

PRESENTACIÓN DE CASO

Universidad de Ciencias Médicas de Artemisa.
Hospital General Docente Iván Portuondo.
San Antonio de los Baños. Cuba



Penfigoide gestacional una dermatosis específica del embarazo

Pemphigoid gestationi an specific dermatoses of pregnancy

Iliana Acosta Álvarez¹, Orlando Valdés Suárez², Odalys Valdés Cárdenas³, Aylin Coto Fernández⁴

Resumen

Las dermatosis del embarazo son un grupo de enfermedades que se presentan como consecuencia de los cambios inmunológicos y metabólicos que aparecen en la mujer embarazada. Estos trastornos se clasifican en cuatro grupos definidos: herpes gestationis o penfigoide gestacional, erupción polimorfa del embarazo, prurigo del embarazo y foliculitis del embarazo. Presentamos una embarazada de 35.1 semanas que mostró lesiones en piel pruriginosas, extensas y numerosas. El diagnóstico clínico, el cual fue demostrado a través de la biopsia de piel, fue penfigoide gestacional. Se trató con prednisona 40 mg diarios con respuesta muy favorable al séptimo día, permaneciendo con una dosis de mantenimiento 5 mg de prednisona hasta el fin del término de la gestación.

Palabras clave: Dermatosis específicas del embarazo; Penfigoide gestacional; Erupción polimorfa del embarazo

Abstract

Pregnancy dermatoses are a group of disorders that occur as a consequence of immunologic and metabolic changes in pregnant women. These disorders are classified in four defined groups: herpes gestationis or pemphigoid gestationi, polymorphic eruption of pregnancy, prurigo of pregnancy and pruritic folliculitis of pregnancy. We presented a young-pregnant-woman of 35.1 weeks of pregnancy, who showed pruritic, extensive and numerous skin lesions. The clinical diagnosis which was demonstrated through the biopsy of skin was pemphigoid gestationi. She was treated on 40 mg daily oral of prednisone and it showed an excellent evolution to the seventh day, remaining with a maintenance dose of 5 mg of prednisone until the end of the pregnancy.

Key words: Pregnancy specific dermatoses; Pemphigoid gestationi; Polymorphic eruption of pregnancy

Introducción

Durante el embarazo se producen una serie de modificaciones vasculares, endocrinas, metabólicas e inmunológicas que hacen a la mujer embarazada especialmente susceptible a un grupo de cambios cutáneos, tanto fisiológicos como patológicos. Las dermatosis del embarazo se presentan como consecuencia de estas alteraciones. La afectación cutánea en una mujer embarazada puede ser consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo, de enfermedades exacerbadas durante dicho período, de enfermedades que solamente se presentan durante la gesta-

ción y de las que son específicas del embarazo.¹

Cuando se habla de dermatosis específicas del embarazo en sentido estricto, nos referimos a aquellas enfermedades dermatológicas con características peculiares y que han sido descritas mayoritariamente durante el embarazo o el postparto inmediato. Las dermatosis específicas del embarazo descritas hasta la actualidad son: herpes gestationis (HG) o penfigoide gestacional (PG), erupción polimorfa del embarazo (EPE), prurigo del embarazo (PE) y la foliculitis del embarazo (FE).^{2,3}

Caso clínico

Presentamos una paciente de 34 años de edad que acude al Hospital General Docente Iván Portuondo con un embarazo de 35.1 semanas y extensas lesiones en piel, que producto de la magnitud, tamaño, extensión y aspecto de las lesiones se decide admitir en la sala de cuidados intensivos para aislamiento y seguimiento estricto de la gestante (vigilancia intensiva).

Historia obstétrica de G3P1A1 que al interrogatorio refiere que tres días antes de acudir al hospital le comenzaron a salir lesiones en el abdomen con enrojecimiento de la piel, ampollas y prurito intenso, las cuales se extendían y no mejoraban con antihistamínicos y dieta indicados por la especialista de atención primaria. Producto del empeoramiento de las lesiones, decide acudir a nuestro hospital.

Examen físico de la piel y las mucosas se observó: erupción polimorfa diseminada que respetaba las mucosas, cuero cabelludo y genitales, caracterizadas por la presencia de ampollas resisten-

tes, múltiples, variadas en forma y tamaño, que descansaban sobre una base eritematosa siendo más evidentes alrededor del ombligo y miembros, además de presentar algunas pápulas, pústulas y erosiones (Imágenes Grupo A. Figuras 1, 2 y 3).

