



Dermatosis del embarazo

George Kurien ; Talel Badri .

Información del autor

Última actualización: 26 de junio de 2021 .

Actividad de educación continua

Los cambios en la piel durante el embarazo pueden ser fisiológicos. Sin embargo, algunas dermatosis son específicas del embarazo, mientras que otras se alteran con el embarazo. Estos cambios ocurren como resultado de una interacción de múltiples factores en el cuerpo durante el embarazo. Las dermatosis que son específicas del embarazo incluyen penfigoide gestacional (también conocido como penfigoide gestacional); pápulas pruriginosas y urticarianas, y placas del embarazo (PUPPP, también conocida como erupción pruriginosa del embarazo y erupción tóxica del embarazo); colestasis intrahepática del embarazo. Impétigo herpetiforme, erupción atópica del embarazo: engloba el eccema atópico en el embarazo, el prurigo del embarazo y la foliculitis pruriginosa del embarazo en clasificaciones anteriores.

Objetivos:

- Revisar los tipos de lesiones cutáneas que se desarrollan durante el embarazo.
- Describir la historia y el examen físico de una paciente con pápulas y placas urticariformes pruriginosas del embarazo.
- Resumir el tratamiento de las dermatosis del embarazo.
- Explicar la evaluación de las dermatosis del embarazo y el papel del equipo interprofesional en el manejo de esta patología.

Introducción

Los cambios en la piel durante el embarazo pueden ser fisiológicos. Sin embargo, algunas dermatosis son específicas del embarazo, mientras que otras se alteran con el embarazo. Estos cambios ocurren como resultado de una interacción de múltiples factores en el cuerpo durante el embarazo. Las dermatosis que son específicas del embarazo incluyen: [\[1\]](#)

- Penfigoide gestacional (también conocido como penfigoide gestacional)

- Pápulas y placas pruriginosas y urticarianas del embarazo (PUPPP, también conocida como erupción pruriginosa del embarazo y erupción toxémica del embarazo)
- Colestasis intrahepática del embarazo
- Impétigo herpetiforme
- Erupción atópica del embarazo: abarca el eccema atópico en el embarazo, el prurigo del embarazo y la foliculitis pruriginosa del embarazo en clasificaciones anteriores.

Etiología

El penfigoide gestacional es una enfermedad ampollosa subepidérmica autoinmune que se sabe que se asocia casi exclusivamente con el embarazo. En las pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo (PUPPP), se cree que el estiramiento de la piel abdominal daña el tejido conectivo subyacente y conduce a un proceso inflamatorio. PUPPP es más común en mujeres embarazadas con gemelos o trillizos. Se cree que el impétigo herpetiforme es un tipo de psoriasis pustulosa desencadenada por el embarazo. La colestasis intrahepática del embarazo se debe a la obstrucción intrahepática del flujo de bilis que ocurre al final del embarazo en ausencia de hepatitis. La erupción atópica del embarazo puede ocurrir en sujetos atópicos u otros sin atopia. Se desconoce la etiología. Muchos pacientes tienen niveles elevados de IgE. [\[2\]](#)

Epidemiología

Las dermatosis del embarazo es una afección que se observa en todo el mundo. Es más común al final del embarazo y aquellas con embarazos gemelares o múltiples.

Fisiopatología

El penfigoide gestacional es una enfermedad autoinmune, muy similar al penfigoide bulloso, asociada casi exclusivamente al embarazo. También puede ocurrir con tumores trofoblásticos, mola hidatiforme o coriocarcinoma. El penfigoide gestacional también reaparece después de la ingesta de píldoras anticonceptivas orales y durante embarazos posteriores. Se desarrolla durante el segundo trimestre como pápulas, placas y vesículas urticariformes pruriginosas en la región umbilical y luego se disemina a otras áreas formando ampollas. Remite antes de la entrega y se resuelve por completo en las semanas o meses posteriores a la entrega.

Las pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo (PUPP) generalmente se observan en bebés prematuros en el último trimestre o, a veces, en el segundo trimestre. Las lesiones aparecen primero como estrías y luego se diseminan a los senos, el brazo o los muslos. Es característica la preservación del área periumbilical. Las lesiones pueden ser pápulas o placas vesiculares, diana del embarazo, policíclicas anulares. No se ven bullas.

