



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.elsevier.es/ad](http://www.elsevier.es/ad)



## ORIGINAL

### Mancha salmón: estudio descriptivo

B. Monteagudo<sup>a,\*</sup>, J. Labandeira<sup>b</sup>, A. Acevedo<sup>c</sup>, M. Cabanillas<sup>a</sup>, E. León-Muiños<sup>d</sup>,  
R. Fernández-Prieto<sup>d</sup> y J. Toribio<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Fundación Novoa Santos, Ferrol, La Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), SERGAS, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, La Coruña, España

<sup>c</sup> Unidad de Formación Continuada, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Fundación Novoa Santos, Ferrol, La Coruña, España

<sup>d</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Fundación Novoa Santos, Ferrol, España

Recibido el 19 de febrero de 2010; aceptado el 10 de junio de 2010

Accesible en línea el 22 de diciembre de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Malformación venular;  
Marcas vasculares al nacimiento;  
Mancha salmón;  
Neonato;  
Nevo flameo;  
Recién nacido

#### Resumen

**Introducción:** la mancha salmón es una malformación venular congénita que tiene predilección por la línea media. Aunque es muy frecuente, hay pocos estudios que analicen su frecuencia y los factores que predisponen su aparición. Nuestro objetivo es conocer su prevalencia y características clínicas en los recién nacidos de nuestra Área Sanitaria, y ver cómo influyen los parámetros neonatales y maternos.

**Pacientes y métodos:** estudio descriptivo donde fueron reclutados, entre el 1 de mayo de 2008 y el 31 de enero de 2009, los recién nacidos vivos vistos en una consulta de Perinatología del Servicio de Pediatría del Hospital Arquitecto Marcide, (Ferrol, España). En cada caso se recogieron de forma protocolizada: a) datos del neonato, edad gestacional, sexo, raza, peso, presencia y localización anatómica de la mancha salmón; y b) datos de la madre, edad y número de gestaciones previas.

**Resultados:** presentaba mancha salmón el 59% de los 600 neonatos revisados. La nuca y los párpados fueron las localizaciones más comunes, con 226 (37,6%) y 211 pacientes (35,1%) respectivamente. Muchas veces había más de un área corporal afectada. Se observó una prevalencia mayor en los recién nacidos a término o posttérmino, de sexo femenino, caucásico, con mayor peso, con madre con una edad comprendida entre 30 y 34 años y sin gestaciones previas.

**Conclusiones:** la mancha salmón se localiza sobre todo en la nuca, los párpados y la glabella. Determinados factores neonatales y maternos influyen en su prevalencia.

© 2010 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [benims@hotmail.com](mailto:benims@hotmail.com) (B. Monteagudo).

**KEYWORDS**

Venous malformation;  
Vascular birthmarks;  
Salmon patch;  
Neonates;  
Nevus flammeus;  
Newborn infants

**Salmon Patch: a Descriptive Study****Abstract**

*Background and objectives:* salmon patch is a congenital venous malformation that usually affects the midline. Although it is very common, few studies have analyzed its prevalence or predisposing factors. The aim of this study was to determine the prevalence and clinical characteristics of salmon patch in a group of newborn infants from a health care area in northwest Spain and to assess its association with neonatal and maternal variables.

*Patients and methods:* a descriptive study was undertaken of live newborn children seen in the neonatal unit of the Department of Pediatrics at Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, Spain between May 1, 2008 and January 31, 2009. The study protocol included collection of data on neonatal variables (including gestational age, sex, ethnic origin, weight, and presence and anatomical site of salmon patch) and maternal variables (including age and number of previous pregnancies).

*Results:* of the 600 newborn infants included in the study, 59% had salmon patches. The most commonly affected sites were the nape of the neck (226 infants, 37.6%) and eyelids (211 infants, 35.1%). In a number of cases, more than one part of the body was affected. There was a higher prevalence of salmon patch in full-term or post-term births, in girls, white children, heavier children, and infants born to mothers aged between 30 and 34 years or who had not been pregnant previously.

