

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i5.6904>

Dermatosis del embarazo

Dermatoses of pregnancy.

Ana María Sanín-Escobar,¹ María del Mar Serna P,¹ Ángela María Londoño-García,²
Ana María Mejía-Giraldo^{2,3}

Resumen

El embarazo es una etapa en la que ocurren múltiples cambios fisiológicos vasculares, endocrinos, metabólicos e inmunológicos que llevan a una gran variedad de manifestaciones dermatológicas. Estas manifestaciones pueden clasificarse en fisiológicas del embarazo, dermatosis exacerbadas durante el embarazo y dermatosis propias del embarazo o del puerperio inmediato. A través de los años han cambiado de forma considerable las clasificaciones debido al polimorfismo de las lesiones, pero criterios como el momento de inicio de las lesiones, existencia de riesgo materno-fetal y hallazgos histopatológicos o de inmunofluorescencia han permitido simplificar la clasificación. Es muy importante reconocer y tratar de forma temprana las dermatosis relacionadas con riesgo materno-fetal; por ello, se describen a continuación según si son cambios fisiológicos del embarazo en la piel y los anexos o si son dermatosis del embarazo dividiéndolas según si se relacionan o no con afectación fetal.

PALABRAS CLAVE: Embarazo; penfigoide gestacional; erupción polimorfa; colestasis intrahepática del embarazo.

Abstract

Pregnancy is associated with multiple physiological changes; vascular, endocrine, metabolic and immunological, that can lead to a wide variety of dermatological manifestations. These manifestations can be classified into physiological of pregnancy, exacerbated dermatoses during pregnancy and dermatoses specific to pregnancy or the immediate puerperium. Over the years, the classifications have changed considerably due to the polymorphism of the lesions, but criteria such as the time of onset of the lesions, the presence of maternal fetal risk, and histopathological or immunofluorescence findings have made it possible to simplify the classification. It is very important to recognize and treat early those dermatoses related to maternal-fetal risk, that is why we will describe them below, dividing them into dermatoses of pregnancy associated and not associated with fetal compromise and physiological changes in skin and appendages of pregnancy.

KEYWORDS: Pregnancy; Pemphigoid gestationis; Polymorphic eruption; Intrahepatic cholestasis of pregnancy.

¹ Residente de Dermatología.

² Dermatóloga.
Universidad de Ciencias de la Salud—CES, Colombia.

³ Dermatóloga, Hospital General de Medellín, Colombia.

Recibido: agosto 2020

Aceptado: octubre 2020

Correspondencia

Ana María Sanín Escobar
ana.sanin@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Sanín-Escobar AM, Serna PMM, Londoño-García AM, Mejía-Giraldo AM. Dermatitis del embarazo. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (5): 739-752.

ANTECEDENTES

En las pacientes gestantes se producen cambios fisiológicos hormonales, vasculares, metabólicos e inmunológicos que pueden generar cambios en la piel y anexos cutáneos, éstos son benignos en su mayor parte, pero pueden generar preocupación en las pacientes por el aspecto estético, también puede haber exacerbación de dermatosis preexistentes, como la dermatitis atópica o la psoriasis y, en menor cantidad, pueden padecer dermatosis específicas del embarazo. Éstas últimas comprenden diferentes afecciones que comparten el prurito en la piel, es importante identificar y tratar las relacionadas con un potencial riesgo materno-fetal.^{1,2,3}

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA PIEL Y LOS ANEXOS CUTÁNEOS

Los cambios fisiológicos cutáneos que ocurren durante el embarazo se describen a continuación y se resumen en el **Cuadro 1**.

Hiperpigmentación

Ocurre aproximadamente en el 90% de las embarazadas, especialmente en las que tienen fototipos cutáneos altos. Su causa es multifactorial y comprende aumento en la densidad de los melanocitos epidérmicos y en la melanogénesis, por incremento en la actividad de la tirosinasa y por estímulo de hormonas, como los estrógenos, los progestágenos y la hormona estimulante de los melanocitos.³ Estos cambios pueden ocurrir tempranamente en el embarazo y suelen desaparecer en el posparto. El principal daño es el de la línea alba, conocida como línea nigra, caracterizada por pigmentación lineal que se extiende desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis. También puede haber hiperpigmentación en las areolas, región periumbilical y en zonas intertriginosas, como el cuello, las axilas, los

genitales, la cara interna de los muslos, la región perineal y perianal. Puede haber aumento en la pigmentación y en el tamaño de nevos, lentigos y efélides preexistentes, así como oscurecimiento de cicatrices recientes; sin embargo, en los cambios significativos de los nevos se recomienda realizar estudio histopatológico.^{3,4}

El melasma, también conocido como “máscara del embarazo”, ocurre hasta en el 75% de las gestantes. En términos clínicos, puede mostrar cualquiera de los tres patrones: centrofacial, malar o mandibular, suele aliviarse en el primer año posparto, pero puede persistir por factores genéticos o ambientales, como la administración de anticonceptivos orales y la exposición a radiación ultravioleta. Durante el embarazo se recomienda manejo con fotoprotección y se reserva la administración de medicamentos a base de hidroquinona y retinoides tópicos para el posparto debido a que están contraindicados durante el embarazo.³⁻⁶

Estrías

Están presentes hasta en el 90% de las gestantes, especialmente en mujeres caucásicas. En la causa están implicados factores como la predisposición genética, la distensión de la piel por aumento de peso durante el embarazo, aumento del perímetro abdominal y el efecto de algunas hormonas, como los corticosteroides, estrógenos y la relaxina en las fibras elásticas de la piel.^{4,5} Se manifiestan al final del segundo trimestre del embarazo y afectan la piel del abdomen, las caderas, los glúteos, las mamas y las axilas. Inicialmente son bandas atróficas rosadas o violáceas y luego se tornan normocrómicas o blanquecinas. Se asocian frecuentemente con prurito y su apariencia puede mejorar, pero no desaparecen por completo, estos cambios pueden persistir incluso hasta cuatro meses después del parto resultando en pérdida de firmeza y elasticidad, durante el embarazo se recomien-

