

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

- Actualización clasificación de las dermatosis

ÍNDICE

1. Definición
2. Cambios fisiológicos durante la gestación
3. Péñfigo gestacional
4. Erupción polimorfa del embarazo
5. Colestasis intrahepática gestacional
6. Erupción atópica gestacional
7. Psoriasis pustulosa de la gestación
8. Indicadores de evaluación
9. Bibliografía
10. Apéndice

1. DEFINICIÓN

Durante la gestación las mujeres experimentan múltiples cambios fisiológicos a distintos niveles: inmune, endocrino, metabólico y vascular. Estos cambios pueden producir alteraciones en la piel. Existen una serie de enfermedades dermatológicas específicas o más frecuentes durante el embarazo.

Las dermatosis gestacionales son un grupo heterogéneo de alteraciones inflamatorias que se producen en la piel durante el embarazo o en el puerperio inmediato.

Para poder realizar un correcto estudio de las dermatosis, en primer lugar, debemos realizar una revisión sobre la correcta definición de las distintas lesiones cutáneas:

- Pápula: lesión palpable y elevada <1cm de diámetro.
- Mácula: cambio de color sin producirse elevación de la piel.
- Eritema: enrojecimiento cutáneo.
- Placa: elevación circunscrita >1cm.
- Nódulo: masa palpable, profunda >1cm.
- Habón: lesión eritemato-edematosa de evolución fugaz.
- Vesícula: lesión elevada que presenta líquido claro <0'5cm.
- Bulla: vesícula >0'5cm.
- Pústula: lesión elevada que contine líquido amarillento <0'5cm.
- Escama: fragmentos laminares del estrado córneo.
- Erosión: pérdida epitelial superficial, cura sin cicatriz.
- Úlcera: afecta a dermis, cura con cicatriz.

2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN

Los cambios fisiológicos que se producen en la piel durante el embarazo se clasifican en:

- **Cambios de pigmentación:** durante el embarazo se producen fenómenos de hiperpigmentación localizados, principalmente en los pezones y areola, la línea alba, los genitales externos y la cara interna de los muslos. En ocasiones, también se pueden producir aumentos de la coloración en cicatrices recientes, así como en lunares ya existentes. Estos cambios de coloración van desapareciendo poco a poco tras el parto, llegando a desaparecer en unos meses.
Dentro de los cambios de pigmentación debemos nombrar el cloasma, que es la aparición de manchas parduscas en la frente y las mejillas. En torno al 65-75% de las gestantes presentan cloasma. La prevención se basa en la aplicación de fotoprotector 50SPF.
- **Cambios en el pelo:** la etapa anágena o de crecimiento del cabello se hace más duradera durante el embarazo, pudiendo llegar a producirse un leve hirsutismo. Además, se produce una ralentización de la fase telogénica del cabello, con lo que durante el embarazo las mujeres tienen más cantidad de pelo y con un crecimiento más rápido. Por otro lado, a los 3 meses del parto se produce el evento telogénico pudiendo aparecer alopecia, debido a que gran cantidad del cabello se cae a un mismo tiempo. Estos cambios se recuperan en unas semanas.
- **Patología vascular:** el cambio vascular más frecuente es la aparición de angiomas en las extremidades, el cuerpo o la cara. Estos angiomas palidecen a la vitropresión. Pueden desaparecer tras el parto, pero en torno al 20-50% permanecen para siempre.

3. PÉNFIGO GESTACIONAL

3.1. Definición y epidemiología

El pénfigo gestacional también es conocido como herpes gestationis o penfigoide gestacional.

Se trata de una rara enfermedad autoinmune subepidérmica ampollosa, que se caracteriza por la aparición de pápulas edematosas y placas con vesículas y bullas a tensión.

La incidencia se estima en 1 caso por cada 50.000-60.000 embarazos. Se producen en torno al segundo o tercer trimestre del embarazo.

3.2. Fisiopatología

La patogenia de esta entidad radica en la producción de anticuerpos por una expresión anormal del complejo mayor de histocompatibilidad HLA-2 a nivel placentario. Las inmunoglobulinas IgG maternas se unen al antígeno BP180 en la placenta y cruzan la barrera materna-fetal, iniciando la cascada de activación del complemento que va a producir la separación de la dermis y la epidermis, y se visualiza como bullas y vesículas. El pénfigo gestacional es más frecuente en pacientes HLA-DR3 y HLA-DR4.

