

DERMATOSES NO PERÍODO NEONATAL PRECOCE: ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS NEONATAIS, OBSTÉTRICAS E DEMOGRÁFICAS

Dermatoses in the early neonatal period: their association with neonatal, obstetric and demographic variables

Elisa Maria Michels Krüger^a , Fernanda Sinkos^a , Julia Feldmann Uhry^a ,
Julio Cesar Bezerra De Boni^a , Cristina Terumi Okamoto^a ,
Kátia Sheylla Malta Purin^a , Renato Nisihara^{a,*} 

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de dermatoses no período neonatal precoce e associar sua ocorrência a variáveis neonatais, demográficas e obstétricas.

Métodos: Estudo transversal com neonatos e respectivas puérperas internados em alojamento conjunto de uma maternidade pública de Curitiba (PR). A coleta de dados foi realizada por meio de informações presentes nos prontuários e no exame físico do recém-nato durante o período de abril de 2015 a maio de 2016.

Resultados: Foram avaliados 350 recém-nascidos, 54,8% do sexo masculino, e 332 (94,8%) apresentaram dermatoses. Desses 332, 84,6% tiveram, concomitantemente, duas ou mais dermatoses. Diagnosticou-se o total de 23 tipos de dermatoses, sendo mais prevalentes: hiperplasia sebácea (66,6%); lanugem (42,6%); e mancha salmão (41,4%). A média de idade das puérperas foi de 24,9±4,9 anos, com predomínio de etnia branca (57,7%). Vernix foi associado a sexo feminino ($p=0,034$). A etnia materna não branca associou-se à hiperpigmentação genital ($p=0,030$) e mancha mongólica ($p=0,001$). A descamação fisiológica associou-se ao parto cesáreo ($p=0,030$) e à idade gestacional acima de 40 semanas ($p=0,054$); e mancha salmão, à primiparidade ($p=0,0001$).

Conclusões: Verificou-se alta prevalência de dermatose neonatal na população estudada, sendo cada recém-nascido acometido em média por três tipos. Houve associação da presença de dermatoses com primiparidade, mães não brancas, idade gestacional superior a 40 semanas e sexo do neonato.

Palavras-chave: Dermatoses; Pediatria; Recém-nascido.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence of neonatal dermatoses in the early neonatal period and to associate them with neonatal, demographic and obstetric variables.

Methods: A cross-sectional study with neonates and their respective mothers, who were hospitalized in a public maternity hospital in Curitiba, PR, Brazil. Data collection was performed using information present in the medical records and a physical examination of the newborn during the period between April 2015 and May 2016.

Results: 350 neonates were evaluated. 54.8% were male, and 94.8% (332/350) presented a dermatosis. Among them, 84.6% had, concomitantly, two or more dermatoses. A total of 23 types of dermatoses were diagnosed. The most prevalent were: sebaceous hyperplasia (66%); fluff (42.6%); and salmon patches (41.4%). The mean age of the mothers was 24.9±4.9 years old, and they were predominately white (57.7%). Vernix caseosa was associated with the female gender ($p=0.034$). Nonwhite mothers were associated with genital hyperpigmentation ($p=0.03$) and Mongolian spots ($p=0.001$). Physiological flaking was associated with cesarean deliveries ($p=0.03$) and a gestational age of over 40 weeks ($p=0.054$). Salmon patches was associated with primiparity ($p=0.0001$).

Conclusions: There was a high prevalence of neonatal dermatosis in the studied population. Each newborn had, on average, three different dermatoses. Dermatitis in neonates was associated with primiparity, nonwhites, a gestational age of over 40 weeks, and the sex of the newborn.

Keywords: Dermatitis; Pediatrics; Infant, newborn.

*Autor correspondente. E-mail: renatonisihara@gmail.com (R. Nisihara).

^aUniversidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

Recebido em 19 de dezembro de 2017; aprovado em 02 de abril de 2018; disponível on-line em 21 de maio de 2019.

INTRODUÇÃO

O período neonatal precoce é marcado pela adaptação à vida extrauterina, com alterações fisiológicas que decorrem da mudança do ambiente líquido uterino para o ambiente seco externo. Nesse período, as afecções dermatológicas podem estar presentes em função das peculiaridades da pele neonatal. Sua constituição cutânea diferencia-se da adulta por conta da imaturidade glandular e melanocítica; espessura delgada de estratos; e composição bioquímica, que alcaliniza o pH. Esses fatores anatômicos e fisiológicos predispoem à ocorrência de dermatoses neonatais (DN). Em razão da natureza fisiológica benigna e autolimitada da maior parte das lesões, não há necessidade de nenhuma intervenção. Recomenda-se, também, evitar manejo excessivo, por risco potencial de iatrogenia.¹

A caracterização apropriada das DN com maior prevalência na população de recém-nascidos atendida em nossos hospitais aprimora o diagnóstico diferencial das erupções de natureza patogênica de transmissão vertical, que necessitam de intervenção.² Adicionalmente, o diagnóstico correto reduz a procura aos ambulatórios dermatológicos, nos quais se estima que 30% das consultas podem apresentar tal demanda.³ O reconhecimento das DN é imprescindível para tranquilizar os pais perante uma alteração cutânea fisiológica e evitar medidas terapêuticas desnecessárias.⁴

O presente estudo teve como objetivos avaliar a prevalência de DN no período neonatal precoce e verificar associações entre a presença de tais alterações com fatores relacionados à gestação e às características do recém-nascido (RN).

