

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. César Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlin, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.
- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Investigadora independiente, Limón, Costa Rica.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario José María Cabral y Báez, República Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUIPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Trabajador independiente, Virginia, Estados Unidos.
- Bach. Luis Fernando Montero Bonilla, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL MÉDICA ESCULAPIO



50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Código postal 10108
Teléfono: 8668002
info@editorialmedicaesculapio.com

ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MÉDICOS DE AMÉRICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón.
Costa Rica - Código Postal: 70101

Teléfono: 8668002

sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Erupción polimórfica del embarazo: la dermatosis más común durante el embarazo

Polymorphic eruption of pregnancy: the most common dermatosis during pregnancy

¹**Dra. Michelle Mou Keng**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica.

 <https://orcid.org/0000-0001-5776-0033>

²**Dra. Adriana Araya Zúñiga**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0003-4995-0464>

³**Dra. Valeria Salazar Cedeño**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica.

 <https://orcid.org/0000-0001-8928-8079>

Recibido
28/03/2022

Corregido
14/04/2022

Aceptado
21/04/2022

RESUMEN

La erupción polimórfica del embarazo, también conocida como pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo, es la más común de todas las afecciones de la piel durante el embarazo. Es una dermatosis caracterizada por la aparición de placas y pápulas muy pruriginosas, por su evolución autolimitada y por su etiología desconocida. La erupción polimórfica del embarazo suele afectar a mujeres durante el último trimestre del embarazo, y menos frecuentemente, en el periodo posparto. La patogenia exacta no está bien dilucidada, y los hallazgos clínicos pueden ser variables, por lo que se debe hacer el diagnóstico diferencial con otras dermatosis. Su diagnóstico es clínico, y puede ser retador por la presentación heterogénea de la enfermedad. Al ser una patología autolimitada que no supone ningún riesgo ni para la madre ni para el feto, el tratamiento es sintomático.

PALABRAS CLAVE: enfermedades de la piel, prurito, complicaciones del embarazo, exantema.

ABSTRACT

Polymorphic eruption of pregnancy, also known as pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy, is the most common of all skin conditions during pregnancy. This dermatosis is characterized by the appearance of very pruritic plaques and papules, by its self-limited evolution and by its unknown etiology. Polymorphic eruption of pregnancy usually affects women during the last trimester of pregnancy, and less frequently, in the postpartum period. The exact



pathogenesis is not well elucidated, and the clinical findings can be variable, so the differential diagnosis with other dermatoses must be considered. Its diagnosis is clinical, and it can be challenging due to the heterogeneous presentation of the disease. Being a self-limited pathology that does not pose any risk to the mother or the fetus, treatment is symptomatic.

KEY WORDS: skin diseases, pruritus, pregnancy complications, exanthema.

¹Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED17232](#). Correo: michelle.mou97@gmail.com

²Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED17331](#). Correo: adrimeyo@gmail.com

³Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED17508](#). Correo: valeria.salazar10@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La erupción polimorfa del embarazo (EPE) es la enfermedad benigna de la piel más frecuentemente encontrada en personas embarazadas. A pesar de ser una patología inocua tanto para la salud de la madre como para la del feto, esta puede ser fuente de gran preocupación e incomodidad para la paciente gestante, por lo que conocer sus características principales, su clínica, y su abordaje es vital para facilitarle a las pacientes un diagnóstico oportuno y un manejo apropiado (1-3).

La EPE, anteriormente conocida como pápulas urticarianas pruriginosas y placas del embarazo (PUPPP), es una patología caracterizada por la aparición de pápulas eritematosas altamente pruriginosas que se fusionan para formar placas en la región abdominal, sin embargo, pueden extenderse a las extremidades. Esta fue considerada históricamente como una enfermedad del tercer trimestre del embarazo, y solo recientemente ha habido un incremento en los reportes de casos inusuales en el periodo postparto, que sugieren que la patología tiene una prevalencia mayor a la que se pensaba anteriormente (1,4,5).

A pesar de ser la dermatosis más común en mujeres embarazadas, el diagnóstico a menudo no es fácil ya que los síntomas pueden ser variables y pueden debutar

durante el período posparto. Por esta razón ha sido y continúa siendo una patología subdiagnosticada (1-3).

En esta revisión recopilamos y analizamos la información más reciente sobre la EPE para brindar una visión actualizada para su mejor entendimiento, diagnóstico, y manejo.