Cuadro 1. Cambios cutáneos fisiológicos del embarazo

Cambios cutáneos fisiológicos del embarazo	Fisiopatología	Efecto cutáneo/manifestaciones clínicas
Hiperpigmentación	• Pacientes de fototipos altos • Estímulo de hormonas: estrógenos, progestágenos, estimulante de melanocitos y de tirosinasa • Aumento de melanogénesis	• Línea nigra • Melasma • Hiperpigmentación de areolas, región periumbilical y zonas intertriginosas • Aumento de pigmentación y tamaño de nevos, lentigos y efélides preexistentes • Oscurecimiento de cicatrices recientes
Estrías	• Predisposición genética • Distensión de la piel por el aumento de peso durante el embarazo y el efecto hormonal (corticosteroides, estrógenos, relaxina) sobre las fibras elásticas de la piel	• Bandas atróficas rosadas o violáceas, luego se tornan normocrómicas o blanquecinas • Pueden asociarse con prurito • Afectan la piel del abdomen, caderas, glúteos, mamas y axilas
Cambios en el pelo	• Cambios fisiológicos endocrinos u hormonales durante la gestación • Predominio de fase de anágeno durante el embarazo y de fases catágeno y telógeno en el posparto que favorecen la caída de pelo en el puerperio	• Hirsutismo • Efluvio telógeno posparto • Alopecia androgénica posparto
Cambios ungulares	Aumento sérico de estrógenos y de progesterona, aumenta el grosor de la lámina ungular: • Promueve la vascularización por el estímulo del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) • Aumento en el volumen de los queratinocitos	• Hiperqueratosis subungular • Onicólisis distal • Surcos transversales • Fragilidad • Traquioniquia
Cambios vasculares	Aumento de estrógenos causan: • Distensión • Inestabilidad • Formación de vasos nuevos • Aumento de la presión • Aumento del flujo intravascular	• Angiomas en araña • Eritema palmar • Edema sin fovea • Várices • Púrpura • Hiperemia o hiperplasia gingival • Hemangioma capilar lobular • Hemorroides
Fibromas laxos	• <i>Molluscum fibrosum gravidarum</i>, acrocordones o fibroma <i>pendulum</i> • Al final del embarazo • Localizados en la cara, cuello, parte superior del tronco y región inframamaria	• Apéndices blandos del color de la piel o algo pigmentados, a menudo con forma pedunculada y con pliegues en su superficie • Asintomáticos • Tienden a desaparecer en el posparto

da controlar el aumento de peso y una buena hidratación de la piel.⁵⁻⁸

Cambios en el pelo y en las uñas

Algunas mujeres durante el embarazo pueden mostrar hirsutismo, especialmente en la cara,

que suele ser leve y generalmente disminuye en el posparto, ocurre por cambios fisiológicos endocrinos u hormonales, pero en los casos en los que sea severo deben descartarse causas como tumores o quistes de ovarios.⁶ Durante el embarazo el pelo en su mayor parte se encuentra en fase anágena y gracias al influjo hormonal

puede verse abundante y brillante, pero en el posparto hay predominio de las fases catágena y telógena, lo que favorece la pérdida de pelo, denominada efluvio telógeno puerperal, éste puede ocurrir uno a cinco meses luego del parto y puede persistir hasta por uno o dos años.^{3,4,9} Algunas mujeres pueden manifestar al final del embarazo alopecia con patrón de distribución masculino, con afectación leve de la región frontoparietal, que se alivia en el posparto en la mayoría de las pacientes, pero en algunas puede ser persistente.^{3,4}

Entre los cambios ungulares están descritos la fragilidad, la onicodistrofia, la hiperqueratosis subungular, las líneas de Beau, el crecimiento acelerado y la onicolisis distal.^{3,10}

Cambios vasculares

Durante el embarazo los vasos sanguíneos muestran congestión, dilatación, fragilidad y proliferación secundarias a factores hormonales, especialmente por aumento en los estrógenos.⁷ La mayor parte de estos cambios se revierten en el posparto.⁶ Los angiomas o telangiectasias en araña se manifiestan principalmente entre el segundo y quinto mes del embarazo, ocurren aproximadamente en el 70% de las mujeres de raza blanca y el 10% de raza negra. Se localizan principalmente en la cara en la región periocular, también en el cuello, el tronco superior y los brazos.³ El eritema palmar es frecuente y se asocia con frecuencia con los angiomas en araña, se localiza principalmente en las eminencias tenares e hipotenares; sin embargo, hay formas con afectación difusa en las palmas difíciles de diferenciar del eritema palmar por hepatopatías.^{1,11} Las várices están presentes aproximadamente en un 40% de las mujeres embarazadas, ocurren por predisposición genética y por aumento de la presión venosa en los vasos femorales y pélvicos debido a la presión que ejerce el útero en éstos. Se localizan principalmente en las extremidades

inferiores por afectación de las venas safenas, también pueden ser vulvares y hemorroidales, estas últimas pueden asociarse con dolor y sangrado, rara vez tienen riesgo de trombosarse.¹¹ Otras manifestaciones comprenden los hemangiomas capilares lobulares o granulomas piógenos, que afectan con frecuencia las encías y suelen localizarse principalmente en la cabeza y el cuello; el edema e hiperemia gingival, presentes hasta en un 80%; el eritema vaginal, también conocido como signo de Jacquemier-Chadwick y una coloración azul en el cérvix conocida como el signo de Goodell que son secundarios al aumento del flujo vascular en esta zona.⁶

Fibromas laxos

También conocidos como mollusum fibrosum gravidarum, se manifiestan al final del embarazo y se localizan principalmente en la cara, el cuello, la parte superior del tronco y la región inframamaria. Éstos tienden a desaparecer en el posparto.^{6,11}

Prurito

Es un síntoma común, presente hasta en el 15% de los embarazos; puede ser fisiológico, pero siempre debe descartarse una enfermedad que lo genere porque éste es un síntoma común de las dermatosis específicas del embarazo, así como de otras dermatosis no relacionadas con el embarazo, como la dermatitis atópica, escabiosis o xerosis; es necesario hacer un adecuado enfoque diagnóstico y de tratamiento.^{2,11}

