

Dermatosis pustular en embarazada

Pustular Dermatitis in Pregnant Woman

Verónica Olvera-Cortés,¹ Nancy Pulido-Díaz¹ y Marissa de Jesús Quintal-Ramírez¹

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México

Historia clínica

Paciente de 24 años de edad, cursa su primer embarazo, de 33 semanas. Con diagnóstico de psoriasis desde hace 10 años, menciona un cuadro de un mes de evolución, con presencia de máculas eritematosas con superficie escamosa, con posterior aparición de pústulas que afectan la cara, el tórax, el abdomen y las extremidades superiores e inferiores, acompañadas de prurito intenso. Sin fiebre ni malestar general.

Exploración física

Se observa una dermatosis generalizada que afecta la cara, el cuello, el tórax anterior y posterior, el abdomen, los glúteos y las extremidades superiores e inferiores. Constituida por placas eritematoescamosas de bordes circinados y bien definidos, con múltiples pústulas milimétricas, confluentes, no flácidas (figura 1).

No se encuentra daño en la piel cabelluda, las palmas, las plantas, la región periumbilical y las mucosas, tampoco en las uñas.

Exploraciones complementarias

Se le practicó biopsia de piel de la pierna derecha, la cual mostró una pústula subcorneal con hiperplasia psoriasiforme de la epidermis, un infiltrado inflamatorio linfocítico perivascular superficial, con discreta ectasia vascular y adelgazamiento suprapapilar. No se identificaron eosinófilos ni microorganismos (figura 2).

La biometría hemática, electrolitos séricos y pruebas de función hepática sin alteraciones

Se le diagnosticó psoriasis pustulosa generalizada del embarazo.

Evolución

Se comenzó tratamiento sistémico con prednisona 60 mg cada 24 horas. Presentó mejoría del cuadro y se redujo el esquema de dosis (figura 3). Cursó el embarazo hasta la semana 37, con nacimiento del bebé sin complicaciones. Actualmente continúa en seguimiento, sin recaídas.

Comentario

La psoriasis pustular generalizada es una dermatosis inflamatoria severa, caracterizada por placas eritematosas cubiertas de pústulas. Durante el embarazo se conoce como psoriasis pustular generalizada del embarazo.¹

En 1872 Von Hebra la denominó impétigo herpetiforme, y la describió como una erupción pustular circinada en cinco mujeres embarazadas.²

Aparece en la segunda mitad del embarazo, durante el tercer trimestre. Se han reportado casos con un inicio más temprano (primer trimestre) o después del parto.³

Recorre en los embarazos siguientes con un inicio más temprano y agresivo, y en algunos casos durante la menstruación o por el uso de anticonceptivos orales.⁴

Su etiología es desconocida, se ha sugerido que los estrógenos podrían actuar como desencadenantes de una respuesta inmunológica similar a la de la psoriasis pustulosa generalizada. En ambas existe un déficit de SKALP (antileucoproteína derivada de la piel) que produce migración de neutrófilos a la epidermis. Durante el embarazo hay un aumento de citoquinas que estimulan la producción de IL-36, promoviendo la quimiotaxis de neutrófilos. La mutación del gen IL36RN (codifica antagonista de IL-36R) no contrarresta la quimiotaxis, lo que conlleva a una inflamación. Otros desencadenantes son:

CORRESPONDENCIA

Dra. Verónica Olvera Cortés ■ dra.veronica.olvera@gmail.com ■ Teléfono: 55 1681 9070
Calle Seris s/n, La Raza, C.P. 02990, Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México

aumento de la progesterona, hipocalcemia o hipoparatiroidismo posttiroidectomía.⁴

Empieza en áreas intertriginosas y se extiende de forma centrífuga, sin embargo, también puede iniciar en el abdomen.²

Las lesiones son parches eritematosos con pústulas estériles en los márgenes, que se erosionan y forman costras. Evoluciona a descamación e hiperpigmentación subsecuente.⁵

Las mucosas pueden verse involucradas con lesiones erosivas o circinadas. Es posible que las pústulas subungueales resulten en onicolisis.⁵

En casos severos puede evolucionar a eritrodermia, con complicaciones como infección materna secundaria y sepsis.¹

En el 80% de los casos se asocia a manifestaciones sistémicas: mal estado general, fiebre, taquicardia, diarrea, deshidratación, convulsiones y tetania por hipocalcemia.⁴

El diagnóstico diferencial se debe realizar con pustulosis exantemática aguda generalizada (PEGA).