METODOLOGÍA

La presente consiste en una revisión bibliográfica de carácter descriptivo con el fin de presentar información actualizada sobre la erupción polimórfica del embarazo. Esta revisión fue confeccionada con artículos descargados de bases de datos disponibles en el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI), como Willey, Clinical Key, Springer, y ScienceDirect, y de información obtenida de bases de datos en línea como PubMed. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2017 y 2022. Se encontraron 23 artículos coincidentes, 15 de los cuales fueron utilizados.

Se incluyeron artículos que utilizaran palabras clave tales como: Dermatitis del embarazo, placas y pápulas del embarazo, y enfermedad polimórfica del embarazo; además, se incluyeron tanto revisiones de tema como reportes de caso en mujeres embarazadas a nivel mundial. Por otro lado

se excluyeron artículos publicados antes del año 2017, y aquellos en idiomas diferentes al inglés, español, o francés.

EPIDEMIOLOGÍA

La EPE es la dermatosis específica de la piel más frecuente durante el embarazo. Hasta el momento no se conoce exactamente su incidencia, sin embargo, se estima que se presenta en alrededor del 0.05% de todos los embarazos. Siendo más frecuente en los embarazos gemelares (2.9% a 16%) y aún más frecuente en trillizos (14% a 17%) (3,4). La EPE suele aparecer en el tercer trimestre de embarazo y resuelve rápidamente en las primeras semanas postparto, sin embargo, en ocasiones es posible que se presente posterior al parto (5).

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres primíparas y en los embarazos que involucran un mayor tamaño del abdomen materno, por ejemplo, en embarazos múltiples, polihidramnios o fetos macrosómicos (3,7). Otros factores de riesgo propuestos en la EPE pero que aún no han sido comprobados son: género fetal masculino, Rh negativo materno, ganancia excesiva de peso materno durante el embarazo y asociación familiar (3).

PATOGENIA

La etiología específica de la EPE aún se desconoce, sin embargo, se han propuesto múltiples teorías como la distensión abdominal, cambios hormonales, factores relacionados a la placenta y el rol del ADN fetal sobre las lesiones dermatológicas (7,8). La teoría más consistente hasta el momento es la teoría de la distensión abdominal, en la cual se propone que el estiramiento rápido y excesivo de la piel abdominal conduce a un daño del tejido conectivo, y que la exposición

de los antígenos del colágeno podría desencadenar una reacción de tipo alérgica en la piel, lo cual produce la erupción de la piel, a nivel de las estrías (7-9). En un estudio realizado en mujeres con EPE, se observó que, en el 90% de las pacientes estudiadas, la erupción cutánea se asociaba al daño del tejido conectivo de las estrías (7,9).

Otra de las teorías planteadas sugiere que el quimerismo periférico de depósitos de ADN fetal, el cual ocurre precisamente en el tercer trimestre de embarazo y favorece la vascularización de la piel y el daño del colágeno, podría ser el blanco de una reacción inmune. El mecanismo por el cual las lesiones se extienden y generalizan aún no está determinado, pero se cree que está relacionado a una reacción inflamatoria promovida por una reacción cruzada con el colágeno de la piel de aspecto normal y sano (7).

Asimismo, la EPE se ha relacionado a niveles elevados de progesterona, especialmente en las gestaciones múltiples, y también a una inmunoreactividad elevada de los receptores de progesterona durante la gestación (7). No obstante, aún no se cuenta con evidencia clara en cuanto al papel hormonal en la patogenia de esta condición (9).

CLÍNICA

La urticaria inicia principalmente de manera aguda durante el último mes de embarazo, por lo general a partir de la semana 35 de gestación, sin embargo, aunque no es lo usual, se puede presentar también en el puerperio, desde 2 días hasta 2 semanas posteriores al parto (5, 9).

Las lesiones consisten típicamente en placas y pápulas edematosas y eritematosas

que se localizan primeramente sobre el abdomen, principalmente sobre las zonas que presentan estrías (Ver **Figura 1**). Suelen presentar inicialmente una areola pálida circundante, y en ocasiones las lesiones pueden ser papulovesiculares. Un dato característico es que aunque la EPE se distingue por ser muy pruriginosa, es raro ver excoriaciones (2,3,7,9).

Hasta en un 50% de las pacientes es posible encontrar lesiones polimórficas, como por ejemplo lesiones en diana, en forma de ruedas policíclicas, ruedas anulares, vesículas, o bulas (2,5). En caso de que se presenten en forma en diana, se debe hacer el diagnóstico diferencial con eritema multiforme, aunque en este último caso, las lesiones suelen ser más dolorosas que pruriginosas (10).

Dichas lesiones pueden fusionarse para formar parches que pueden llegar a comprometer incluso todo el tegumento abdominal, sin embargo, una característica de la EPE es que suele respetar la región umbilical (5,11).

