



UNIVERSIDAD  
SAN SEBASTIAN

PROYECTO HUMANISTA CRISTIANO



HOSPITAL PUERTO MONTT

*Comprometidos con tu salud*

# Caso clínico 3

## Recién nacido con erupción purpúrica

Caitlin Grace, MD, Daniel Kahn, MD, Scott Duncan, MD, MHA

Interna Gabriela Almendras  
Tutor: Dr. Flores

# Hoja de ruta



**01**

**Antecedentes**

**02**

**Caso clínico**

**03**

**Exámen físico**

**04**

**Laboratorio**

**05**

**Diagnóstico**

**06**

**Discusión**

**07**

**Evolución del  
px**

**08**

**Conclusión**

# Presentación del caso

**RNT 40+1 SDG** que nace mediante **cesárea** debido a intolerancia fetal al trabajo de parto el cual presenta un **exantema purpúrico** al nacer.

## Antecedentes maternos:

Enfermedad de **Graves** con tto de yodo radiactivo y actualmente requería terapia con levotiroxina

Se le brindó cuidado de rutina al nacer, incluyendo administración **IM de vitamina K**.

Se observó que el recién nacido tenía un exantema purpúrico difuso en el momento del parto que afectaba **cara, espalda, extremidades, palmas de manos y plantas de los pies**.



## Sus signos vitales eran normales:

- Temperatura **37.4 °C**
- Frecuencia cardíaca **140 lpm**
- Presión arterial **73/35 mm Hg**
- Saturación de oxígeno **98%**.



**Púrpura** sin relieve en **cara**, sin petequias circundantes ni necrosis observada.

**Púrpura** sin relieve en la **planta del pie** poco después del nacimiento.





# Exámen físico

Se observa que tiene **lesiones purpúricas no elevadas, sin petequias, equimosis o necrosis**

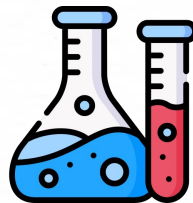


En **cara, espalda y plantas de los pies**, menos prominentes en las extremidades y el abdomen.

El **resto de su examen físico**, incluyendo examen cardíaco dentro de límites **normales**.



# Laboratorio



## Hemograma completo:

- Trombocitopenia: 68.000/ml
- Recuento normal de GB: 16.100/ml
- Nivel normal de Hb: 16,7 g/dl

## Grupo de sangre:

- Grupo materna es **O Rh+**
- Grupo recién nacido **A positivo**
- **Test coombs Directo es negativo**

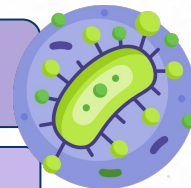
## Estudios de coagulación:

- Tiempo de protrombina elevado: 24.7 seg
- Tiempo de tromboplastina parcial normal: 45.6 segundos
- Índice internacional normalizado elevado: 2,5.

Se realizan **pruebas adicionales** para evaluar diagnósticos diferenciales

# Dx diferencial de RN con rash purpúrico

**TORCH (toxoplasma, rubéola, citomegalovirus, virus del herpes simple)**



**Sepsis bacteriana**

**Enfermedad hemolítica del recién nacido**

**Defectos de coagulación (deficiencia de proteína C o S)**

**Trombocitopenia autoinmune**

**Defectos primarios de producción o función de plaquetas**

**Histiocitosis de células de Langerhans y leucemia cutis congénita**



# ¿Cómo llegamos a un diagnóstico?

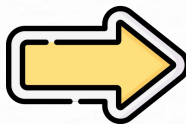
HISTORIA CLÍNICA + EVALUACIÓN DE LABORATORIO + BIOPSIA (cuando esté indicada)

También se recomienda que los neonatos nacidos de madres con **enfermedad de Graves** se sometan a pruebas para detectar trastornos tiroideos.



## PRIMERA LÍNEA

Screening de niveles de anticuerpos del receptor de tirotropina (TRAb) en sangre del cordón umbilical



Si no están disponibles, se pueden obtener del **suero del RN**, tiroxina (T4) y tirotropina (TSH) en 3-5 ddv.



# ¿Cómo llegamos a un diagnóstico definitivo?

Se debe evaluar al RN para **detectar signos y síntomas** clínicos de hipertiroidismo.

Por historia materna de **Graves**, se hizo prueba de función tiroidea → Normal

- **Tirotropina de 0,750 mUI/L**
- **Referencia 0,730–4,770 mUI/L**



- **T4 libre: 1.21 ng/dL (referencia 1,05–3,21 ng/dL)**
- **Ig estimulante de tiroides: < 0.10 UI/L (referencia ≤ 0.54 UI/L).**

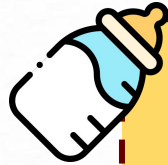
La coexistencia de enfermedades inmunomediadas es común, hasta el 16.7 % de los px adultos con enf. de Graves se ven afectados por otra enf. autoinmune, como **LUPUS** y el **sd de Sjögren**.



## ANTECEDENTES ADICIONALES:



Madre del paciente: tenía anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB elevados.



- Índice de IgG anti-Ro/SSA > 8 (referencia < 1.0 AI)
- índice de IgG anti-La/SSB > 8 (referencia < 1.0 AI)

**CONFIRMACIÓN DX DE LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL**



# LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL

El LEN es una **enfermedad autoinmune** mediada por la transferencia placentaria de anticuerpos maternos. Pueden nacer de madres con enfermedad autoinmune conocida o asintomáticas a pesar de la presencia de AC.