3.3. Clínica

La clínica cursa con la aparición súbita de pápulas pruriginosas y placas anulares. Tras unos días o hasta 4 semanas, dichas pápulas y placas se siguen de la aparición de vesículas agrupadas con o sin ampollas tensas, sobre una base eritematosa. El síntoma más frecuente es el prurito.

Al inicio, las lesiones son periumbilicales, pero se van extendiendo hasta llegar a ocupar todo el tronco y/o las extremidades. No encontramos lesiones en la cara ni en las mucosas.

Estas lesiones suelen desaparecer en las últimas semanas de gestación, aunque el 75% de las pacientes van a presentar un brote durante el puerperio y hasta un 10% en la toma de anticonceptivos con carga estrogénica. Además, al desaparecer pueden dejar pigmentación macular cicatricial.

3.4. Diagnóstico

El diagnóstico es por la toma de dos biopsias, una para estudio histológico y otra para estudio en fresco (sin formol) con inmunofluorescencia directa (IFD).

Desde el punto de vista histológico, encontramos vesículas subepidérmicas, espongiosis (separación intercelular acusada) en la epidermis e infiltrado perivascular de linfocitos, histiocitos y eosinófilos.

Por su parte, la IFD demuestra la presencia de un depósito lineal, denso y regular de la fracción C3 del complemento en la unión dermoepidérmica.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con la erupción polimorfa del embarazo, la dermatitis alérgica de contacto, la erupción ampollosa por drogas, la urticaria, el pénfigoide ampollosa, el eritema multiforme, la dermatitis herpetiforme y la erupción atópica gestacional.

3.5. Riesgos maternos y fetales

Los riesgos maternos radican en la posibilidad de recidiva en las siguientes gestaciones, que ocurre en el 30-50%, presentando síntomas de forma más temprana y más graves. Además, las gestantes por pénfigo gestacional presentan un riesgo incrementado de desarrollar otras enfermedades autoinmunes, siendo la más frecuente la enfermedad de Graves.

Por otro lado, desde el punto de vista fetal, los riesgos más importantes son la prematuridad y la restricción del crecimiento, debido a una insuficiencia placentaria por el depósito de anticuerpos en las vellosidades coriales.

Además, aproximadamente el 10-13% de los recién nacidos presentan leves ampollas, que se conoce como pénfigo gestacional neonatal, debido al paso pasivo de la IgG materna hasta la piel del feto. Esta erupción se resuelve a las pocas semanas de vida.

3.6. Tratamiento

La base del tratamiento es aliviar el prurito y evitar la aparición de ampollas. Para ello, la primera línea de tratamiento son los corticoides tópicos de alta potencia, como la Fluocinonida 0'05% o el Propionato de Clobetasol 0'05%.

En el caso de que no sea efectivo, el segundo escalón terapéutico se basa en los corticoides orales, como la Prednisona, la Prednisolona o la Betametasona, a dosis de 0'5-1mg/Kg/día. Como las gestantes suelen ser reacios a la toma de corticoides orales, otras opciones de tratamiento son las inmunoglobulinas intravenosas, la Azatioprina o la Dapsona. Por otro lado, el Rituximab solo se puede utilizar en la etapa puerperal.

Por otro lado, para el control del picor suelen utilizarse los antihistamínicos, como la Loratadina, la Bilastina o la Cetirizina.

4. ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO

4.1. Definición y epidemiología

La erupción polimorfa del embarazo es una enfermedad inflamatoria cutánea que se produce típicamente en el tercer trimestre de la gestación.

La incidencia se estima en 1 de cada 200 embarazos, siendo más frecuente en primigestas.

4.2. Fisiopatología

La patogénesis no es del todo conocida, aunque parecer relacionarse con el aumento de peso de la madre.

Una hipótesis es que la distensión abdominal produce un daño en el tejido conectivo subyacente, lo que da lugar a la activación de una respuesta inflamatoria cruzada sobre el colágeno de otras áreas de la piel.

Otra teoría es que se produce una respuesta inmune a la circulación de antígenos fetales en la sangre materna, lo cual se apoya con el hecho de que es más frecuente en los embarazos de fetos varones.

4.3. Clínica

El eritema polimorfo del embarazo comienza con un prurito muy intenso que no respeta el descanso nocturno, y que puede anticiparse en 1-2 semanas a la aparición de la erupción. Las lesiones son pápulas edematosas que confluyen en placas bien delimitadas, con vesículas o lesiones circinadas. No se visualizan ampollas.

La localización de las lesiones es en el abdomen y caderas, respetando la región periumbilical, con una extensión centrífuga limitada a tronco y raíz de las extremidades. No se afecta la cara ni las mucosas.

