

TRABAJO ORIGINAL

Tema: ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO.

Autora: DRA. JOHANNA PALACIOS PAREDES

RESUMEN.

El proceso natural del embarazo involucra una serie de cambios fisiológicos tanto en la piel como en el resto del cuerpo de la futura madre, en otras ocasiones el embarazo transcurre simultáneamente junto a una enfermedad de la piel y en raras ocasiones el embarazo precipita el inicio de una dermatopatía en algún momento de la gestación. Que pueden ser de tipo hormonal, nutricional, micótico, parasitario, contagioso, con erupciones bien definidas, pruriginosas, localizadas o generalizadas, etc. Que preocupan a la gestante por que las lesiones pueden ser en sitios evidentes como en extremidades, o en zonas no evidentes o sea en pliegues y genitales, también se preocupan por la probable transmisión al futuro bebe, y en ocasiones no se dan cuenta que fueron contagiadas por un miembro de su familia o ellas mismas son la fuente de transmisión a otros miembros de su familia. De tal forma que estas alteraciones de la piel durante el embarazo han sido la base de este trabajo de tipo descriptivo elaborado en la Maternidad Enrique C. Sotomayor más exactamente en las áreas de consulta externa, admisión, infectología y en el área toco quirúrgica del servicio de general. Se recopiló 100 pacientes en tres meses, desde noviembre, diciembre y enero del 2003 a 2004. Y se persigue el objetivo de resaltar la importancia del diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de estas dermatopatías y derivarlas al especialista cuando el caso lo requiera. Cabe resaltar que las patologías más frecuentes en este estudio son las pruriginosas como la escabiosis y la micosis; y las áreas más afectadas son los pliegues. Todas las afecciones de piel en las pacientes embarazadas pueden ser fácilmente evidenciadas con un buen examen físico y se descubrirá que más del 99% de las embarazadas tienen algún tipo de alteración de la piel

SUMMARY.

The natural process of the pregnancy involves a series of physiologic changes as much in the skin as in the rest of the expectant mother body, in other occasions the pregnancy lapses simultaneously next to an illness of the skin and in strange occasions the pregnancy precipitates the beginning of a dermatitis in some moment of the gestation. That they can being of hormone, nutritional type, parasitic, contagious, with very defined eruptions, itching, located or widespread, etc. That they worry to the pregnant for that the lesions can be in evident places as in extremities, or in non evident areas that is to say in pleats and genital, they also worry about the probable transmission to the future she drinks, and in occasions they don't realize that they were contaminated by a member of their family or themselves is the transmission source to other members of their family. In such a way that these alterations of the skin during the pregnancy have been the base of this work of descriptive type elaborated in the Maternity Enrique C. Sotomayor more exactly in the areas of external consultation, admission, infected and in the area I play surgical of the service of general. You gathers 100 patients in three months, from November, December and January of the 2003 at 2004. And the objective is pursued of standing out the importance of the I diagnose opportune and the appropriate handling of these dermatopatías and to derive them to the specialist when the case requires it. It fits to stand out that the most frequent pathologies in this study are the pruriginosas like the escabiosis and the micóticas and the areas but affected they are the pleats. All the skin affections in the pregnant patients can be easily evidenced with a good physical exam and she will be discovered that more than 99% of the pregnant ones they have some type of alteration of the skin.

INTRODUCCIÓN.

Las alteraciones cutáneas del embarazo pueden ser el resultado de la exacerbación de una enfermedad preexistente, de una enfermedad dermatológica adquirida o de una dermatosis específica relacionada con el embarazo.

El propósito del presente trabajo de tipo descriptivo de una muestra de cien pacientes escogidas por presentar alguna dermatopatía más embarazo, en las áreas de consulta externa, admisión, infectología o toco quirúrgico es de evidenciar la prevalencia de Dermatopatías y Embarazo en la Maternidad Enrique C. Sotomayor, con el objeto de lograr un manejo apropiado de las mismas en esta etapa de la Gestación. De esta manera se hace necesario saber que la queja que con mayor frecuencia manifiestan las pacientes aparte de las obstétricas y ginecológicas es el prurito; ósea la picazón o la comezón en regiones específicas de su cuerpo y en otros casos de manera localizada que se puede acompañar o no de evidencias de rascado, leucorreas o patologías mixtas donde encontramos hongos, ectoparásitos y hasta bacterias.

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO.

ENFERMEDADES CUTÁNEAS.

Estas modificaciones se deben a tres circunstancias.

