

## Bebé colodión: manejo y proceso diagnóstico

F. Alfageme Roldán, C. Ciudad Blanco, J.M. Hernanz Hermosa, E. López Sanz<sup>1</sup>  
Servicios de Dermatología y <sup>1</sup>UCI Neonatal. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

### Resumen

El «bebé colodión» es una situación clínica poco frecuente que se presenta en el neonato y que es compartida por varias enfermedades y síndromes.

La alteración de la barrera epidérmica hace que el manejo y soporte del neonato sean fundamentales en los primeros días de vida, para luego llegar a un diagnóstico adecuado.

Presentamos un nuevo caso de esta entidad en la que la colaboración del neonatólogo y el dermatólogo es fundamental.

### Palabras clave

Bebé colodión, cuidados neonato, ictiosis congénitas

### Abstract

*Title:* Collodion baby: management and diagnosis

Collodion baby is a rare clinical condition affecting the newborn that is common to several diseases and syndromes.

The alteration of the skin barrier makes management and care key factors in the first few days of life, after which the efforts are focused on reaching an accurate diagnosis.

We present a new case of this clinical entity in which collaboration between the neonatologist and the dermatologist is essential.

### Keywords

Collodion baby, neonatal care, congenital ichthyosis

### Caso clínico

Neonato varón nacido a término (37 semanas) en parto eutócico de embarazo controlado con normalidad ecográfica con Apgar 10/10 a los 5 y 10 minutos. Peso al nacer: 3.480 g. Llama la atención la presencia de una membrana similar al colodión que cubre en su totalidad la piel del niño; además, se observa la existencia de ectropión bilateral, eclabio, discreto edema periférico y suturas craneales dehiscentes (figura 1). Se cana-



**Figura 1.** Recién nacido a la llegada a nuestro centro; obsérvase ectropión bilateral, eclabio severo y superficie corporal cubierta por colodión

liza vena umbilical y se decide traslado a unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal. Se solicita por este motivo interconsulta con el departamento de dermatología.

En la exploración dermatológica, se observa un neonato con afectación de todo el tegumento, consistente en la existencia de una piel fina, brillante y eritematosa con múltiples fisuras superficiales no sangrantes, ectropión bilateral y eclabio. El diagnóstico fue de bebé colodión.

El niño fue ubicado en incubadora con alta tasa de humedad. La afectación cutánea no impedía los movimientos del tórax y electrocardiográficamente no se observaban alteraciones. La diuresis se mantenía constante dentro de los límites habituales. Se inicia protocolo de monitorización sin manipulación, lavado con suero salino y vaselina. Se toman muestras microbiológicas de la superficie cutánea y se inicia antibioterapia profiláctica con ampicilina y gentamicina. En los primeros días, el bebé está irritable. Se consigue analgesia con paracetamol y dipirone, sin que sea necesario el uso de sedantes.

La interconsulta con oftalmología verifica integridad y normal funcionamiento de aparato ocular; se solicita ecografía ocular, cuyos resultados son normales. El especialista recomienda aplicar lubricante oftalmológico para evitar sinequias.

A lo largo de los días, se mantiene la estabilidad clínica y analítica, fragmentándose el colodión y desprendiéndose poco a poco al realizar los lavados y la aplicación de vaselina de manera progresiva. Se retira la vena umbilical y se inicia nutrición enteral por sonda nasogástrica, que va simultaneándose con nutrición por boca a medida que mejora el eclabio y la presión labial (figura 2).



**Figura 2.** Evolución a la semana de ingreso. Discreto edema, colodión residual en tórax y manos

En el rastreo microbiológico, se evidencian tanto estafilococos coagulasa negativos, en número no significativo, como *Candida albicans* (asimismo en número no significativo), y no se evidencian organismos productores de betalactamasas, por lo que se retira la profilaxis antibiótica.

La evolución del paciente es buena y no se observan complicaciones; el tegumento cutáneo se va descamando progresivamente y el eritema va disminuyendo (figura 3). El paciente es dado de alta, y se prescribe tratamiento con la aplicación de crema hidratante con urea al 2,5%, programándose una visita en la consulta de dermatología para dentro de dos meses.

## Discusión

El bebé colodión es un rasgo fenotípico que incrementa la morbilidad y mortalidad en el neonato, y que nos indica una alteración en la barrera epidérmica sin que sea posible especificar qué enfermedad subyace a esta gruesa capa de queratina<sup>1</sup>.

El manejo de estos neonatos se divide en dos partes: inicialmente, soporte vital del neonato (equilibrio hidroelectrolítico, control y prevención de las infecciones y valoración oftalmológica), para, en un segundo tiempo, llegar a un diagnóstico de la enfermedad subyacente<sup>2</sup>.

Al ubicar al neonato en una incubadora con una humedad relativa elevada, las pérdidas insensibles son menores y éste queda preservado de posibles patógenos.

Respecto al manejo hidroelectrolítico, existe una pérdida insensible a través de la piel de 4-6 veces las pérdidas habituales en un neonato<sup>3</sup>, con la consecuente tendencia a la hipernatremia hipovolémica. La hidratación, preferiblemente por vía enteral, debe llevarse a cabo con el aporte de los electrolitos adecuados; además, será necesario medir las pérdidas controlando el peso del neonato.