4.4. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. El estudio histológico no es específico, por lo que no es necesaria la toma de biopsias en todos los casos.

4.5. Riesgos maternos y fetales

No se produce un incremento del riesgo materno fetal.

4.6. Tratamiento

El eritema multiforme es una entidad benigna autolimitada en 4-6 semanas, por lo que el tratamiento está enfocado en el control de la sintomatología.

Como primera línea terapéutica se utilizan las cremas emolientes, los corticoides tópicos de baja o media potencia, como la Hidrocortisona 2'5%, la Triamcinolona 0'01% o la Mometasona furoato 0'1%, y los antihistamínicos orales.

Si estos tratamiento no son efectivos se puede realizar una pauta corta de corticoides orales.

5. COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL

La colestasis intrahepática gestacional es una alteración hepática que ocurre entre el final del segundo trimestre y el tercer trimestre del embarazo.

Se caracteriza por la elevación en sangre de los ácidos biliares y el inicio de forma brusca de un prurito generalizado, que afecta característicamente a palmas y plantas. No existen lesiones primarias asociadas, aunque es frecuente ver excoriaciones por el rascado.

Su importancia radica en el incremento del riesgo fetal, así que un rápido diagnóstico y tratamiento es vital.

Respecto al diagnóstico y tratamiento: consultar protocolo específico (Dra Espejo Romero, octubre 2022)

6. ERUPCIÓN ATÓPICA GESTACIONAL

6.1. Definición y epidemiología

La actual erupción atópica gestacional comprende entidades previamente conocidas como orurito gestacional, foliculitis pruriginosa del embarazo o el eczema temprano del embarazo.

Se define como la aparición de un primer brote de eczema en el embarazo.

Es la alteración cutánea más frecuente durante la gestación, pues es el diagnóstico en el 50% de los casos de dermatosis en el embarazo. Normalmente se desarrolla en el primer trimestre del embarazo, aunque hasta el 75% de las pacientes lo presentan antes del tercer trimestre.

El 20% de las pacientes presentan el antecedente de una dermatitis atópica previa al embarazo.

6.2. Fisiopatología

La fisiopatología se basa en la respuesta inmune mediante citoquinas para evitar el rechazo al embrión por parte de la madre. Para ello se producen citoquinas Th1 y Th2, que producen un desbalance y aumentan la respuesta a nivel de la piel.

6.3. Clínica

La clínica cursa con una erupción caracterizada por un prurito intenso. En la piel podemos encontrar lesiones eczematosas en la cara, el cuello, el pecho o la flexura de las extremidades, como suele ser típico en la dermatitis atópica. Por otro lado, otras pacientes presentan pequeñas pápulas pruriginosas y eritematosas agrupadas en el tronco y la zona de extensión de las extremidades.

En ambos subtipos es frecuente encontrar lesiones por rascado y la posibilidad de una sobreinfección bacteriana de las lesiones.

6.4. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico de exclusión, pues todas las pruebas de laboratorio son inespecíficas o negativas.

En estas pacientes se suele producir una elevación de la IgE en sangre periférica.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Dermatosis y gestación

6.5. Riesgos maternos y fetales

No existe un riesgo materno o fetal en esta entidad clínica.

Sí es frecuente que se repita el cuadro clínico en las siguientes gestaciones.

6.6. Tratamiento

El tratamiento es sintomático. Normalmente se produce una rápida respuesta al tratamiento con corticoides de baja o media potencia. Además se recomienda la aplicación de emolientes con base de urea y mentol para aumentar la hidratación cutánea.

Los antihistamínicos son también base del tratamiento para disminuir o evitar el picor.

En los casos refractarios al tratamiento se recomienda el uso de corticoides sistémico, así como luz ultravioleta B.

7. PSORIASIS PUSTULOSA DE LA GESTACIÓN

7.1. Definición y epidemiología

La psoriasis pustulosa de la gestación previamente se conocía como impétigo herpetiforme.

Se trata de una dermatosis rara que se produce en el tercer trimestre de la gestación. Algunos autores incluso no la identifican como una dermatosis propia del embarazo, sino como una variante de la psoriasis pustulosa pero que coincide en el momento con una gestación.

7.2. Fisiopatología

La patogenia es poco conocida, por lo que encontramos múltiples hipótesis. Entre ellas, el factor genético, es una de las que más adeptos presenta, al estudiar las mutaciones en el gen IL36RN como causante de la enfermedad.

7.3. Clínica

Las lesiones características de la psoriasis pustulosa se encuentran en las flexuras de las extremidades, apareciendo placas eritematosas simétricas con anillos externos de pústulas estériles en la periferia. Las lesiones se van extendiendo, pudiendo llegar a afectar el tronco, las manos, los pies y la cara.

