

Dermatosis del embarazo. Estudio en 36 pacientes

Carolina Chanussot,¹ Roberto Arenas,¹ Alejandro Hernández-Monge,² Aldelmo Eloy Reyes Pablo²

RESUMEN

Antecedentes: Durante el embarazo las dermatosis que se presentan se dividen en: cambios fisiológicos, dermatosis específicas y dermatosis exacerbadas por el embarazo. **Objetivos:** Estudiar las dermatosis que se presentan en las pacientes embarazadas en un hospital de segundo nivel y con una clínica dedicada a embarazos de alto riesgo. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, de pacientes con algún problema de piel y/o anexos en cualquier edad gestacional o en puerperio inmediato, que acudieron a la consulta externa de Obstetricia o estuvieron internadas en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", de junio del 2005 a febrero del 2006. **Resultados:** Se revisaron 400 pacientes embarazadas, de las cuales 36 (9%) presentaron una dermatosis. El promedio de edad fue de 24.4 años (rango 15-39 años). Era su primer embarazo en 21 (58.3%), segundo en 6 (16.7%), tercero en 7 (19.4%) y cuarto en 2 pacientes (5.6%). Las dermatosis predominaron en el tercer trimestre, 25 pacientes (69.4%), 7 (19.4%) en el segundo, 3 pacientes (8.3%) en el primer trimestre y sólo una paciente se encontraba en el puerperio inmediato. Las dermatosis que presentaron fueron: acné en 6 pacientes (16.7%), erupción polimorfa del embarazo o "pápulas urticariformes y placas pruriginosas del embarazo" y la dermatitis por contacto en 5 pacientes cada una (13.9%). También se observaron: prurito, varicela, xerosis y gran variedad de dermatosis virales, micóticas y otras. **Conclusiones:** Las dermatosis del embarazo se presentan fundamentalmente en el tercer trimestre y pueden ser dermatosis propias del embarazo, asociadas o exacerbadas por el embarazo.

Palabras clave: Embarazo, dermatosis.

ABSTRACT

Background: Cutaneous changes in pregnancy can be physiological, specific or worsening dermatological changes due to pregnancy. **Objectives:** To study dermatological changes during pregnancy observed in a second level hospital and in a clinical department of high risk pregnancy. **Methodology:** A descriptive, prospective, and transversal study of patients with any dermatological disease and at any gestational period or in immediate puerperal period of the patients observed at the obstetric external consultation or in the Hospital General "Dr. Manuel Gea González" from June 2005 to February 2006. **Results:** We observed 400 patients and only 36 (9%) presented a dermatological condition. The average age range was 24.4 years (ranged from 15 to 39 years). The patients were in the first pregnancy in 21 (58.3%); at the second in 6 (16.7%), at the third one in 7 (19.4%) and 2 patients were in the fourth (5.6%). Dermatological diseases were observed in the third trimester in 25 patients (69.4%), 7 were in the second (19.4%) and 3 (8.3%) in the first one, only one case was observed just after delivery. We observed acne in 6 cases (16.7%), polymorphic eruption of pregnancy or "papules and plaques urticariformes or pregnancy" contact dermatitis in 5 cases of each (13.9%). We also observed varicella, pruritus, xerosis and a wide range of dermatological diseases as viral mycotic and others. **Conclusions:** Dermatological diseases during pregnancy are observed mainly in the third trimester and can be related with this condition or can be worsened by pregnancy.

Key words: Pregnancy, dermatological diseases.

¹ División de Dermatología.

² Subdirección de Gineco-Obstetricia. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Correspondencia:

Dr. Roberto Arenas. Sección de Micología, División de Dermatología. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, 14000, Delegación Tlalpan, México, D. F. Tel. 56 65 35 11 Ext. 241.

