

# Pustulosis neonatales

Carolina Ugarte<sup>1</sup>, María Emilia Villani<sup>2</sup>, Josefina Sánchez<sup>3</sup>, Graciela Sánchez<sup>4</sup> y Gladys Merola<sup>5</sup>

## RESUMEN

Las pustulosis neonatales son un grupo de enfermedades frecuentes, que deben ser reconocidas en forma precoz ya que pueden conllevar a una gran morbilidad y mortalidad en un grupo etario muy vulnerable. Realizamos una revisión de los conceptos de algunas de las entidades dentro de este grupo a partir de cinco casos clínicos estudiados en nuestro servicio.

**Palabras clave:** *pustulosis neonatales, eritema tóxico neonatal, candidiasis congénita, incontinencia pigmenti, melanosis transitoria, pustulosis cefálica benigna*

## ABSTRACT

### Neonatal pustulosis

Neonatal pustulosis is a group of common diseases, which should be recognized at an early stage and that can lead to a high morbidity and mortality in a very vulnerable age group. We review the concepts of some of the entities within this group due to five clinical cases studied in our service.

**Key words:** *neonatal pustulosis, erythema toxicum neonatorum, congenital cutaneous candidiasis, incontinentia pigmenti, transient neonatal pustular melanosis, benign cephalic pustulosis*

## ▶ INTRODUCCIÓN

Diversas enfermedades pueden manifestarse en el período neonatal con pústulas en la piel. Éstas son de gran preocupación para los padres, para el médico pediatra y el dermatólogo, que al evaluar al paciente debe distinguir entre enfermedades benignas y autolimitadas de otras potencialmente fatales.

Presentamos cinco casos clínicos evaluados en nuestro servicio

## ▶ CASOS CLÍNICOS

**Caso 1:** Paciente de sexo masculino de 7 días de vida, recién nacido a término (RNT), peso adecuado edad gestacional (PAEG), buen estado general. Se nos solicitó in-

terconsulta del Servicio de Pediatría por pústulas generalizadas de 48 horas de evolución. Al **examen físico** se observaban máculas eritematosas de límites netos y regulares sobre las que asentaban pústulas, localizadas en cara, tronco y aisladas en miembros superiores e inferiores sin comprometer palmas y plantas (Fig. 1). Se realizó raspado de las lesiones para Gram que fue negativo, y **citodiagnóstico de Tzanck**, en donde se observó numerosos eosinófilos (Fig. 2). Debido a este hallazgo, junto con las manifestaciones clínicas características, se interpreta el cuadro como **eritema tóxico neonatal**.

**Caso 2:** Paciente de sexo femenino de 1 mes de vida, RNT, PAEG. Consultó a nuestro Servicio por dermatosis en muslo derecho de 5 días de evolución. Al **examen físico** se observaban múltiples vesículas y pústulas agru-

<sup>1</sup> Médica concurrente y cursista de 3º año

<sup>2</sup> Médica de planta de Dermatología

<sup>3</sup> Médica concurrente y cursista de 2º año

<sup>4</sup> Médica Dermatóloga

<sup>5</sup> Jefe de División Dermatología

División de Dermatología, Hospital de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: krougarte@gmail.com



Fig. 1: Pústulas generalizadas sobre máculas eritematosas que respetan palmas y plantas.

padas sobre una base levemente eritematosa que se disponían siguiendo las líneas de Blaschko en cara lateral de muslo derecho (Fig. 3). Se interpreta el cuadro como un posible herpes simple y se decide su internación. Se realizó una rutina de laboratorio en la que se destacó como datos relevantes: glóbulos blancos 17200/mm<sup>3</sup> (eosinófilos 6,7%), serología HSV1, HSV-2, VVZ, VDRL negativas. Además realizamos citodiagnóstico de Tzanck que fue negativo, PCR e IFD para herpes: negativos. Por lo que se decidió realizar toma biopsia con **estudio histopatológico** en el que se observó: espongiosis eosinofílica, vesícula intraepidérmica infiltrada por eosinófilos (Fig. 4) compatible con **incontinencia pigmenti**. Se realizaron interconsultas al Servicio de Neurología, Oftalmología, Cardiología y Traumatología Infantil, que no arrojaron datos positivos.