DERMATOSIS EXACERBADAS EN EL EMBARAZO

Múltiples dermatosis pueden agravarse durante el embarazo o, incluso, manifestarse por primera vez durante éste, sin ser específicas del embarazo. Algunas de éstas son la dermatitis atópica, infecciones vaginales, lupus eritematoso sistémi-

co, esclerodermia, polimiositis, dermatomiositis y pénfigo, entre otras. Afecciones como la psoriasis y el acné pueden tener un curso variable y generalmente hacia la mejoría en el segundo trimestre del embarazo.^{2,12}

DERMATOSIS DEL EMBARAZO

Las dermatosis específicas del embarazo son el penfigoide gestacional, la erupción polimorfa, la colestasis intrahepática y la erupción atópica del embarazo, que a su vez comprende el prurigo y la foliculitis del embarazo.¹³ El impétigo herpetiforme se considera una variante de psoriasis pustulosa que se manifiesta durante el embarazo.¹⁴

Una forma práctica de clasificar estas enfermedades es según la existencia o ausencia de afectación y de riesgo fetal. **Cuadro 2**

DERMATOSIS DEL EMBARAZO ASOCIADAS CON AFECTACIÓN FETAL

Penfigoide gestacional

Entidad autoinmunitaria, también conocida como herpes *gestationis*, descrita por primera vez en 1872, caracterizada por una erupción vesículo-ampollosa, muy pruriginosa. Se manifiesta generalmente en el segundo o tercer trimestre del embarazo; sin embargo, también puede sobrevenir en el puerperio. Se estima que ocurre con una frecuencia que va desde 1 caso por cada 4000 a 50,000 embarazos y afecta aproximadamente al 10% de los recién nacidos de estos embarazos.^{15,16,17}

Se considera una enfermedad ampollosa autoinmunitaria inmunológica y clínicamente similar al grupo del penfigoide ampoloso.¹⁸ Hay autoan-

Cuadro 2. Clasificación de las dermatosis del embarazo

Dermatosis exacerbadas por el embarazo	Pueden agravarse durante la gestación o manifestarse <i>de novo</i> en el embarazo sin ser específicas o exclusivas del embarazo	• Dermatitis atópica • Infecciones vaginales • Lupus eritematoso sistémico • Esclerodermia • Polimiositis • Dermatomiositis • Pénfigo • Psoriasis • Acné
Dermatosis específicas del embarazo	Con riesgo fetal	• Colestasis intrahepática del embarazo • Penfigoide gestacional • Impétigo herpetiforme
	Sin riesgo fetal	• Erupción polimorfa del embarazo • Erupción atópica del embarazo

ticuerpos dirigidos contra los antígenos BPAG2 o BP180 y colágeno tipo XVII de la membrana basal.^{2,16} También se ha descrito una relación con HLA DR3 y HLA DR4.¹⁹

En términos clínicos, el cuadro inicia con prurito intenso en el abdomen asociado con pápulas o placas eritematosas, urticarianas, algunas en diana similares a las lesiones de eritema multiforme, posteriormente en semanas pueden mostrar vesículas o ampollas tensas (**Figuras 1 y 2**). Secundario al rascado sobrevienen excoriaciones y costras.^{2,20,21} Las lesiones inician en la región umbilical (**Figura 3**) y luego se extienden al resto del cuerpo, por lo general, no afecta las palmas ni las plantas. La afección de la cara y las mucosas es poco frecuente.^{15,20} Por último, el cuadro suele aliviarse semanas antes del parto asociado con hiperpigmentación posinflamatoria, es frecuente la exacerbación de las lesiones en el momento del parto hasta en el 75% de las



Figura 1. Penfigoide gestacional en fase preampollosa con placas eritematosas de predominio en el tronco y las extremidades proximales.



Figura 2. Penfigoide gestacional. Ampollas tensas en las extremidades superiores (**A**) e inferiores (**B**).

pacientes.²² También se han descrito exacerbaciones con la menstruación, administración de anticonceptivos orales y posteriores embarazos, en los que se reportan manifestaciones más tempranas y severas de la enfermedad.^{15,23} Se ha reportado que los recién nacidos pueden padecer lesiones en la piel transitorias en un 10%,



Figura 3. La afectación umbilical es una pista diagnóstica importante en el penfigoide gestacional.

la afectación fetal es debatida, algunos autores reportan alteraciones, como menor peso o talla para la edad gestacional y parto pretérmino.^{20,23}

El diagnóstico se basa en los hallazgos histopatológicos con ampollas subepidérmicas e infiltrado inflamatorio de eosinófilos y en la inmunofluorescencia directa de piel perilesional se observa un depósito lineal de C3 en el 100% de los casos y de IgG en un 30 a un 40% de los casos.^{16,22}

La meta del tratamiento es controlar el prurito y prevenir la formación de nuevas ampollas, en casos leves pueden prescribirse esteroides tópicos y antihistamínicos, pero el pilar del tratamiento son los esteroides sistémicos, la mayoría de las pacientes responden a prednisolona a dosis de 0.5 mg/kg al día.¹⁶ En casos resistentes se ha descrito el tratamiento con ciclosporina. Medicamentos como la ciclofosfamida, plasmaféresis e inmunoglobulina intravenosa se

reservan para casos persistentes en el posparto.^{24,25} En la bibliografía se reportan dos casos llamativos de tratamiento con inmunoglobulina con resultado satisfactorio en pacientes que no tuvieron respuesta con esteroides sistémicos e inmunosupresores.²⁶

Colestasis intrahepática gestacional

Es la enfermedad hepática relacionada con el embarazo más común y tiene mayor incidencia en Chile y Bolivia, además, ha ido aumentando su incidencia en Europa, Estados Unidos, Asia y Australia.^{27,28} Se manifiesta con más frecuencia en el tercer trimestre del embarazo, pero un 10 y 25% de los casos pueden manifestarse en el primer y segundo trimestres, respectivamente.²⁹