Se cree que el impétigo herpetiforme está relacionado con los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo. Suele ocurrir en el tercer trimestre y con frecuencia se asocia con hipocalcemia.

La colestasis intrahepática del embarazo se observa durante el embarazo. Comienza como prurito sin lesiones cutáneas primarias. Pueden presentarse lesiones cutáneas secundarias como excoriaciones lineales, erosiones y costras. No hay hepatitis activa ni ingesta de fármacos hepatotóxicos. Se repite durante embarazos posteriores.

La erupción atópica del embarazo incluye eccema atópico, prurigo del embarazo y foliculitis pruriginosa del embarazo. En el eccema atópico, las lesiones eccematosas aparecen durante el primer o segundo trimestre. En la mayoría, las lesiones se encuentran en sitios atópicos de flexiones y, en el resto, alrededor de un tercio de las lesiones se distribuyen al tronco y las extremidades. En el prurigo del embarazo, se observan grupos de pápulas excoriadas en las extremidades y el tronco. En la foliculitis pruriginosa del embarazo, que ocurre en el segundo o tercer trimestre, se observan pápulas foliculares eritematosas que se asemejan al acné inducido por esteroides. [3]

Toxicocinética

En el penfigoide gestacional, el proceso autoinmune se activa por una ruptura de la inmunidad protectora de la unidad fetoplacentaria del reconocimiento alogénico materno. El antígeno diana, BP 180, se encuentra en las membranas basales de la piel y el epitelio amniótico. Esta inusual presentación de autoantígeno da como resultado la producción de autoanticuerpos que reaccionan con el colágeno XVII en la piel.

En las pápulas y placas urticariformes pruriginosas del embarazo, el estiramiento de la piel abdominal daña el tejido conectivo subyacente y da lugar a un proceso inflamatorio.

Se cree que la progesterona y la hipocalcemia intervienen en el impétigo herpetiforme.

En la colestasis intrahepática del embarazo, sin ningún daño parenquimatoso del hígado, se produce una obstrucción del flujo de bilis dentro del hígado, lo que produce prurito.

En una erupción atópica del embarazo, se observa IgE elevada, lo que puede indicar que la diátesis atópica se reactiva. [4]

Historia y física

El penfigoide gestacional se desarrolla en el segundo o tercer trimestre. Comienza como pápulas, placas y vesículas urticariformes en la región umbilical. Posteriormente se desarrollan ampollas que remiten antes del parto. Puede reaparecer durante embarazos posteriores y al tomar píldoras anticonceptivas orales.

Las pápulas y placas urticariformes pruriginosas del embarazo (PUPPP) suelen presentarse durante el tercer trimestre. Las lesiones de urticaria involucran

estrías y luego mamas y muslos. PUPPP preserva la zona periumbilical. Es la dermatosis específica del embarazo más frecuente. [3]

El impétigo herpetiforme es una erupción eritematosa y pustulosa generalizada que suele ser febril.

La colestasis intrahepática del embarazo se presenta como un prurito generalizado en el tercer trimestre. No hay lesiones cutáneas primarias. Se observan lesiones secundarias como excoriaciones, erosiones y costras. La ictericia puede estar presente o no. La colestasis intrahepática del embarazo puede reaparecer durante embarazos posteriores.

La erupción atópica del embarazo se presenta como lesiones eccematosas en los ángulos que se observan en el eccema atópico del embarazo. En el prurigo del embarazo, se observan grupos de pápulas excoriadas en las extremidades y el tronco. En la foliculitis pruriginosa, se observan pápulas foliculares que se asemejan a erupciones acneiformes. Las lesiones no son muy sintomáticas.

Evaluación

El frotis de Tzanck, la histopatología y el estudio de inmunofluorescencia directa son útiles para confirmar el penfigoide gestacional.

PUPPP es principalmente un diagnóstico clínico.

En el impétigo herpetiforme, se observan con frecuencia hipocalcemia y neutrofilia. El diagnóstico se basa en la histopatología que muestra pústulas epidérmicas espongiiformes.

