consumo de plaquetas, así como de factores de coagulación, en una lesión vascular proliferativa (hemangioendotelioma kaposiforme o angioblastoma de Nakagawa).

Manchas de nacimiento pigmentadas en el neonato y en el lactante

Las manchas de nacimiento hiperpigmentadas pueden ser, básicamente, de cuatro tipos: epidérmicas, dérmicas, nevus melanocíticos o mosaicismos.

Lesiones melanocíticas epidérmicas

Hay que pensar en neurofibromatosis tipo I ante la presencia de más de 3 manchas café con leche, sobre todo en la zona axilar, bajo las mamilas o en los pliegues inguinales.

En este grupo, se incluyen las manchas café con leche y los síndromes lentiginosos.

Manchas café con leche

Las llamadas manchas café con leche son unas lesiones con pigmentación



Figura 23. Mancha café con leche en la espalda.

parda, clara, uniforme, bien definida, redonda u oval. El tamaño es muy variable, entre algún milímetro y hasta 20 centímetros de diámetro. Las lesiones solitarias son frecuentes y no tienen ningún significado patológico. Se encuentran en casi una cuarta parte de individuos sanos y su prevalencia aumenta durante la lactancia. En el neonato ya se pueden observar hasta un 90% de las que se observarán después de forma más manifiesta. Se localizan en cualquier sitio del cuerpo (Fig. 23). Son más oscuras en los neonatos de raza negra.

El examen histológico de las manchas café con leche muestra incremento de la melanina epidérmica en melanocitos y queratinocitos, sin proliferación melanocítica, lo que las distingue de los nevus melanocíticos.

Hay que pensar en neurofibromatosis tipo I ante la presencia de más de 3 manchas café con leche, sobre todo en la zona axilar, bajo las mamilas o en los pliegues inguinales. También, si se tienen seis o más manchas café con leche

de 0,5 cm en niños prepúberes o seis o más manchas café con leche de 1,5 cm tras la pubertad⁽¹⁵⁾.

Lentíngines

Las lentíngines son lesiones pequeñas de color pardo, planas u ovales, de 1 a 2 mm. de diámetro. A semejan pecas, pero la luz solar no influye sobre el color y la pigmentación es más uniforme. Pueden asentar en cualquier superficie cutánea o de mucosas, como la conjuntival o labial. Pueden ser un signo guía que nos indique una patología más compleja por formar parte de un síndrome, tal como: Leopard, NAME, Peutz-Jeghers, etc.

Lesiones melanocíticas dérmicas

La mancha mongólica es la lesión melanocítica dérmica más común. Las manchas mongólicas extensas se han descrito asociadas a errores innatos del metabolismo, tales como mucopolisacaridosis tipo I y tipo II.

Son lesiones cutáneas planas, azuladas, originadas, probablemente, por una detención de la migración de los melanocitos desde la cresta neural hasta la epidermis.

Los dos tipos de lesiones melanocíticas dérmicas más importantes son la mancha mongólica y el nevus de Ito.

Mancha mongólica

Es una mácula pigmentada de color azul o grisáceo, fisiológica, en el recién nacido. También, se denomina mancha azul o de Baltz. Se observa en más del 90% de la población negra y de la asiática y en el 10-20% de la raza blanca. Se trata de un acúmulo de melanocitos en la capa profunda de la dermis. La localización más frecuente es la región lumbosacra y los glúteos. También, se puede observar en la espalda y en los hombros, aunque en ocasiones aparece en las extremidades o la cara. A medida que el niño crece, la mancha mongólica tiende a atenuarse debido al engrosamiento de la epidermis y suele desaparecer en los primeros años de vida. No sufre degeneración maligna.

Cuando el tamaño de la lesión es grande o la localización es atípica, puede llegar a hacer pensar en signo de malos tratos por el aspecto clínico. Sin embargo, una anamnesis en la que se

refleje la presencia desde el nacimiento y la ausencia de evolución clínica del hematoma normalmente será suficiente.

Por último, las manchas mongólicas extensas se han descrito asociadas a errores innatos del metabolismo, tales como mucopolisacaridosis tipo I y tipo II.

Nevus de Ito

El nevus de Ito, también denominado nevo fosfocerúleo acromiodeltoideo es una melanocitosis dérmica que sigue la distribución de las ramas supraclavicular y supraacromial del plexo cervical superficial y cutáneo del hombro. No se decolora ni se resuelve con el tiempo. El tratamiento con láser puede disimularlo.