ANTECEDENTES

Durante el embarazo, debido a cambios creados por el estado grávido (inmunológicos, endocrinos, metabólicos y vasculares) ocurren múltiples cambios cutáneos. Como consecuencia de ellos se presentan las dermatosis del embarazo que se dividen en tres grandes grupos:

cambios cutáneos fisiológicos, dermatosis específicas del embarazo y dermatosis exacerbadas por el embarazo.¹ Entre los cambios fisiológicos encontramos: hiperpigmentación, (aréola, piel genital y línea alba), melasma, hirsutismo, cambios en las uñas, aumento en la actividad de las glándulas ecrinas, disminución en la producción de las glándulas apocrinas, aumento en la actividad de las glándulas sebáceas, estrías de distensión y cambios vasculares (angioma) en araña, eritema palmar, edema facial, varicosidades en las piernas, inestabilidad vasomotora, dermografismo, edema e hiperemia de las encías.

Las dermatosis específicas del embarazo comprenden a la erupción polimorfa del embarazo o pápulas y placas urticariformes y pruriginosas del embarazo (PUPPE), penfigoide gestacional, prurigo del embarazo, foliculitis pruriginosa del embarazo, impétigo herpetiforme y prurito colestásico intrahepático del embarazo.

Recientemente se ha propuesto agrupar al prurito gestacional, la erupción polimorfa del embarazo, el eccema atópico del embarazo y la colestasis intrahepática del embarazo en un gran grupo denominado eccema atópico del embarazo.²

El tercer grupo está formado por las dermatosis que se exacerbaban durante el embarazo como los trastornos inflamatorios tipo el eccema atópico, acné, urticaria, liquen plano, eritema nudoso; algunos procesos infecciosos virales (herpes simple, herpes zoster, condilomas), bacterianos (impétigo, tricomoniasis, lepra), micóticos (candidosis, foliculitis por *Malassezia sp*) y el SIDA. También se exacerbaban los procesos autoinmunes, así como las enfermedades metabólicas (porfiria cutánea tarda), y los tumores cutáneos (granuloma piógeno, hemangiomas, dermatofibroma, nevos, melanoma maligno).¹

El objetivo del presente trabajo fue estudiar las dermatosis que se presentaron en las pacientes embarazadas en un hospital de segundo nivel y con una clínica dedicada a embarazos de alto riesgo.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal en el que se incluyeron a todas las pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional, o en el puerperio inmediato, que acudieron a la consulta externa de obstetricia o que estuvieron hospitalizadas en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y que presentaron un problema de piel y/o anexos. El diagnóstico fue clínico.

Cuando se consideró necesario, se procedió a toma de biopsia para el estudio histopatológico de la dermatosis, o a toma de examen directo y cultivo, en caso de sospechar una micosis. Se excluyeron las pacientes que presentaban cambios cutáneos fisiológicos como hiperpigmentación, melasma, estrías de distensión y cambios vasculares como varicosidades venosas.

RESULTADOS

El estudio se realizó de junio del 2005 a febrero del 2006. Se revisaron 400 pacientes embarazadas, de las cuales 36 (9%) presentaron una dermatosis.

El promedio de edad fue de 24.4 años (rango: 15 a 39 años). Para la mayoría de las pacientes se trataba de su primer embarazo: 21 pacientes (58.3%); en 6 (16.7%) era el segundo embarazo, en 7 (19.4%) el tercero y 2 pacientes (5.6%) estaban esperando su cuarto bebé.

Las afecciones cutáneas predominaron en el tercer trimestre del embarazo, ya que 25 pacientes (69.4%) se encontraban en este periodo, siete (19.4%) estaban en el segundo trimestre y 3 (8.3%) en el primer trimestre; una paciente se encontraba en el puerperio inmediato. Las dermatosis que presentaron las pacientes están resumidas en el *cuadro I*.

El acné (AC) fue la dermatosis más frecuentemente encontrada. Se detectó en 6 pacientes (16.7%); cuatro tenían entre 17 y 18 años, una paciente tenía 27 años y la otra 28. Las 6 pacientes tomaban vitaminas y habían empezado con la dermatosis en el primer trimestre del embarazo (3 estaban en el segundo trimestre y 3 estaban en el tercero). La dermatosis se

Cuadro I. Diagnósticos realizados en pacientes embarazadas.