1. Producción de novo de diversas modificaciones proteicas.
2. Actividad incrementada de las glándulas maternas, hipófisis, tiroides, posiblemente relacionada con el aumento del tamaño del lóbulo intermedio de la glándula hipófisis, con aumento de los niveles de hormona estimulante de los melanocitos, especialmente hacia el segundo mes de gestación.
Producción de melanocortina en extractos de placenta, sustancia que es una fuente de hormona estimulante de los melanocitos alfa y beta.
Cambios importantes de la disponibilidad y concentración de algunos esteroides suprarrenales como cortisol, aldosterona y desoxicorticosterona.
3. Alteración o estimulación de la depuración que puede aumentar la disponibilidad plasmática de esteroides sexuales y diversidad de andrógenos. (Bibliografía 8)

Todo medico conoce de los cambios de:

- **HIPERPIGMENTACIÓN**
- **CAMBIOS DEL CABELLO**
- **TEJIDO CONECTIVO**
- **NEVOS**
- **CAMBIOS VASCULARES**
- **CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD GLANDULAR**

Que cada mujer embarazada experimenta en su cuerpo de forma leve moderada o severa según el tipo de piel, la raza y factores hereditarios.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS INFLUIDAS POR EL EMBARAZO

Los cambios endocrinos, metabólicos, vasculares, e inmunológicos que ocurren durante el embarazo pueden influir en el agravamiento de algunas dermatosis. Durante el embarazo normal se produce disminución de la inmunidad celular. Por esta razón las infecciones cutáneas fúngicas, virales, bacterianas y parasitarias pueden aparecer o hacerse más frecuentes y más severas. (bibliografía 1)

Enfermedades dermatológicas como el acné, rosáceo, las dermatitis de contacto, los líquenes y la psoriasis evolucionan durante el embarazo en formas variables dependiendo de condiciones individuales. Algunas dermatitis debidas a alteraciones inmunológicas y que alteran su comportamiento durante el embarazo son., lupus eritematoso sistémico., esclerosis sistémica progresiva, plimiositis y pénfigos.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. Es difícil de evaluar esta enfermedad en la mujer embarazada, por que muchos cambios que se producen en el embarazo como las mialgias, el edema de cara, manos y piernas, el eritema palmar y malar y los cambios en el pelo, pueden estar presentes en el LES.

En general, el embarazo es bien tolerado en las embarazadas con LES en remisión antes de la concepción, y sin neuropatía y cardiopatía. Cuando la concepción ocurre en la fase activa del LES, más del 50 % de las pacientes se agravan durante la gestación. Si el LES se manifiesta por primera vez durante el embarazo se asocia a alta frecuencia de manifestaciones severas, incluyendo enfermedad renal, cardiaca, fiebre, linfadenopatias, dolor abdominal, ictericia y pancreatitis. En estos casos hay un aumento de la tasa de abortos espontáneos, partos prematuros y mortalidad perinatal. El manejo del LES en el embarazo no es fácil. Por que muchas drogas son teratogenicas como la ciclofosfamida y el clorambucil.- y ciertos exámenes serologicos usados para el seguimiento de la enfermedad pueden alterarse por el embarazo. El tratamiento de elección son los corticosteroides en dosis adecuadas y con indicaciones precisas. (bibliografía 23)

ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA.

Los efectos de la gestación sobre la patología no se conocen bien, por la baja incidencia de embarazos en pacientes con esta enfermedad. En general el curso de la enfermedad no sufre grandes cambios durante la gestación.

POLIMIOSITIS Y DERMATOMIOSITIS.

Existen pocos casos publicados de polimiosistis y dermatomiosistis en embarazadas. En una revisión sobre dermatomiosistis, el 60 % de las pacientes no tuvo cambios, el 20% mejoro y el otro 20% presento agravamiento de la enfermedad.

PÉNFIGOS.

Esta enfermedad ampollar auto inmune, puede debutar con el embarazo o puede ser agravada durante este, y también con el huso de anticonceptivos hormonales. La presentación clínica puede ser muy similar al herpes gestacinal, una adecuada evaluación clínica, el examen histopatológico y la inmunoforecencia directa permite efectuar el diagnostico correcto.

El mal pronostico perinatal esta asociado con el tratamiento, las infecciones interrecurrentes y la insuficiencia placentaria. El tratamiento de elección son los corticoides a altas dosis. Otro grupo de enfermedades dermatológicas de causa metabólica y agravada por el embarazo son:

- La Porfiria cutánea y;
- La acrodermatitis enteropatica. (bibliografía 28)

Porfiria cutánea tardía.