Nevus melanocíticos congénitos⁽¹⁶⁾

El riesgo de los nevus melanocíticos congénitos gigantes de desarrollar un melanoma durante los primeros quince años de vida es de un 6%, siendo, sobre todo, en los primeros años de vida.

Son unas lesiones pigmentadas maculares o papulares con diferentes tonos de color pardo a negro, debidas a la acumulación de melanocitos en el momento del nacimiento o en los primeros meses de vida.

Las lesiones crecen de manera proporcionada con la persona y, por ello, se cuantifica el tamaño definitivo en el adulto, pudiendo oscilar entre menos de 1,5 cm (pequeños), de 2 a 20 cm (tamaño intermedio) (Fig. 24) o extensos (más de 20 cm). Dado el crecimiento posterior, si la lesión tiene más de 6 cm (en el cuerpo) o más de 9 cm (en la cara) en el recién nacido se cataloga como grande. Estos últimos pueden contener nódulos benignos de crecimiento lento.

Histológicamente, se caracterizan por acúmulos o nidos de melanocitos profundos, localizados alrededor de los anejos y que, con frecuencia, disecan las fibras de colágeno de la dermis. Los bordes suelen ser regulares y bien definidos en los pequeños, pero más imprecisos en los gigantes. Algunos nevus muestran pelos gruesos y pigmentados en su superficie y, en general, los nevus van oscureciéndose durante los primeros meses de vida.

Los nevus gigantes de la cabeza y del cuello pueden asociarse a afecta-



Figura 24. Nevus melanocítico congénito.

ción neurológica por infiltración leptomenígea, al igual que las malformaciones vasculares congénitas vistas anteriormente.

El riesgo de los nevus melanocíticos congénitos gigantes de desarrollar un melanoma durante los primeros quince años de vida es de un 6%, siendo sobre todo en los primeros años de vida, por lo que algunos autores proponen la extirpación profiláctica. Sin embargo, los nevus melanocíticos de pequeño y mediano tamaño, que son la mayoría, con una incidencia 100 veces superior a los gigantes, tienen menos potencial de degeneración maligna y si ésta ocurre es tras la pubertad, por lo que el pediatra deberá remitirlos al dermatólogo antes de la adolescencia salvo que hubiese habido previamente cambios en su aspecto.

Mosaicismo e hiperpigmentación

La Incontinencia pigmenti es un desorden ligado al cromosoma X producido por una disminución de melanina en las células basales de la epidermis con incremento en la dermis. Su pronóstico lo condiciona la afectación neurológica.

Los cuadros clínicos con máculas hiperpigmentadas en forma de mosaico más importantes y que pueden observarse desde la época neonatal son la *incontinencia pigmenti*, el síndrome de McCune-Albright y el nevo epidérmico.

Incontinencia pigmenti

Es un trastorno dominante ligado al cromosoma X que se presenta en el nacimiento o poco después, con lesiones lineales no uniformes entre las denominadas líneas de Blaschko con lesiones vesiculosas inflamatorias y en cuyas vesículas epidérmicas hay numerosos eosinófilos. A las seis semanas,

aparecen lesiones verrucosas que, posteriormente, se pigmentan en remolinos u “hojas de cebolla” (Fig. 25). Puede asociar alteraciones neurológicas graves, oculares y dentales.

Síndrome de McCune-Albright

De las tres características (manchas café con leche, displasia fibrosa poliostótica y disfunción endocrina), en el neonato o en el lactante pueden observarse lesiones grandes, lineales o segmentarias, uni o bilaterales, que pueden seguir las líneas de Blaschko.

Nevus epidérmico

Son lesiones benignas congénitas con áreas hiperpigmentadas de hiperqueratosis e hipertrofia de la epidermis. Puede seguir una distribución lineal o circular y se conoce como nevus verrucoso, para la forma localizada o solitaria, nevus *unius lateris*, si es extenso, y nevus lineal sebáceo, si afecta a los anexos del cuero cabelludo en cara y cuello. Las lesiones son benignas, pero pueden ser extirpadas si hay alteración estética importante.

Otras alteraciones de la pigmentación: manchas hipopigmentadas

Los trastornos de la función o del desarrollo de los melanocitos pueden causar hipopigmentación generalizada, segmentaria o localizada.

