

Melanosis pustulosa transitoria del recién nacido

Transient Neonatal Pustular Melanosis

Sr. Director:

La presencia de pústulas generalizadas en un neonato conduce habitualmente a la sospecha de un cuadro infeccioso grave. Sin embargo, existen también pustulosis neonatales de carácter inflamatorio y benigno. Presentamos un caso de melanosis pustulosa transitoria del recién nacido (MPTRN), un cuadro autolimitado que afecta a neonatos a término y se caracteriza por la aparición de múltiples pústulas estériles, distribuidas por toda la superficie corporal.

Se trata de un neonato varón nacido a término fruto de un embarazo normal y parto por cesárea, remitido desde Pediatría a las 12 horas de vida para valorar una erupción cutánea vesículo-pustulosa presente desde el nacimiento. A la exploración se observaban numerosas pústulas sobre piel normal, de 1 a 5 mm de diámetro, en el cuero cabelludo, la cara, el mentón, el cuello, el tronco, las nalgas y el tercio superior de las extremidades inferiores (figs. 1 y 2). Algunas de las lesiones ya no presentaban contenido líquido y consistían en costras superficiales sobre un área de piel de coloración parduzca (fig. 2). El paciente no presentaba fiebre ni otros signos patológicos, por lo que inicialmente se sospechó una erupción pustulosa amicrobiana y se pautó como único tratamiento mupirocina tópica para evitar la sobreinfección de las lesiones. También se consideraron en el diagnóstico diferencial infecciones de transmisión vertical de etiología bacteriana (*S. aureus*, *S. pyogenes*, pseudomonas, listeriosis), fúngica (candidiasis), vírica o luética y se solicitaron diversas exploraciones complementarias dirigidas a descartar esta posibilidad. Se realizaron hemocultivos y serologías para virus herpes simple (VHS), virus varicela-zoster (VVZ), citomegalovirus y sífilis. Se tomó contenido de dos pústulas, con el que se realizó de forma urgente un



Figura 1 Múltiples vesículo-pústulas distribuidas por la frente, la mejilla, el cuello y el pabellón auricular.

test de Tzanck, una tinción de Gram y se remitió parte del exudado para cultivo microbiológico y PCR de VHS y VVZ. Las citologías (Tzanck, Gram) mostraban abundantes polimorfonucleares y células epiteliales normales sin signos citológicos de proceso infeccioso. Los resultados de las otras exploraciones fueron normales o negativos. A las 48 horas del inicio del cuadro persistían escasas pústulas, las lesiones previas mostraban una descamación periférica y el neonato presentaba un estado general excelente. A los 4 días el cuadro cutáneo estaba resuelto y solo se observaban máculas hiperpigmentadas en las áreas donde se habían localizado las pústulas. Con estos datos se llegó al diagnóstico final de MPTRN.

La MPTRN es un trastorno infrecuente, con una prevalencia global menor a un 1% de todos los recién nacidos¹⁻³. Afecta a ambos sexos por igual y es más habitual en la raza negra, donde presenta una incidencia del 4,4%^{3,4}. Su etiología es desconocida y no se ha asociado a infecciones maternas ni a la exposición a sustancias tóxicas^{4,5}.

Clínicamente, se caracteriza por la aparición de vesículas y pústulas sobre una piel sana (no eritematosa)^{4,5}. Las localizaciones más frecuentes son la frente, sien, mejillas, cuello, espalda y las nalgas, con excepcional afectación de palmas y plantas^{2,4}. Las lesiones iniciales suelen resolverse durante las primeras 2 semanas de vida de forma espontánea, sin requerir ningún tratamiento. Las pústulas se rompen y dejan máculas hiperpigmentadas, con un collarite descamativo, que persisten varias semanas o incluso meses^{4,6}. El cuadro no asocia manifestaciones sistémicas⁷.

El diagnóstico se basa en los datos clínicos y el despistaje de otros procesos patológicos de mayor gravedad que requieren tratamiento antibiótico urgente. La realización de una biopsia cutánea no es habitualmente necesaria. La MPTRN puede simular diversas erupciones cutáneas neonatales tales como eritema tóxico del recién nacido (ETRN), acné neonatorum o foliculitis pustulosa eosinofílica, pero lo fundamental ante un cuadro clínico de estas características es descartar una infección sistémica^{1,3,8,9}. A diferencia de la MPTRN, en el ETRN las pústulas asientan sobre una base de piel eritematosa y puede existir eosinofilia periférica. Histológicamente, la MPTRN presenta pústulas subcórneas o intraepidérmicas compuestas fundamentalmente por neu-



Figura 2 Pústulas en las nalgas y los muslos. Las lesiones rotas se corresponden con máculas pigmentadas.

trófilos, lo que permite el diagnóstico diferencial con el ETRN, donde predominan los eosinófilos^{1,3,7,10}.