Con el pasar de los días, las lesiones se pueden extender a las nalgas, extremidades inferiores, y extremidades superiores, sin llegar a comprometer plantas, palmas, ni mucosas (5,8,11). Existen reportes de casos en los que las lesiones se presentaron únicamente en extremidades y no en abdomen, como es lo común; se dice que esto puede ocurrir hasta en un 55% de los casos. También hay informes de casos inusuales en los que las lesiones se limitaron a la región facial (5).

A pesar de que existen formas inusuales de presentación de la EPE, esta se puede clasificar en tres tipos principales dependiendo de las características de las lesiones. Se pueden dividir en (3,5):

- tipo I: Urticaria con pápulas y placas
- tipo II: Eritema sin urticaria, con pápulas, y/o vesículas
- tipo III: Una combinación de tipo I y tipo II

Ahora bien, también es posible clasificarlas dependiendo de su grado de extensión (8):

- Grado I: Las lesiones comprometen menos del 10% de la superficie corporal total.
- Grado II: Las lesiones comprometen hasta el 30% de la superficie corporal total.
- Grado III: Las lesiones se encuentran en más del 30% de la superficie corporal total.

Figura 1. Placas eritematosas en eritema polimorfo del embarazo en región abdominal



Fuente: Imagen de dominio público tomada de: Heykerriann. PUPPP 2007-05-06 left.jpg. Wikimedia. 2007. Consultado el 2022 Abr 1. Disponible en: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:PUPPP_2007-05-06_left.jpg

Al ser una enfermedad autolimitada, los síntomas suelen resolverse por completo en 4-6 semanas, y suelen ser intensos durante aproximadamente una semana (7,11,12). Aunque existen autores que refieren que el parto puede ser una medida terapéutica para acelerar el curso natural de la EPE, en general, no es aceptado que adelantar el parto el parto resuelva la sintomatología (2,12).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la EPE es clínico y se basa en la historia clínica y el examen físico (11). La presentación típica corresponde a la aparición de una erupción cutánea eritematosa y pruriginosa en las estrías abdominales que posteriormente se extiende al tronco y a los miembros inferiores proximales, respetando la región periumbilical (5,11). Típicamente se presenta durante el tercer trimestre de embarazo, con mayor frecuencia en el último mes de gestación (5). La histopatología cutánea no es específica y los exámenes de laboratorio no suelen presentar alteraciones características, por lo cual, ante una clínica característica de la EPE, no se requieren estos estudios para realizar el diagnóstico (11, 3).

Los exámenes adicionales se solicitan en caso de que haya sospecha de alguna otra condición específica (5,11). Dentro de los principales diagnósticos diferenciales de la EPE, se encuentran tres condiciones pruriginosas asociadas al embarazo: erupción atópica del embarazo (AEP), penfigoide gestacional (PG) y colestasis intrahepática del embarazo (ICP) (3,5). En algunas ocasiones, el eritema y las pápulas en la EPE pueden ser difíciles de diferenciar de las lesiones del penfigoide gestacional,

por lo que el estándar de oro para los casos de sospecha es la inmunofluorescencia directa, la cual estará negativa en el caso de la EPE (3, 5). Otras condiciones que pueden simular la EPE son urticaria, dermatitis de contacto, reacción medicamentosa o exantemas virales (5).

ABORDAJE

Es importante descartar en la mujer embarazada quien consulta por prurito o una erupción en piel, tanto condiciones preexistentes de la piel, por ejemplo, urticaria, psoriasis, erupciones por medicamentos, dermatitis por contacto, exantemas virales, escabiasis; así como dermatosis específicas del embarazo como son el EPE, PG, ICP y AEP (5,13).

Usualmente, en las pacientes con EPE, los laboratorios de rutina se van a reportar dentro de los límites de la normalidad (7).

Se recomienda, de manera adicional llevar un registro tanto del peso y crecimiento del feto, como del peso de la madre a lo largo del periodo de gestación, ya que existen reportes que sugieren correlación entre la EPE con peso materno (7,14).

TRATAMIENTO

Inicialmente se debe considerar el grado de discomfort generado por el prurito a la hora de elegir el tratamiento, ya que este es principalmente sintomático. Además, puede ser desafiante considerando los efectos adversos que podría presentar para el feto (6,7).

Dependiendo de la presentación de la enfermedad se recomienda utilizar corticosteroides tópicos de baja a moderada potencia para enfermedad leve y de alta potencia para enfermedad severa (3,13).