El albinismo es un grupo de desórdenes genéticos en los que la melanina es anormal. El color de la piel varía desde rosado hasta marrón claro y suele asociar fotofobia, nistagmus y agudeza visual disminuida. A nivel de afectación segmentaria, el piebaldismo es una enfermedad autosómica dominante con áreas de piel y pelo blancos, sobre todo en el tórax, brazos y abdomen. El síndrome de Waardenburg tiene características semejantes pero asocia heterocromía del iris y sordera. Cuando la mancha hipopigmentada es aislada, carece de significado patológico.

Costra láctea

En el tratamiento de la costra láctea se pueden emplear cremas de vaselina salicilada pero de concentración baja para evitar la intoxicación salicilica.



Figura 25. Incontinencia pigmenti.

Se trata de unas placas descamativas en el cuero cabelludo, grasientas, de color amarillento, de tamaño y forma variables. Se observan a partir de la primera y segunda semana de vida. Asienta sobre todo en el vértex y puede extenderse hacia áreas frontales (Fig. 26). No se acompaña de manifestaciones generales y el prurito es débil o no existe. Para algunos autores, la costra láctea es considerada la forma más precoz de la dermatitis seborreica. En cuanto al tratamiento, es interesante destacar el papel queratolítico de la vaselina salicilada a concentraciones del 3%, evitando la aplicación excesiva, así como mayores concentraciones para evitar la yatrogenia relativa a la intoxicación salicilica.

Dermatitis seborreica

La dermatitis seborreica se caracteriza por la presencia de áreas eritematosas con escamas grasientas o de pequeñas pápulas sobre la base eritematosa, que afectan el cuero cabelludo (sería la costra láctea), las orejas y el cuello. El eritema predomina en los pliegues de flexión y en las áreas intertriginosas, mientras las escamas predominan en la cabeza. En ocasiones, afecta a la zona del pañal y se puede confundir con la dermatitis del pañal.

A diferencia de la dermatitis atópica, el cuadro se inicia hacia el mes y suele regresar hacia los 3 meses, no suele afectar al tronco ni extremidades, no es pruriginoso y es autolimitado.

Algunos estudios han implicado *Malassezia furfur*, así como fluctuaciones hormonales, lo que explicaría que la dermatitis seborreica afecte más a las áreas con mayor densidad de glándulas sebáceas.

Dado el carácter autolimitado, se debe ser conservador en su tratamien-



Figura 26. Costra láctea.

to. Hay estudios no controlados en los que se demuestra una mejoría tanto con emolientes, con hidrocortisona al 1% como con ketoconazol tópico⁽¹⁷⁾.

Dermatitis del pañal

La dermatitis irritativa del área del pañal puede ser, básicamente, de tres tipos: eritema en W, eritema confluyente o dermatitis erosiva con ulceraciones.

La dermatitis del pañal se refiere, en sentido amplio, a cualquier enfermedad cutánea que se manifiesta sólo o principalmente en la zona que cubre el pañal. No obstante, es preferible usar el concepto de “dermatitis irritativa del área del pañal” como: la reacción inflamatoria de la piel cubierta por el pañal (abdominal, perineal y glútea), de tipo irritativo, originada por el contacto prolongado de esta superficie cutánea con la orina, las heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes...).

En cuanto a la etiopatogenia de esta entidad, el agente irritativo no es único, sino una mezcla de diversos factores de diferente capacidad irritativa sobre la piel. Los principales factores que influyen son: la fricción, la oclusión, la excesiva humedad, la capacidad irritante de la orina y las heces, así como el aumento del pH en la piel del área del pañal. Al final, hay un daño sobre la barrera de la epidermis, con la pérdida de la función de barrera de la piel⁽¹⁸⁾.

El factor inicial más importante es la oclusión del área del pañal, lo que favorece la humedad, la cual se exagera por la orina y las heces del bebé. El aumento de la humedad favorece la sobrehidratación y maceración de la piel. Además, la orina transforma su urea en amonio por la acción de la ureasa fecal, con lo que aumenta el pH, lo que estimula las proteasas y lipasas fecales que dañan la

