



Anomalías cutáneas más comunes en el recién nacido.

INTRODUCCIÓN:

El nacimiento es el momento en que el ser humano pasa por mayores cambios biológicos en un período breve. El feto debe cambiar de ambiente, desde el líquido amniótico, a temperatura constante, y estéril, a un ambiente aéreo con temperatura variable, y en contacto con distintos gérmenes. Además de los cambios circulatorios y respiratorios, la piel debe adaptarse al nuevo ambiente, ya que está en contacto permanente con estas nuevas condiciones. La piel es al mismo tiempo una frontera microbiológica e hidroelectrolítica, y un puente sensorial, útil para la defensa contra alérgenos y patógenos, y para mantener el contacto con otros. La piel está formada por 3 capas: epidermis, dermis, e hipodermis, que derivan del ectodermo y del mesodermo. En la piel del recién nacido se notan alteraciones propias del desarrollo embrionario, incluso de otros derivados de las mismas capas embrionarias. Además, se notan efectos de teratógenos, de agentes infecciosos, físicos, químicos o biológicos; y también del proceso de adaptación a la vida extrauterina.

El médico que atiende recién nacidos puede, mediante el reconocimiento de lesiones cutáneas, diagnosticar enfermedades sistémicas, así como las propias de la piel, y tratarlas adecuadamente. En este artículo trataremos sobre las alteraciones cutáneas más comunes en la piel del neonato.

Los genes propios de los procesos biológicos de la piel se expresan de forma diferente en los recién nacidos y en los adultos, reflejando la ejecución de funciones distintas de acuerdo con la edad y maduración del individuo. Durante el período neonatal se expresan en mayor medida genes involucrados en tres procesos fundamentales: (1)

1. Maduración epidérmica, mediante la generación de lípidos neutrales y el mantenimiento de la proporción adecuada de lípidos en el estrato córneo,
2. Desarrollo de la matriz extracelular, a través de reguladores de la proliferación, diferenciación, adhesión, migración, apoptosis, y restauración de la barrera cutánea,
3. Actividad de la inmunidad innata: complejo mayor de histocompatibilidad, y proteínas de choque tóxico.



FISIOLOGÍA:

En el recién nacido de término, la epidermis tiene escasa pérdida transepidérmica de agua, aun cuando la epidermis sea más delgada, y la unión dermoepidérmica sea menos interdigitada que en edades posteriores. Además, tiene menores niveles de factor natural de humectación, por lo que puede notarse con escamas superficiales. En los primeros 4 días después de nacer, el pH de la piel disminuye de 7 a cerca de 4.5, en la medida que se establece el manto ácido, conformado por derivados de la filagrina, sudor, urea, ácido láctico, ácidos grasos libres, y reacciones de colesterol y sulfato. De esta manera, la superficie ácida permite la adecuada función de los péptidos antimicrobianos, y limita la proliferación de gérmenes patógenos, lo que redundará en el establecimiento paulatino del microbioma cutáneo.

En el recién nacido de pretérmino, las funciones de la piel aún no alcanzan su punto más alto de ejecución. Antes de la semana 26 aún no se regula la pérdida transepidérmica de agua de manera eficiente; los recién nacidos entre las semanas 23 y 26 pueden perder hasta 50% de su peso corporal por deshidratación si se exponen a la atmósfera seca. Dicha pérdida puede favorecer hipernatremia, policitemia, e hipotermia, que a su vez propician la hemorragia periventricular y la muerte. De la misma manera, la epidermis es altamente permeable a las sustancias externas, como limpiadores, o medicamentos tópicos, por lo que se debe favorecer la maduración epidérmica manteniendo al RN en un ambiente húmedo, con aplicación de emolientes que sustituyan los propios de la epidermis, y limitando la aplicación de antisépticos y agentes tópicos adicionales.