En la colestasis intrahepática del embarazo, la estimación de los ácidos biliares totales en suero es la prueba más sensible. La fosfatasa alcalina sérica también puede estar elevada además de la bilirrubina.

El nivel sérico de IgE puede aumentar en una erupción atópica del embarazo. [4]

Tratamiento / Manejo

Es posible que se requieran esteroides sistémicos en el penfigoide gestacional y el impétigo herpetiforme. Los antihistamínicos y los esteroides tópicos son todo lo que se requiere para tratar la PUPPP y la erupción atópica del embarazo.

El ácido ursodesoxicólico (AUDC) es actualmente el tratamiento farmacológico más eficaz para la colestasis intrahepática del embarazo y tiene el mayor beneficio para la madre y el feto. UDCA 450-1200 mg / día reduce los ácidos biliares totales en la sangre del cordón umbilical, el calostro y el líquido amniótico. [4][1]

Diagnóstico diferencial

- Urticaria aguda
- Dermatitis de contacto

- Urticaria crónica
- Erupciones de drogas
- Eritema multiforme
- Picaduras de insecto **Perlas y otras cuestiones**

En el penfigoide gestacional, aunque no existe un aumento estadístico del riesgo de pérdida fetal o parto prematuro. Los bebés pequeños para la edad gestacional son comunes. El impétigo herpetiforme puede tener graves consecuencias para la mujer embarazada y su feto y debe tratarse de inmediato. En la colestasis intrahepática del embarazo, existe un mayor riesgo de complicaciones fetales. El parto a las 37 semanas se asocia con mejores resultados. Los resultados fetales y maternos no se ven afectados por la PUPPP y la erupción atópica del embarazo. [5] [4]

Mejora de los resultados del equipo de atención médica

Cuando las mujeres tienen cambios en la piel durante el embarazo, es importante trabajar en equipo interprofesional porque hay muchas causas de dermatosis. El proveedor de atención primaria, la enfermera especializada y el obstetra deben buscar la consulta de un dermatólogo antes de hacer recomendaciones sobre el tratamiento.

Es posible que se requieran esteroides sistémicos en el penfigoide gestacional y el impétigo herpetiforme. Los antihistamínicos y los esteroides tópicos son todo lo que se requiere para tratar la PUPPP y la erupción atópica del embarazo.

El ácido ursodesoxicólico (AUDC) es actualmente el tratamiento farmacológico más eficaz para la colestasis intrahepática del embarazo y tiene el mayor beneficio para la madre y el feto. UDCA 450-1200 mg / día reduce los ácidos biliares totales en la sangre del cordón, el calostro y el líquido amniótico. [4]

Los resultados de las mujeres con trastornos cutáneos durante el embarazo son generalmente buenos y no tienen efectos adversos en el feto.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Referencias

1.

Maglie R, Quintarelli L, Verdelli A, Fabbri P, Antiga E, Caproni M. Dermatitis específicas del embarazo distintas del penfigoide gestacional. *G Ital Dermatol Venereol*. 2019 Jun; 154 (3): 286-298. [[PubMed](#)]

2.

Almeida FT, Sarabando R, Pardo J, Brito C. El penfigoide gestacional se trata con éxito con inmunoglobulina intravenosa. Representante del caso *BMJ*, 07 de abril de 2018; 2018 [[artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)]

3.

Dominguez-Serrano AJ, Quiroga-Garza A, Jacobo-Baca G, De La Fuente-Villarreal D, Gonzalez-Ramirez RA, Vazquez-Barragan MA, Guzman-Lopez A, Elizondo-Omaña RE, Guzman-Lopez S. Erupción polimórfica de embarazo en México. *Int J Dermatol*. 2019 Mar; 58 (3): 259-262. [[PubMed](#)]

4.

Bechtel MA. Prurito en el embarazo y su manejo. *Dermatol Clin*. 2018 Jul; 36 (3): 259-265. [[PubMed](#)]

5.

Peróxido de hidrógeno al 40% (Eskata) para queratosis seborreicas. *Med Lett Drugs Ther*. 24 de septiembre de 2018; 60 (1556): 157-158. [[PubMed](#)]

Fuente: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430864/>