Es difícil distinguir entre ambas dermatosis dada la similitud histológica y la ausencia de antecedentes de psoriasis en ambas. La distribución no anular de las pústulas y la falta de hiperpigmentación postinflamatoria significativa, la ausencia de acantosis y papilomatosis favorecen la PEGA.²

En la mayoría de los casos la madre y el feto están en peligro. Es más severo el daño en el feto principalmente por insuficiencia placentaria. Los mayores riesgos fetales son muerte al nacer, óbitos y anomalías.⁶



Figura 1. Dermatosis compuesta por placas eritematoescamosas con múltiples pústulas en su superficie.

Los esteroides sistémicos se consideran el estándar de oro. El esquema más común es prednisona a 15-30 mg/día, hasta 80 mg/día en casos refractarios.⁶

La ciclosporina representa una alternativa cuando hay resistencia a los esteroides o como agente ahorrador. A pesar de la transferencia materna, parece que es segura. Se recomienda el uso de la menor dosis y monitoreo del feto, ya que existe una pequeña posibilidad de ruptura prematura de membranas.⁶

En la mayoría de los casos se puede esperar la regresión total después del parto.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Flynn A, Burke N, Byrne B, Gleeson N, Wynne B y Barnes L, Two case reports of generalized pustular psoriasis of pregnancy: different outcomes, *Obstet Med* 2016; 0(0):1-5.
2. Goldberg-Green M, Bragg J, Rosenman MKS y Keltz-Pomeranz M, Pustular psoriasis of pregnancy in a patient whose dermatosis showed features of acute generalized exanthematous pustulosis, *Int J Dermatol* 2009; 48:299-303.
3. Roth MM, Pregnancy dermatoses diagnosis, management, and controversies, *Am J Clin Dermatol* 2011; 12(1):25-41.
4. Lipovetzky J, Poggio N, Neglia MV, Trila C y Abeldaño A, Impétigo herpetiforme (psoriasis pustulosa del embarazo): comunicación de un caso, *Piel* 2017; 32(4):242-53.
5. Oumeish OY y Parish JL, Impetigo herpetiformis, *Clin Dermatol* 2006; 24:101-4.
6. Patsatsi A, Theodoridis TD, Vavilis D, Tzeveleki V, Kyriakou A, Kalablikis D et al, Cyclosporine in the management of impetigo herpetiformis: a case report and review of the literature, *Case Rep Dermatol* 2013; 5:99-104.

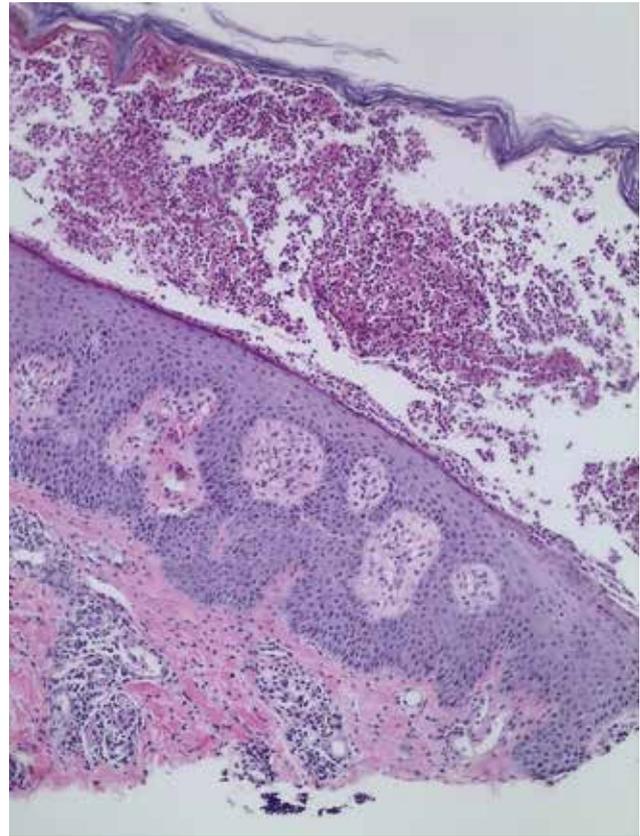


Figura 2. Biopsia de piel con pústula subcorneal con presencia de hiperplasia psoriasiforme en la epidermis (H-E, 10x).



Figura 3. Desaparición de pústulas posterior al esquema de esteroide sistémico. Únicamente placas hiperpigmentadas residuales.