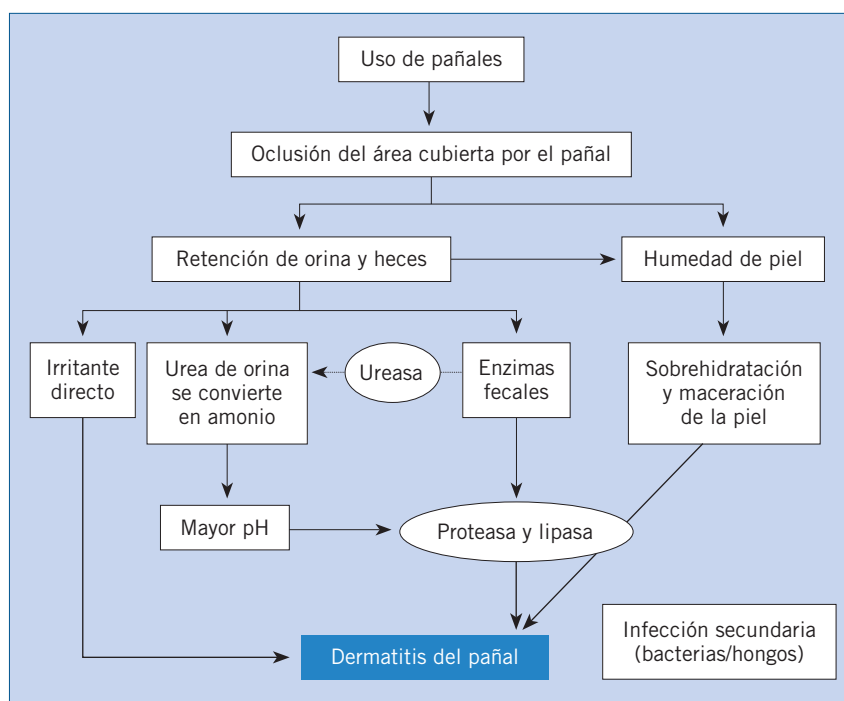


Figura 27. Etiopatogenia de la dermatitis del pañal.



Figura 28. Dermatitis del pañal en su fase inicial de afectación.



Figura 29. Eritema del pañal confluyente en fase de curación.

piel. También, el amonio es irritante directo de la piel (Fig. 27).

La dermatitis irritativa del pañal afecta entre el 5 y 25% de los lactantes en algún momento. No hay predominio de sexo. La máxima incidencia se produce después del primer trimestre. Es más frecuente en los lactantes con diarrea.

Clínica

La dermatitis irritativa del área del pañal afecta sobre todo a las zonas convexas, con lesiones cutáneas en las áreas que tienen contacto más directo con el pañal, tal como: los genitales externos, las nalgas y las zonas perineales (Fig. 28). Según Zambrano, esta dermatitis de las zonas convexas puede ser de tres tipos:

- Eritema en W: se trata de un eritema en las regiones glúteas, genitales y superficies convexas de los muslos, dejando libre el fondo de los pliegues.
- Eritema confluyente: es un eritema más vivo e intenso, con afectación de los pliegues y signos de exudación.
- Dermatitis erosiva del pañal, en las que hay ulceraciones superficiales en sacabocados, salpicadas, en número reducido.

No siempre las lesiones son tan delimitadas y puras, sino que pueden ser

situaciones mixtas, como se observa en las figuras 29 y 30.

La complicación más habitual es la sobreinfección, sobre todo por *Candida albicans*, que produce un eritema intenso de tinte rojo violáceo con formación de pápulas y pápulo-pústulas de extensión periférica. Como consecuencia del paso a través del canal del parto de una madre con vaginitis candidiásica, el recién nacido puede colonizar su mucosa oral y, sobre todo, la lengua. La estomatitis por *Candida* o muguet se caracteriza por unos pequeños acúmulos blancos, como leche cuajada, firmemente adheridos a la mucosa bucal, labios y lengua (Fig. 31). Cuando se arrastran con una gasa pueden dejar un lecho poco eritematoso y no sangrante. Su tratamiento debe incluir el empleo de antimicóticos tópicos en la mucosa oral pero también en el pezón de la madre si toma pecho y en la tetina del biberón e, incluso, en el chupete.

Otra posible complicación, asociada a la utilización de corticoides tópicos de alta potencia, es el granuloma glúteo infantil.

Diagnóstico diferencial

Dado que el área del pañal es una zona pensada al desarrollo de varias



Figura 30. Eritema del pañal mixto (forma en W y confluyente).



Figura 31. Muguet.



Figura 32. Eritema perianal amplio.

enfermedades, son muchas las entidades con las que se debe distinguir.