Después de la discusión colectiva interdisciplinaria con las especialidades de Medicina Intensiva, Dermatología, Medicina Interna, Obstetricia-Ginecología, Anatomía Patológica, Imagenología, entre otras, se decide como principal hipótesis diagnóstica en herpes gestationis o penfigoide gestacional, mientras se descartaban por medios complementarios otras opciones diagnósticas, realizándose toma de muestra de piel (biopsia por ponche) y estudio histopatológico.

Se comienza tratamiento con 40 mg de prednisona oral y baños emolientes de arroz. Evolutivamente, al tercer día, dejaron de aparecer lesiones nuevas y al séptimo día ya las lesiones estaban en forma de costras, descamadas y se-

cas (Imágenes Grupo B. Figuras 4, 5 y 6), lo que permitió comenzar a reducir la dosis oral del esteroide, con un mantenimiento de 5 mg al día hasta el término del embarazo. Se confirma, al cuarto día de ingreso hospitalario, el diagnóstico de penfigoide gestacional por el servicio de Anatomía Patológica

(Imágenes Grupo C. Figuras 7, 8). A las 39,5 semanas se le practicó parto eutócico con un recién nacido en perfecto estado de salud perinatal, presentando al segundo día de vida extrauterina, lesiones vesiculares muy pequeñas las cuales resolvieron con baños emolientes.

Discusión

El herpes gestationis o penfigoide gestacional fue descrito por vez primera por Milton en 1872,³ consistiendo en una erupción vesículo-ampollosa que cursa con un prurito intenso, pudiendo aparecer en cualquier momento del embarazo, pero con mayor frecuencia en el segundo trimestre. Afecta a una de cada 10.000 embarazadas.^{4,5}

La erupción, que se presenta muchas precedida por pródromos de fiebre y cefalea, se extiende generalmente de forma simétrica por el tronco (periumbilical) y las extremidades, soliendo respetar las mucosas. Generalmente está formada por placas eritematosas, muy pruriginosas y recidivantes, que evolucionan a vesículas tensas, grandes, transparentes, de aspecto penfigoide y a veces contenido serohemorrágico. Suelen ser resistentes pero las lesiones acaban por romperse y dar lugar a una erosión en la piel, que se transforma en costra posteriormente. Curan sin dejar cicatriz, presentando en ocasiones un área hiperpigmentada.⁵⁻⁸

Durante la discusión interdisciplinaria del caso que se presenta, se tomaron

en consideración un grupo diverso y variado de diagnósticos diferenciales, resultando los más frecuentes: pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo la que se descartó ya que esta enfermedad no se acompaña de vesículas ni ampollas. El eritema multiforme, el que se descartó porque no se recogió el antecedente de herpes simple, ni de infecciones previas, además la "lesión en forma de diana" caracteriza dicha enfermedad, no encontrándose en la paciente. La dermatitis herpetiforme, la cual se descartó debido a que esta entidad presenta localizaciones simétricas y típicas, donde las vesículas son muy difíciles de observar ya que se encuentran escoriadas habitualmente y además el prurito se acompaña de ardor.

Por tanto; se realizó como primer planteamiento nosológico el penfigoide gestacional, una dermatosis propia del embarazo, en forma ampollar subepidérmica rara, pruriginosa, polimorfa e inflamatoria que se presenta en el embarazo y en el periodo post-parto.

Referencias Bibliográficas

1. Lawley TJ, Herz KC, Wade TR. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. JAMA 1979; 241: 1696.

2. Alcalay J, Wolf JE Jr. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: the enigma and the confusion (editorial). *J Am Acad Dermatol* 1988; 19: 1115-6.
3. Noguera Tusquets X. Dermopatías durante la gestación. *Jano* 1989; 36: 93-8.
4. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan Jones SA, et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-centre study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:395-404.
5. Sánchez-Méndez JI, López-Rodríguez MJ. Manejo del prurito durante el embarazo. *MEDIFAM* 2001;11(4): 187-93.
6. Semkova K, Black M. Pemphigoid gestationis: Current insights into pathogenesis and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Aug;145(2):138-44.
7. Kroumpouzou G, Cohen L. Specific dermatoses of pregnancy: an evidence-based systematic review. *AJOG*. 2003; 188: 1083-92.
8. Doblas PA, et al. Transtornos dermatológicos y gestación. En *Clin Invest Obst* 2002: 254-6.