Asimismo, se puede adicionar a la terapia emolientes y preparaciones antipruríticas con mentol (3,5,6). La toma de baños fríos y el uso de ropa ligera de algodón como medidas generales pueden brindar un alivio adicional (7).

En casos severos se recomienda utilizar corticosteroides orales (20-60 mg/d) (1,3) en dosis decrecientes por 7-14 días (3). Se prefiere el uso de prednisona ya que existen enzimas placentarias que limitan su paso hacia el feto (11). El uso de corticosteroides orales representa un riesgo especialmente en el primer trimestre, ya que aumenta el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino, sepsis, hiperglicemia materna y paladar hendido en el feto (6), por lo tanto, se debe usar la menor dosis posible (15). El uso de corticosteroides durante la lactancia está permitido, sin embargo, se debe intentar programar las tomas para que se den 4 horas después de su administración, esto con el fin de minimizar las concentraciones de este medicamento en la leche materna (15).

Con el fin de disminuir el prurito se recomienda utilizar antihistamínicos de primera generación tales como clorfeniramina, hidroxicina y clemastina, ya que su uso parece ser seguro durante el embarazo y adicionado su efecto sedante pueden ser ventajosos, ya que ayudan a la paciente a conciliar el sueño mejor (3,13). Por otro lado, con respecto al uso de antihistamínicos no sedantes durante el embarazo, estos son poco recomendados (5).

En casos refractarios, especialmente, donde la terapia con corticosteroides falla, se puede utilizar ciclosporina (2-3mg/kg) debido a su efecto inmunosupresor, sin embargo, esta tiene importantes efectos secundarios

neurológicos, cardíacos, hepáticos y renales, siendo este último el más frecuente (6). Existen escasos reportes del uso de inhibidores del TNF-alfa como tratamiento seguro en pacientes con EPE (6).

También se ha descrito la terapia con inyecciones intramusculares de sangre entera autóloga para casos refractarios o en mujeres con hipersensibilidad hacia los fármacos de primera línea en la cual se han descrito efectos inmunomoduladores y de autocuración (6, 9). Su mecanismo aún no está definido, pero se cree que sea producto de una modificación de la respuesta inmune por mecanismo de auto sensibilización (9). Adicionalmente, se han documentado casos de éxito del uso fototerapia con UVB en pacientes con EPE (11).

En casos excepcionales que no responden a ninguna terapia, se ha requerido la terminación del embarazo como tratamiento de última línea (5,11).

COMPLICACIONES MATERNO - FETALES

La EPE es autolimitada y tiene resolución espontánea (5). En algunos casos los síntomas pueden mantenerse o empeorar después del parto, pero se resuelven dentro de los primeros días o semanas posparto. Durante este periodo puede aparecer una descamación fina sobre las zonas afectadas (3,15). Finalmente, las lesiones desaparecen completamente sin dejar cicatrices ni hiperpigmentación postinflamatoria (7).

Este padecimiento no representa ningún riesgo para la madre ni para el feto, inclusive si no se trata. El pronóstico fetal es normal y sin ninguna manifestación cutánea en el recién nacido (5,7).

Con respecto a la asociación entre la EPE y el incremento en el peso fetal o materno, está aún se encuentra en debate (5).

En raras ocasiones la EPE puede recurrir en embarazos subsecuentes, no obstante, se reporta que el cuadro es menos severo, se desarrolla en el primer o segundo trimestre y resuelve durante el periodo preparto (5), sin embargo, aún se requiere definir porqué se dan estas recurrencias y si pueden ser prevenidas (1).

CONCLUSIONES

La EPE es la dermatosis más frecuente durante el embarazo, la cual suele resolver fácilmente y sin complicaciones. Aunque es una patología que predomina en el tercer trimestre de embarazo, recientemente se ha visto un aumento en los casos puerperales, los cuales antes eran subdiagnosticados. Hasta el momento no se cuenta con un estudio específico para confirmar esta patología, por lo que su diagnóstico continúa siendo clínico. No obstante, debido a la posible heterogeneidad en la presentación clínica, se deben conocer las manifestaciones atípicas, tales como las lesiones en diana, anulares, en ruedas policíclicas, vesículas, y bulas; y aquellas que debutan no en abdomen sino en otras zonas del cuerpo. En estos casos no se debe descartar el diagnóstico de esta enfermedad. Ante la sospecha de otras posibles dermatosis pruriginosas, se recomienda realizar estudios específicos dirigidos a descartar patologías similares. El tratamiento de la EPE es principalmente sintomático, sin embargo se requiere ampliar en la investigación de terapias seguras durante el embarazo para casos refractarios. En cuanto al pronóstico, aún está pendiente definir si existe relación entre esta patología

