

9. Slowinska M, Rudnicka L, Schwartz RA, Kowalska-Oledzka E, Rakowska A, Sicinska J, et al. Comma hairs: a dermatoscopic marker for tinea capitis: a rapid diagnostic method. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:77–9.

F. Messeguer^{a,*}, A. Agustí-Mejías^b, C. Requena^a, A. Pérez-Ferriols^b y C. Guillén-Barona^a

^a Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^b Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: francescmb@comv.es (F. Messeguer).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.09.008

Ampollas de succión neonatales: prevalencia y diagnóstico diferencial

Neonatal sucking blisters: prevalence and differential diagnosis

Sr. Editor:

Las ampollas por succión (AS) son causadas por la succión intensa del feto intraútero. Están presentes al nacer, y suelen ser ampollas flácidas, serosas, de 5-20 mm y rodeadas de piel normal. Las localizaciones características son borde radial del antebrazo, muñeca, mano, parte dorsal del pulgar y del índice. Cuando rompen generan erosiones superficiales lineales u ovals. Si la succión es menos intensa y más continuada aparece una zona engrosada denominada callo de succión (CS)¹⁻⁴. No debe confundirse con el CS labial, zona oval edematizada en zona media del labio⁵. Es importante reconocer esta entidad benigna y autolimitada, y evitar pruebas innecesarias y ansiedad en los padres^{6,7}. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de las AS en los recién nacidos (RN) de nuestra Área Sanitaria y ver como influyen los factores neonatales y maternos.

Realizamos un estudio descriptivo donde fueron reclutados, entre mayo de 2008 y noviembre de 2009, 1.000 RN vistos en la consulta de Perinatología del Hospital Arquitecto Marcide. En ella se revisan, en las primeras 72 horas de vida, todos los neonatos nacidos a nivel hospitalario del Área Sanitaria de Ferrol. En cada caso se aplicó un protocolo de recogida de datos que incluía: 1) día de vida en el momento de exploración; 2) tipo de parto; 3) parámetros neonatales (edad gestacional, sexo, raza, peso, índice de Apgar al minuto 1 y 5, enfermedad no cutánea y presencia de CS labial y de AS); y 4) factores maternos (edad y número de gestaciones previas).

El estudio fue aprobado por la dirección de docencia e investigación y por el Comité de Ética de nuestro Hospital. Los datos correspondientes a las variables cuantitativas se categorizaron en grupos. Las variables cualitativas se presentaron en porcentaje y fueron analizadas con el test Chi-Cuadrado. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.0. Se consideró significativa $p < 0,05$.

El 2% de los RN presentaba AS. El 80% eran unilaterales, 17 en extremidades superiores y 3 en inferiores. Los 20

neonatos afectos tenían 25 ampollas localizadas: 6 en dorso de mano, 3 en dorso de ambas manos, 5 en muñeca, 2 en pie, 1 afectando de forma unilateral muñeca y dorso de mano (fig. 1), 1 en antebrazo, 1 en primer dedo de mano y 1 en ambos pies. En la tabla 1 se muestra su frecuencia en función de los distintos parámetros. Una mayor frecuencia se relacionó con ser RN caucásico, no pretérmino, sin enfermedad no cutánea, con puntuación de Apgar alta, nacer por vía vaginal, explorado el primer día y con madre de al menos 35 años. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El diagnóstico de AS se establece ante un RN de buen estado general con lesiones cutáneas congénitas típicas en las localizaciones habituales, sin evidencia de ampollas en otras partes del cuerpo. Ayuda a confirmarlo ver al neonato succionando las áreas afectas. Incluso en ecografías fetales ya se puede detectar esta tendencia^{2,3}. El diagnóstico diferencial incluye¹: procesos infecciosos como infección por *Listeria monocytogenes*, enfermedades no infecciosas como



Figura 1 Erosiones superficiales de forma oval localizadas en muñeca y dorso de mano izquierda.