La patogénesis es multifactorial, hay un componente genético con mutación del gen ABCB4, relacionado con el transporte de ácidos biliares. Este componente genético explica la recurrencia en el 45 al 70% de los embarazos posteriores y el antecedente familiar presente en el 50% de los casos.²⁷ También se ha propuesto una asociación con las hormonas, ya que las concentraciones de estrógenos y progestágenos interfieren en la excreción hepática de ácidos biliares y pueden llevar a la acumulación plasmática de éstos.^{28,29} Otros factores asociados son los ambientales, que pueden explicar el aumento en la incidencia en países como Chile, donde se ha demostrado que las dietas bajas en selenio favorecen la existencia de la enfermedad.³⁰

En términos clínicos, se distingue por prurito de predominio nocturno, que inicia en las palmas y las plantas y luego se generaliza, no se asocia con lesiones primarias, pero las pacientes pueden tener lesiones secundarias al rascado, como excoriaciones o prurigo nodular. El cuadro puede complicarse con ictericia en un 10%. También pueden ocurrir esteatorrea y déficit de vitamina K con riesgo de hemorragia posparto, coluria o

acolia.²⁹ El prurito se alivia usualmente a las 48 horas posparto y las anormalidades bioquímicas desaparecen 2 a 8 semanas luego del parto.^{29,31}

El diagnóstico se establece con criterios clínicos y de laboratorio. La prueba con mayor sensibilidad diagnóstica es la medición de los ácidos biliares totales séricos ya que puede ser la única o la manifestación más temprana de la enfermedad, es patológica cuando es mayor de 11 $\mu\text{mol/L}$. También pueden haber alteración en otras pruebas de función hepática, como las transaminasas, la fosfatasa alcalina, las bilirrubinas, especialmente la directa y la gamma-glutamyl-transferasa.^{27,28} En algunas series un tercio de las pacientes pueden tener la función hepática conservada, además, se ha reportado que los síntomas pueden preceder la alteración de los ácidos biliares hasta por tres semanas, por lo que deben repetirse los exámenes si existe alta sospecha clínica de la enfermedad.^{32,33}

Los desenlaces materno-fetales tienen una relación directa con la concentración de los ácidos biliares, el pronóstico en la madre es usualmente bueno y los riesgos fetales son el parto pretérmino en 19-60%, sufrimiento fetal en 22-33% y el riesgo de muerte fetal es del 1 al 2%, por lo que se recomienda seguimiento estricto con pruebas de bienestar fetal.³⁴

Las metas del tratamiento son prevenir las complicaciones materno-fetales y controlar los síntomas maternos. Para el manejo de éstos pueden formularse emolientes, antipruriginosos tópicos y antihistamínicos orales. Para el control de las concentraciones de ácidos biliares y para prevenir los desenlaces adversos materno-fetales la primera línea es el ácido ursodeoxicólico, que es un ácido biliar altamente hidrofílico que actúa modificando la solubilidad de los ácidos biliares y que también tiene efectos citoprotectores e inmunomoduladores, llevando al alivio del prurito y a la normalización de las enzimas hepáticas,

al estimular la excreción de los ácidos biliares hidrofóbicos y los metabolitos sulfatados de la progesterona, además disminuye el paso de los ácidos biliares a la unidad feto placentaria.²⁷ La dosis recomendada es de 15 mg/kg al día o 1 g al día administrado en una a tres dosis diarias.^{27,28,29} Actualmente, no se recomienda el tratamiento de primera línea con colestiramina, ya que aumenta el riesgo de hemorragia posparto por disminución de la vitamina K, faltan más estudios de otros medicamentos, como la dexametasona, S-adenosil-metionina (SAM) y fenobarbital. Finalmente, no hay consenso del momento oportuno para la terminación del embarazo, algunos estudios sugieren que por encima de las 37 semanas aumenta el riesgo de desenlaces adversos fetales, por lo que muchos autores finalizan el embarazo en esta edad gestacional.^{35,36}

Impétigo herpetiforme

Se considera una forma de psoriasis pustulosa, que puede manifestarse *de novo* o en mujeres con antecedente de psoriasis en placas. Por lo general, sobreviene en el tercer trimestre de embarazo y se ha postulado como desencadenante el hipoparatiroidismo, lo que explica la relación con hipocalcemia y elevación de la fosfatasa alcalina.^{14,37}

En términos clínicos, se observan placas eritematosas numulares, circinadas o policíclicas con pústulas estériles de distribución herpetiforme en la periferia, con crecimiento centrífugo y localización en áreas flexoras, con posterior extensión al tronco y las extremidades, usualmente no asociadas con prurito. Puede acompañarse de síntomas sistémicos, como fiebre, astenia, náuseas, vómito y adenopatías.^{14,38}

La histopatología revela los hallazgos clásicos de psoriasis pustulosa y pueden cursar con leucocitosis, hipocalcemia, hipofosfatemia, hipoproteinemia, insuficiencia renal y hepática.¹

El tratamiento de elección es la prednisolona a dosis de 30 a 60 mg al día según la severidad del cuadro y hasta 80 mg al día; también se han descrito los esteroides tópicos y la ciclosporina oral en casos resistentes.³⁹ El pronóstico es variable, se asocia con riesgos fetales como prematuridad, insuficiencia placentaria y muerte, además, suele recurrir en los próximos embarazos de forma más temprana y severa.^{1,37}

DERMATOSIS DEL EMBARAZO NO ASOCIADAS CON AFECTACIÓN FETAL

Erupción polimorfa del embarazo

También conocida como pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo (PUPPP). Es una dermatosis específica del embarazo común, reportada en 1 por cada 130 a 200 embarazos. Se manifiesta más comúnmente en primigestas, en embarazos múltiples y se ha descrito una relación con fetos del sexo masculino, es más común en el tercer trimestre del embarazo, aunque también puede sobrevenir en el segundo trimestre y en el parto. No suele recurrir en embarazos posteriores.^{5,40}

