

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"<sup>3,4</sup>. La frecuencia encontrada de CS labial (54%) es similar al registro de Shajari et al en Irán (52,1%)<sup>9</sup>, y más elevada que el de Boccardi et al en Italia (11,9%)<sup>10</sup>. 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<sup>1,5</sup>.

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<sup>a,\*</sup>, J. Labandeira<sup>b</sup>, E. León-Muiños<sup>c</sup>, I. Carballeira<sup>c</sup>, A. Acevedo<sup>d</sup>, O. Suárez-Amor<sup>a</sup> y Jaime Toribio<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), SERGAS, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, España

<sup>c</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, España

<sup>d</sup> Unidad de Formación Continuada, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [benims@hotmail.com](mailto: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)<sup>1</sup>.

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.



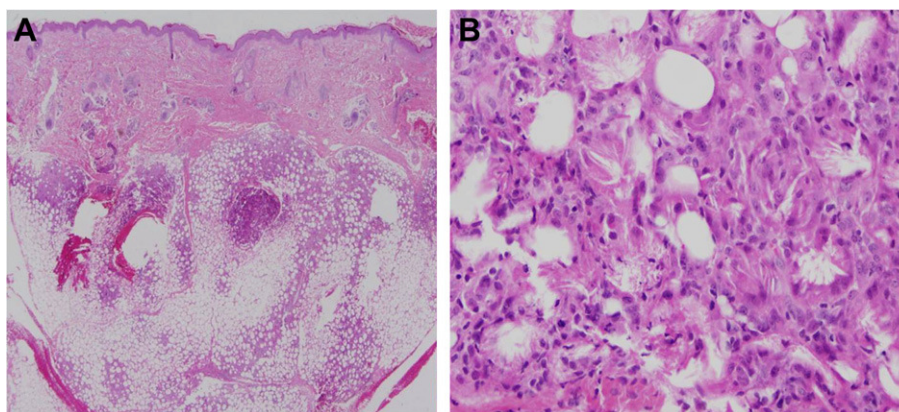
**Figura 1** Placa eritematosa en la espalda.

La NGSRN es una paniculitis neonatal poco frecuente, de curso benigno y autolimitado. Aparece en recién nacidos a término presentándose más allá de la primera semana de vida, aunque algunas series describen casos de aparición aún más temprana<sup>2,3</sup>.

En cuanto a los factores etiológicos se consideran, por una parte, los referidos a la madre durante el embarazo (diabetes gestacional, hipertensión arterial, ingesta de cocaína o calcio antagonistas) y, por otra, las condiciones que provoquen estrés perinatal (hipotermia, anoxia, aspiración del meconio, placenta previa, prolapso del cordón umbilical,

convulsiones...)<sup>2,4</sup>. La implicación de factores locales, como el uso de fórceps, es controvertido para algunos autores<sup>2</sup> aunque bien establecido para otros<sup>3</sup>. Recientemente se ha propuesto incluir también el tabaquismo materno durante el embarazo, la macrosomía y factores genéticos de dislipemia y trombofilia como otros factores etiopatogénicos<sup>3</sup>.

Se postula que los factores descritos previamente afectan a la grasa fetal, la cual contiene una elevada relación de ácidos grasos saturados frente a los insaturados, provocando la cristalización y la reacción granulomatosa<sup>5</sup>, que da lugar a la inflamación, la necrosis y por tanto al cuadro clínico.



**Figura 2** A) Infiltrado inflamatorio denso de macrófagos y células gigantes en el lobulillo del tejido graso (Magnificación original x2). B) Restos de adipocitos intercalados con células gigantes que engloban los cristales grasos (Magnificación original x40).

Clínicamente se caracteriza por la aparición de placas o nódulos subcutáneos eritemato-violáceos, infiltrados, dolorosos, localizados en la espalda, glúteos, muslos, brazos y mejillas<sup>4,5</sup>.

El examen histológico es de importancia para el diagnóstico observándose necrosis grasa en los lobulillos del tejido adiposo con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño. Característicamente se pueden identificar hendiduras en forma de aguja dentro de las células grasas o de las células gigantes. Recientemente se ha descrito la existencia de gránulos eosinófilos cuyo significado está aún por definir<sup>6</sup>.