Esta enfermedad es influida por los estrógenos, el hierro y la ingesta de alcohol. Generalmente el curso de la enfermedad se agrava con el embarazo. El tratamiento de lección es

la flebotomía, con controles seriados del hematocrito. En los casos reportados de profiria materna, todos los recién nacidos han sido sanos.

Acrodermatitis Enteropatica.

Es una enfermedad poco frecuente, autosomica recesiva, cuya causa es la deficiencia de zinc, caracterizada por dermatitis perioral, diarrea y alopecia.

Esta enfermedad puede agravarse durante el embarazo, por los mayores requerimientos de zinc de la madre y el feto. El déficit de zinc puede tener efectos adversos en el feto, por lo tanto, la suplementación de zinc es indispensable en estas pacientes. Otras enfermedades dermatológicas que pueden agravarse en el curso del embarazo son aquellas que tienen alteraciones del tejido conectivo y elástico como el síndrome de Ehler-Danlos y el pseudoxantema elástico. (bibliografía 9-10)

TUMORES INFLUIDOS POR EL EMBARAZO.

Las enfermedades tumorales de la piel que tienen mayor relevancia y que son afectadas por el embarazo son:

- La neurofibromatosis y;
- El melanoma maligno.

Neurofibromatosis. Es una enfermedad autosomica dominante que se agrava durante la gestación, por lo que se recomienda en estas pacientes evitar el embarazo. Se caracteriza por la aparición de neurofibromas en el sistema nervioso central y periférico. En ocasiones se presentan compresiones de estructuras vasculares del intestino y riñón por los neurofibromas. En el embarazo las lesiones de los neurofibromas se agrandan se tornan dolorosas y pueden aparecer nuevas lesiones. Frecuentemente durante el embarazo se desarrolla un síndrome hipertensivo.

La enfermedad determina un aumento de las tasas de aborto y de mortalidad fetal tardía. Los recién nacidos pueden presentar lesiones neurofibromatosas, en ocasiones de tal severidad que son incompatibles con la vida.

Melanoma Maligno.

La relación entre esta enfermedad y el embarazo no están bien aclaradas. Aparentemente las pacientes que desarrollan un melanoma durante el embarazo tienen peor pronóstico que las mujeres no embarazadas. Aunque la magnitud de esta diferencia no está precisada. El tratamiento consiste en la extirpación ampliada y si es necesario la resección ganglionar. En aquellas mujeres en las que el melanoma se ha activado durante el embarazo, se debe recomendar evitar el embarazo por 3 a 5 años después del diagnóstico. La anticoncepción hormonal está contraindicada en estas pacientes. (bibliografía 16)

INFECCIONES GENITALES DE IMPORTANCIA PERINATAL

Durante la gestación la inmunidad celular está deprimida, de ahí que la susceptibilidad a las infecciones bacterianas, virales, parasitarias, y fúngicas está aumentada. La infección de la piel de los genitales ha experimentado un aumento en su frecuencia debido a la mayor promiscuidad de la población. Es importante destacar que muchas de estas enfermedades pueden condicionar morbilidad y mortalidad perinatal. Las infecciones genitales más frecuentes y de importancia perinatal son: Chlamydia, Gonorrea, Sífilis, Condiloma acuminado, Candidiasis, Herpes simple, Micoplasma, SIDA. (bibliografía 3-24)

Gonorrea. Puede diseminarse más fácilmente en las embarazadas y hay mayor riesgo de amnionitis, retardo de crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas y parto prematuro. El tratamiento es igual al de una mujer no embarazada. La tetraciclina esta contraindicada.

Sífilis. Las mujeres con sífilis no tratadas pueden infectar a sus embriones in útero por años. Si una madre con sífilis precoz no es tratada, el 25 a 30% de fetos muere in útero, otro 25 al 30% muere después del nacimiento, y de los sobrevivientes infectados, el 40% desarrolla sífilis congénita sintomática tardía.

En la práctica, todo VDRL positivo en una mujer embarazada exige tratamiento adecuado.

Condiloma Acuminado. Puede crecer durante el embarazo, pudiendo incluso obstruir el canal del parto. El tratamiento con podofilina esta contraindicado, se prefiere el uso de ácido tricloroacético al 50%, criocirugía, electrocoagulación o vaporización con láser.

Herpes Simple. El riesgo de la infección herpética al neonato es del 50% en la primoinfección materna y solo el 5% si la infección es recurrente.