Como conclusión, queremos destacar que la MPTRN es un trastorno benigno sin manifestaciones sistémicas y que no requiere ningún tratamiento. Esta entidad se confunde con procesos infecciosos graves, por lo que los pacientes con MPTRN pueden recibir tratamientos antibióticos empíricos o ser sometidos a exploraciones invasivas. Consideramos que el conocimiento por parte del pediatra y del dermatólogo de la MPTRN es fundamental para evitar pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

Bibliografía

- Ferrandiz C, Coroleu W, Ribera M, Lorenzo JC, Natal A. Sterile transient neonatal pustulosis is a precocious form of erythema toxicum neonatorum. *Dermatology*. 1992;185:18-22.
- Ramamurthy RS, Reveri M, Esterly NB, Fretzin DF, Pildes RS. Transient neonatal pustular melanosis. *J Pediatr*. 1976;88:831-5.
- Wagner A. Distinguishing vesicular and pustular disorders in the neonate. *Curr Opin Pediatr*. 1997;9:396-405.
- Merlob P, Metzker A, Reisner SH. Transient neonatal pustular melanosis. *Am J Dis Child*. 1982;136:521-2.
- Wyre Jr HW, Murphy MO. Transient neonatal pustular melanosis. *Arch Dermatol*. 1979;115:458.
- Barr RJ, Globerman LM, Werber FA. Transient neonatal pustular melanosis. *Int J Dermatol*. 1979;18:636-8.
- Mebazaa A, Khaddar Kort R, Cherif F, Mokni M, Haouet S, Ben Osman A. Transient pustular eruption in neonates. *Arch Pediatr*. 2011;18:291-3.
- Menni S, Boccardi D, Crosti C. Neonatal toxic erythema: clinico-epidemiologic characteristics and recent pathogenic hypothesis. *Pediatr Med Chir*. 2005;27:22-5.
- Van Praag MC, Van Rooij RW, Folkers E, Spritzer R, Menke HE, Oranje AP. Diagnosis and treatment of pustular disorders in the neonate. *Pediatr Dermatol*. 1997;14:131-43.
- Chia PS, Leung C, Hsu YL, Lo CY. An infant with transient neonatal pustular melanosis presenting as pustules. *Pediatr Neonatol*. 2010;51:356-8.

A. Agusti-Mejias^{a,*}, F. Messeguer^b, I. Febrer^a y V. Alegre^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: annaagusti@comv.es (A. Agusti-Mejias).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.02.011>

Exantema fijo medicamentoso múltiple probablemente inducido por ácido mefenámico

Multifocal Fixed Drug Eruption Probably Induced by Mefenamic Acid

Sr. Director:

El ácido mefenámico es un antiinflamatorio no esteroideo inhibidor de la ciclooxigenasa (COX) 1 y 2 que se comercializa en España con el nombre de Coslan® (Laboratorios Pfizer; Madrid, España). Este fármaco está indicado según ficha técnica para el tratamiento de «procesos dolorosos, manifestaciones inflamatorias y estados febriles de cualquier etiología, dismenorrea y menorragia de causa disfuncional, artritis reumatoide y gota aguda o crónica». Puede producir efectos secundarios cardiovasculares, genitourinarios, gastrointestinales, hepáticos, hematológicos, respiratorios y dermatológicos. El exantema fijo medicamentoso (EFM) es un efecto adverso cutáneo infrecuente de este fármaco, más aún en su forma múltiple¹.

Una paciente de 36 años de edad sin antecedentes clínicos de interés, que únicamente realizaba tratamiento ocasional con ácido mefenámico (Coslan®, cápsulas de 250mg, una cada 8 horas) para la dismenorrea, acudió a nuestra consulta para valoración de 4 lesiones cutáneas que habían aparecido hacía meses. Refería que le producían esporádicamente sensación de ardor, sin otros síntomas acompañantes. En la exploración dermatológica

se constató la presencia de 4 lesiones maculosas parduzco-grisáceas, redondeadas, bien definidas en su hombro y brazo derechos, muslo derecho y cadera izquierda, de 1,5 a 2 cm de diámetro (fig. 1 A). Con la sospecha clínica de un exantema fijo medicamentoso se interrogó a la paciente acerca de la modificación de las lesiones con la ingesta del ácido mefenámico y refirió que, a pesar de que nunca lo había relacionado con el fármaco, sí apreciaba un empeoramiento de las mismas durante la menstruación. La paciente fue valorada de nuevo tras la ingesta del fármaco, comprobándose el empeoramiento de las lesiones (fig. 1 B). Se realizó una biopsia cutánea (fig. 2), que mostró la presencia de una dermatitis de interfase vacuolar con queratinocitos necróticos y un infiltrado inflamatorio de predominio linfocitocitario con neutrófilos y eosinófilos; en la dermis papilar se observaba extravasación hemática. En función de los hallazgos clínicos e histopatológicos se estableció el diagnóstico de exantema fijo medicamentoso múltiple por ácido mefenámico. Las pruebas epicutáneas realizadas con la serie basal española recomendada por el Grupo de Investigación en Dermatitis y Alergia de Contacto y con Coslan® «tal cual» al 30% en vaselina en la piel sana y lesional resultaron negativas. Se recomendó suspender definitivamente el tratamiento con ácido mefenámico, apreciándose un progresivo aclaramiento de las lesiones cutáneas y una ligera hiperpigmentación residual a los 6 meses de la visita inicial.

El EFM es una reacción cutánea caracterizada por el desarrollo de lesiones cutáneas y/o mucosas que aparecen en la misma localización después de la ingesta del fármaco causante. Habitualmente se manifiesta como una o varias lesiones maculosas hiperpigmentadas redondea-