La causa se desconoce, se plantea que es una reacción de hipersensibilidad a antígenos desconocidos y se ha propuesto que hay una relación con el daño del tejido conectivo por la distensión de la piel del abdomen. También hay teorías relacionadas con la paternidad.⁴⁰

En términos clínicos, se caracteriza por prurito intenso asociado con lesiones polimorfas con pápulas y placas urticarianas eritematosas, vesículas o lesiones en diana que inician en el abdomen, especialmente sobre las estrías, sin afectar la región umbilical y posteriormente en días se extienden a la región de las mamas, los muslos y los brazos, por lo general sin afectar la cara, las palmas y las plantas.^{1,6} **Figura 4**

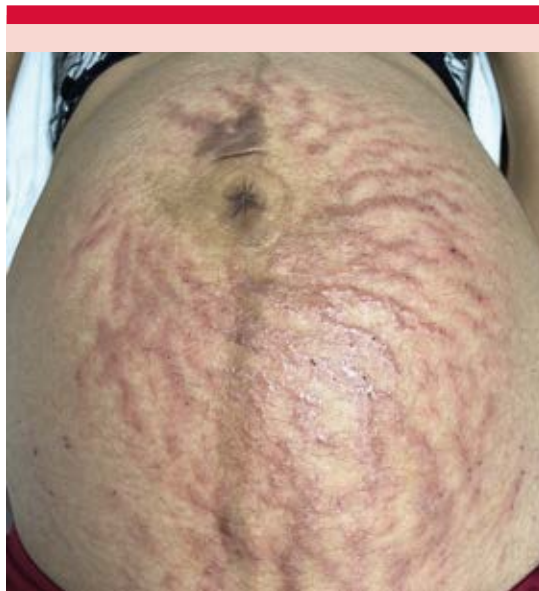


Figura 4. Erupción polimorfa del embarazo: pápulas y placas eritematosas excoriadas sobre las estrías del abdomen.

El diagnóstico es clínico, los hallazgos histopatológicos son inespecíficos y la inmunofluorescencia directa es negativa, lo que ayuda a descartar diagnósticos diferenciales, como el pénfigoide gestacional.^{40,41}

El tratamiento está dirigido al control sintomático e incluye esteroides tópicos, emolientes y antihistamínicos de segunda generación, en casos resistentes puede recurrirse a los esteroides sistémicos.⁴⁰

El pronóstico materno es muy bueno, se ha reportado aumento de la necesidad de cesárea sin otros riesgos fetales. Es una enfermedad de alivio espontáneo que se cura en las primeras semanas posparto.^{14,42}

Erupción atópica del embarazo

Su definición ha ido cambiando en el tiempo, actualmente se considera que el término de erupción atópica del embarazo agrupa trastornos pruriginosos, como el eccema del embarazo, el prurigo del embarazo y la foliculitis pruriginosa del embarazo. Se considera la dermatosis más común del embarazo y un 75% de los casos inicia antes del tercer trimestre.^{13,43}

La patogénesis parece estar relacionada con los cambios inmunológicos específicos del embarazo que llevan a disminución de la inmunidad celular con la consecuente reducción de la producción de citocinas del tipo Th1, y el predominio de la inmunidad humoral y el aumento de citocinas del tipo Th2, como la IL-4 y la IL-10, relacionadas con la dermatitis atópica.⁴³

El 80% de las pacientes manifiesta los signos atópicos por primera vez y sólo un 20% de las mujeres sufre exacerbación de una dermatitis atópica preexistente. Dos tercios de las pacientes manifiestan el eccema del embarazo con lesiones eccematosas de predominio en la cara, el tronco superior y las zonas flexoras, mientras que un tercio muestra el prurigo del embarazo con lesiones papulares diseminadas pruriginosas en el tronco y la zona extensora de las extremidades o lesiones de prurigo nodular.^{1,43} La foliculitis pruriginosa del embarazo se manifiesta en el segundo o tercer trimestre de la gestación. Se caracteriza por la aparición de pápulas eritematosas urticarianas y pústulas foliculares en el tronco y en las extremidades, similares al acné monomorfo.¹

El diagnóstico es clínico, el estudio histopatológico es inespecífico y la inmunofluorescencia directa es negativa. Pueden haber elevación de las concentraciones séricas de inmunoglobulina E hasta en un 70%.^{1,43}

Para el tratamiento del eccema del embarazo y del prurigo del embarazo se recomienda como primera medida la aplicación de emolientes, también pueden prescribirse antihistamínicos y esteroides tópicos, en casos severos pueden considerarse cursos cortos de esteroides sistémicos o la fototerapia con UVB, que es segura en el embarazo.¹³ Para el tratamiento contra la foliculitis pruriginosa del embarazo se ha descrito el peróxido de benzoilo al 10%, esteroides tópicos de baja o de mediana potencia y la fototerapia UVB.^{5,14,44,45}

Suele aliviarse dos a tres semanas posparto y puede recurrir en embarazos posteriores. No se ha reportado riesgo fetal.^{1,5}

APROXIMACIÓN A LA MUJER EMBARAZADA CON PRURITO

Siempre que estemos ante una mujer embarazada con prurito, debemos pensar que es un síntoma que no puede desestimarse porque hay afecciones pruriginosas en el embarazo que se asocian con riesgo materno-fetal. Siempre deben considerarse causas comunes, como la escabiosis, reacciones a medicamentos, exantemas virales o exacerbación de dermatosis preexistentes.⁴⁶ Una vez descartadas estas afecciones, debe pensarse en las dermatosis específicas, en las que se requiere una buena historia clínica, teniendo en cuenta el momento de inicio de las lesiones durante el embarazo, las manifestaciones clínicas y la evolución de éstas. También hay ayudas diagnósticas, como la inmunofluorescencia directa y exámenes de laboratorio que pueden apoyar el diagnóstico.²¹ **Figura 5**

CONCLUSIONES

Durante el embarazo la piel sufre muchos cambios que podemos clasificar en fisiológicos, exacerbados por el embarazo y dermatosis propias del embarazo y éstas, a su vez, pueden