Aquellas pacientes con evidencia clínica de infección deberían indicárseles la resolución del parto por cesárea. Se debe efectuar vigilancia de los recién nacidos expuestos al virus.

Sida. Se ha comprobado que el virus VIH es capaz de atravesar la barrera placentaria provocando la infección en el niño, el cual también puede enfermar mediante la ingestión de leche materna contaminada. Las lesiones cutáneas más frecuente en las embarazadas son las secundarias a infecciones y sarcoma de Kaposi. (bibliografía 28)

DERMATOPATIAS DEL EMBARAZO

Desde el punto de vista Clínico. (bibliografía 18 – 21)

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| Erupciones bien definidas | } | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Herpes dravídico ➤ Papulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo ➤ Impétigo herpetiforme; psoriasis pustulosa por hipocalcemia ➤ Colestasis recurrente del embarazo |
| Erupciones mal definidas | } | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prurigo gestacional de Vencer ➤ Dermatitis papular del embarazo ➤ Erupción folicular del embarazo ➤ Dermatitis progesteronica auto inmune. (Bibliografía #26,28) |

HERPES GRAVIDICO O GESTACIONAL

Milton utilizo por primera vez el término de herpes gestacional en 1872. En 1973, Provost y Tomasi demostraron que el herpes gestacional representa una enfermedad distintiva mediada inmunologicamente. Es una enfermedad ampollosa recurrente relacionada con el embarazo y puerperio, que puede asociarse a otras patologías como mola hidatiforme y coriocarcinoma. Es extremadamente pruriginosa y es considerada como una dermatitis de origen inmunologico, puede aparecer en cualquier momento del embarazo y con mayor frecuencia en etapas avanzadas de la gestación, hacia el segundo o tercer trimestre e incluso en los primeros días pos parto, siendo cada vez más grave si se repite en embarazos posteriores. Es raro en mujeres embarazadas de raza negra.

Un porcentaje pequeño de mujeres con historia de herpes gestacional presenta recidiva al ingerir anticonceptivos, se observan lesiones menores durante la menstruación, incluso semanas o meses después del parto y en general se ha observado mayor severidad en pacientes con evidencia de anticuerpos antimembrana basal y eosinofilia.

Clínicamente la enfermedad se anuncia con malestar general, fiebre, escalofríos, náuseas, cefaleas y el prurito intenso puede preceder a otros signos como el edema y eritema por días o semanas. A continuación se presentan papulas o placas eritematosas urticariformes que se rodean de anillos de vesículas. Finalmente y secundario al rascado surgen las escoriaciones y costras. Al curar las lesiones observamos hiperpigmentación con poca o nula cicatrización a menos que ocurra sobreinfección secundaria. (bibliografía 21 – 26)

La dermatosis generalmente se inicia en la región peri umbilical, luego se extiende a brazos y piernas incluyendo palmas y plantas. La afección de cara y mucosas se presenta solo en el 10 % de casos.

En un estudio de 41 pacientes de herpes gestacional demostrados, 8 comenzaron en el primer trimestre, 15 casos en el segundo trimestre, 12 casos en el tercer trimestre y 6 casos en el posparto inmediato. Cerca del parto se observa una tendencia de las exacerbaciones de la enfermedad previamente controlada.

Basados en estudios de inmunopatología parece que se trata de una enfermedad autoinmunitaria mediada por Ig G específica para un componente de la membrana basal circulante formados contra algún antígeno presente en el embarazo con activación del complemento C3 con atracción resultante de células inflamatorias.

El diagnóstico del herpes gestacional no debe llevarse a cabo sin este hallazgo, es más estos depósitos de C3 han persistido hasta 1 año después de la resolución de las lesiones cutáneas. También se han encontrado depósitos de C3 en la piel de neonatos de madres afectadas de esta patología. Aunque es raro ver neonatos que presentan lesiones cutáneas de herpes gestacional.

El curso del herpes gestacional puede comenzar en cualquier momento durante el embarazo, pero tiene que remitir en forma espontánea en el curso de las primeras semanas posparto, esta condición frecuentemente recurre en embarazos ulteriores.- y por lo que comienza en una etapa más temprana durante el embarazo posterior. Rara vez es posible observar neonatos que presentan lesiones cutáneas de herpes gestacional, las cuales desaparecen en el transcurso de varias semanas.