- Miliaria rubra. Se produce por un exceso de sudoración local. Se manifiesta como pápulas eritematosas aisladas.
- Herpes simple primario genital. Aparecen vesículas concluyentes sobre una base eritematosa.
- Sífilis congénita. Con pápulas y coloración eritematosa o, incluso, marroñácea.
- Psoriasis del pañal. Se trata de placas eritematosas de márgenes bien definidos y con leve descamación.
- Acrodermatitis enteropática. Debida a un déficit de cinc, cursa con lesiones eritemato-descamativas de bordes desflecados.
- Enfermedad perianal estreptocócica. Más propia de edades posteriores, cursa con un eritema persistente perianal (Fig. 32) acompañado a veces de lesiones inflamatorias en el glande (balanitis) (Fig. 33).
- Otras enfermedades más raras, como: histiocitosis, mastocitosis...

Prevención

La profilaxis de la dermatitis irritativa del área del pañal consiste en realizar una buena higiene de la zona, logrando que esté seca y limpia. Para ello, se lavará con agua tibia y un jabón neutro. Los pañales se cambiarán con frecuencia.

Después de cada limpieza o baño y tras cada cambio de pañal, es muy útil aplicar una fina capa en las nalgas del bebé de cremas de barrera con acción absorbente y astringente, como el óxido de cinc, talco y caolín. Además, algunas tienen la ventaja añadida de incorporar sustancias antienzimáticas, antiproteasa y antilipasa, y cicatrizantes, como el pantenol. En todo caso, siempre con el



Figura 33. Región bálando-prepucial eritematosa, con secreción purulenta.

siguiente cambio del pañal, se retirarán los restos de la anterior aplicación sólo con agua y se aplicará nuevamente una fina capa.

El ácido bórico y el bicarbonato de sodio, que pueden ser absorbidos percutáneamente, son potencialmente tóxicos y deben evitarse⁽¹⁹⁾.

Tratamiento

La terapéutica consiste en aplicar una crema de barrera, como la indicada anteriormente, al mismo tiempo que se asocia con la aplicación de corticoides tópicos de baja potencia (hidrocortisona al 1%, una o dos veces al día) para combatir la inflamación. Si hay una sobreinfección candidiásica, hay que usar un antifúngico, tal como: nistatina, clotrimazol o miconazol. Si hay una sobreinfección bacteriana, se emplearán antibióticos tópicos, tales como: mupirocina, activa frente a estafilococo, y estreptococo.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Ribes C, Moraga FA. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica*. Ed. Asociación Española de Pediatría; 2007. p. 309-16. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>
2. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muñoz E, Carballeira I, Corrales A, Cabanillas M, et al. Prevalencia de marcas de nacimiento y lesiones cutáneas transitorias

en 1.000 recién nacidos españoles. *Actas Dermosifiliogr*. 2011; 102: 264-9.

3. Liu C, Feng J, Qu R, et al. Epidemiologic study of the predisposing factors in erythema toxicum neonatorum. *Dermatology*. 2005; 210: 269-72.
4. Buckley DA, Munn SE, Higgins EM Neonatal eosinophilic pustular folliculitis. *Clin Exp Dermatol*. 2001; 26: 251-5.
5. Vitoria I. Los pequeños problemas en el primer mes de vida. En: Vitoria I, ed. *Cuidados del recién nacido. Mitos y errores*. Madrid. Ed. Exlibris; 2008. p. 65-71.
6. García Arqueza A, Gutiérrez J, Aguayo, Almuedo A. Cefalohematoma como primera manifestación de déficit congénito de factor XIII. *An Esp Pediatr*. 2000; 53: 241-2.
7. Hoeger PH, Schreiner V, Klaassen IA, Enzmann CC, Friedrichs K, Bleck O. Epidermal barrier lipids in human vernix caseosa: corresponding ceramide pattern in vernix and fetal skin. *Br J Dermatol*. 2002; 146: 194-201.
- 8.** Leonardi-Bee J, Batta K, O'Brien C, Bath-Hextall FJ. Interventions for infantile haemangiomas (strawberry birthmarks) of the skin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 11: CD006545.
9. Huang J, Liang M. Vascular Malformations. *Pediatr Clin North Am*. 2010; 57: 1091-110.
10. Rogers M, Lam A, Fischer G. Sonographic findings in a series of rapidly involuting congenital hemangiomas. *Pediatr Dermatol*. 2002; 19: 5-11.
11. Holland KE, Drolet BA. Infantile hemangioma. *Pediatr Clin North Am*. 2010; 57:1069-83.
12. Portilla P, Husson B, Lasjaunias P, Landrieu P. Sturge-Weber disease with repercussion on the prenatal development of the cerebral hemisphere. *Am J Neuroradiol*. 2002; 23: 490-2.
13. Gimeno P, Pérez Martín P, López-Pison J, Romeo M, Galeano N, Marco M, Rebagé V. Síndrome de Klippel-Trenaunay: Aportación de tres nuevos casos. *An Esp Pediatr*. 2000; 53: 350-4.
14. Reish O, Lerer I, Amiel A, Heyman E, Herman A, Dolfin T, et al. Wiedemann-Beckwith syndrome: further prenatal characterization of the condition. *Am J Med Genet*. 2002; 107: 209-13.
15. Shah K. The Diagnostic and Clinical Significance of Café-au-lait Macules. *Pediatr Clin North Am*. 2010; 57: 1131-53.
16. Lyon V. Congenital Melanocytic Nevi. *Pediatr Clin North Am*. 2010; 57: 1155-76.
17. Cohen S. Should we treat infantile seborrheic dermatitis with topical antifungals or topical steroids? *Arch Dis Child*. 2004; 89: 288-9.
18. Atherton DJ. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001; 15: 1-4.