**Caso 3:** Paciente de sexo masculino, 15 días de vida, RNT, PAEG, que presentaba como antecedentes perinatales: candidiasis vulvo-vaginal tratada durante el embarazo. Consultó a nuestro servicio por pústulas generalizadas desde el nacimiento sin otros síntomas acompañantes. Al **examen físico** se podía observar máculas y pápulas eritematosas junto con pústulas rodeadas de un collarito descamativo, localizadas en tronco y miembros, comprometiendo palmas y plantas (Fig. 5). Se realizó **cito-**

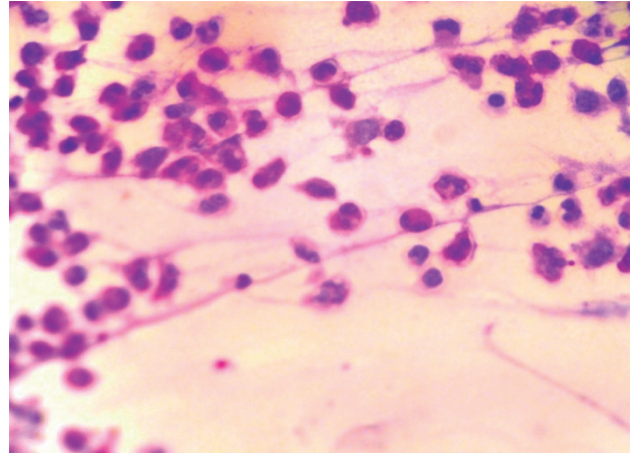


Fig. 2: Se observan múltiples eosinófilos.



Fig. 3: Múltiples vesículas y pústulas agrupadas, siguiendo las líneas de Blaschko.

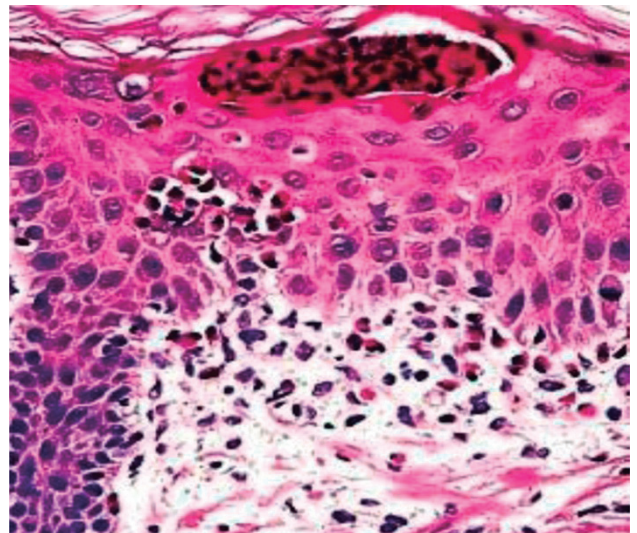


Fig. 4: (HE 100X) Se observa vesícula intraepidérmica infiltrada por eosinófilos.



Fig. 5: Máculas, pápulas eritematosas y pústulas con collarete descamativo en tronco y miembros, comprometiendo palmas y plantas.

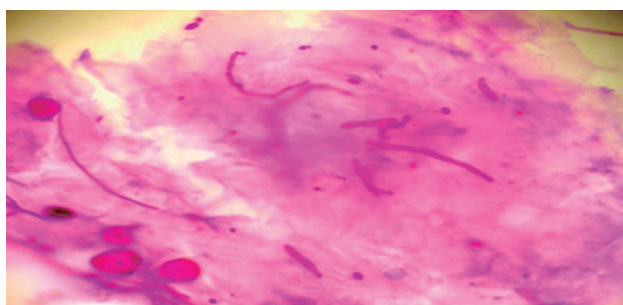


Fig. 6: Hifas y pseudoesporas compatibles con *Cándida*.