Algunos casos se han asociado a hipercalcemia, una complicación de incidencia desconocida. Se desarrolla durante la resolución de la clínica cutánea habiéndose descrito casos de aparición hasta 60 días después del inicio de la necrosis grasa<sup>3</sup>. Su origen se relaciona con un mecanismo independiente de la hormona paratohormona, produciéndose la vitamina D en los macrófagos de los granulomas. En la mayoría de los casos es asintomática<sup>2,7</sup> aunque, dada la potencial gravedad<sup>8,9</sup>, se recomiendan los controles analíticos hasta los 4-6 meses del inicio de la clínica. Una complicación menos frecuente es la licuefacción de la grasa, adquiriendo las lesiones una consistencia fluctuante que puede presentar drenaje espontáneo. Para descomprimir la zona y evitar infecciones y necrosis epidérmica, está indicada la aspiración local<sup>9</sup>. Otras complicaciones aún menos descritas son: hipoglucemia, hipertrigliceridemia, atrofia cutánea e insuficiencia renal<sup>3,4,9</sup>.

El diagnóstico diferencial se establece con el esclerema neonatorum y con la paniculitis por frío. El esclerema neonatorum es una paniculitis poco frecuente que aparece en lactantes prematuros y que se caracteriza por un endurecimiento rápido y generalizado de la piel con una elevada tasa de mortalidad. La paniculitis por frío se manifiesta sobre todo en recién nacidos a término, en forma de nódulos y placas bien definidos en aquellas áreas de aplicación previa de frío y se resuelve sin asociar complicaciones. Esta última puede ser difícil de diferenciar clínicamente de la NGSRN, caracterizándose histológicamente por una paniculitis lobulillar y un infiltrado inflamatorio mixto en la unión entre la dermis profunda y el tejido adiposo<sup>10</sup>.

El curso de esta enfermedad es benigno, con tendencia a la resolución espontánea en un intervalo que va desde pocas semanas hasta 6 meses. Por ello, en la mayoría de los casos, el tratamiento se basa en los cuidados de soporte y prevención y tratamiento de las complicaciones, incluyendo un control analítico y clínico de la hipercalcemia hasta al menos 4-6 meses tras la aparición de las lesiones cutáneas<sup>9</sup>.

## Bibliografía

1. García-Alix A. Hipotermia cerebral moderada en la encefalopatía hipóxica-isquémica. Un nuevo reto asistencial en neonatología. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:281–3.
2. Burden AD, Krafchik BR. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a review of 11 cases. *Pediatr Dermatol*. 1999;16:384–7.
3. Mahé E, Girszyn N, Hady-Rabia S, Bodemer C, Hamel-Teillac D, De Prost Y. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a systematic evaluation of risk factors, clinical manifestations, complications and outcome of 16 children. *Br J Dermatol*. 2007;156:709–15.
4. Kenani N, Mebaza A, Denguezli M, Sriha B, Belajouza C, Noura R. Subcutaneous fat necrosis of the newborn. *Eur J Dermatol*. 2007;17:99–100.
5. Cameselle D, Islas D, Montenegro T, Afonso JL, Hernández B. Nódulos subcutáneos en un recién nacido. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:218–20.
6. Farinelli P, Gattoni M, Delrosso G, Boggio P, Raselli B, Merlo E, et al. Eosinophilic granules in subcutaneous fat necrosis of the newborn: What do they mean? *J Cutan Pathol*. 2008;35:1073–4.
7. Ladoyanni E, Moss C, Brown RM, Ogboli M. Subcutaneous fat necrosis in a newborn associated with asymptomatic and uncomplicated hypercalcemia. *Pediatr Dermatol*. 2009;26:217–9.
8. Urán Moreno M, Alonso Riofrío R, Moliner Robredo C, Pons Morales S, López-Herce Cid J. Hipercalcemia por inmovilización en el niño críticamente enfermo: tratamiento con calcitonina. *An Pediatr (Barc)*. 2001;54:555–8.
9. Tran JT, Sheth AP. Complications of subcutaneous fat necrosis of the newborn: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:257–61.
10. Torrelo A, Hernández A. Panniculitis in children. *Dermatol Clin*. 2008;26:491–500.

C. Gómez-Fernández<sup>a,\*</sup>, M. Feito Rodríguez<sup>a</sup>,  
E. Collantes Bellido<sup>b</sup>, M. Ybarra Zabala<sup>a,c</sup> y  
R. de Lucas Laguna<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [crisgomezfernandez@hotmail.com](mailto:crisgomezfernandez@hotmail.com)  
(C. Gómez-Fernández).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.09.012