7.4. Diagnóstico

Normalmente se puede llegar a un diagnóstico clínico, pero la biopsia de las lesiones va a dar el diagnóstico definitivo. En el estudio anatomopatológico se caracteriza por pústulas espongioformes con neutrófilos, hiperplasia epidérmica y paraqueratosis.

Además, en una analítica sanguínea se suele encontrar leucocitosis con neutrofilia, hipocalcemia, hipoalbuminemia, hipoparatiroidismo, hipovitaminosis D y elevación de la velocidad de sedimentación globular.

7.5. Riesgos maternos y fetales

Las complicaciones maternas incluyen la alteración de electrolitos, la deshidratación, así como la sepsis por infección secundaria de las pústulas.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Dermatosis y gestación

En los siguientes embarazos es frecuente encontrar una recurrencia de la enfermedad, pero de forma más precoz y severa.

Por otro lado, existe un incremento del riesgo de aborto y de muerte fetal por insuficiencia placentaria, así como de rotura prematura de membranas, parto pretérmino o restricción del crecimiento intrauterino.

7.6. Tratamiento

El inicio precoz del tratamiento es crucial para evitar complicaciones maternas y fetales.

No existe un protocolo de tratamiento específico, aunque hay varias opciones útiles.

En primer lugar, es importante monitorizar los electrolitos y realizar una reposición de fluidos y electrolitos si fuera necesario.

Además, los corticoides sistémicos son la base de la mayoría de los esquemas terapéuticos, principalmente la Prednisolona 15-30 mg/24 horas, pudiendo llegar a incrementar la pauta a 60-80 mg/24 horas.

En los casos más graves, se puede utilizar Ciclosporina o inhibidores del TNF (Adalimumab o Infliximab) como primer escalón, aunque son tratamientos con más efectos secundarios.

8. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fuente	Estándar
Realización del diagnóstico específico	Hoja de evolución Diraya	100%
Adecuación del tratamiento pautado	Prisma	100%

9. BIBLIOGRAFÍA

- Himeles JR, Pomeranz MK. Recognizing, diagnosing and managing pregnancy dermatoses. *Obstet Gynecol* 2022 Oct 1;140(4):679-695

- Snarskaya ES, Olisova OY, Makatsariya AD, Kochergin NG, Radetskaya L, Bitsadze V, Khizroeva J. Skin pathologies in pregnancy. *J Perinat Med*. 2019 May 27;47(4):371-380

- Carvalho MLR, Magalhães GM, Leite HV. Update on specific dermatoses of pregnancy. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2023 Aug 4;69(suppl 1):e2023S109

- Fotos tomadas de Himeles JR, Pomeranz MK. Recognizing, diagnosing and managing pregnancy dermatoses. *Obstet Gynecol* 2022 Oct 1;140(4):679-695

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Dermatosis y gestación

Autores	Dra. Inmaculada Cardona Benavides		
Fecha elaboración	01/04/25	Vigencia	01/04/28

10. APÉNDICE

	Pénfigo gestacional	Erupción polimorfa del embarazo	Colestasis intrahepática gestacional	Erupción atópica del embarazo	Psoriasis pustulosa gestacional
Frecuencia	Rara	Frecuente	Variable, en función de la raza	Frecuente	Rara
Debut	Segundo-tercer trimestre. Raro en el postparto	Tercer trimestre. Raro en el postparto	Segundo-tercer trimestre	Primer-segundo trimestre	Tercer trimestre
Clínica	Pápulas pruriginosas y placas anulares. Afecta la región umbilical	Pápulas edematosas que confluyen en placas bien delimitadas, con vesículas o lesiones circinadas. No se visualizan ampollas. Respeta la región umbilical	No hay lesiones específicas	Lesiones eczematosas en flexuras o pustulosas en zonas de extensión	Placas eritematosas simétricas con anillos externos de pústulas estériles en la periferia
Diagnóstico	IFD demuestra la presencia de un depósito lineal, denso y regular de la fracción C3 del complemento en la unión dermoepidérmica	Clínico	Elevación ácidos biliares con alteración de la función hepática	Clínico Elevación IgE	Biopsia: pústulas espongioformes con neutrófilos, hiperplasia epidérmica y paraqueratosis
Riesgo fetal	Sí	No	Sí	No	Sí
Recurrencia	Sí, incluyendo los ACHOs	No	Sí, incluyendo los ACHOs	Variable	Sí, más grave y antes