

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 Martín Navarrete, Dra Daniela Cisternas Olguín, Dr Juan Guillermo Rodríguez

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

	Atopic eruption of pregnancy	Polymorphic eruption of pregnancy	Pemphigoid gestationis	Intrahepatic cholestasis of pregnancy
Time of onset	75% of cases before third trimester.	Last weeks of pregnancy or immediately postpartum.	Last trimester or postpartum.	Late pregnancy.
Pregnancy	Not relevant.	First.	Not relevant.	Not relevant.
Personal or family history of atopy, atopic diatheses, and/or elevated IgE levels	Yes, compulsory.	Not relevant.	Not relevant.	Not relevant.
Maternal prognosis	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.
Recurrence in subsequent pregnancies	Yes.	No.	Yes, often with earlier onset and severer course.	Yes.
Fetal prognosis	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%).