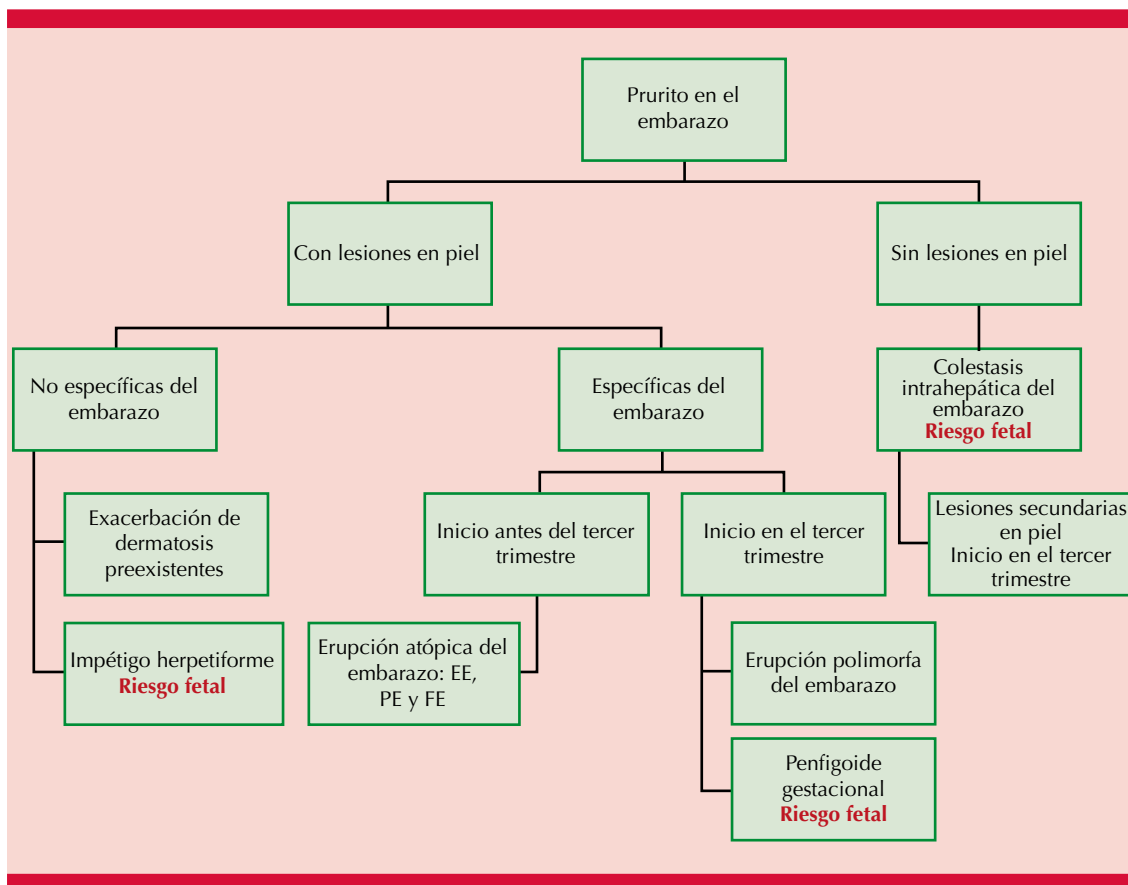


Figura 5. Enfoque de la mujer embarazada con prurito.

EE: eccema del embarazo; PE: prurigo del embarazo; FE: foliculitis pruriginosa del embarazo.

subdividirse según el riesgo fetal. Es muy importante conocer estos cambios y saber hacer el enfoque clínico ya que son motivos de consulta frecuentes que pueden tener repercusión en la salud materno-fetal.

REFERENCIAS

- Vaughan-Jones SA, Black MM. Pregnancy dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40 (2): 233-41. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(99\)70194-5](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)70194-5).
- Bolognia JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatología: principales diagnósticos y tratamientos*. Madrid: Elsevier; 2016.
- Geraghty LN, Pomeranz MK. Physiologic changes and dermatoses of pregnancy: Physiologic changes and dermatoses of pregnancy. *Int. J. Dermatol* 2011; 50 (7): 771-82. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2010.04869.x
- Barankin B, Silver SG, Carruthers A. The skin in pregnancy. *JCMS* 2002; 6 (3): 236-40. DOI: 10.1177/120347540200600308.
- Tunzi M, Gray GR. Common skin conditions during pregnancy. *Am Fam Physician* 2007; 75 (2): 211-8.
- Kroumpouzos G, Cohen LM. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45 (1): 1-22. <https://doi.org/10.1067/mjd.2001.114595>.
- Fernandes LB, Amaral WN do. Clinical study of skin changes in low and high risk pregnant women. *An Bras Dermatol* 2015; 90 (6): 822-6. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153570>.
- Boyer G, Lachmann N, Bellemère G, De Belilovsky C, Baudouin C. Effects of pregnancy on skin properties: A biomechanical approach. *Skin Res Technol* 2018; 24 (4): 551-6. DOI: 10.1111/srt.12465.
- Muzaffar F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. *Int J Dermatol* 1998; 37 (6): 429-31. DOI: 10.1046/j.1365-4362.1998.00281.x.