**diagnóstico de Tzanck** en el que se observó hifas y seudoesporas compatibles con *Candida* (Fig. 6). De acuerdo a los antecedentes, manifestaciones clínicas y exámenes complementarios se interpreta el cuadro como **candidiasis congénita**.

**Caso 4:** Paciente de sexo masculino de 27 días de vida, RNT, PAEG, con Síndrome de West medicado con fenobarbital y vitamina B. Acudió a la consulta por una dermatosis en polo cefálico de 48 horas de evolución, sin otras alteraciones, en buen estado general. Al **examen físico** se observaba múltiples pústulas sobre una base eritematosa en cuero cabelludo y cara (Fig. 7). Se decide realizar tinción de Gram, negativo, y **citodiagnóstico de Tzanck**, en el que se observó extenso rico en esporas PAS + con gemación (Fig. 8), compatibles con *Malassezia*, arribando al diagnóstico de **pustulosis cefálica benigna**.

**Caso 5:** Paciente de 4 días de vida de sexo masculino, sin antecedentes personales o familiares de relevancia, con una dermatosis pápulo-pustulosa generalizada. Al **examen físico** se observaban pápulas y pústulas junto con vesículas rodeadas de collaretes descamativos asociadas a máculas hiperpigmentadas en tronco y miembros. Sin otros síntomas o signos acompañantes. Se realizó **examen bacteriológico y micológico** que fueron negativos y



Fig. 7: Múltiples pústulas sobre una base eritematosa en cuero cabelludo y cara.

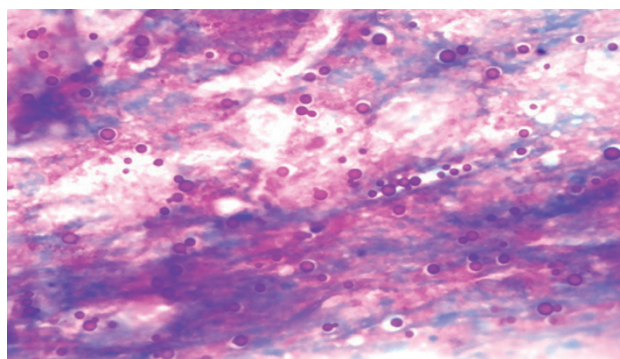


Fig. 8: Extenso rico en esporas PAS + con gemación compatibles con *Malassezia*.

un citodiagnóstico de Tzanck en el que se observó numerosos neutrófilos, diagnosticándose el cuadro como **melanosis pustulosa transitoria del recién nacido**.

## ► DISCUSIÓN

Las **pustulosis neonatales** son un conjunto de cuadros clínicos caracterizados por una erupción pustulosa en la piel en niños de hasta 4 semanas de vida.

Éstas pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- **Pustulosis estériles**
- **Pustulosis infecciosas**

En la práctica cotidiana, la mayor parte de los casos de pustulosis neonatales corresponden a las llamadas estériles, como el eritema tóxico neonatal. Éstas constituyen entidades benignas y autolimitadas y no responden a una

etiología infecciosa. Sin embargo, dada la susceptibilidad del neonato ante los agentes infecciosos, es imperativo realizar un diagnóstico correcto y rápido. Los métodos utilizados con este fin deben ser confiables, basados en técnicas sencillas y mínimamente invasivas.

Es muy importante comenzar la evaluación con una exhaustiva anamnesis que incluya antecedentes maternos, obstétricos y neonatales. Resulta primordial interrogar acerca del estado general del niño y de cómo fue el inicio de las lesiones, así como un examen riguroso de piel, mucosas y faneras, destacando la morfología y localización de las lesiones, así como la pesquisa de síntomas y signos de posible compromiso sistémico.