(2)

Los recién nacidos prematuros de 22 y 23 semanas se encuentran en el límite de viabilidad en virtud de su inmadurez cutánea, cardiovascular y renal. La epidermis sólo tiene 3 o 4 capas de células y aún no está completamente queratinizada, lo que favorece pérdidas masivas de líquidos de manera insensible, y aumenta el riesgo de infecciones y mortalidad (3)

DERMATOSIS EN EL RECIÉN NACIDO:

Durante el primer mes de vida, se evidencian en la piel múltiples trastornos. En la siguiente figura se clasifican de acuerdo con su origen:



Transitorias <ul style="list-style-type: none">• Madurez cutánea• Adaptación al medio ambiente• Efecto de las hormonas maternas	Manifestaciones de infecciones <i>in utero</i> y adquiridas durante el nacimiento <ul style="list-style-type: none">• Bacterianas• Virales• Micóticas• Parasitarias	Genodermatosis <ul style="list-style-type: none">• Únicamente cutáneas• Afección ortopédica, ocular, auditiva, cerebral
Neoplasias <ul style="list-style-type: none">• Benignas• Malignas<ul style="list-style-type: none">• únicamente cutáneas• diseminadas con manifestaciones cutáneas	Hamartomas <ul style="list-style-type: none">• Vasculares• Melanocíticas• Queratinocíticas• Tejido adiposo• Músculo liso	Trastornos del desarrollo <ul style="list-style-type: none">• Defectos de cierre• Trastornos mesodérmicos por exceso (dígitos supernumerarios)• Trastornos de migración (pezones supernumerarios)
	Traumáticas <ul style="list-style-type: none">• Intencionales• No intencionales<ul style="list-style-type: none">• Iatrogénicas	

DERMATOSIS TRANSITORIAS DEL RECIÉN NACIDO:

Las lesiones cutáneas más comunes son las transitorias, que incluyen manifestaciones del estado de madurez cutánea, de la adaptación al medio ambiente, y del efecto residual de las hormonas maternas. Habitualmente son asintomáticas, es decir, el RN se encuentra en buen estado general, se alimenta adecuadamente, y no tiene trastornos térmicos ni de la hidratación.

Trastornos propios del estado de madurez cutánea (4)

- **Vérnix caseoso:** se trata de una secreción blanquecina, oleosa, producida por los queratinocitos y las glándulas sebáceas, en los recién nacidos de término. Está compuesta por 81% de agua, 9% de lípidos, y 10% de proteínas, sobre todo péptidos antimicrobianos. Sus funciones son de lubricación durante el parto, regulación térmica, mantenimiento de la hidratación de la superficie, cicatrización de heridas, regulación de la pérdida de agua, y antimicrobiana. La producción de vérnix caseoso es sincrónica con la de factor surfactante. El perfil de lípidos en las niñas incluye mayor proporción de ésteres de cera y triglicéridos con cadenas de hidrocarburos de mayor longitud, comparada con la encontrada en varones (5)



- **Descamación fisiológica:** ocurre en los RN de término en los primeros 2 días de vida, en los prematuros, inicia en la 2ª a 3ª semana. Inicialmente es acral, puede diseminarse al resto de la piel en los RN postérmino. Si la descamación es excesiva, o persistente, requiere distinguirse de trastornos congénitos de la cornificación, y de infecciones congénitas.
- **Lanugo:** el pelo es un anexo de la piel que se forma en el folículo piloso. En el folículo se localizan las células madre de queratinocitos y melanocitos que permiten la regeneración y cicatrización de la piel ante las agresiones ambientales. El lanugo se desarrolla a partir de la 17ª semana de la vida fetal, se desprende a partir de la semana 33ª. Las características de este tipo de pelo son: carente de médula y pigmento, es fino, suave y sedoso, y mide hasta 5mm de largo. En la tercera parte de los RN de término se encuentra lanugo en el tronco.
(6)
- **Quistes de milia:** son quistes derivados del proceso de maduración del folículo piloso, aparecen en 40 a 50% de los RN. Son blanquecinos, puntiformes, particularmente distribuidos en la cara, desaparecen espontáneamente. De no ser así, se requiere descartar una genodermatosis.
- **Cutis marmóreo neonatal:** es un fenómeno vasomotor transitorio, generalizado, benigno, en respuesta a hipotermia, que dura algunos minutos y posteriormente desaparece. Esta reacción autonómica al frío que puede durar algunas semanas persiste en quienes tienen trisomía 21 o 18, hipotiroidismo congénito, homocistinuria, síndrome de Cornelia de Lange, y de Divry-van Bogaert.
- **Cambio de coloración arlequín:** se nota como un cambio de color asimétrico, con eritema en la mitad izquierda o derecha, y palidez en la mitad contralateral, dura 30 segundos a 20 minutos, aparece entre el 2º y el 5º día postnatales, pero puede durar hasta la semana 3. Es particularmente notorio en decúbito lateral y se modifica con la posición. Parece derivar de inmadurez hipotalámica.
- **Eritema y acrocianosis neonatal:** obedecen a inmadurez del tono vascular periférico y a la respuesta ante el frío y el llanto. Desaparece de manera espontánea. Puede requerir distinción de la cianosis y el eritema relacionados con cardiopatías.



