

Acné neonatal

Neonatal acne.

Karel Melchor-Mendoza,¹ Jonh Montes-Salazar,² Nathalia Muñoz-Matallana,² Mirna Toledo-Bahena,³ Carlos Alfredo Mena-Cedillos,³ Adriana Valencia-Herrera³

Editores:

Paciente femenina de tres semanas de edad, producto del segundo embarazo, obtenida a término, APGAR 9/9, sin complicaciones.

Padeció una dermatosis localizada en la cara que afectaba la frente, las mejillas y el mentón, caracterizada por pápulas, pústulas y algunos comedones cerrados, asintomática, de tres días de evolución (**Figura 1**); la dermatosis se alivió de manera espontánea en dos semanas, sin tratamiento (**Figura 2**).

El acné es una enfermedad inflamatoria muy común, típicamente asociada con la adolescencia; sin embargo, en la etapa neonatal e infantil debe considerarse diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en la cara.

El acné neonatal afecta a 20% de los neonatos, inicia en las primeras cuatro semanas de vida, con predominio en hombres.

El origen es multifactorial, incluye excreción aumentada de sebo por estimulación androgénica a las glándulas sebáceas y colonización de *Malassezia spp.*¹

El cuadro clínico se distingue por pápulas, pústulas eritematosas y, de manera característica, comedones abiertos y cerrados, casi siempre se limitan a la cara.² Las lesiones de acné pueden formar parte de la llamada “pubertad en miniatura”, que se manifiesta en la etapa neonatal e incluye hiperplasia de las glándulas sebáceas, hiperpigmentación y edema de genitales externos, secreción vaginal de moco, sangre o ambos e hipertrofia de las glándulas mamarias.³

¹ Residente de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México.

² Residente de Dermatología pediátrica.

³ Dermatólogo pediatra. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México.

Recibido: julio 2018

Aceptado: noviembre 2018

Correspondencia

John Montes
johnmontesalazar@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Melchor-Mendoza K, Montes-Salazar J, Muñoz-Matallana N, Toledo-Bahena M y col. Acné neonatal. Dermatol Rev Mex. 2019;63(Supl. 1):S101-S103.



Figura 1. Acné neonatal. Recién nacida de tres semanas de edad con pápulas, pústulas y comedones en la cara, de tres días de evolución.

El diagnóstico es clínico y el diagnóstico diferencial incluye dermatosis acneiformes pápulo-pustulares heterogéneas, típicamente sin comedones; entre estas afecciones destaca la pustulosis cefálica benigna neonatal, que puede manifestarse desde la primera semana de vida, aumentando la frecuencia entre la segunda y cuarta semanas. Se distingue por múltiples pápulas y pústulas eritemato-escamosas que generalmente se localizan en la cara y, en menor proporción, en la piel cabelluda y el cuello; las pústulas afectan áreas foliculares y muestran gran cantidad de levaduras de *Malassezia* spp, aun cuando no se ha reportado correlación entre la concentración de levaduras y las manifestaciones clínicas. Suele ser moderada y de alivio espontáneo, por lo que tranquilizar a los padres suele ser el único manejo necesario. Si las lesiones son numerosas, ketoconazol a 2% en crema puede reducir la colonización.^{2,4}



Figura 2. Lactante de un mes y una semana de edad con alivio del cuadro.

Otros diagnósticos diferenciales incluyen erupciones acneiformes relacionadas con la aplicación de aceites o ungüentos (acné venenata), asociadas con la ingesta materna de fármacos, como hidantoínas o litio, foliculitis bacteriana y miliaria pustular.¹

El acné neonatal puede ocasionalmente evolucionar a acné infantil, que se distingue por lesiones típicas de acné, desde la semana 6 hasta los 7 años de edad,² con lesiones inflamatorias y comedones cerrados, con predominio en las mejillas. De manera independiente de su severidad entre el año y los ocho años de edad, así como en los casos de acné antes del año de edad con manifestación resistente, se requiere realizar una evaluación endocrinológica completa

para descartar hiperplasia adrenal congénita o algún tumor virilizante.⁵ En la evaluación debe incluirse la medición de las concentraciones de hormona luteinizante, folículo estimulante, testosterona libre y dehidroepiandrosterona, signos de virilización, precocidad sexual o anomalías del crecimiento; deberá referirse al paciente al servicio de Endocrinología pediátrica para valoración.²

También en los niños puede haber una erupción acneiforme más tardía, cuando les aplican cremas y pomadas en exceso y se obstruyen los folículos pilosos.³

El tratamiento del acné neonatal por lo general es conservador; por ser de alivio espontáneo en la mayoría de los casos, puede ser suficiente la limpieza diaria con agua y dermolimpiadores suaves; la aplicación de aceites y lociones para lactantes puede agravar la afección por lo que

deben evitarse. Las formas inflamatorias leves se tratan con peróxido de benzoilo a 2.5% o un antibiótico tópico (eritromicina o clindamicina). La administración de estos antibióticos sistémicos es excepcional y suele reservarse para pacientes con afectación extensa.^{3,6}

REFERENCIAS

1. Serna C, Janniger CK, Micali G, Schwartz RA. Neonatal and infantile acne vulgaris: an update. *Cutis* 2014; 94(1):13-16.
2. Eichenfield L, Krakowski A, Piggott C, Del Rosso J, Baldwin H, MD, et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics* 2013;131(3):
3. Saúl A. Lecciones de dermatología. 16ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill, 2015;260.
4. Bonifaz A Micología médica básica. 5ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill, 2015;168-169.
5. Que SK, Whitaker-Worth DL, Chang MW. Acne: Kids are not just little people. *Clin Dermatol* 2016 Nov- Dec;34(6):710-716. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2016.07.005
6. Paller A, Mancini A. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 3ª ed. Nueva York: Elsevier, 2014;312-313.