Dentro de los exámenes complementarios es necesario la realización de extendidos para Gram para evaluar la presencia de bacterias, así como KOH (hidróxido de potasio)

para evaluar el origen micótico. También citodiagnóstico de Tzanck donde se pueden observar células multinucleadas y cuerpos de inclusión sugestivos de infección herpética. Se puede realizar tinción con Giemsa y Wright para observar el predominio de eosinófilos, neutrófilos o macrófagos, que puede ser de significativa ayuda en el planteo de los diferentes diagnósticos diferenciales. Además se puede evaluar la necesidad de realizar biopsia cutánea para estudio histopatológico, o cultivo de las lesiones si se sospechara origen infeccioso, o incluso solicitar serologías en caso que se estime necesario<sup>2</sup>.

En nuestra casuística de cinco pacientes, dos corresponden a pustulosis estériles, dos a causas infecciosas de origen micótica y una a vesículo-pústulas como parte de una genodermatosis. Se destacan las características principales de estas entidades en el cuadro I.

Cuadro I.

Patología	Incidencia	Momento de aparición	Manifestaciones clínicas	Topografía	Método Diagnóstico	HP	Tratamiento
<b>ERITEMA TÓXICO NEONATAL</b>	30-70%	24-72 hs del nacimiento	Máculas de contornos difusos e irregulares donde asientan pústulas o pápulas	Tronco y miembros. Respetan palmas y plantas	Citodx. Tzanck: numerosos eosinófilos	Pústula subcórnea alrededor del folículo pilosebáceo e infiltrado predominio de eosinófilos	Resolución espontánea <sup>3</sup>
<b>INCONTINENCIA PIGMENTI</b>	Genodermatosis ligada al X en mujeres  Mutación gen NEMO	Congénitas o a pocos días del nacimiento	Tiene 4 etapas evolutivas: I. vesículo-pustulosa, II. verrugosa (hiperqueratósica) III. hiperpigmentada IV. hipopigmentada-atrónica <sup>2</sup>	Siguen las <b>líneas de Blaschko</b>  Manifestaciones sistémicas: Dentarias Oftalmológicas Neurológicas y óseas <sup>3</sup>	Descartar herpes virus con citodiagnóstico de Tzanck e inmufluorescencia	Estadio vesicopustuloso: vesícula intraepidérmica con eosinófilo, edema intercelular, disqueratosis queratinocítica <sup>4</sup>	Sintomático según lesiones
<b>CANDIDIASIS CONGÉNITA</b>	1% de infecciones por <i>Cándida Albicans</i> <sup>8</sup>	24 hs y 6 días de vida <sup>8</sup>	Erupción generalizada de pápulas y pústulas sobre máculas eritematosas que evolucionan a la descamación <sup>9,11,12</sup>	Generalizada  Compromete palmas y plantas  Mucosas y área del pañal no son frecuentes <sup>9,11,12</sup>	Directo con KOH: micelios o pseudo-micelios es indicio de infección micótica activa  Cultivo Agar dextrosa Sabouraud: especie	No es necesario	RNT PAEG: medicación tópica por 10 días Puede agregar nistatina oral <sup>10</sup>

Patología	Incidencia	Momento de aparición	Manifestaciones clínicas	Topografía	Método Diagnóstico	HP	Tratamiento
<b>PUSTULOSIS CEFÁLICA BENIGNA</b>	Frecuente	5 días de vida a 3 semanas	Pápulas y pústulas sobre base eritematosa	Cara y cuero cabelludo	Examen directo con KOH: múltiples <b>esporas PAS + con gemación</b>	No es necesaria	Autoinvolutiva Se puede indicar ketoconazol 2% (crema) 2 veces/día, por 7 a 10 días
<b>MELANOSIS PUSTULOSA BENIGNA</b>	Rara, 0,6% neonatos caucásicos <sup>3</sup>  Más frecuente en raza negra <sup>3</sup>	Al nacer	Tres fases, sin compromiso del estado general: 1. vesículas y pústulas sobre piel normal 2. collarete descamativo 3. <b>pequeñas máculas hiperpigmentadas</b> <sup>1</sup>	En cualquier parte del cuerpo <sup>1</sup>	Examen directo WyG: claro predominio de <b>neutrófilos</b> y escasos eosinófilos	Pústula subcórnea con predominio de neutrófilos, fibrina y eosinófilos	Autoinvolutiva  Lesiones hiperpigmentadas, persisten por meses <sup>8</sup>