- **Miliaria:** al nacimiento, las glándulas sudoríparas aún son inmaduras. Si el RN se expone a altas temperaturas ambientales, o se le arropa en exceso, el sudor se atrapa en el tracto de salida de la glándula sudorípara, lo que produce pseudovesículas transparentes, como gotas de rocío. Ocasionalmente pueden presentarse pústulas puntiformes con halo eritematoso, en este caso se llama miliaria pustulosa.
- **Perlas de Epstein:** son quistes de queratina de 1 a 3mm en la unión del paladar blando y duro, aparecen en 65 a 85% de los RN, desaparecen espontáneamente.
- **Nódulos de Bohn:** son quistes de queratina que aparecen en la superficie vestibular y lingual de las crestas alveolares, aparecen en 85% de los RN, y desaparecen espontáneamente.
- **Quistes de lámina dental:** son quistes de 1-3mm, que aparecen en los bordes de las crestas alveolares, en 25 a 53% de los RN, desaparecen espontáneamente.
- **Dientes neonatales:** aparecen en el primer mes, a diferencia de los natales, que son congénitos. Los neonatales ocurren en 1:3500 RN, los natales, en 1:716. Ambos forman parte de la dentición decidua, pero los dientes pueden estar desarrollados de manera completa o incompleta. El manejo debe individualizarse, e incluye: aplicación de resina o desgaste del filo dental con una lima abrasiva dental, o extirpación del diente, en caso de movilidad importante, riesgo de aspiración, o presencia de úlceras secundarias.
- **Quistes eruptivos:** pueden aparecer al mismo tiempo que los dientes neonatales o natales. Son lesiones de contenido líquido, translúcidas, color de las mucosas, o azulosas, compresibles. La mayor parte se resuelven de manera espontánea.
- **Pólipo anexial:** es una tumoración congénita pequeña que puede aparecer en la areola, párpado, mejilla, escápula, brazo, axila, o genitales. Está formado por folículos pilosos, glándulas ecrinas y sebáceas inmaduras. Ocurre en 0.7 a 4% de los RN, y se desprende por sí mismo en los primeros días de la vida.



Adaptación al medio ambiente

- **Eritema tóxico neonatal:** se presenta en 16.7 a 55% de los RN, en los primeros 3 a 5 días de vida, dura 4 a 10 días. Se presenta con pápulas y pústulas de predominio facial, en el tronco, y las extremidades superiores, en respuesta a la colonización microbiana de los folículos pilosos después del nacimiento. No se requiere manejo específico ya que es auto-resolutivo.
- **Melanosis pustular transitoria:** aparece en 0.2 a 4% de los RN de término. Se presenta con vesículas o pústulas frágiles sin eritema, que habitualmente están presentes al nacimiento, en la frente, mandíbula, cuello, tronco, glúteos, muslos, palmas y plantas. Al romperse dejan un collarete fino e hiperpigmentación postinflamatoria. Forma parte del espectro del eritema tóxico neonatal
- **Pustulosis cefálica neonatal:** ocurre en respuesta a la colonización por *Malassezia*, con pústulas en la cara y la piel cabelluda, que se resuelven por sí mismas. Se debe distinguir del acné neonatal en el que hay comedones y pápulas.

Efecto de las hormonas maternas:

- **Pubertad en miniatura:** los andrógenos producidos por la placenta tienen efectos en los tejidos del recién nacido que duran 6 a 8 semanas. Los cambios cutáneos derivados de este efecto incluyen: hiperplasia de las glándulas sebáceas, e incluso acné neonatal, hiperpigmentación de la línea media infraumbilical, las areolas, los genitales externos, ocasionalmente las axilas. Puede haber hipertrofia mamaria e incluso galactorrea, además de secreción hialina en los genitales de las niñas recién nacidas. Ocasionalmente puede haber sangrado genital por privación hormonal en el 3º o 4º día de vida.
- **Hiperpigmentación periungueal:** va desde el café claro al oscuro, tanto en las manos como en los pies. Puede estar presente al nacimiento, y desaparece paulatinamente en el 2º año de la vida. Parece deberse al efecto in útero de la hormona estimulante del melanocito.