19. Gupta A, Skinner A. Skinner Management of diaper dermatitis. *Int J Dermatol.* 2004; 43: 830-4.

Bibliografía comentada

- Faurschou A, Olesen AB, Leonardi-Bee J, Haedersdal M. Lasers or light sources for treating port-wine stains. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 11: CD007152.

Papel de los tipos de láser empleados para el tratamiento de los *nevus flammeus*.

- Guggisberg D, Hadj-Rabia S, Viney C, Bodemer C, Brunelle F, et al. Skin markers of occult spinal dysraphism in children: a review of 54 cases. *Arch Dermatol.* 2004; 140: 1109-15.

Indica los datos clave que debemos observar en las lesiones de la espalda que ocultan un disrafismo espinal.

- Leonardi-Bee J, Batta K, O'Brien C, Bath-Hextall FJ. Interventions for infantile

haemangiomas (strawberry birthmarks) of the skin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 11: CD006545.

Tipos de laser empleados para el tratamiento de los hemangiomas.

- O'Connor N, McLaugh MR. Newborn Skin: Part I. Common Rashes. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 47-52.

- McLaughlin MR, O'Connor NR, Ham P. Newborn skin: Part II. Birthmarks. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 56-60.

Revisiones sencillas y prácticas de los exantemas comunes en el neonato.

- Puig I. Lesiones vasculares :hamartomas. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica.* Ed Asociación Española de Pediatría; 2007. p. 71-7.

Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>

Clara exposición sobre los hamartomas en el neonato y lactante.

- Puig I. Lesiones vasculares Angiomas. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica.* Barcelona: Ed. Asociación Española de Pediatría; 2007. p. 65-70.

Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>
Revisión completa sobre los angiomas propios de la época del neonato y lactante.

- Zambrano E, Torrelo A, Zambrano A. Dermatitis del pañal. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica.* Ed Asociación Española de Pediatría; 2007. p. 137-40.

Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>
Información práctica y completa sobre la dermatitis del pañal.

Caso clínico

La infección por estreptococos del grupo A (EGA) se presenta más frecuentemente como una faringitis o amigdalitis aguda. Sin embargo, en los últimos años se viene observando la presencia de la infección en otras localizaciones, tales como la celulitis perianal⁽¹⁾. Ésta puede asociarse en las niñas a vulvovaginitis y, más raramente, a balanitis en los niños pequeños no circuncidados, entidad denominada por algunos autores como enfermedad perianal estreptocócica⁽²⁾.

Se presenta un caso de enfermedad perianal estreptocócica asociada a balanopostitis.

Caso clínico. Eritema perianal vs. dermatitis del pañal

Niño de 11 meses de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, remitido por presentar lesiones eritematosas, dolorosas y exudativas, en región perianal y balano-prepucial de 1 mes de evolución, a pesar de tratamiento tópico con antifúngico (miconazol) y esteroideo (hidrocortisona). Sin otra sintomatología.

Exploración física

Peso: 10,5 kg (p mayor 50) y talla: 74 cm (p50), frecuencia cardíaca: 92 lpm, frecuencia respiratoria: 28 rpm, tensión arterial: 100/65 mmHg. Piel: lesión perianal eritematosa, muy dolorosa al tacto, húmeda, brillante, bien delimitada, sin apreciarse lesiones satélites a su alrededor. No fisuras. Región bálano-prepucial eritematosa, dolorosa y húmeda, presentando exudado amarillento a través de la uretra. Resto de exploración por aparatos normal.