## ► CONCLUSIÓN

Las **pustulosis neonatales** son un grupo de patologías cutáneas en un rango etario muy vulnerable que debe estudiarse con urgencia para descartar compromiso sistémico. Se debe realizar una historia clínica completa y exhaustiva, tanto del neonato como de la madre. Pesquisar signos o síntomas de compromiso multiorgánico, localización y morfología de las lesiones, destacando qué lesiones elementales se encuentran presentes, forma de aparición y evolución. Como estudios complementarios: jerarquizar los estudios no invasivos, rápidos y sencillos como el examen directo de lesión pustulosa con Gram, KOH, citodiagnóstico de Tzanck, y tinciones como Giemsa y Wright. Así con estos estudios se diferencian dos grandes grupos: pustulosis infecciosas y estériles. Como última herramienta diagnóstica: biopsia con estudio histopatológico, que puede llegar a esclarecer el diagnóstico en los casos en el que el examen directo no arroje muchos datos positivos.

El aporte del médico dermatólogo, tanto al servicio de Pediatría como al de Neonatología, es fundamental para poder diferenciar clínicamente, mediante un uso correcto y apropiado de los estudios complementarios, a los pacientes de gravedad de los que no lo son, y así realizar un eficaz seguimiento y control de los mismos.

## ► BIBLIOGRAFÍA

- Van Praag, M.C.G.; Van Rooij R.W.G.; Folkers, E.; Spritzer, R.; Menke, H.E.; Oranje, AP: Diagnosis and treatment of pustular disorders in the neonate. **Pediatr Dermatol** 1997; 13: 131-143.
- Ferrándiz, C.; Bielsa, I.; Ferrándiz, L.: Pustulosis estériles. En: Pueyo, S.T.; Valverde, R.A.: Dermatología neonatal. Buenos Aires; 2005; págs.: 182-186.
- Larralde, M.; Luna, P.: Pustulosis neonatales estériles. **Dermatol Pediatr Lat** 2008; 6: 1-9.
- Wong, G.A.; Willoughby, C.E.; Parslew, R.; Kaye, S.B.: The importance of screening sight-threatening retinopathy in incontinence pigmenti. **Pediatr Dermatol** 2004; 21: 242-245.
- Berlin, A.L.; Paller, A.S.; Chan, L.S.: Incontinentia pigmenti: a review and update on the molecular basis of pathophysiology. **J Am Acad Dermatol** 2002; 47: 169-187.
- Landy, S.J.; Donnai, D.: Incontinentia pigmenti (Bloch-Sulzberger syndrome). **J Med Genet** 1993; 30: 53-59.
- Mengesh, Y.M.; Bennett, M.L.: Pustular skin disorders: diagnosis and treatment. **Am J Clin Dermatol** 2002; 3: 389-400.
- Nijamin, T.R.; Yarza, M.N.; Grees, S.A.: Candidiasis congénita: comunicación de un caso. **Dermatol Argent** 2012; 18: 225-227.
- Pappas, P.G.; Rex, J.H.; Sobel, J.D.; Filler, S.G.; Dismukes, W.E.; Walsh, T.J.; Edwards, J.E; Infectious Diseases Society of America: Guidelines for treatment of candidiasis **Clin Infect Dis** 2004; 38: 161-189.
- Zaitz, C.: Infecciones micóticas superficiales. En: Pueyo, S.T.; Máximo, J.A.: Dermatología infantil en la clínica pediátrica. Ed. Buschi; Buenos Aires; 1999; págs.: 103-116.
- Abad, M.E.: Infecciones micóticas. En: Larralde, M.; Abad, E.; Luna, P.: Dermatología pediátrica. Ed. Journal; Buenos Aires; 2010; págs.: 225-235.