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Trabalhador, da Secretaria da Saúde do Paraná (SES/PR), registrado sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 44236115.8.0000.5225.

A maternidade do Hospital do Trabalhador foi selecionada como referência, dada a elevada taxa de nascimentos/ano. Desde a implantação do Programa Mãe Curitibana, em 1999, é referência para 26 unidades de saúde da capital paranaense.

O tamanho amostral foi calculado com base na média de três mil nascimentos por ano no hospital sede, totalizando 350 recém-natos e 350 puérperas, conferindo poder de amostra superior a 95%. Trata-se de um estudo transversal realizado entre abril de 2015 e maio de 2016, por meio da avaliação clínica de alterações dermatológicas em amostragem consecutiva de RN com até sete dias de vida. Adicionalmente, foram coletados dados em prontuário do RN e da puérpera referentes a condições de nascimento e dados gestacionais. Tanto o RN

quanto a puérpera estavam internados no alojamento conjunto da maternidade.

Os critérios de inclusão foram: RN de até sete dias de vida e sua respectiva mãe, mediante concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelo responsável. Os critérios de exclusão foram: pacientes com dados incompletos no prontuário; dermatoses de mucosa e fâneros; dermatoses neoplásicas e infecciosas; puérperas menores de 18 anos; pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Todos os pesquisadores foram treinados por uma dermatologista experiente para a inspeção da pele do RN e estavam aptos para o diagnóstico dermatológico das DN. Em casos de dúvida, foram feitas fotografias da dermatose para posterior discussão e conclusão. O diagnóstico foi exclusivamente clínico, não envolvendo procedimentos de biópsia. As alterações cutâneas diagnosticadas foram agrupadas nas seguintes categorias e fundamentadas em critérios de dermatologia pediátrica descritos por Hulsmann et al.⁵ e Kane et al.⁶:

- Gerais: vérnix caseoso, lanugem, hiperplasia sebácea, miliária cristalina, descamação fisiológica, pustulose cefálica neonatal, eritema tóxico neonatal.
- Locais: eritema das fraldas, dermatite seborreica.
- Vasculares: mancha salmão, telangiectasia, cútis marmórea, eritema generalizado, pletora, acrocianose, hemanangioma da infância.
- Pigmentares: mancha mongólica, hiperpigmentação da genitália, nevo melanocítico, mancha café com leite.

Os dados obtidos foram dispostos em planilhas do Microsoft Excel, e os resultados, expressos por média e desvio padrão, sendo as variáveis dicotômicas analisadas pelo teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher, utilizando o pacote estatístico GraphPad Prism 5.0, considerando significativos valores menores que 5%.

RESULTADOS

No total foram avaliados 362 casos. Em 12 deles, os prontuários estavam incompletos e foram excluídos. Dessa forma, incluiu-se o total de 350 puérperas e neonatos. Avaliando-se os dados puerperais, prevaleceu a faixa etária de 22–30 anos (53,1%), sendo a idade média das mulheres estudadas de 24,9±4,9 anos. Entre as mulheres avaliadas, 202/350 (57,7%) declararam-se brancas, 125/350 (35,7%) pardas e 23/350 (6,6%) negras. Em relação ao tipo de parto, 260/350 (74,3%) tiveram parto vaginal e 90/350 (25,7%) parto cesáreo. Na amostra, 217/350 (62%) eram múltiparas e 133/350 (38%) primíparas.

Entre os 350 RN examinados, 192 (54,8%) eram do sexo masculino e 236 (67,4%) apresentavam entre zero e um dia

de vida (média 1,24 dias). Com relação ao peso, 315 (90%) tinha entre 2.500 e 3.999 g, com média $3.245,4 \pm 442,57$ g. A idade gestacional no parto para 98% da amostra estava entre 37 e 41 semanas.

Verificou-se a presença de DN em 94,8% dos RNs avaliados, e em 295 (84,6%) se observou mais de um tipo de acometimento cutâneo. Foram constatados 25 tipos diferentes de DN, sendo sua frequência diagnóstica de 1.028 achados. A Figura 1 ilustra algumas das DN encontradas. Em relação às categorias, as prevalências foram: geral (71,4%), vascular (19%), pigmentar (7%), local (1,9%), malformação (0,19%) e tocotraumatismo (0,28%). Essa quantidade foi obtida ao somar-se o total de dermatoses verificadas nos 332 RN acometidos, resultando na média de três dermatoses neonatais concomitantes por paciente. Nenhum RN do estudo necessitou de tratamento adicional por conta da dermatose apresentada. Os tipos de DN observados no presente estudo estão descritos na Tabela 1.