< 5% de las madres con AC han afectado a los bebés y los AC suelen desaparecer a los 6 meses.

Se asocian a **AC anti-Ro/SSA** con o sin **AC anti-La/SSB** o con **AC anti-RNP**

Estudios sugieren que la susceptibilidad genética, incluyendo el tipo de HLA infantil, y los títulos maternos más altos de **AC anti-Ro/SSA** y **anti-La/SSB** pueden estar asociados con **manifestaciones más profundas** de la enfermedad en el RN



# LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL

- Los AC desaparecen a los 6 meses → manifestaciones cardiacas pueden ser permanentes
- Manifestaciones cutáneas y cardiacas del LEN
  - 15 - 50 % son hallazgos cutáneos
  - 1- 10 % bloqueo cardíaco congénito
- Disfunción hepatobiliar
- Compromiso hematológico → Anemia, anemia aplásica, neutropenia y trombocitopenia
  - Trombocitopenia → no se ha atribuido AC antiplaquetarios pero sí a autoAC
  - Anomalías hematológicas se resolverán espontáneamente, pero la anemia grave, sintomática o el sangrado pueden requerir transfusiones.

# LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL

- Lesiones cutáneas se presentan con mayor frecuencia como **placas eritematosas anulares o rash periorbitario eritematoso**.
- Pueden estar presentes al nacer, pero suelen aparecer las primeras 6 semanas post nacimiento y suelen afectar la **cara y el cuero cabelludo**.
- Zonas de eritema alrededor de los ojos, apariencia de **“ojos de búho”**.
- Empeoran con la **exposición al sol**.
- Pueden progresar a **ulceración, atrofia o ampollas**.



# LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL

A pesar de la asociación conocida entre **trombocitopenia** y **LEN**, el rash en el LEN no es característicamente purpúrico.

La púrpura es el resultado de la **extravasación de sangre** de la vasculatura por una variedad de causas subyacentes, incluyendo la **disfunción o destrucción de plaquetas**.

En este caso, el neonato tuvo una **manifestación cutánea inusual de LEN**, asociada a **trombocitopenia y coagulopatía**, que se resolvió rápidamente en los días posteriores al nacimiento.

# Evolución del paciente

Los resultados de AC maternos y del neonato para **TORCH no fueron reactivos.** Se realizó un ECG para evaluar el bloqueo cardíaco congénito y se demostró ritmo **sinusal con un intervalo PR normal.**

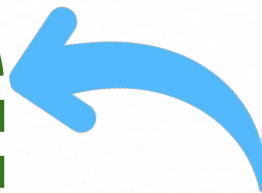
El recuento de plaquetas del paciente alcanzó su máx el 2 ddv con respuesta adecuada a un **recuento de plaquetas de 68.000/ ml.**

El rash continuó regresando rápidamente y **se resolvió a las 72 hrs** después del nacimiento. Fue dado de **alta el día 7**, una vez que los recuentos de plaquetas mejoraron a 92.000ml al alza.

Reaparición de un breve **exantema a las 7 semanas** y a los **4 meses**, actualmente se encuentra sano y sin secuelas.

En el seguimiento, sus recuentos de **plaquetas y neutrófilos** se normalizaron el **día 15 ddv.**

# Evolución del paciente



**Reaparición de rush sistémico sin signos ni síntomas asociados a los 4 meses de edad.**

# Conclusión

Un rash purpúrico en un neonato requiere **evaluación urgente**, se presenta más en infección por **TORCH**, pero se debe mantener un Dx diferencial amplio. Una historia materna detallada puede ser útil, ya que las afecciones no oficiales/no reveladas o “posibles” podrían ayudar en el Dx.

El LEN puede diagnosticarse en un neonato que desarrolla **manifestaciones cardíacas, cutáneas, hematológicas o hepáticas** no atribuibles a otra afección y que nació de una madre con anticuerpos anti-SSA/Ro, anti-SSB/La o anti-RNP

Los bebés nacidos de madres con anticuerpos anti-SSA/Ro, anti-SSB/La o anti-RNP deben ser examinados con electrocardiografía para detectar bloqueo cardíaco congénito.

La mayoría de los casos de LEN se resuelven por sí solos y sólo requieren observación.

# Bibliografía

Pediatr Rev (2024) 45 (10): e38–e40. Revisado en:  
<https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/45/10/e38/199432/A-Newborn-with-a-Purpuric-Rash?redirectedFrom=fulltext>

Aguilera Peiró, P., Vicente Villa, A. and Antonia González-Enseñat, M. (2011) 'Lupus eritematoso neonatal', Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, 12(1), pp. 15–20. doi:10.1016/j.semreu.2010.06.002.

INTEC, R.A. Vista de Lupus Eritematoso neonatal. Reporte de Caso de lactante Concebida Por inseminación artificial y madre con artritis Reumatoidea: Ciencia y salud, Vista de Lupus eritematoso neonatal. Reporte de caso de lactante concebida por inseminación artificial y madre con artritis reumatoidea | Ciencia y Salud. Available at:  
<https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1481/2056>