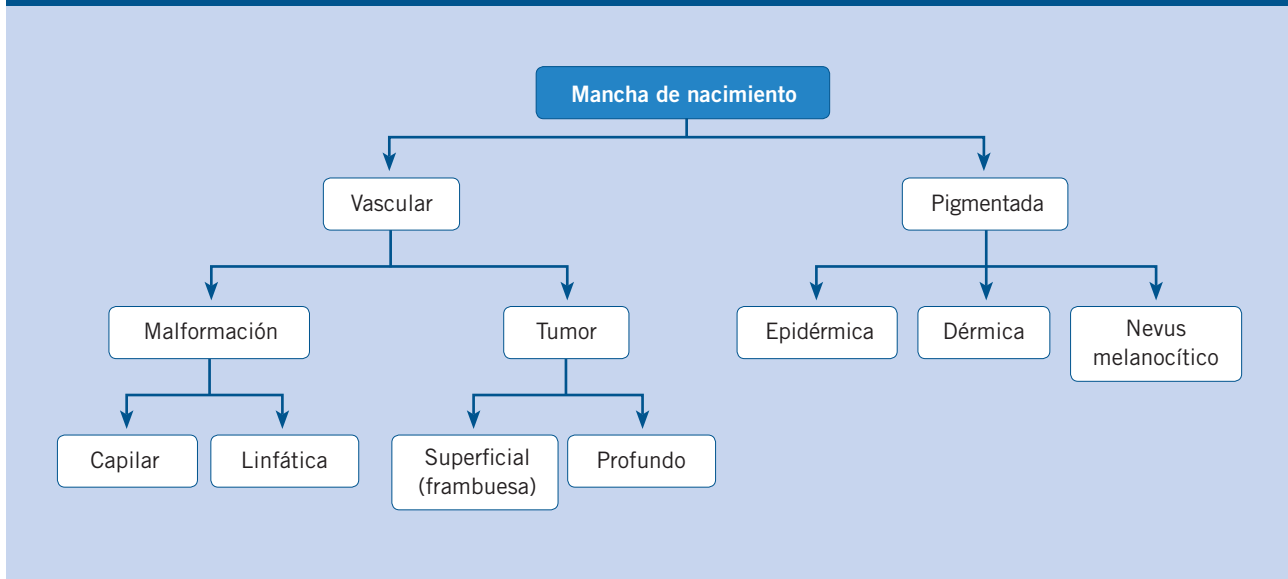
Exploraciones complementarias

Exámenes complementarios: bioquímica sanguínea y serología normales o negativos. Cultivo y antibiograma del frotis perianal y exudado uretral que nos dan el diagnóstico.