A prevalência de DN variou segundo o sexo do recém-nascido. Hiperpigmentação genital, um dos representantes da categoria pigmentar, foi significativamente mais presente no sexo masculino ($p < 0,001$). Por outro lado, vernix caseoso foi significativamente

mais observado em meninas ($p = 0,033$). Para as demais dermatoses não houve diferença significativa entre os sexos.

A via de parto e a paridade influenciaram na frequência das DN. Viu-se maior frequência de DN das categorias geral, vascular e pigmentar em puérperas primíparas. Em relação à via de parto, nas categorias geral e local, houve maior prevalência de dermatoses neonatais em RN nascidos por via vaginal e cesárea, respectivamente. Os dados estão expostos na Tabela 2.

As dermatoses apresentaram locais distintos de acometimento. Mancha salmão acometeu em 30% dos casos mais de uma região anatômica, sendo 62,8% na pálpebra e 28,3% na região glabellar. Hiperplasia sebácea limitou-se à apresentação facial, sendo 86,3% dos casos na região nasal. A Tabela 3 expõe as alterações cutâneas com os locais corporais em que foram observadas.

Por meio da análise estatística dicotômica, associou-se cada variável neonatal, demográfica e obstétrica, listada nas Tabelas 1 e 2, a cada uma das 23 dermatoses neonatais identificadas na casuística. A Tabela 4 traz as associações significativas, demonstrando cada variável que constituiu fator de risco para o aparecimento das dermatoses neonatais específicas listadas.