Se Diagnostica por inmunofluorescencia directa e indirecta de piel, la histología en el microscopio se observa necrosis de membrana basal. El diagnóstico diferencial se hace con lesiones bulosas como el pénfigo vulgar y el impétigo herpetiforme. (bibliografía 13-14)

Se evidencia en esta enfermedad el prurito intenso en el primer y segundo trimestre de gestación.- exacerbación posparto de la patología.- recurrencias frecuente.- C3 lineal en membrana basal.

Una hipótesis plausible consistiría en una fijación cutánea de anticuerpos anti zona de membrana basal circulantes formados contra algún antígeno presente en el embarazo, dicha fijación podría ser un mecanismo primario o una reacción cruzada que determinaría activación del complemento C3 con atracción resultante de células inflamatorias. El factor (HG) se desarrolla como respuesta posiblemente a alteración en la expresión de moléculas clase II de HLA.

Según estudios de histocompatibilidad, hay cierta disposición al desarrollo del herpes gestacional pues hasta un 85% de mujeres embarazadas con la patología HLA DR3 y un 43 – 45 % tiene la combinación DR3 – DR4. Solo el 3% de mujeres embarazadas sin patología posee dichas combinaciones.

Una explicación simple entre HG y antígeno HLA es que se trata de una de aquellas enfermedades que tienden a ocurrir en aquellos individuos con DR3 – DR4. Por una respuesta inmunitaria inespecífica pero aumentada o por disminución de la capacidad para eliminar complejos de antígenos anticuerpos. (bibliografía 25 – 29)

Aunque se han encontrado anti HLA en un 85% de los casos de herpes gestacional no parecieron tener intervención directa en la activación del complemento.- así mismo, no se conoce el papel exacto que pudiera tener la presencia del tejido placentario en la inducción del herpes gestacional. Las posibles propuestas para ello en estudio incluyen.

- 1 Reacción cruzada entre antígenos de la placenta y de la zona de membrana basal cutánea.
- 2 Alteración de la regulación inmunitaria, secundaria a la reacción contra otros antígenos de la placenta.
- 3 Alteración en el metabolismo de anticuerpos o en su regulación inducida por hormonas placentarias.
- 4 Secreción de un producto placentario único hasta ahora no identificado.

Además de las manifestaciones clínicas, existen pruebas de laboratorio que nos permiten hacer el diagnóstico de esta patología.

- Inmunofluorescencia directa de muestra de piel. Se observan depósitos en banda lineal de C3 a lo largo de la zona de la membrana basal, también depósitos de IgG en dicha zona en un 40 al 50 % de casos, y ocasionalmente y en menor grado depósitos de Ig A, IgM, C4, C5 y factor B. Los depósitos de C3 pueden persistir por tiempo mayor a un año luego de resuelta la lesión cutánea y son más fácilmente detectados que los depósitos de Ig A. En la microscopía electrónica se ha evidenciado depósitos de C3 en la lámina lucida de la membrana basal.
- Inmunofluorescencia indirecta. Por técnicas convencionales solo se identifican el 25 % de pacientes con HG circulante y por técnica de fijación del complemento se demuestra presencia de fijación del complemento en el 75% de los casos. (bibliografía 27)

Así mismo, se ha demostrado con claridad que el factor HG es un solo anticuerpo antizona membrana basal que esta presente en títulos muy reducidos, se une a las membranas fetales pero no al sincitotrofoblasto y se ha identificado en el cordón umbilical de algunos recién nacidos hijos de mujeres con esta patología.

- **Histología.**- El cambio microscópico más temprano es la necrosis de la membrana basal, observándose formación de ampolla en la unión dermoepidérmica, además edema de la papila dérmica más infiltrado de eosinófilos e infiltrado peri vascular de la dermis superficial y parte media.

Además del pronóstico fetal, la incidencia de complicaciones es controvertida, no se sabe con certeza si propicia efectos adversos sobre el feto y aunque existen varios estudios al respecto se considera que aun no hay evidencia suficiente que demuestre riesgo.

Se ha demostrado que hasta un 10% de neonatos presentan lesión en piel semejante a la de la madre comprometida. Estas van a ser discretas y pasajeras, desaparecen en días o semanas sin tratamiento y al aparecer se deben al paso de anticuerpos maternos.

Los estudios han demostrado inmunofluorescencia positiva aun en ausencia de lesión cutánea en el periodo neonatal y la fisiopatología corresponde a la misma que para la madre. El complejo viral del Herpes Gestacional materno pasa a través de la circulación placentaria y se une a la piel fetal provocando lesión. Shornick Katz y colaboradores demostró depósitos de C3 en la membrana basal de neonatos y presencia de Herpes Gestacional en el suero del cordón.