¹Especialista de Primer Grado en Dermatología y MGI. Máster en Ciencias. Profesora Asistente.

²Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencia. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna y MGI. Máster en Ciencias. Profesor Asistente.

³Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Ciencias. Profesora Instructora.

⁴Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Profesora Instructora.

Los autores no declaran conflicto de interés y que participaron de manera equitativa en la recolección de los datos y la confección del manuscrito.

Enviado: 23 de abril de 2016

Aprobado: 14 de junio de 2016

Iliana Acosta Álvarez. Universidad de Ciencias Médicas de Artemisa. Hospital General Docente Iván Portuondo. San Antonio de los Baños. Cuba. E-mail: saludsab@infomed.sld.cu

Imágenes



Imágenes Grupo A. Antes del tratamiento con esteroide oral. Figuras 1, 2 y 3



Figura 1. Lesiones típicas periumbilical del HG



Figura 2. Lesiones en abdomen y extremidades



Figura 3. Lesiones por vasculitis inmunológica en el curso HG

Imágenes Grupo B. Después del séptimo día de tratamiento con esteroide oral. Figuras 4, 5 y 6



Figura 4. Lesiones con costras en abdomen



Figura 5. Lesiones hiperpigmentadas en resolución



Figura 6. Resolución de las lesiones sin signos de vasculitis

Imágenes Grupo C. Diagnóstico histopatológico del HG. Figuras 7, 8

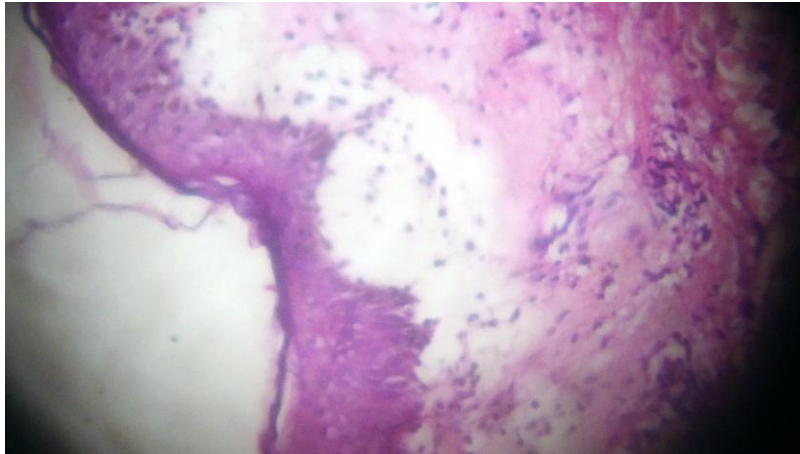


Figura 7. Epidermis con moderada espongiosis y edema de la dermis.

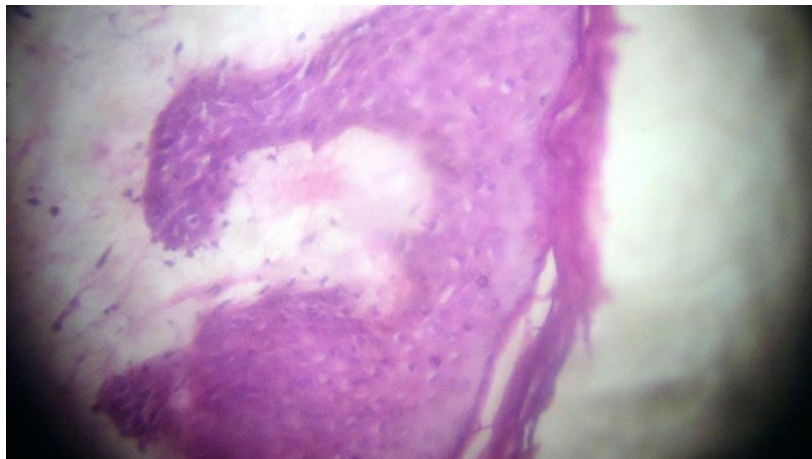


Figura 8. Ampollas subepidérmicas y moderado infiltrado inflamatorio perivascular superficial de linfocitos y eosinófilos.