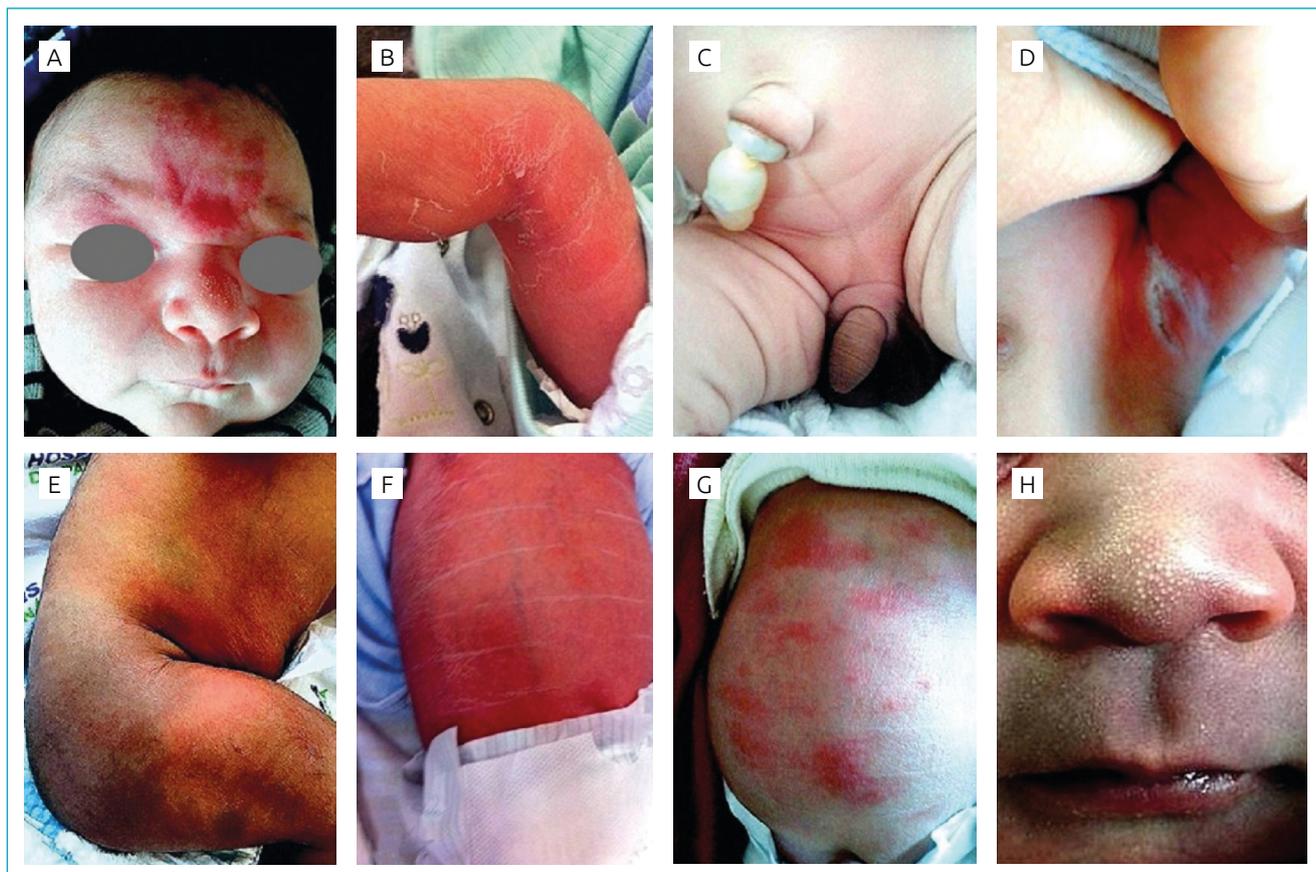


Figura 1 Dermatoses neonatais observadas no grupo estudado.

Tabela 1 Distribuição das dermatoses neonatais de acordo com as categorias identificadas nos 350 recém-nascidos.

Dermatose por categoria	n	Frequência (%)
Gerais		
Hiperplasia sebácea	233	66,6
Descamação fisiológica	140	40
Lanugem	149	42,6
Vérnix caseoso	91	26
Miliária cristalina	89	25,4
Eritema tóxico	18	5,1
Pustulose cefálica neonatal	7	2
Locais		
Eritema fraldas	19	5,4
Dermatite seborreica	1	0,3
Vasculares		
Mancha salmão	145	41,4
Telangiectasia	18	5,1
Cútis marmórea	9	2,6
Eritema generalizado	6	1,7
Hemangioma da infância	3	0,8
Pigmentares		
Hiperpigmentação genital	39	11,1
Mancha mongólica	32	9,1
Nevo melanocítico	2	0,8
Mancha café com leite	1	0,3
Total	1.028	

DISCUSSÃO

A elevada prevalência de DN e sua forma de acometimento múltiplo e concomitante são consensuais na literatura médica. Além disso, são relacionadas intrinsecamente aos perfis étnico, demográfico e obstétrico das populações estudadas. É extremamente importante que, além dos dermatologistas, profissionais diretamente envolvidos no atendimento primário ao RN estejam aptos para o diagnóstico dessas alterações fisiológicas. As DN podem ocorrer porque os anexos cutâneos ainda imaturos ao nascimento passam, gradativamente, por um processo de maturação no período neonatal precoce. Dessa forma, a pele exerce papel na adaptação à vida extrauterina.^{4,7-9}

Em âmbito nacional há investigações na população neonatal do Rio Grande do Sul, do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Pernambuco.⁷⁻¹⁰ A alta frequência de DN observada na presente pesquisa (94,8%) foi similar aos demais estudos brasileiros. A taxa de acometimento cutâneo múltiplo (84,6%) também foi elevada e entre os demais estudos variou de 48,1 a 87,9%.^{7,9,10} Portanto, é frequente que os neonatos apresentem DN, e sua forma de apresentação mais comum é a do tipo múltipla e concomitante.

No cenário internacional, há muitos estudos sobre o tema.¹¹⁻¹³ A prevalência das DN variou de 34,7%¹⁴ em estudo paquistanês a 99,3% na Austrália.¹⁵ Valores intermediários foram observados na Índia (55,0%)³ e Turquia (67,3%).¹⁶ Os valores que mais se aproximaram de nossa prevalência foram os registrados

Tabela 2 Distribuição de dermatoses neonatais por categoria, de acordo com a paridade e a via de parto.

Dermatose	Paridade			%	p-valor	Via de Parto			%	p-valor
	Múltipara n=217	%	Primípara n=133			Vaginal n=260	%	Cesáreo n=90		
Gerais										
Hiperplasia sebácea	144	66,3	89	66,9	1	179	68,8	54	60	0.92
Descamação fisiológica	88	40,5	52	39	0.91	104	40	36	40	1
Lanugem	84	38,7	65	48,8	0.27	109	41,9	31	34,4	0.42
Vérnix caseoso	51	23,5	40	30	0.33	73	28	18	20	0.27
Miliária cristalina	52	23,9	37	27,8	0.54	67	25,7	22	24,4	0.89
Eritema tóxico	13	5,9	5	3,75	0.46	11	4,2	7	7,7	0.27
Locais										
Eritema de fraldas	8	3,6	11	8,2	0.09	12	4,6	7	7,7	0.29
Dermatite seborreica	1	0,4	0	0	1	0	0	1	1,1	0.25
Vasculares										
Mancha salmão	62	28,5	83	62,4	<0.001	107	41,1	38	42,2	0.91
Cútis marmórea	4	1,8	5	3,7	0.31	7	2,6	2	2,2	1
Eritema generalizado	1	0,4	5	3,7	0.034	4	1,5	2	2,2	0
Pigmentares										
Hiperpigmentação genital	22	10,1	17	12,7	0.60	33	12,6	6	6,6	0.17
Mancha mongólica	13	5,9	19	14,2	0.023	26	10	6	6,6	0.40