**Figura 3.** Antes del alta: edemas resueltos, descamación y discreta xerosis cutánea

En cuanto al tratamiento tópico hay autores que recomiendan el lavado diario con antiséptico y la aplicación de vaselina líquida, aunque en un estudio de 17 pacientes<sup>4</sup> se observó una asociación entre el uso de emolientes y el incremento de infecciones. No es recomendable la eliminación activa del colodión mediante tracción (ya que el riesgo de erosión cutánea es alto), a no ser que la membrana impida la adecuada excursión respiratoria.

La manipulación del neonato requiere el cuidado y la antisepsia de una UCI neonatal: lavado de manos, manejo de material estéril, etc.

No se recomienda (salvo en situaciones que así lo requieran) el uso de vías periféricas; si es necesario, puede utilizarse una vena umbilical.

Aunque la mayoría de los autores no recomiendan profilaxis antibiótica (salvo en casos de evidencia de infección activa), sí es adecuado realizar un muestreo microbiológico de la superficie corporal del neonato. Los gérmenes más comunes en estos pacientes están producidos por patógenos cutáneos habituales (estafilococos, estreptococos) y por los patógenos propios de la UCI neonatal donde se halle.

Tanto la valoración como el tratamiento oftalmológico son necesarios para evitar queratitis y sinequias conjuntivales.

Otro aspecto importante es el de la comunicación con los padres, que en un primer momento pueden sentir rechazo por el recién nacido y cierto sentimiento de culpa. Una explicación de la situación clínica que responda claramente a las posibles dudas de los progenitores hará que esta situación sea menos dura y más comprensible.

Una vez se haya desprendido el colodión, puede iniciarse el proceso diagnóstico, en el que se seguirán los siguientes pasos<sup>2</sup>: 1) anamnesis cuidadosa que analice antecedentes personales y familiares de consanguinidad; 2) análisis del pelo y cejas para

## TABLA 1

**Etiología del fenotipo «bebé colodión»**

- Fenotipos severos
  - Ictiosis congénita eritrodérmica (AR) (50% de los casos)
  - Ictiosis lamelar (AR) (10% de los casos)
- Fenotipos menos severos
  - Ictiosis vulgar (10%)
  - Bebe colodión sin secuelas (10%)
- Ictiosis congénitas asociadas a otros síntomas
  - Tricotodistrofia
  - Síndrome de Sjögren-Larsson
  - Síndrome de Netherton
  - Enfermedad de Gaucher tipo II
- Otros síndromes/enfermedades con fenotipo colodión descrito
  - Hipotiroidismo congénito
  - Síndrome de Conrado
  - Síndrome de Dorfman-Chanarin
  - Ictiosis variegata
  - Queratoderma palmoplantar con leucoqueratosis anal
  - Síndrome coxoartrítico

AR: autosómica recesiva.

descartar tricotodistrofia y síndrome de Netherton; 3) búsqueda de lípidos en leucocitos (síndrome de Dorfman-Chanarin, enfermedad de Gaucher); 4) biopsia de piel para histología convencional, microscopía electrónica y biología molecular para valorar mutaciones del gen de la transglutaminasa (*TGM1*) cuando se observe ictiosis lamelar autosómica recesiva, y 5) valoración neurosensorial y radiológica si se sospechan alteraciones.

Tras este proceso diagnóstico, la mayoría de los pacientes entran dentro del espectro de la ictiosis lamelar, de la eritroder-

mia ictiosiforme congénita y de otras formas intermedias<sup>5</sup>. En el primer caso (ictiosis lamelar), la escama es de mayor tamaño y oscura, y el paciente requiere tratamiento con queratolíticos y, en algunos casos, retinoides. En el caso de la eritrodermia ictiosiforme, de herencia autosómica recesiva, la escama es más pequeña y nítida sobre un fondo eritrodérmico.

Un 10% de los pacientes entra dentro del grupo del bebé colodión con piel normal, que cursa sin alteraciones.

Existen otras enfermedades que se asocian al nacimiento con el fenotipo bebé colodión, como los síndromes de Netherton, la tricotodistrofia, la enfermedad de Gaucher tipo II, el síndrome de Sjögren-Larsson y otros en los que de forma esporádica se han descrito casos (tabla 1).

La actitud ante el bebé colodión, por tanto, debe ser en primer lugar de soporte, teniendo en cuenta las peculiaridades de la piel de estos pacientes, y en un segundo tiempo de diagnóstico para ofrecer un pronóstico. ■

**Bibliografía**

1. Shwayder Y, Akland T. Neonatal skin barrier: structure, function, and disorders. *Dermatologic Therapy*. 2005; 18: 87-103.
2. Taïeb A, Labrèze C. Colloidion baby: what's new. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002; 16: 436-437.
3. Moss C. Genetic skin disorders. *Semin Neonatol*. 2000; 5: 311-320.
4. Van Gysel D, Lijnen RLP, Moekti S, de Laat PCJ, Oranje AP. Colloidion baby: a follow-up study of 17 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002; 16: 472-475.
5. Akiyama M, Sawamura D, Shimizu H. The clinical spectrum of non-bullous congenital ichthyosiform erythroderma and lamellar ichthyosis. *Clin Exp Dermatol*. 2003; 29: 235-240.