y el aumento en el peso materno o fetal. Aunque la EPE es cada vez menos subdiagnosticada, es importante que el personal de salud se encuentre familiarizado con este padecimiento, ya que a pesar de que usualmente resuelve sin repercusiones, puede ocasionar malestar y ansiedad en la madre.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel P, Ashack KA, Aronson IK. Postpartum polymorphic eruption of pregnancy: An unusual presentation. *Int J Dermatol.* 2018 Jun 15;58(3):357–9. Consultado: el 2022 Mar 15. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijd.14084s>
2. Hills F. Connective tissue and dermatological conditions in pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2021 Jun;31(6):162–9. Consultado: el 2022 Mar 10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2021.04.004>
3. Brandão P, Sousa-Faria B, Marinho C, Vieira-Enes P, Melo A, Mota L. Polymorphic eruption of pregnancy: Review of literature. *J Obstet Gynecol.* 2017 Dic 14;1–4. Consultado: el 2022 Mar 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2016.1225019>
4. Brandão P, Portela-Carvalho AS, Melo A, Leite I. Post-partum polymorphic eruption of pregnancy. *Obstet Gynaecol Cases Rev.* 2018 Dic 31;5(6). Consultado: el 2022 Mar 11. Disponible en: <https://www.clinmedjournals.org/articles/ogcr/obstetrics-and-gynaecology-cases-reviews-ogcr-5-139.php?jid=ogcr>
5. Vadakkumpadam M, Abualiat A, Sabrah T. A review of literature of polymorphic eruption of pregnancy. *Int J Res Dermatol.* 2021 Abr;7(3):490. Consultado: el 2022 Mar 15. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol20211720>
6. Part M, Gulanova B, Simaljakova M. Polymorphic eruption of pregnancy – new therapeutic approach. *J Pregnancy Reprod.* 2017 Ene;1(2). Consultado: el 2022 Mar 14. Disponible en: <https://doi.org/10.15761/JPR.1000112>



7. Chouk C, Litaïem N. Pruritic Urticarial Papules And Plaques Of Pregnancy. 2021 Ago 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Ene-. PMID: 30969522. Consultado: el 2022 Mar 11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539700/>
8. Valle L. Dermatitis específicas de la embarazada (DEE). Propuesta de nueva clasificación. Rev Asoc Méd Argent. 2021 Jun;134(2). Consultado: el 2022 Mar 10. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-dermatosis-especificas-del-embarazo-actualizacion-articulo-13030352>
9. Rodríguez Alfaro A, Coghi Brenes A, Pacheco Chaverri M, Monge Villalobos A. Erupción Polimorfa del Embarazo. Cienc. Salud. 2022 Ene;5(6). Consultado: el 2022 Mar 10. Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i6.357>
10. Bohdanowicz M, Ghazarian D, Rosen CF. Targetoid form of polymorphic eruption of pregnancy: A case report. SAGE Open Medical Case Reports 2019 Ene - Dic;7:2050313X19882841. Consultado: el 2022 Mar 14. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2050313X19882841>
11. Bechtel MA. Pruritus in pregnancy and its management. Dermatol Clin 2018 Jul; 36(3):259-265. Consultado: el 2022 Mar 11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.02.012>
12. Proietti I, Bernardini N, Tolino E, Mambrin A, Balduzzi V, Marchesiello A, et al. Polymorphic eruption of pregnancy as a possible Covid -19 manifestation. Dermatologic Therapy. 2020 Set 3;33(6). Consultado: el 2022 Mar 11. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dth.14117>
13. Xie F, Somnidi-Damodaran S, Cantwell HM, Wyles SP, Wieland CN, Comfere NI, et al. Pemphigoid gestationis and polymorphic eruption of pregnancy in skin of color. Int J Dermatol 2022 Ene 22. Consultado: el 2022 Mar 11. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijd.16048>
14. Dominguez-Serrano AJ, Quiroga-Garza A, Jacobo-Baca G, De La Fuente-Villarreal D, Gonzalez-Ramirez RA, Vazquez-Barragan MA, et al. Polymorphic eruption of pregnancy in Mexico. Int J Dermatol 2019 Mar;58(3):259-262. Consultado: el 2022 Mar 15. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijd.14337>
15. Shearer S, Blaszczyk A, Kaffenberger J. Pregnancy Dermatoses. Cutaneous Disorders of Pregnancy: Springer; 2020. p. 13-39. Consultado: el 2022 Mar 15. Disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-49285-4>