nas populações iraniana (96%)¹¹ e indiana (93,3%).¹² A elevada prevalência evidencia que a adaptação da pele é um fenômeno intrínseco ao desenvolvimento humano, salvaguardadas diferenças étnicas e particularidades cutâneas.^{11,17-19} Diferenças entre os dados sobre DN nas diferentes populações podem ocorrer por conta de variações metodológicas e étnico-sociais, como: tamanho amostral, prazo do período neonatal para realização do exame, inclusão de dermatoses patológicas, inclusão de mucosas/fâneros e pluralidade étnica.¹² Salientam-se, ainda, condições de infraestrutura sanitária, dado que em regiões da

Índia a prevalência de dermatoses infectoparasitárias se sobrepõe às dermatoses fisiológicas.³

Em termos quantitativos, diagnosticaram-se no presente estudo 23 tipos de dermatoses, valor similar ao descrito na literatura, cuja variação foi de 15 a 35.^{8,10,12} As prevalências das seis categorias dermatológicas foram, em ordem decrescente: gerais (71,4%), vasculares (19%), pigmentares (7%), locais (1,9%), malformações (0,19%) e tocotraumatismo (0,28%). As três primeiras categorias citadas concentraram 97,4% das 23 manifestações, por isso devem ser foco de atenção à pele do

Tabela 3 Distribuição de dermatoses segundo regiões anatômicas.

Dermatose	Total	Face n=492	%	Dorso n=135	%	MI e DMI n=232	%	MS e DMS n=92	%	Tronco n=51	%	Genital n=8	%	LBS n=29	%
Hiperplasia sebácea	233	233	47,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Descamação fisiológica	194	23	4,6	4	2,9	97	41,8	29	31,5	3	5,8	0	0	0	0
Lanugem	196	11	2,2	108	80	45	19,3	42	45,6	1	1,9	0	0	0	0
Vérnix caseoso	106	10	2	1	0,7	44	18,9	10	10,8	30	58,8	8	100	0	0
Miliária cristalina	120	53	10,7	7	5,1	20	8,6	1	1	9	17,6	0	0	0	0
Eritema tóxico	35	11	2,2	4	2,9	10	4,3	1	1	2	3,9	0	0	0	0
Mancha salmão	145	145	29,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cútis marmórea	9	0	0	1	0,7	6	2,5	2	2,1	0	0	0	0	0	0
Eritema generalizado	36	6	1,2	6	4,4	6	2,5	6	6,5	6	11,7	0	0	0	0
Mancha mongólica	38	0	0	4	2,9	4	1,7	1	1	0	0	0	0	29	100

MI: membro inferior; DMI: dobra de membro inferior; MS: membro superior; DMS: dobra de membro superior; LBS: lombossacra.

Tabela 4 Associações significativas entre dermatoses e variáveis obstétricas, puerperais e neonatais.

Dermatose	Perfil obstétrico	OR (p-valor)	Perfil puerperal	OR (p-valor)	Perfil neonatal	OR (p-valor)	Perfil dermatológico	OR (p-valor)
Mancha salmão	Primípara	21,8 (p<0,001)						
Descamação fisiológica	Parto cesáreo	16,7 (p=0,03)			IG>40 sem.	0,6 (p=0,054)		
Hiperpigmentação genital			Não branca	2,1 (p=0,03)	Masculino	7,2 (p<0,001)		
Mancha mongólica			Não-branca	3,9 (p<0,001)				
Vérnix caseoso					Feminino	1,0 (p=0,034)	Ausência de descamação	1,9 (p<0,001)

OR: Odds Ratio; IG: idade gestacional; sem.: semanas.

neonato. Esse padrão repetiu-se em estudo indiano¹⁸ no qual dermatoses gerais figuraram entre os 10 diagnósticos mais prevalentes. As dermatoses de categorias geral e pigmentar foram as de maior prevalência^{9,10,19,20} entre pesquisas nacionais e internacionais.^{3,11,13,14,18} Nosso estudo corrobora tais achados, já que, dos cinco tipos de DN predominantes, quatro pertenciam à categoria geral. Não há consenso na literatura quanto ao representante mais comum da categoria geral, já que, em cada estudo analisado, uma das seguintes DN foi citada como mais prevalente: descamação,¹⁹ eritema tóxico,³ hiperplasia sebácea^{9,17,21} e lanugem.^{8,9} Houve concordância entre nosso estudo e os demais ao comparar-se as categorias vascular e pigmentar, levando em conta que as manchas salmão^{9,19,21} e mongólica^{9,14,20,21} foram, respectivamente, os representantes mais comuns. Houve divergência em relação ao representante pigmentar: em nosso estudo prevaleceu hiperpigmentação genital, e nos demais mancha mongólica foi o representante majoritário da categoria.^{9,14,20}