*Conclusions:* salmon patch occurred most frequently on the nape of the neck, the eyelids, and the glabella. Its prevalence was associated with certain neonatal and maternal factors.

© 2010 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

**Introducción**

La mancha salmón (MS) es una malformación venular congénita que tiene predilección por la línea media. Recibe otras denominaciones como nevo flameo *neonatorum*, *nevus simplex*, nevo flameo medial, nevo de Unna, eritema de la nuca o nevo telangiectásico de la nuca, "picotazo de la cigüeña" y "beso del ángel"<sup>1,2</sup>.

Clínicamente se manifiesta como máculas, confluentes o no, irregulares, de coloración rosada o rojiza. Se blanquean a la digitopresión y son más aparentes con el llanto, las apneas, la fiebre y los cambios de la temperatura ambiental. Habitualmente son transitorias, desapareciendo en los dos primeros años de vida. Persisten cerca de la mitad de las localizadas en la nuca, la región sacra y en un pequeño porcentaje de la zona glabellar<sup>2,3</sup>.

Aunque la MS es una malformación muy frecuente, hay pocos estudios que analicen su frecuencia y los factores que predisponen su aparición<sup>4</sup>. Nuestro objetivo es conocer su prevalencia y localización en los recién nacidos (RN) de nuestra área sanitaria, y ver como influyen los parámetros neonatales y maternos.

**Pacientes y métodos**

Estudio descriptivo donde fueron reclutados, entre el 1 de mayo de 2008 y el 31 de enero de 2009, los RN vivos vistos en una consulta de Perinatología del Servicio de Pediatría del Hospital Arquitecto Marcide (Ferrol, España). En esta consulta se revisan, en las primeras 72 horas de vida, todos los neonatos nacidos en el ámbito hospitalario del área sanitaria de Ferrol.

En cada caso se recogieron de forma protocolizada: a) datos del neonato, edad gestacional, sexo, etnia u origen

geográfico de los padres, peso y presencia y localización anatómica de MS (subdivididas en glabella, párpado, dorso nasal, región supralabial, nuca, espalda y región sacra); y b) datos de la madre, edad y número de gestaciones previas.

El diagnóstico de MS se basó en su aspecto y localización típicos: máculas rosadas irregulares mediales. Los datos correspondientes a las variables cuantitativas se dividieron en grupos: a) edad gestacional: pretérmino menos de 37 semanas, a término entre 37 y 41 semanas y postérmino 42 o más semanas; b) peso del RN: bajo cuando es igual o menor a 2.500 gramos, normal entre 2.501 y 3.999 y elevado si es mayor o igual a 4.000 gramos; c) edad materna: menor o igual a 29 años, entre 30 y 34 y 35 o más años; y d) gestaciones previas: cero, una y dos o más.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas presentándose las cualitativas como porcentaje. Se utilizó el test de Chi Cuadrado en el análisis de las variables categóricas. Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0. Se consideró significativa  $p < 0,05$ .

**Resultados**

Durante los 9 meses del estudio se revisaron 600 neonatos. En la **tabla 1** se muestra la prevalencia y distribución anatómica de la MS en función del sexo. Presentaban MS 354 RN, lo que supone el 59% de los casos. Se apreció en el 62,7% de los neonatos de sexo femenino y el 55,7% del masculino. La nuca y los párpados fueron las localizaciones más comunes, con 226 (37,6%) y 211 pacientes (35,1%) respectivamente. Muchas veces había más de un área corporal afectada.

