

# CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile



# Seminario N°95

## Patologías Dermatológicas Propias del Embarazo

Dr Carlos Millán Valdés, Dr Daniel Martin Navarrete, Dra Daniela Cisternas Olguín, Dr Juan Guillermo Rodriguez

# Cambios Fisiológicos



## ◆ Aumento pigmentación de la piel

- ◆ Estimulación melanocítica de etiología desconocida, ocurre en casi todas las embarazadas, más común en línea alba, areola, axilas, genitales, perineo, ano, parte interna muslos y cuello. Retrocede en varios meses postparto



## ◆ Nevos

- ◆ No cambian por el embarazo. Cambios que ocurran deben investigarse igual que en pacientes no embarazadas

## ◆ Melasmas

- ◆ 75% de las mujeres embarazadas, también ocurre con consumo ACO. Influido por tipo de piel, etnicidad, genético. La irradiación solar mantiene la hiperpigmentación. Cede mayormente en 1 año. Manejo con hidroquinona, laser en casos persistentes



# Cambios Fisiológicos Vasculares



- ❖ Secundarios en general al efecto del estrógeno
- ❖ Arañas vasculares
  - ❖ 66% piel blanca, 11% piel oscura, entre 2º a 5º mes embarazo, en zonas drenadas por vena cava superior. 90% regresa a los 3 meses postparto
- ❖ Eritema palmar, 66 a 33% de las embarazadas
- ❖ Várices
  - ❖ Safenas, vulvares y hemorroidales. No son prevenibles, ocurren por aumento volumen sanguíneo, presión venosa y predisposición genética
  - ❖ Manejo con compresión durante el embarazo
  - ❖ En general disminuyen postparto



# Cambios Fisiológicos



## ❖ Granulomas piógenos

- ❖ Granuloma gravídico, pápulas exofíticas color púrpura rojizo. Si es molesto, se puede extirpar. Regresan postparto

## ❖ Inestabilidad vasomotora

- ❖ Enrojecimiento facial, palidez, sensaciones de frío/calor, parche reticulado azulado en las piernas (cutis marmorata)
- ❖ Permeabilidad capilar aumentado, con aumento retención sodio, edema
- ❖ Ocasionalmente lesiones purpúricas por fragilidad capilar



# Cambios Fisiológicos



## ❖ Estrías

- ❖ Parches lineales de color rosa, sexto-séptimo mes, evolucionan a depresiones lineales hipopigmentadas. Más común en abdomen, mamas, muslos
- ❖ Predisposición familiar, piel más oscura, antecedente de otras estrías, aumento de peso excesivo, influyen. Disminuyen, pero no desaparecen
- ❖ No existe método prevención. Múltiples tratamientos con resultados contradictorios. Local con retinoína, o láser



# Cambios Fisiológicos



- ❖ En general aumenta funcionamiento glándulas sudoríparas aumentan su funcionamiento, las apocrinas (olor) disminuyen, las sebáceas es variable (Montgomery periareolar 30-50%)
- ❖ Aumentan niveles de andrógenos ováricos y placentarios, con lo que se produce hirsutismo, regresa en general 6 meses post parto
- ❖ Cabello del cuero cabelludo parece más grueso por detener su crecimiento. Post parto se acelera y parece más delgado
- ❖ Alopecia androgénica, rara, ocasionalmente al final del embarazo, generalmente se resuelve postparto

# Dermatosis del Embarazo



- ❖ Penfigoide Gestacional
- ❖ Erupción polimórfica del embarazo (pápulas urticariales propias del embarazo PUPE)
- ❖ Erupción atópica del embarazo
- ❖ Colestasia intrahepática del embarazo
- ❖ Psoriasis pustular del embarazo

# Penfigoide Gestacional



- ❖ Herpes gestacional, enfermedad rara autoinmune, ocurre 2º a 3º trimestre
- ❖ Se asocia con parto prematuro en un tercio de los casos
- ❖ Incidencia 1 en 20.000 a 50.000 embarazos
- ❖ Inmunoglobulina IgG1 contra antígeno penfigoide, expresado en la membrana basal de la piel. Existe predisposición genética
- ❖ Cuadro clínico inicial con intenso prurito previo a la lesión en piel
- ❖ Generalmente inicia a nivel periumbilical, con lesiones tipo urticariales o vesiculosas



# Penfigoide Gestacional



- ❖ Lesiones no se presentan en cara ni mucosas
- ❖ Se extienden rápidamente formando ampollas
- ❖ Evolución con remisiones y recurrencias
- ❖ Dg es clínico, posible biopsia, inmunofluorescencia directa
- ❖ Existen mediciones del anticuerpo BP180, que se relaciona con severidad y respuesta al tratamiento de la enfermedad
- ❖ Tratamiento con corticoides locales alta potencia clobetazol. En general es necesario corticoides sistémicos, prednisona 0,5 mg/kg día, hasta que cedan síntomas
- ❖ Puede aumentar post parto, necesitando aumentar dosis o asociación con azatioprina, inmunoglobulina
- ❖ Tendencia a la recurrencia en embarazos posteriores





# Erupción Polimórfica del Embarazo

- ❖ Conocido como PUPE (papulas urticariales propias del embarazo). Otros nombres: eritema tóxico del embarazo, erupción toxémica del embarazo de Bourne, dermatosis por inmunoglobulina M.
- ❖ Trastorno inflamatorio benigno, autolimitado, afecta generalmente últimas semanas del embarazo o postparto
- ❖ Ocurre en 1 de 160 a 300 embarazos.  $\frac{3}{4}$  son nulíparas
- ❖ Etiopatogenia desconocida
  - ❖ Estiramiento excesivo piel abdominal
  - ❖ Respuesta inmunológica a antígenos fetales circulantes