Hiperplasia sebácea teve taxa semelhante à literatura^{11,14,19,21} e foi a mais prevalente no estudo. O desenvolvimento e a função da glândula sebácea no feto e no neonato são regulados pelos andrógenos maternos e pela síntese de esteroides endógenos, que levam ao aumento da excreção sebácea poucas horas após o nascimento. Tal fato pode provocar proliferação excessiva e visualização superficial no início da vida extrauterina.²² Não houve significância estatística entre hiperplasia sebácea e intercorrências gestacionais maternas, o que difere de outros estudos.¹¹ Apesar de relatados como fatores de risco, em nosso estudo multiparidade²⁰ e sexo masculino não predisuseram à dermatose.

A mancha salmão (um tipo de malformação capilar vascular) tem tonalidade róseo-avermelhada, acentua-se ao choro, e desaparece após digitopressão.²³ Como verificado em 30% da amostra, comumente afeta mais de um local,²³ concentrando-se em pálpebra e região glabellar, semelhantemente ao achado da pesquisa indiana.¹⁷ É considerada a principal dermatose vascular, e a frequência relatada concentra-se entre 20 e 28%.^{8,12,17,21,23,24} Em nossa amostra, tal DN foi presente em 41,4% RN, valor superior ao observado em outras populações. Alguns autores descreveram multiparidade e sexo masculino como fatores de risco para DN,²¹ fato não observado em nosso estudo. Por outro lado, primiparidade predispôs à DN, dobrando sua chance de aparecimento. Divergindo de outros autores,^{8,25} não houve associação entre idade materna superior a 35 anos e sexo feminino.

A mancha mongólica é uma hiperpigmentação de tons azul-acinzentados que surge pelo fluxo migratório de melanócitos durante a fase embrionária.^{5,6,26,27} A grande amplitude da prevalência dessa DN (entre 20 e 89%) reflete diferenças étnicas entre os países, já que tem maior frequência em população com pele de maior fototipo (de 72 a 89%).^{3,17,19} A mancha mongólica

no presente estudo acometeu em maior frequência o sexo masculino em região lombossacra, e foi associada a neonatos de puérperas não brancas ($p=0,0005$; *Odds Ratio* — OR=3,9), estando em acordo com outros estudos.^{8,17,16,26,27} Chama atenção a elevada taxa de puérperas negras e pardas (42,3%) da nossa amostra, diferindo dos números do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a capital paranaense, que chegam a 23%.²⁸ A distribuição étnica em Curitiba e região apresenta 77% de população branca.²⁸ Uma explicação para tal achado pode ser o grande fluxo migratório de haitianos para a capital paranaense que ocorreu na última década. Atualmente, segundo dados do IBGE, o número de haitianos morando em Curitiba e região metropolitana é estimado em quatro mil pessoas.²⁹ As gestantes haitianas são encaminhadas ao Hospital do Trabalhador porque há disponibilidade de leitos e triagem específica direcionada à obstetrícia no pronto atendimento, sendo referência para 26 unidades de saúde da capital paranaense.²⁹

A hiperpigmentação transitória da genitália ocorre pela exacerbação do hormônio estimulador de melanócitos durante a vida intrauterina, elevando a quantidade de células dendríticas que contêm grânulos de melanina e reduzindo a ação dos melanófagos.^{4,6} A prevalência observada no presente estudo foi similar à de estudo gaúcho (18,9%),⁶ assim como mancha mongólica prevaleceu em RN de puérperas não-brancas e foi associada ao sexo masculino, corroborando dados da literatura.^{6,13,14,20}

A dermatite de fraldas deve-se à alteração da barreira epidérmica perineal, influenciada por cuidados cutâneos como: oclusão local, enzimas fecais, produtos tópicos e atrito durante higiene local.^{24,30} A prevalência de nosso estudo foi semelhante à dos demais.^{11,18,20,30} Levando em conta que mais da metade dos RNs usuários de fraldas apresenta pelo menos um episódio até o desmame,³⁰ consideramos como elevada a prevalência de 5,4%, já que a média de dias de vida (1,24) e o período de análise (sete dias) foram curtos.

A prevalência de descamação fisiológica descrita na literatura varia de 1,9 a 83%. Em nossa amostra, o diagnóstico foi realizado em 40% dos RNs, coincidindo com demais investigações.^{11,12,17} Observamos associação com tipo de parto, já que o cesariano elevou sua chance de ocorrência e idade gestacional acima de 40 semanas. Não se verificou associação com sexo neonatal e paridade.