En la **tabla 2** se recoge la frecuencia de aparición de la MS en función de las distintas variables (edad gestacional, sexo, etnia u origen geográfico de los padres, peso, edad materna

**Tabla 1** Prevalencia y distribución anatómica de la mancha salmón en función del sexo del neonato

Localización	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total	321	53,5	279	46,5	600	100
Total con mancha salmón	179	55,7	175	62,7	354	59
Nuca	110	34,2	116	41,5	226	37,6
Párpado	112	34,8	99	35,4	211	35,1
Glabela	33	10,2	34	12,1	67	11,11
Dorso nasal	6	1,8	5	1,7	11	1,8
Región supralabial	1	0,3	7	2,5	8	1,2
Región sacra	1	0,3	4	1,4	5	0,8
Espalda	0	0	2	0,7	2	0,2

y número de gestaciones previas). Una mayor prevalencia se relacionó con ser RN a término o postérmino, de sexo femenino, caucasiano, con mayor peso, de madre con una edad comprendida entre 30 y 34 años y sin gestaciones previas. Estas diferencias sólo fueron estadísticamente significativas para el número de gestaciones previas ( $p < 0,05$ ).

## Discusión

La distinción en un neonato entre MS, mancha en vino de Oporto y hemangioma infantil es importante, dado que la historia natural y el manejo de estas entidades difiere considerablemente. La inestabilidad vasomotora fisiológica neonatal genera rubor, acrocianosis y cutis marmorata, y puede hacer más dificultosa dicha diferenciación<sup>3,5</sup>.

Raras veces se asocia o es manifestación de otra entidad<sup>6</sup>, como el síndrome de Beckwith-Wiedemann (MS persistente en zona media de la frente), el síndrome de macrocefalia-malformaciones capilares (lesiones tipo MS prominentes centofaciales), el síndrome Nova (en la glabela)<sup>3,7,8</sup>, la aparición precoz de hemangiomas seniles<sup>9</sup> y las formas extensas y crónicas de alopecia areata (MS en la nuca)<sup>10</sup>.

Nuestro estudio corrobora parte de lo indicado en la literatura médica:

1. La prevalencia de MS es elevada, aparece en cerca de la mitad de los RN. Existe una frecuencia ligeramente superior en el sexo femenino. Como señalaron Leung et al en

1989<sup>4</sup>, las localizaciones más frecuentes son la nuca, la glabela y los párpados. Muchas veces coexisten lesiones en más de una localización.

2. Existen diferencias en función del color de la piel o grupo étnico. Otros registros como el de Alper et al<sup>11</sup>, el de Osburn et al<sup>12</sup> o el de Pruksachatkunakorn et al<sup>13</sup> también observan que son más comunes en los caucásicos frente a los RN negros o asiáticos. Quizá estas variaciones se deban a la facilidad para ver estas lesiones en los niños con piel más clara<sup>14</sup>. Una de las limitaciones de nuestro estudio es el pequeño tamaño muestral con que contamos para grupos étnicos no caucásicos, motivo por el que hemos de mostrar cautela a la hora de interpretar estos resultados.
3. Nuestros datos confirman, tal y como han reflejado los registros recientes de Ferahbas et al en Turquía<sup>15</sup> y Sachdeva et al en India<sup>16</sup>, que esta malformación venular es más frecuente en los neonatos de mayor peso, a término o postérmino. La relación con la edad materna mayor de 30 años coincide con un estudio italiano realizado por Boccardi et al<sup>17</sup>. Con respecto a la influencia del número de gestaciones existe discrepancia con otras series, que observan menor frecuencia en el primer parto<sup>16</sup>.

En definitiva, en el estudio se encontró MS en el 59% de los 600 neonatos incluidos. La mayoría se localizaban en la nuca, los párpados y la glabela. Se observó una prevalencia superior en los RN a término o postérmino, de sexo