Otras

- **Ictericia neonatal:** ocurre por depósito de bilirrubina no conjugada en la piel, las mucosas y las escleras, en la primera semana de vida. Se presenta en 60% de los RN de término y en 80% de los pretérmino como una coloración amarillenta discreta. Hasta 30% de los RN alimentados al seno materno persiste con ictericia al cumplir el primer mes de vida. Si la ictericia es extensa, intensa, y duradera, deben considerarse causas de hemólisis o colestasis. En caso de exceder los niveles de bilirrubina indirecta aceptables para la edad gestacional, se debe aplicar fototerapia. En caso de hiperbilirrubinemia directa, investigar causas de colestasis y tratar de la forma pertinente.
- **Cojinetes labiales de succión:** aparecen por la succión de la areola materna, y desaparecen de manera paulatina. No requieren tratamiento.
- **Ampollas por succión:** se presentan en 0.4 a 2% de los RN al nacimiento, como ampollas flácidas, o erosiones ovaladas en los sitios al alcance de la boca del feto, ahora RN. Se resuelven de manera espontánea.

OTRAS DERMATOSIS COMUNES EN EL RECIÉN NACIDO: **Marcas de nacimiento:**

Aquí se pueden agrupar los trastornos de la piel genéticamente determinados de presentación en mosaico, notables por exceso de tejido normal para la piel, es decir los hamartomas o nevos. Todas las células propias de la piel pueden presentar trastornos de la migración y el desarrollo: los queratinocitos, los melanocitos, los folículos pilosos, las glándulas sebáceas, las estructuras vasculares, los fibroblastos y los adipocitos. Entre más temprano en la vida embrionaria se presente la variante patogénica, más extensa será la manifestación cutánea de estos trastornos que serían incompatibles con la vida si se presentaran en todo el cigoto. En general, cualquier alteración cutánea que abarque más del 10% de la superficie corporal tiene mayor riesgo de acompañarse de manifestaciones sistémicas.

Las marcas de nacimiento incluyen las malformaciones vasculares, los hemangiomas infantiles, los hemangiomas congénitos, los nevos melanocíticos, la melanocitosis dérmica, los nevos sebáceos, los nevos epidérmicos, los nevos de tejido conectivo, los nevos de Becker, los de pelo lanoso, y los de tejido adiposo.



Cuando estas lesiones son pequeñas, es decir, abarcan algunos centímetros de la piel, y no se acompañan de alteraciones en otros derivados de las capas embrionarias, sea en el segmento en que se encuentran o en otros, puede optarse por manejo sintomático. A continuación, se señalan algunas precisiones al respecto.

Anomalías vasculares: De acuerdo con la clasificación más reciente de la Asociación para el estudio de las anomalías vasculares (ISSVA) (7) dichas anomalías se dividen en tumores y malformaciones. Las malformaciones (capilares, venosas, linfáticas, arteriovenosas, y mixtas) claramente son hamartomas asociados con variantes patogénicas de genes relacionados con el control del crecimiento celular, como los de la vía RAS, PIK3CA y TEK, que requieren tratamiento multidisciplinario (médico, intervencionista, y eventualmente quirúrgico) desde que se sospechan al nacimiento. Por otro lado, los tumores vasculares presentes al nacimiento o en el primer mes de vida son mayormente benignos (hemangiomas congénitos, y hemangiomas infantiles) a diferencia de los que aparecen durante los años posteriores, como los hemangioendoteliomas kaposiformes, o los angiosarcomas, que son de naturaleza biológica intermedia, y maligna, respectivamente.