Diagnóstico	Número de pacientes
Acné	6
Erupción polimorfa del embarazo	5
Dermatitis por contacto	5
Prurito	3
Varicela	2
Eccema por xerosis	2
Resto*	13
Total	36

* Dermatosis con un caso cada una: Granuloma anular, tiña de la ingle, pitiriasis versicolor, herpes simple, herpes zoster, hipertrichosis, escabiosis, queratosis pilar inflamada, urticaria, púrpura, piel de naranja, absceso en mama, picadura por insectos.

localizaba en cara en 5 pacientes; en una paciente había además lesiones en tórax y espalda, constituida por comedones, pápulas y pústulas.

En segundo lugar se ubicaron la erupción polimorfa del embarazo (EPE) o "pápulas urticariformes y placas pruriginosas del embarazo" (PUPPE) y la dermatitis por contacto (DC). Ambas se diagnosticaron en 5 pacientes (13.9% cada una). Las 5 pacientes con EPE tenían entre 15 y 38 años y se encontraban en el tercer trimestre del embarazo (más de 35 semanas de gestación); tres cursaban el primer embarazo y 2 el tercero. La dermatosis era diseminada a abdomen, alrededor de las estrías (donde iniciaba) y muslos, en ocasiones afectaba antebrazos. Las morfologías más frecuentemente observadas fueron placas urticariformes, después pápulas y costras hemáticas (Figuras 1 y 2). Una paciente de 38 años, gesta 3, presentaba una dermatosis generalizada que respetaba cara, palmas, plantas, espalda y presentaba placas urticariformes, algunas con centro violáceo y pústulas. La paciente tenía antecedente de ingesta de clindamicina 6 días previos por una infección de vías urinarias. Se realizó una biopsia con los diagnósticos presuntivos de erupción polimorfa del embarazo, a descartar eritema multiforme secundario a fármacos. El estudio histopatológico fue compatible con la erupción polimorfa del embarazo.

Las 5 pacientes con dermatitis por contacto presentaban una dermatosis localizada, frecuentemente a abdomen o diseminada a axilas, tronco y extremidades, caracterizada por eritema y pápulas eritematosas. En tres pacientes la dermatitis se debió al uso de cremas populares, en una paciente al desodorante y en otra al jabón de tocador.

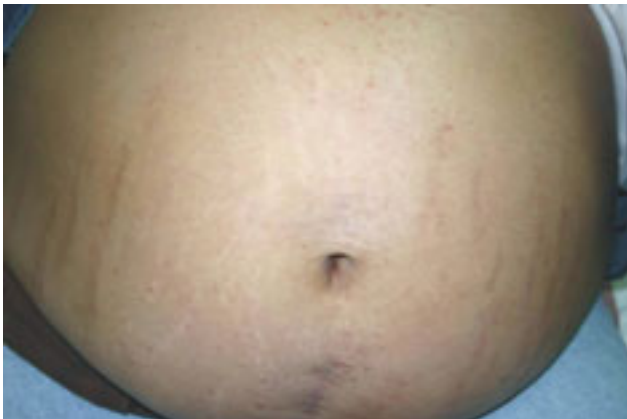


Figura 1. Hiperpigmentación y estrías.

Tres pacientes consultaron por prurito sin presentar lesiones en piel. En una paciente se asoció al desarrollo de estrías, en otra se atribuyó a la xerosis y en la tercera se reportó un prurito leve inespecífico (se eliminó la posibilidad de colestasis del embarazo con estudios de laboratorio).

En una paciente de 25 años, gesta 1, se presentó una dermatosis diseminada a abdomen, tórax y cuello caracterizada por múltiples manchas hipo e hiperpigmentadas, bien delimitadas, con escama fina en la superficie. La paciente tenía el antecedente de aplicarse aceite de bebé en estas áreas. Tomaba haloperidol por esquizofrenia. Se tomó un examen directo con cinta adhesiva y se preparó la muestra con tinta parker azul observándose en el microscopio múltiples esporas y filamentos cortos. Se confirmó el diagnóstico de pitiriasis versicolor.