**Tabla 2** Aparición de la mancha salmón en función de las distintas variables

Grupo	Casos	Sexo		Etnia u OGP		Edad materna			Gestaciones previas			Edad gestacional			Peso al nacimiento		
		V	M	C	NC	≤ 29	30-34	≥ 35	0	1	≥ 2	< 37	37-41	≥ 42	B	N	E
MS	354	179	175	329	25	157	128	69	192	98	64	29	319	6	26	309	19
NMS	246	142	104	220	26	115	73	58	111	90	45	24	218	4	22	212	12
Total	600	321	279	549	51	272	201	127	303	188	109	53	537	10	48	521	31
F, %	59	55,7	62,7	59,9	49	57,7	63,7	54,3	63,4	52,1	58,7	54,7	59,4	60	54,1	59,3	61,2
χ <sup>2</sup>		2,990		2,295		3,150			6,062			0,442			0,551		
p		0,084		0,130		0,207			0,048			0,802			0,759		

B: bajo peso ( $\leq 2.500$  g); C: caucásico; E: peso elevado ( $\geq 4.000$  g); F: frecuencia; M: mujer; MS: mancha salmón; N: peso normal (2.501-3.999 g); NC: no caucásico; NMS: sin mancha salmón; OGP: origen geográfico de los padres; V: varón.

femenino, caucasiano y de mayor peso, y cuando la madre era primípara y con una edad entre 30 y 34 años.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Redondo P. Malformaciones vasculares (I). Concepto, clasificación, fisiopatogenia y manifestaciones clínicas. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:141–58.
2. Sánchez-Carpintero Abad I, Hontanilla Calatayud B. *Hemangiomas y malformaciones vasculares. Claves diagnósticas y tratamiento*. Barcelona: ESMONpharma; 2008.
3. Enjolras O, Garzon MC. Vascular stains, malformations, and tumors. En: Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB, editores. *Neonatal Dermatology*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 343–74.
4. Leung AK, Telmesani AM. Salmon patches in Caucasian children. *Pediatr Dermatol*. 1989;6:185–7.
5. Cordoro KM, Speetzen LS, Koerper MA, Frieden IJ. Physiologic changes in vascular birthmarks during early infancy: mechanisms and clinical implications. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:669–75.
6. Schepis C, Greco D, Failla P, Siragusa M, Romano C, Scaffidi M, et al. Medial telangiectatic sacral nevi and MCA/MR syndromes. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:370–1.
7. Wright DR, Frieden IJ, Orlow SJ, Shin HT, Chamlin S, Schaffer JV, et al. The misnomer “macrocephaly-cutis marmorata telangiectatica congenita syndrome”: report of 12 new cases and support for revising the name to macrocephaly-capillary malformations. *Arch Dermatol*. 2009;145:287–93.
8. Garzon MC, Huang JT, Enjolras O, Frieden IJ. Vascular malformations. Part II: associated syndromes. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:541–64.
9. Gao XH, Wang LL, Zhang L, Hong YX, Wei H, Chen HD. Familial nevus flammeus associated with early onset cherry angiomas. *Int J Dermatol*. 2008;47:1284–6.
10. Akhyani M, Farnaghi F, Sirafi H, Nazari R, Mansoori P, Taheri A. The association between nuchal nevus flammeus and alopecia areata: a case-control study. *Dermatology*. 2005;211:334–7.
11. Alper JC, Holmes LB. The incidence and significance of birthmarks in a cohort of 4,641 newborns. *Pediatr Dermatol*. 1983;1:58–68.
12. Osburn K, Schosser RH, Everett MA. Congenital pigmented and vascular lesions in newborn infants. *J Am Acad Dermatol*. 1987;16:788–92.
13. Pruksachatkunakorn C, Duarte AM, Schachner LA. Skin lesions in newborns. *Int Pediatr*. 1999;14:28–31.
14. Atherton DJ, Moss C. Naevi and other developmental defects. En: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2004. p. 15.1–114.
15. 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.
16. Sachdeva M, Kaur S, Nagpal M, Dewan SP. Cutaneous lesions in new born. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2002;86:334–7.
17. Boccardi D, Menni S, Ferraroni M, Stival G, Bernardo L, La Vecchia C, et al. Birthmarks and transient skin lesions in newborns and their relationship to maternal factors: a preliminary report from Northern Italy. *Dermatology*. 2007;215:53–8.