Vérnix caseoso foi diagnosticado em 26% dos RNs estudados, e a frequência descrita por outros autores variou entre 7,7 e 49,2%.^{17,31} Evidenciou-se, assim como em demais investigações,³¹ que a ausência de vérnix caseoso predispôs à descamação ($p<0,001$; OR=1,9). Análises bioquímicas detectaram maior quantidade de aminoácidos em áreas de pele com vérnix, conferindo mais hidratação da pele do RN e prevenção contra

descamação.³² Adicionalmente, observou-se maior prevalência no sexo feminino ($p=0,034$; $OR=1,7$). Verniz é um indicativo de maturidade fetal e síntese epidérmica, porque os níveis de sua produção, juntamente com a de ceramidas, se elevam entre 39 e 40 semanas.³³⁻³⁵ Apesar de descrita,¹⁷ a associação de verniz e idade gestacional superior a 40 semanas não foi observada em nosso estudo. Isso é explicado porque a partir dessa fase intrauterina o verniz pode se desprender no líquido amniótico, antes do nascimento.

O eritema tóxico neonatal caracteriza-se como uma pústula estéril com halo eritematoso. São pápulas únicas ou múltiplas e predominam em face, tronco e extremidades.^{2,5,36} Apesar de baixa prevalência, sua identificação é fundamental por ser um dos diagnósticos diferenciais de candidíase, herpes genital e sífilis. Alguns estudos apontam frequência entre 1,3 e 54%,^{8,11-13,21,36} e em nosso estudo a taxa foi de 5,1%. Contrariamente às demais pesquisas, não se observou associação do eritema tóxico neonatal com sexo, tipo de parto e paridade.^{8,12,16,17}

Na presente investigação, a lanugem teve elevada prevalência (42,6%), superior à descrita na literatura (7–25,7%).^{11,12,17,20} É provável que tal fato se deva à composição da amostra, com 98% de RN a termo, já que nesse grupo há predomínio de DN,¹² no entanto há controvérsia sobre esse tema.^{8,12} Apesar de vinculados sexo masculino e peso de nascimento adequado,^{12,20} no presente estudo não encontramos essa associação.

As limitações do estudo são aquelas próprias de uma pesquisa com desenho transversal. Apenas o seguimento do RN poderia

confirmar que todas as dermatoses de fato iriam desaparecer com os dias. As dermatoses eventualmente poderiam ser confundíveis, porém nesses casos os pesquisadores contavam com a opinião de uma dermatologista experiente para tirar dúvidas.

O presente estudo evidencia também a necessidade de que o pediatra assistente, que faz os primeiros atendimentos ao RN, tenha firme conhecimento das alterações cutâneas fisiológicas mais prevalentes nessa população, para que possa tranquilizar os pais, transmitir confiança de que se trata de uma dermatose que vai desaparecer espontaneamente em algum tempo, não necessitando de encaminhamento ao especialista nem uso de medicação.

Finalizando, nesta investigação, verificou-se alta prevalência de DN — cada RN foi acometido em média por três dermatoses neonatais. Em relação às variáveis inerentes à gestação, observou-se associação significativa entre primiparidade e mancha salmão; e etnia não branca com hiperpigmentação genital e mancha mongólica. No que se refere ao RN, evidenciou-se associação significativa entre idade gestacional maior que 40 semanas e descamação fisiológica; hiperpigmentação genital e sexo masculino; e verniz caseoso e sexo feminino.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes JD, Machado MC, Oliveira ZN. Children and newborn skin care and prevention. *An Bras Dermatol*. 2011;86:102-10.
2. Ghosh S. Neonatal pustular dermatosis: An overview. *Indian J Dermatol*. 2015;60:211.
3. Jawade SA, Chugh VS, Gohil SK, Mistry AS, Umrigar DD. A clinico-etiological study of dermatoses in pediatric age group in tertiary health care center in South Gujarat region. *Indian J Dermatol*. 2015;60:635.
4. Lobo I, Machado S, Selores M. Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias do recém-nascido. *Rev Nascer & Crescer*. 2009;18:19-24.
5. Hulsmann AR, Orange AP. Education paper: neonatal skin lesions. *Eur J Pediatr*. 2014;173:557-66.
6. Kane KS, Ryder JB, Johnson RA, Baden HP, Stratigos A. *Color atlas and synopsis of pediatric dermatology*. Nova York; McGraw-Hill; 2002.
7. Almeida JRP, Alchorne MMA, Rozman MA. Incidência de dermatoses em neonatos de enfermaria para gestantes de risco em hospital público. *Einstein*. 2010;8:143-8.
8. Reginatto FP. Prevalência e caracterização das afecções cutâneas neonatais em maternidades de Porto Alegre [PhD thesis]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
9. Bauk VO. Estudo Clínico das Dermatoses do Recém-nascido na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro [master's thesis]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
10. Ferreira AS, Guerra AL, Javorski M, Bonfim SF, Leal LP, Silva TA. Lesion of skin in newborns and infants. *Rev Esc Enferm UERJ*. 2013;21:208-15.
11. Moosavi Z, Hosseini T. One-year survey of cutaneous lesions in 1000 consecutive Iranian newborns. *Pediatr Dermatol*. 2006;23:61-3.
12. Sadana DJ, Sharma YK, Chaudhari ND, Dash K, Rizvi A, Jethani S. A clinical and statistical survey of cutaneous changes in the first 120 hours of life. *Indian J Dermatol*. 2014;59:552-7.
13. Shajari H, Shajari A, Habiby NS. The incidence of birthmarks in Iranian neonates. *Acta Med Iranica*. 2007;45:424-6.