Los hemangiomas congénitos pueden ser: rápidamente involutivos, parcialmente involutivos, o no involutivos. Todos requieren abordaje multidisciplinario con estudios de imagen, tratamiento con vigilancia expectante, médico, intervencionista, o quirúrgico, de acuerdo con los hallazgos. En cambio, los hemangiomas infantiles, que raramente están presentes al nacimiento, y frecuentemente aparecen en las primeras semanas de vida, requieren abordaje pediátrico y por el dermatólogo pediatra para evaluar si sólo afectan la piel, o tienen asociaciones sindrómicas o impacto en otros órganos. El tratamiento es con betabloqueadores, como propranolol o timolol, de acuerdo con la Guía mexicana para el diagnóstico y el tratamiento del hemangioma infantil. (8)

Por otro lado, los nevos melanocíticos, epidérmicos, sebáceos, de tejido conectivo, y de tejido adiposo, pueden afectar únicamente la piel, o acompañarse de alteraciones ectodérmicas o mesodérmicas, en el sistema nervioso, el ojo, y el sistema musculoesquelético. Cada uno requiere evaluación pediátrica y dermatológica pediátrica para determinar el impacto local o sistémico y dar el tratamiento oportuno. Tanto los nevos melanocíticos, como los derivados de queratinocitos, se acompañan de un riesgo mayor de desarrollo de cánceres en los nevos respecto de la población sin nevos, por lo que requieren vigilancia durante toda la vida.



CONCLUSIONES:

La dermatología neonatal es una disciplina en continuo crecimiento. Al mismo tiempo que se extienden los límites de viabilidad hacia la semana 20 de gestación, dependiendo de los recursos disponibles en las unidades de cuidado neonatal, se describen nuevos padecimientos y las implicaciones en el largo plazo de la atención prolongada en dichas unidades. El nacimiento es el umbral que somete a la piel a procesos de maduración específicamente diseñados para la vida en el ambiente aéreo. Durante el primer mes de vida, múltiples dermatosis evidencian la adaptación a dicho ambiente. Además, se notan errores de la expresión y regulación genética con implicaciones durante toda la vida. De manera adicional a lo aquí tratado, el RN puede presentar manifestaciones cutáneas de neoplasias, infecciones, y trauma, tanto intencional como iatrogénico, y accidental. Cada una de estas señales en la piel se debe interpretar de forma individual, con abordaje sistémico y manejo multidisciplinario.

REFERENCIAS:

1. Visscher MO, Hu P, Carr AN, Bascom CC, Isfort RJ, Creswell K, et al. Newborn infant skin gene expression: Remarkable differences versus adults. PLoS ONE 2021;16(10): e0258554. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258554>
2. Hoeger PH, Physiology of neonatal skin, en Hoeger P, Kinsler V, Yan A. Harper's Textbook of pediatric dermatology, 4ª. Wiley-Blackwell, 2020. Pp: 56-62.
3. Rysavy MA, Mehler K, Oberthür A, Ågren J, Kysyda S, McNamara PJ, Giesinger RE, Kribs A, Normann E, Carlson SJ, Klein JM, Backes CH, Bell E. An immature science: intensive care for infants born at <23 weeks of gestation. J Pediatr 2021;233:16-21.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2021.03.006
4. Larralde M, Abad ME. Transient skin disorders in the neonate and young infant. en Hoeger P, Kinsler V, Yan A. Harper's Textbook of pediatric dermatology, 4ª. Wiley-Blackwell, 2020 pp: 72-83
5. Vidaurri-de la Cruz H, El pelo desde el recién nacido hasta la adolescencia, en: Contreras González L, Sánchez Dueñas LE, López Yáñez Blanco A. Tricología en pediatría. Ediciones Journal, CABA, Argentina. 2025, p. 19-28
6. Míková R, Vrkoslav V, Hanus R, Háková E, Hábová Z. Newborn Boys and Girls Differ in the Lipid Composition of Vernix Caseosa. PLoS ONE 2014;9(6): e99173. doi:10.1371/journal.pone.0099173
7. ISSVA Classification of Vascular Anomalies ©2025 International Society for the Study of Vascular Anomalies Available at "issva.org/classification" Acceso [21 de julio de 2025]
8. Toledo-Bahena ME, Camargo-Sánchez KA, Vidaurri-de la Cruz H, Valencia-Herrera AM, Sáez de Ocariz MM, Duarte-Abdala MR, Osuna-Osuna J, Aranda-Mendoza J, Rosales Solís GM, Maza-Ramos G, Orozco-Covarrubias ML, Lezama-del Valle P, Erdmenger-Orellana JR, Enríquez-García RE, Dies-Suárez P, Celis-Jiménez A, Mena-Cedillos CA. Guía Mexicana para el diagnóstico y el tratamiento del hemangioma infantil. Bol Med Hosp Infant Mex 2023;81(supl 2):1-28