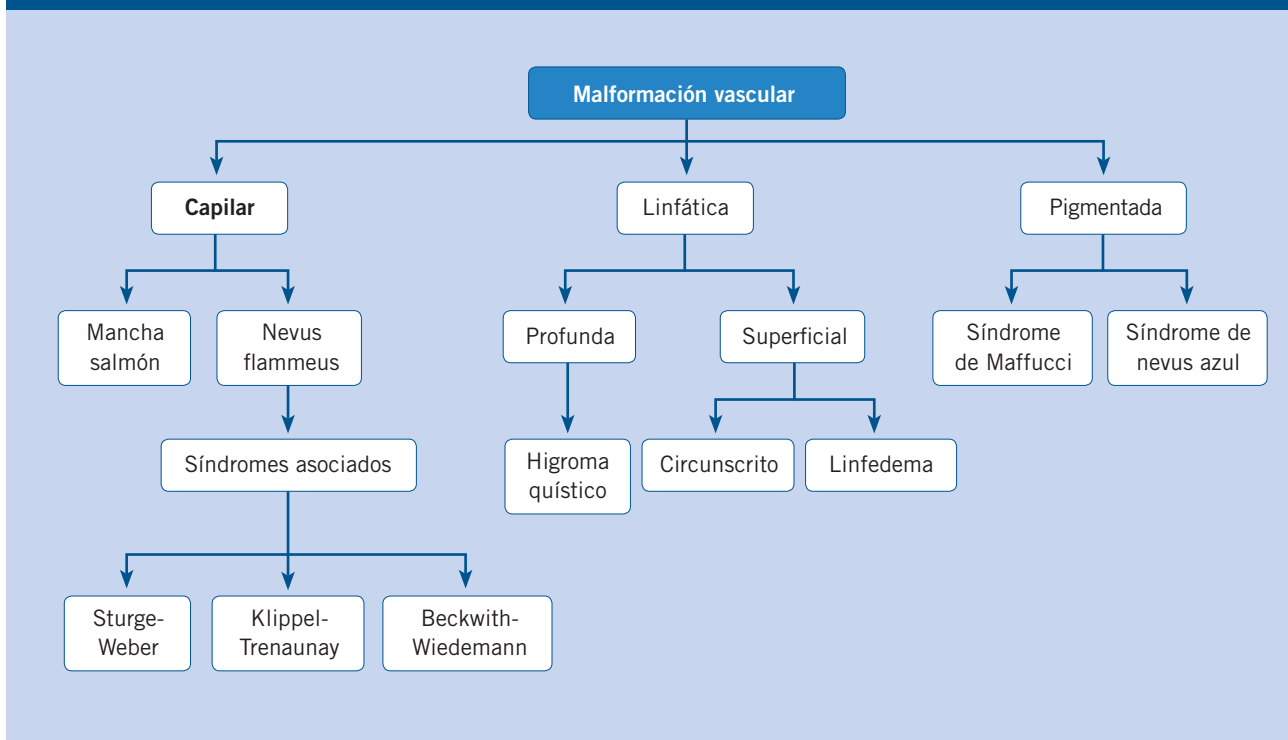
Evolución

Se instaura tratamiento con un fármaco por vía oral y una pomada tópica durante 10 días con resolución progresiva de las lesiones y normalidad clínica al décimo día. No se evidenciaron recaídas ni complicaciones en los 6 meses siguientes.

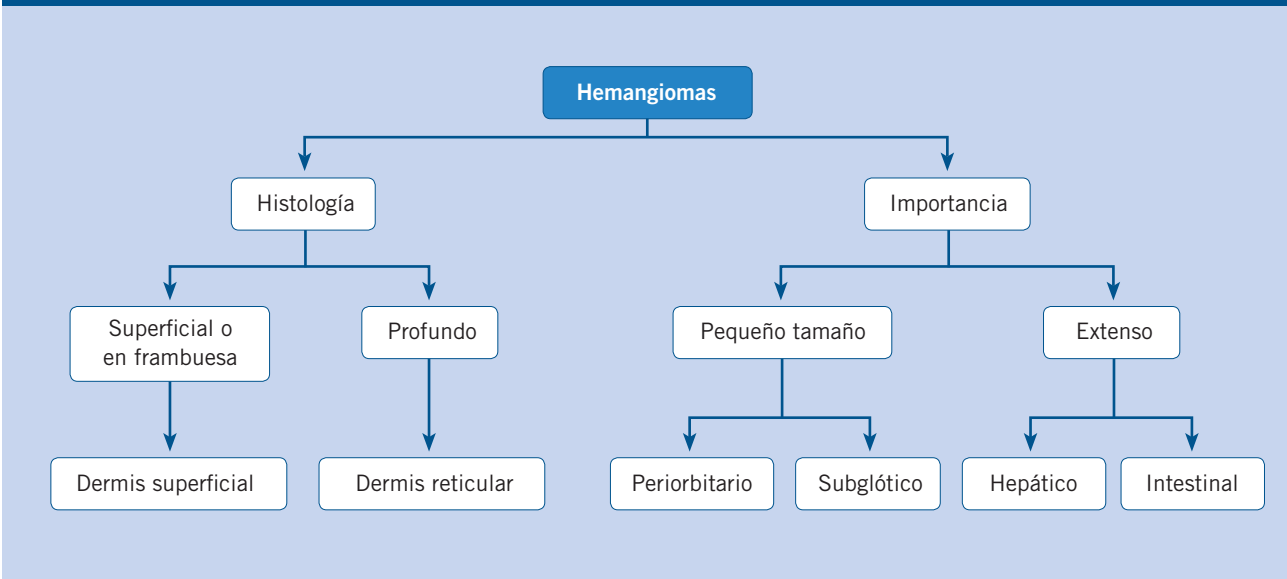
Algoritmo 1. Clasificación de las manchas de nacimiento



Algoritmo 2. Clasificación de las malformaciones vasculares en el recién nacido y lactante



Algoritmo 3. Tipos de hemangiomas



Algoritmo 4. Tipos de manchas pigmentadas congénitas