14. Javed M. Clinical spectrum of neonatal skin disorders at Hamdard University Hospital Karachi, Pakistan. *Our Dermatol Online*. 2012;3:178-80.
15. Rivers JK, Frederiksen PC, Dibdin C. A prevalence of dermatosis in the Australian neonate. *J Am Acad Dermatol*. 1990;23:77-81.
16. Ekiz O, Gül Ü, Mollamahmutoğlu L, Gönül M. Skin findings in newborns and their relationship with maternal factors: observational research. *Ann Dermatol*. 2013;25:1-4.
17. Haveri FT, Inamadar AC. A cross-sectional prospective study of cutaneous lesions in newborn. *ISRN Dermatol*. 2014;20:360590.
18. Jain N, Rathore BS, Agarwal AK, Bhardwaj A. Cutaneous lesions in neonates admitted in a tertiary setup neonatal intensive care unit. *Indian J Pediatr Dermatol*. 2013;14:62-7.
19. Ferahbas A, Utas S, Akcakus M, Gunes T, Mistik S. Prevalence of cutaneous findings in hospitalized neonates: a prospective observational study. *Pediatr Dermatol*. 2009;26:139-42.
20. Dash K, Grover S, Radhakrishnan S, Vani M. Clinical epidemiological study of cutaneous manifestations in the neonate. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2000;66:26-8.
21. Chaithirayanon S, Chunharas A. A survey of birthmarks and cutaneous skin lesions in newborns. *J Med Assoc Thai*. 2013;96:S49-53.
22. Tagliolatto S, Alchorne MM, Enokihara M. Hiperplasia sebácea cutânea: estudo piloto para a correlação da doença com hormônios androgênicos. *An Bras Dermatol*. 2011;86:917-23.
23. Gontijo B, Pereira LB, Silva CM. Vascular malformations. *An Bras Dermatol*. 2004;79:7-25.
24. Lupi O, Cunha PR. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.
25. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muiños E, Carballeira I, Cabanillas M, Suárez-Amor Ó, et al. Frequency of birthmarks and transient skin lesions in newborns according to maternal factors (diseases, drugs, dietary supplements, and tobacco). *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011;77:535.
26. Gupta D, Thappa DM. Mongolian spots: how important are they? *World J Clin Cases*. 2013;1:230-2.
27. Gupta D, Thappa DM. Mongolian spots. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:469-78.
28. [Gazetadopovo.com.br](http://www.gazetadopovo.com.br). [homepage on the Internet]. Curitiba descobre seus negros [cited 2017 May 16]. Available from: <http://www.gazetadopovo.com.br/blogs/caixa-zero/curitiba-descobre-seus-negros/>
29. [Curitiba.pr.gov.br](http://www.curitiba.pr.gov.br) [homepage on the Internet]. Sine Curitiba é porta de entrada para haitianos no mercado de trabalho [cited 2017 May 16]. Available from: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/sine-curitiba-e-porta-de-entrada-para-haitianos-no-mercado-de-trabalho/34671>
30. Telofski LS, Morello AP 3rd, Mack Correa CM, Stamatias GN. The infant skin barrier: can we preserve, protect, and enhance the barrier? *Dermatol Res Pract*. 2012;2012:198789.
31. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muiños E, Romarís R, Ramírez-Santos A, González-Vilas D, et al. Influence of neonatal and maternal factors on the prevalence of vernix caseosa. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:726-9.
32. Visscher MO, Utturkar R, Pickens WL, LaRuffa AA, Robinson M, Wickett RR, et al. Neonatal skin maturation - vernix caseosa and free amino acids. *Pediatr Dermatol*. 2011;28:122-32.
33. Checa A, Holm T, Sjödin MO, Reinke SN, Alm J, Scheynius A, et al. Lipid mediator profile in vernix caseosa reflects skin barrier development. *Sci Rep*. 2015;5:15740.
34. Míková R, Vrkošlav V, Hanus R, Háková E, Hábová Z, Doležal A, et al. Newborn boys and girls differ in the lipid composition of vernix caseosa. *PLoS One*. 2014;9:e99173.
35. Singh G, Archana G. Unraveling the mystery of vernix caseosa. *J Indian Dermatol*. 2008;53:54-60.
36. Reginatto FP, Villa DD, Cestari TF. Benign skin disease with pustules in the newborn. *An Bras Dermatol*. 2016;91:124-34.