10. Altan-Ferhatoglu Z, Goktay F, Yasar S, Aytekin S. Morphology, growth rate, and thickness of the nail plate during the pregnancy. *Int J Dermatol* 2018; 57 (10): 1253-8. DOI: 10.1111/ijd.14152.
11. Wong RC, Ellis CN. Physiologic skin changes in pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10 (6): 929-40. DOI: 10.1016/s0190-9622(84)80305-9.
12. Kemmett D, Tidman MJ. The influence of the menstrual cycle and pregnancy on atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1991; 125 (1): 59-61. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1991.tb06041.x.
13. Păunescu MM, Feier V, Păunescu M, Dorneanu F, Sisak A, Ambros-Rudolph CM. Dermatoses of pregnancy. *Acta Dermatovenerol APA* 2008; 17 (1): 4-11.
14. Hernando LB, Díez LI. Dermatoses específicas del embarazo. Actualización. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2002; 93 (3): 159-67.
15. Shorrick JK. Herpes gestationis. *Dermatol Clin* 1993; 11 (3): 527-33.
16. Bedocs PM, Kumar V, Mahon MJ. Pemphigoid gestationis: a rare case and review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279 (2): 235-8. doi: 10.1007/s00404-008-0687-3.
17. Danesh M, Pomeranz MK, McMeniman E, Murase JE. Dermatoses of pregnancy: Nomenclature, misnomers, and myths. *Clin Dermatol* 2016; 34 (3): 314-9.. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.002>.
18. Sävervall C, Sand FL, Thomsen SF. Pemphigoid gestationis: current perspectives. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2017; 10: 441-9. doi: 10.2147/CCID.S128144.
19. Shorrick JK, Jenkins RE, Briggs DC, Welsh KI, Kelly SE, Garvey MP, et al. Anti-HLA antibodies in pemphigoid gestationis (herpes gestationis). *Br J Dermatol* 1993; 129 (3): 257-9. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1993.tb11843.x.
20. Jenkins, Hern, Black. Clinical features and management of 87 patients with pemphigoid gestationis. *Clin Exp Derm* 1999; 24 (4): 255-9. DOI: 10.1046/j.1365-2230.1999.00472.x.
21. Bechtel MA. Pruritus in pregnancy and its management. *Dermatol Clin* 2018; 36 (3): 259-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.02.012>.
22. Huilaja L, Mäkilä K, Tasanen K. Gestational pemphigoid. *Orphanet J Rare Dis* 2014; 9 (1).
23. Chi C-C, Wang S-H, Charles-Holmes R, Ambros-Rudolph C, Powell J, Jenkins R, et al. Pemphigoid gestationis: early onset and blister formation are associated with adverse pregnancy outcomes. *Br J Dermatol* 2009; 160 (6): 1222-8. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09086.x.
24. Hern S, Harman K, Bhogal BS, Black MM. A severe persistent case of pemphigoid gestationis treated with intravenous immunoglobulins and cyclosporin: Pemphigoid gestationis treated with Ig and cyclosporin. *Clin Exp Derm* 1998; 23 (4): 185-8. DOI: 10.1046/j.1365-2230.1998.00342.x.
25. Fernández RS, Montalvo SM, Marugán LT, Rodríguez MG. Herpes gestationis tratado con ciclosporina y corticosteroides. *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92 (6): 302-4. DOI:10.1016/S0001-7310(01)76490-3.
26. Yang A, Uhlenhake E, Murrell DF. Pemphigoid gestationis and intravenous immunoglobulin therapy. *Int J Women's Dermatol* 2018; 4 (3): 166-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2018.03.007>.
27. Ambros-Rudolph CM, Glatz M, Trauner M, Kerl H, Müllengger RR. The importance of serum bile acid level analysis and treatment with ursodeoxycholic acid in intrahepatic cholestasis of pregnancy: A case series from Central Europe. *Arch Dermatol* 2007; 143 (6). DOI: 10.1001/archderm.143.6.757.
28. Kondrackiene J, Kupcinskas L. Intrahepatic cholestasis of pregnancy-current achievements and unsolved problems. *WJG* 2008; 14 (38): 5781. *World J Gastroenterol* DOI:10.3748/wjg.14.5781.
29. Lammert F, Marschall H-U, Glantz A, Matern S. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: molecular pathogenesis, diagnosis and management. *J Hepatol* 2000; 33 (6): 1012-21. DOI: 10.1016/s0168-8278(00)80139-7.
30. Reyes H, Báez ME, González MC, Hernández I, Palma J, Ribalta J, et al. Selenium, zinc and copper plasma levels in intrahepatic cholestasis of pregnancy, in normal pregnancies and in healthy individuals, in Chile. *J Hepatology* 2000; 32 (4): 542-9. DOI: 10.1016/s0168-8278(00)80214-7.
31. Kondrackiene J, Kupcinskas L. Intrahepatic cholestasis of pregnancy-current achievements and unsolved problems. *World J Gastroenterol* 2008; 14 (38): 5781. DOI: 10.3748/wjg.14.5781.
32. Kenyon AP, Piercy CN, Girling J, Williamson C, Tribe RM, Shennan AH. Obstetric cholestasis, outcome with active management: a series of 70 cases. *BJOG* 2003; 109 (3): 282-288. DOI:10.1111/j.1471-0528.2002.01368.x.
33. Wood AM, Livingston EG, Hughes BL, Kuller JA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A review of diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv* 2018; 73 (2): 103-9. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000524.
34. Carballo-Núñez E, González-Rodríguez L, González-Boubeta R, Alves-Pérez MT. Resultados perinatales en pacientes con colestasis gravídica. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83: 776-784.
35. Brouwers L, Koster MPH, Page-Christiaens GCML, Kemperman H, Boon J, Evers IM, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: maternal and fetal outcomes associated with elevated bile acid levels. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212 (1): 100.e1-100.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.07.026.
36. Sentilhes L, Verspyck E, Pia P, Marpeau L. Fetal death in a patient with intrahepatic cholestasis of pregnancy: *Obstet Gynecol* 2006; 107 (Supplement): 458-60. DOI: 10.1097/01.AOG.0000187951.98401.f7.
37. Vaquerizo-Ruiz O, Escudero-Gomis A, Navarro-López M, Gutiérrez-Cecchini Pérez C, Eiris-Salvado N, Ferrer-Barriendos J. Impétigo herpetiforme durante la gestación con empeoramiento posparto. *Prog Obstet Ginecol* 2014; 57 (6): 264-8. DOI: 10.1016/j.pog.2014.02.004.