Tabla 1 Aparición de ampolla de succión en función de los parámetros neonatales y maternos, el tipo de parto, el día de exploración y la presencia de callo de succión labial.

Variables	Nº de RN	Nº (F en %) de RN con ampolla de succión	X ²	p
<i>Sexo</i>				
Varón	528	9 (1,7)	0,498	0,480
Hembra	478	11 (2,3)		
<i>Grupo racial</i>				
Caucásico	922	20 (2,1)	1,727	0,189
No caucásico	78	0 (0)		
<i>Edad gestacional</i>				
Pretérmino (< 37 semanas)	75	0 (0)	3,712	0,156
A término (37-41 semanas)	912	19 (2,1)		
Postérmino (≥ 42 semanas)	13	1 (7,7)		
<i>Peso al nacimiento</i>				
Bajo (≤ 2.500 gramos)	69	0 (0)	1,610	0,447
Normal (2.501-3.999 gramos)	869	19 (2,2)		
Elevado (≥ 4.000 gramos)	62	1 (1,6)		
<i>Apgar al minuto</i>				
≤ 8	184	1 (0,5)	2,441	0,118
≥ 9	816	19 (2,3)		
<i>Apgar a los 5 minutos</i>				
≤ 9	173	1 (0,5)	2,158	0,142
10	827	19 (2,3)		
<i>Enfermedades no cutáneas en el RN</i>				
No	956	20 (2,1)	0,939	0,332
Sí	44	0 (0)		
<i>Edad materna</i>				
≤ 29 años	407	6 (1,4)	2,913	0,233
30-34 años	353	6 (1,7)		
≥ 35 años	240	8 (3,3)		
<i>Nº de gestaciones previas</i>				
0	498	10 (2)	0,965	0,965
1	328	8 (2,4)		
≥2	174	2 (1,1)		
<i>Tipo de parto</i>				
Vía vaginal	783	19 (2,4)	3,350	0,067
Cesárea	217	1 (0,4)		
<i>Día de exploración</i>				
1º	835	19 (2,2)	2,127	0,345
2º	107	1 (0,9)		
3º	58	0 (0)		
<i>Callo de succión labial</i>				
No	460	8 (1,7)	0,296	0,587
Sí	540	12 (2,2)		

F: frecuencia; p: significación asintótica (bilateral); RN: recién nacidos; X²: Chi-Cuadrado de Pearson.

lupus neonatal o enfermedades ampollas autoinmunes, y lesiones cutáneas benignas transitorias como melanositis pustulosa neonatal transitoria^{1,4,8}.

Nuestro estudio muestra afectación de 1 de cada 50 neonatos, resultado superior al estimado por Murphy y Langley en 1963 (1 de cada 240)⁷. Aunque sólo encontramos afec-

tación de neonatos caucásicos, hemos de mostrar cautela al interpretar estos resultados dado el pequeño tamaño muestral de los otros grupos raciales. Según lo señalado, la localización más común es la mano y la muñeca⁷. La prevalencia es superior en los explorados el primer día, lo que podría deberse a una resolución rápida de las AS o a una

mayor dificultad de diagnóstico ante erosiones superficiales secundarias a su rotura.

La asociación de AS a ausencia de enfermedad no cutánea y una mayor edad gestacional y puntuación de Apgar podría interpretarse como que son neonatos con mayor "vitalidad"^{3,4}. La frecuencia encontrada de CS labial (54%) es similar al registro de Shajari et al en Irán (52,1%)⁹, y más elevada que el de Boccardi et al en Italia (11,9%)¹⁰. Aunque es superior en los RN que tienen AS (60% frente a 53,8%), sería esperable una asociación mayor dado que ambos procesos se relacionan con una succión intensa en período fetal^{1,5}.

En conclusión, se encontró AS en el 2% de los neonatos incluidos. La mayoría de las lesiones se localizaban en el dorso de las manos y las muñecas. La prevalencia era mayor en RN caucásicos no pretérminos, nacidos por vía vaginal y con puntuaciones altas de Apgar.