Otra paciente de 35 años presentó una dermatosis diseminada a las ingles, caracterizada por placas eritematosas con escamas finas en la superficie y el borde activo. Se tomó un examen directo y se observaron las escamas con hidróxido de potasio al 10%; se evidenciaron filamentos fúngicos. El cultivo mostró *Trichophyton rubrum*. Se realizó el diagnóstico de tiña de la ingle.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, las dermatosis más frecuentemente encontradas en las pacientes embarazadas fueron el acné, seguido por la erupción polimorfa del embarazo y dermatitis por contacto. El EPE fue la única dermatosis específica del embarazo que diagnosticamos.



Figura 2. Pápulas y placas pruriginosas del embarazo.

El acné inició en el primer trimestre del embarazo en todas nuestras pacientes. Hubo cuatro pacientes entre 17 y 18 años, una paciente de 27 y otra de 28 años. Esta dermatosis fue frecuente (16.7%), sin embargo, en otro estudio en 200 pacientes con dermatosis del embarazo sólo 3 pacientes tuvieron AC.³

Durante el embarazo existe un incremento en la actividad de las glándulas sebáceas, lo que puede favorecer la aparición del acné o su exacerbación, aunque en ocasiones esta dermatosis puede mejorar en el embarazo. Los estrógenos tienen un efecto antagonista de los andrógenos a nivel de la glándula sebácea e inhiben su producción, de manera indirecta, aumentando la síntesis de la proteína transportadora de testosterona y disminuyendo el nivel de testosterona libre que penetra en la glándula sebácea. Sin embargo, en el embarazo, la acción de los estrógenos sobre la glándula sebácea es bloqueada o existe un potente estímulo sebotrónico.^{4,5}

Otro factor que favorece la aparición de acné es el empleo de vitaminas durante el embarazo, principalmente las vitaminas del complejo B.⁶

La EPE fue la segunda dermatosis más frecuentemente diagnosticada en las pacientes embarazadas y la única dermatosis propia del embarazo que observamos en nuestro estudio. En la literatura también se reporta como la dermatosis específica del embarazo más frecuente con una incidencia de 1:160 a 1:300 mujeres.¹ La causa es desconocida. Todas las pacientes se encontraban en el tercer trimestre y para 3 pacientes era su primer embarazo. Nuestros hallazgos son similares a lo reportado en la literatura: la EPE es una enfermedad de primigestas (42%), sobre todo en embarazos múltiples y en el tercer trimestre entre la semana 35 y 39 de gestación (79%).^{7,8} Las lesiones iniciales aparecen en las estrías y posteriormente se diseminan a antebrazos, muslos y región glútea. La cara generalmente no se afecta aunque se han reportado casos.^{9,10} Característicamente se observan pápulas urticariformes y placas aunque se pueden encontrar otras lesiones elementales como vesículas. Aronson y cols. estudiaron 57 pacientes con EPE y establecieron la siguiente clasificación: tipo I, constituido por pápulas urticariformes y placas (40.3%), tipo II por eritema, pápulas y vesículas (43.85%) y el tipo III combina hallazgos clínicos del tipo I y II (15.7%);⁸ entre estas pacientes, 3 tuvieron lesiones "en blanco de tiro" como en el eritema multiforme, sin embargo, se descartó este diagnóstico con el estudio histopatológico.⁸

Una de nuestras pacientes presentó estas lesiones sugestivas de eritema multiforme y se realizó un estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. Incluso en la EPE, las palmas y plantas pueden afectarse hasta en un 16% de los casos, dificultando más el diagnóstico diferencial con eritema multiforme.⁷

El diagnóstico diferencial de la EPE se realiza con dermatitis por contacto, erupción por medicamentos, erupción viral y pitiriasis rosada. En nuestro grupo no se encontraron enfermedades asociadas a esta dermatosis aunque en la literatura se ha reportado el antecedente de asma bronquial y tratamiento médico con teofilina.⁸