38. Lotem M, Katzenelson V, Rotem A, Hod M, Sandbank M. Impetigo herpetiformis: A variant of pustular psoriasis or a separate entity? *J Am Acad Dermatol* 1989; 20 (2): 338-41. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(89\)70042-6](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(89)70042-6).
39. Namazi N, Dadkhahfar S. Impetigo herpetiformis: Review of pathogenesis, Complication, and treatment. *Dermatol Res Pract* 2018; 2018: 1-4. <https://doi.org/10.1155/2018/5801280>.
40. Taylor D, Pappo E, Aronson IK. Polymorphic eruption of pregnancy. *Clin Dermatol* 2016; 34 (3): 383-91. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2016.02.011.
41. Brandão P, Sousa-Faria B, Marinho C, Vieira-Enes P, Melo A, Mota L. Polymorphic eruption of pregnancy: Review of literature *J Obstet Gynaecol* 2016; 1-4. <https://doi.org/10.1080/01443615.2016.1225019>.
42. Ohel I, Levy A, Silberstein T, Holcberg G, Sheiner E. Pregnancy outcome of patients with pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006; 19 (5): 305-8. DOI: 10.1080/14767050600590573.
43. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM. 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 (3): 395-404. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.12.012>.
44. Kroumpouzos G, Cohen LM. Specific dermatoses of pregnancy: An evidence-based systematic review. *Am Obstet Gynecol* 2003; 188 (4): 1083-92. DOI: 10.1067/mob.2003.129.
45. Yang CS, Teeple M, Muglia J, Robinson-Bostom L. Inflammatory and glandular skin disease in pregnancy. *Clin Dermatol* 2016; 34 (3): 335-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.005>.
46. Mehta N, Chen KK, Kroumpouzos G. Skin disease in pregnancy: The approach of the obstetric medicine physician. *Clin Dermatol* 2016; 34 (3): 320-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.003>.

EVALUACIÓN

1. ¿Cómo se denomina la pigmentación lineal que se extiende desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis durante el embarazo?
 - a) línea alba
 - b) línea de demarcación pigmentaria de Futcher
 - c) línea nigra
 - d) máscara del embarazo
2. ¿Cuál sería un tratamiento adecuado contra el melasma durante el embarazo?
 - a) ácido tranexámico
 - b) retinoide tópico
 - c) ácido azelaico
 - d) hidroquinona
3. Respecto a las alteraciones en el pelo durante el embarazo, seleccione la opción indicada:
 - a) el hirsutismo presente durante el embarazo suele ser persistente en el posparto
 - b) el efluvio telógeno puerperal es común y puede persistir hasta dos años posparto
4. ¿Cuáles son las dermatosis gestacionales que se relacionan con riesgo materno fetal?
 - a) dermatosis polimorfa del embarazo, colestasis intrahepática del embarazo y penfigoide gestacional
 - b) impétigo herpetiforme, erupción atópica del embarazo y dermatosis polimorfa del embarazo
 - c) colestasis intrahepática del embarazo, penfigoide gestacional e impétigo herpetiforme
 - d) dermatosis polimorfa del embarazo, erupción atópica del embarazo
5. Respecto al penfigoide gestacional, seleccione la opción indicada:
 - a) las embarazadas pueden manifestar alopecia con patrón de distribución femenina, pero no muestran alopecia con patrón de distribución masculina
 - b) ocurren generalmente por cambios fisiológicos y endocrinos, por lo que, aún si una mujer embarazada tiene hirsutismo severo, no requiere estudios adicionales

- a) el penfigoide gestacional se considera una enfermedad autoinmunitaria con formación de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos de la membrana basal como BPAG2 o BP180
 - b) en términos clínicos, se manifiestan placas eritematosas, urticarianas, lesiones en diana que usualmente inician en la cara, el cuero cabelludo y los pliegues corporales
 - c) es muy característica y prevalente la afectación mucosa y palmo-plantar
 - d) el diagnóstico se basa en hallazgos histopatológicos con ampollas subcórneas
6. Respecto al tratamiento del penfigoide gestacional, seleccione la opción indicada:
- a) en casos leves pueden administrarse esteroides tópicos de alta potencia y antihistamínicos
 - b) la primera línea de tratamiento sistémico es la ciclosporina
 - c) se recomiendan dosis altas de esteroides sistémicos a dosis de 1 mg/kg al día
 - d) una opción en casos resistente durante el embarazo es el metotrexato
7. ¿Cuál de las siguientes dermatosis gestacionales ocurre en el primer trimestre del embarazo?
- a) dermatosis polimorfa del embarazo
 - b) colestasis intrahepática del embarazo
 - c) penfigoide gestacional
 - d) erupción atópica del embarazo
8. En cuanto a la aproximación a la mujer embarazada con prurito, seleccione la opción indicada:
- a) las manifestaciones clínicas o manifestación cutánea primaria no son una guía confiable ante los grandes cambios que ocurren
 - b) es un síntoma que no debemos desestimar ya que hay afecciones pruriginosas en el embarazo que se asocian con riesgo materno-fetal
 - c) en las maternas descartamos causas como escabiosis o exantemas virales por la baja prevalencia en tal población
 - d) durante el embarazo, ante el gran influjo hormonal, no se exacerban dermatosis preexistentes
9. Respecto a la colestasis intrahepática del embarazo, seleccione la indicada:
- a) es una afección que se manifiesta con mayor frecuencia en el primer trimestre del embarazo
 - b) se caracteriza por prurito, especialmente matutino acentuado en la piel cabelluda y los genitales
 - c) se ha relacionado con la mutación del transportador de ácidos biliares ABCB4, genética y hormonas, lo que explica la posibilidad de recurrencia en futuros embarazos
 - d) para el control de las concentraciones de ácidos biliares y para prevenir los desenlaces adversos materno-fetales la primera línea es la colestiramina
10. Respecto a la erupción atópica del embarazo, seleccione la opción indicada:
- a) el 80% de las pacientes tiene antecedente personal de dermatitis atópica
 - b) las pacientes pueden tener lesiones eccematosas, prurigo o foliculitis y tienen en común el prurito
 - c) la elección de tratamiento son los esteroides sistémicos a dosis de 0.5 mg/kg al día
 - d) los síntomas suelen iniciar en el último trimestre del embarazo