Bibliografía

- Howard R, Frieden IJ. Vesicles, pustules, bullae, erosions, and ulcerations. En: Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB. Neonatal Dermatology. 2nd. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 131–58.
- Adam R, Schrotten H. Picture of the month. Congenital sucking blisters. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161:607–8.
- Banakar MK. Benign neonatal blistering disorder. J Neonatol. 2007;21:277–8.
- Libow LF, Reinmann JG. Symmetrical erosions in a neonate: A case of neonatal sucking blisters. Cutis. 1998;62:16–7.
- Heyl T, Raubenheimer EJ. Sucking pads (sucking calluses) of the lips in neonates: a manifestation of transient leukoedema. Pediatr Dermatol. 1987;4:123–8.
- Monteagudo B, León-Muiños E. Neonatal sucking blisters. Indian Pediatr. 2010;47:794.
- Murphy WF, Langley AL. Common bullous lesions-Presumably self-inflicted-Occurring in utero in the newborn infant. Pediatrics. 1963;32:1099–101.
- León Muiños E, Monteagudo Sánchez B, Luaces González JE, García Santiago J. Lupus eritematoso neonatal. An Pediatr (Barc). 2008;69:185–6.
- Shajari H, Shajari A, Sajadian N, Habiby M. The incidence of birthmarks in Iranian neonates. Acta Med Iran. 2007;45:424–6.
- Boccardi D, Menni S, Ferraroni M, Stival G, Bernardo L, La Vecchia C, et al. Birthmarks and transient skin lesions in newborns and their relationship to maternal factors: a preliminary report from Northern Italy. Dermatology. 2007;215:53–8.

B. Monteagudo^{a,*}, J. Labandeira^b, E. León-Muiños^c, I. Carballeira^c, A. Acevedo^d, O. Suárez-Amor^a y Jaime Toribio^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, España

^b Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), SERGAS, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, España

^c Servicio de Pediatría, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, España

^d Unidad de Formación Continuada, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benims@hotmail.com (B. Monteagudo).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.09.009

Placa indurada en la espalda de recién nacida tras tratamiento con enfriamiento corporal total

Indurated plaque on the back of a newborn after undergoing whole-body cooling

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una niña recién nacida, de 14 días de vida con una lesión cutánea localizada en la espalda de 4 días de evolución que había ido aumentando de manera progresiva. Su madre era primigesta y el embarazo había transcurrido sin complicaciones. Como antecedentes personales destacaba que la paciente había desarrollado un cuadro de encefalopatía hipóxico-isquémica como consecuencia de un episodio hipóxico-isquémico perinatal. Como medida de neuroprotección durante las primeras 72 horas de vida, había sido mantenida mediante manta en enfriamiento corporal total a una temperatura entre 33-33,5°C (hipotermia moderada)¹.

En la exploración física se objetivó una placa eritematosa de 14 x 10 centímetros, de bordes muy bien delimitados, dolorosa y muy infiltrada al tacto, localizada en la zona dorsolumbar media (fig. 1). No presentaba lesiones en otras localizaciones.

Se solicitó analítica sanguínea y urinaria que fueron normales. En la biopsia cutánea de la lesión se evidenciaron, a nivel del tejido celular subcutáneo, extensas áreas de reacción granulomatosa con células gigantes y macrófagos que englobaban los restos de los adipocitos (fig. 2A). Además, destacaba la presencia de hendiduras en forma de aguja dispuestas de forma radial que representaban restos de material graso en el interior de las células gigantes (fig. 2B).

La suma de las características clínicas e histológicas nos llevó a establecer el diagnóstico de necrosis grasa subcutánea del recién nacido (NGSRN). Se realizaron controles analíticos periódicos que resultaron normales, con niveles de calcio siempre dentro del rango de la normalidad. La evolución fue buena, y las lesiones cutáneas presentaron una resolución espontánea desapareciendo sin dejar áreas atróficas a los 4 meses.