# Erupción Polimórfica del Embarazo



- ❖ Pápulas eritematosas extremadamente pruriginosas dentro de las estrías. Inicialmente abdominal (con preservación periumbilical) y se extienden a extremidades, tórax, espalda, formando placas urticariales. Respeta cara, palmas y plantas.
- ❖ Además otras lesiones polimórficas, halo blanco, placas eritematosas, vesículas.
- ❖ Duración 4-6 semanas, resuelve hasta 2 semanas postparto
- ❖ Diagnóstico clínico



# Erupción Polimórfica del Embarazo



❖ Histología: infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo, e intersticial con abundantes eosinófilos

❖ Tratamiento es sintomático

- ❖ Corticoides tópicos 1-2 veces x día, hasta mejoría sintomática
- ❖ Casos severos e incontrolables, curso corto de prednisona a dosis de 0,5/mg/kg
- ❖ Antihistamínicos útiles en control de prurito más leve

❖ No se asocia a riesgo gestacional



# Erupción Atópica del Embarazo



- ❖ Rash eczematoso o papular en pacientes embarazadas con antecedentes atópicos
- ❖  $\frac{3}{4}$  de los casos ocurre antes del 3º trimestre
- ❖ Es un término unificador de varias patologías que se consideraban distintas previamente (prurigo gestacional de Besnier, prurigo gestacional de inicio temprano, dermatitis papular del embarazo, foliculitis pruriginosa del embarazo)
- ❖ No tienen efecto perjudicial para el feto
- ❖ Es la dermatosis del embarazo más común (50% de los casos), se asocia a atopia (rinitis alérgica, asma, dermatitis atópica)



# Erupción Atópica del Embarazo



- ❖ Etiopatogenia: cambios inmunológicos asociados al embarazo. Estaría asociado a aumento de Th2
- ❖ Presentaciones clínicas
  - ❖ Eccema: EAP tipo E, erupción eccematosa generalizada, similar a dermatitis atópica. Piel seca
  - ❖ Prurigo del embarazo: AEP tipo p, nódulos o pápulas eritematosas excoriadas
  - ❖ Foliculitis pruriginosa del embarazo: más raro, erupción papulopustular folicular, inicialmente en abdomen, luego se generaliza. Apariencia similar a acné



# Erupción Atópica del Embarazo



- ❖ Diagnóstico es clínico
  - ❖ Características clínicas más antecedente de atopia
- ❖ Tratamiento
  - ❖ Objetivo aliviar los síntomas
  - ❖ Hidratación adecuada de la piel
  - ❖ Corticoides tópicos de baja intensidad (hidrocortisona)
  - ❖ Antihistamínicos controlan prurito
- ❖ No se asocia a efectos adversos en el feto

# Colestasia Intrahepática del Embarazo



- ❖ Dermatitis del embarazo, sin cambios en la piel
- ❖ Prurito severo y generalizado, predominante en palmas y plantas. Excoriaciones secundarias el grataje
- ❖ Se asocia a morbilidad fetal. Prematuridad, meconio, óbito fetal
- ❖ Revisado en seminario previo

# Psoriasis Pustular del Embarazo



- ❖ Impétigo herpetiforme
- ❖ Enfermedad rara
- ❖ Generalmente durante tercer trimestre, placas eritematosas simétricas, con pústulas estériles en la periferia
- ❖ Posteriormente placas se agrandan, se forma una costra
- ❖ Generalmente inicia en áreas de flexión. Respeta manos, pies y cara



# Psoriasis Pustular del Embarazo



- ❖ Se asocia a síntomas sistémicos: fiebre, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea
- ❖ Elevación leucocitos, VHS. En casos severos, tetania, delirio, convulsiones. Albuminuria, piuria, hematuria.
- ❖ Diagnóstico clínico. Se recomienda biopsia confirmatoria
- ❖ No existe evidencia de manejo. Se asocia a compromiso general que puede afectar bienestar fetal, ocasionalmente insuficiencia placentaria.
- ❖ Corticoides sistémico, dosis altas 1 mg/kg/día. Opción ciclosporina
- ❖ Remite rápidamente post parto





# Resumen

## Clinical features of specific dermatoses of pregnancy

	<b>Atopic eruption of pregnancy</b>	<b>Polymorphic eruption of pregnancy</b>	<b>Pemphigoid gestationis</b>	<b>Intrahepatic cholestasis of pregnancy</b>
<b>Time of onset</b>	75% of cases before third trimester.	Last weeks of pregnancy or immediately postpartum.	Last trimester or postpartum.	Late pregnancy.
<b>Pregnancy</b>	Not relevant.	First.	Not relevant.	Not relevant.
<b>Personal or family history of atopy, atopic diatheses, and/or elevated IgE levels</b>	Yes, compulsory.	Not relevant.	Not relevant.	Not relevant.
<b>Maternal prognosis</b>	Unimpaired; common development of nipple and hand eczema after delivery.	Unimpaired.	Exacerbations and remissions during pregnancy, flare-up in 75% delivery, resolves then within weeks to months but may recur with menstruation and hormonal contraception.	Risk for gall stones and intra/postpartum hemorrhage.
<b>Recurrence in subsequent pregnancies</b>	Yes.	No.	Yes, often with earlier onset and severer course.	Yes.
<b>Fetal prognosis</b>	Unaffected, but there is a higher risk of developing atopic skin changes later on.	Excellent. No cutaneous involvement of the newborn.	Increase for small-for-date and premature babies. 10% of newborns develop mild skin lesions that resolve spontaneously within days to weeks.	Increased risk of prematurity (19 to 60%), intrapartal fetal distress (22 to 33%), and stillbirths (1 to 2%).