En la EPE no existen anomalías de laboratorio y no se asocia a morbimortalidad fetal.⁸ A la histología se observa un infiltrado linfocítico perivascular inespecífico con eosinófilos en la dermis. En ocasiones hay espongiosis con vesículas espongióticas en la dermis y en la epidermis.⁸ La inmunofluorescencia directa es negativa.³ El tratamiento es a base de emolientes y antihistamínicos vía oral, con o sin corticosteroides tópicos de potencia moderada; ocasionalmente se requiere un corticosteroide sistémico.³ La DC fue frecuente en pacientes embarazadas, al igual que en pacientes no embarazadas. En estas pacientes puede estar favorecido por el empleo de cremas diferentes debido a la preocupación por prevenir las estrías. El prurito del embarazo es frecuente, pero sólo lo presentó una de nuestras pacientes; en el resto de pacientes con este síntoma no se trató de prurito del embarazo ya que se asoció a xerosis y a estrías; es multifactorial, puede estar relacionado a una disfunción hepática inducida por los estrógenos en una paciente genéticamente predispuesta.^{1,2} Existe un mayor riesgo en embarazos gemelares. Las pruebas de función hepática muestran elevación de las enzimas hepáticas aunque pueden no alterarse como en el caso de nuestra paciente. Se presenta, en promedio, a las 29 semanas de gestación (nuestra paciente tenía 32). En la piel se observan las huellas de rascado, predominantemente en los brazos, extremidades inferiores y tronco. El tratamiento consiste en emolientes tópicos, antihistamínicos vía oral y, en caso de prurito intenso, se recomienda colestiramina. El prurito desaparece a los 2 días después del nacimiento del bebé.¹¹ El pronóstico del bebé es reservado, con una morbimortalidad del 18%.¹¹

Una paciente presentó un cuadro de pitiriasis versicolor. Esta micosis es ocasionada por una levadura lipofílica: *Malassezia sp.* El incremento de la función

adrenocortical, así como la disminución en la respuesta inmune celular, pueden contribuir al desarrollo de la levadura. Además, el aumento en la actividad de la glándula sebácea ofrece un microambiente ideal a este microorganismo.¹²

En conclusión, encontramos diversas enfermedades de la piel en pacientes embarazadas, algunas relacionadas con el estado grávido, otras son coincidencia, por lo que sugerimos se realicen estudios en un mayor número de pacientes para poder conocer la frecuencia real de las dermatosis propias, asociadas o exacerbadas por el embarazo.

REFERENCIAS

1. Vaughan JS, Munro BM. Pregnancy dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:233-41.
2. Ambros RC, Mullegger R, Vaughan JS. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:395-404.
3. Vaughan JS, Hern S, Nelson PC. Prospective study of 200 women with dermatoses of pregnancy correlating clinical findings with hormonal and immunopathological profiles. *Br J Dermatol* 1999;141:71-81.
4. Elling S, Powell F. Physiological changes in the skin during pregnancy. *Clin Dermatol* 1997;15:35-43.
5. Bachelez H, Basset SN, Crickx B. Les grandes fonctions de la peau. *Ann Dermatol Venerol* 2005;132:8S49-68.
6. James W. Acne. *N Engl J Med* 2005;352:1463-72.
7. High W, Hoang M, Miller M. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy and extensive palmoplantar involvement. *Obstet Gynecol* 2005;105:1261-64.
8. Aronson I, Bond S, Fiedler V. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: clinical and immunopathologic observations in 57 patients. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:933-39.
9. Alcalay J, David M, Sandbank M. Facial involvement in pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:1048.
10. Carruthers A. Facial involvement in pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:302.
11. Roger D, Vaillant L, Fignon A. Specific pruritic diseases of pregnancy. *Arch Dermatol* 1994;130:734-39.
12. Heymann W, Wolf D. *Malassezia (Pityrosporum)* folliculitis occurring during pregnancy. *Int J Dermatol* 1986;25:49-51.