Dentro del esquema de tratamiento los esteroides sistémicos son la piedra angular, sin embargo en casos menos graves puede usarse antihistamínicos y esteroides tópicos.

El tratamiento se basa en corticoides suaves de 20 a 40mg diarios con dosis decrecientes y luego en días alternos, hasta el parto luego se reanuda las dosis altas por las recidivas posparto. Los niños nacidos de madres tratadas con dosis elevadas de corticoides sistémicos durante periodos largos deben ser investigados para descartar la presencia de una insuficiencia adrenal.

Asociado a los esteroides sistémicos se puede utilizar inmunosupresores como la azatioprina y antiinflamatorios como la DDS diaminodifenilsulfona a dosis de 1 a 2 mg por kilo de peso. (bibliografía 22)

PAPULAS Y PLACAS URTICARIANAS PRURIGINOSAS DEL EMBARAZO.

Es la dermatosis popular más frecuente del embarazo intensamente pruriginoso y de aparición tardía.

Fue descrita por primera vez por Lawley en 1979 y ha recibido diferentes nombres como prurigo del embarazo tardío, erupción toxémica del embarazo o erupción polimorfa del embarazo.

Su incidencia se calcula de 1 por cada 200 embarazadas. Su instalación en el pos parto inmediato es rara a diferencia del herpes gestacional su frecuencia es mayor en primigestas. Aunque puede aparecer en cualquier embarazo sin que tenga tendencia a recurrir en embarazos ulteriores.

No existe información clara respecto a recidiva y uso de anticonceptivos orales o menstruación, las lesiones invariablemente regresan en el curso de pocos días o semanas, existiendo clara relación entre distensión de la pared abdominal y el inicio del cuadro clínico, por lo cual se ha encontrado asociado a embarazo múltiple y polihidramnios. (bibliografía 11)

Clínicamente se presenta como una erupción cutánea intensamente pruriginosa, acompañada de papulas y placas urticarianas inicialmente localizada en abdomen y región peri umbilical, especialmente sobre las estrías de distensión extendiéndose en pocos días hasta abarcar glúteos, muslos, piernas, brazos y antebrazos, sin comprometer cara.

La morfología de las lesiones y su progresión anatómica son en general bastante uniformes, observándose papulas primarias que evidencian un halo pálido estrecho. A diferencia del herpes gestacional es excepcional la instalación o recidiva pos parto o la recurrencia en gestación posterior y no se asocia a síntomas sistémicos. Su etiología es desconocida, no hay bases inmunológicas para describir su origen sin embargo se reconoce una tendencia familiar y atribuyeron la respuesta materna a un factor circulante paterno, Además de

las características clínicas, existen pruebas de laboratorio que nos permiten realizar el diagnóstico.

Se diagnostica con el apoyo de la inmunofluorescencia directa e indirecta. (bibliografía 11)

- Inmunofluorescencia directa de piel no se evidencia depósitos de IgG ni complemento, la ausencia de una banda basal lineal de C3 en la membrana basal permite diferenciar esta patología del herpes gestacional.
- Inmunofluorescencia indirecta, es negativa. Existen estudios clínicos que han demostrado anticuerpos IgM antimembrana basal circulante.
- Histopatológica. Los hallazgos no son característicos. Se observa una perivasculitis linfocitocitaria inespecífica leve con componente eoinfilar superficial y en la parte media de dermis edema, con espongiosis y paraqueratosis leve.
- Dentro del pronóstico de esta patología no existe evidencia de que presente riesgo materno fetal, se debe hacer diagnóstico diferencial con otras erupciones como erupción medicamentosa, picaduras, eritema multiforme.

CRITERIOS DIAGNOSTICO.

- Prurito intenso
- Primigesta en el tercer trimestre de gestación
- No recurrencia de la lesión.
- Y la distribución y morfología de las lesiones.

Su tratamiento es sintomático utilizando corticoides tópicos o sistémicos y antihistamínicos por cortos periodos de tiempo.

COLESTASIS RECURRENTE DEL EMBARAZO.

Es la causa de prurito intenso producido por hepatopatía que habitualmente aparece en la fase tardía del embarazo, recurrente y relativamente benigna, de etiología desconocida. Manifestada inicialmente por prurito intenso generalizado, este prurito se continua o no con ictericia. Su incidencia puede estar alrededor del 1-500 a 1-1000 embarazadas.

Se considera que sigue a la hepatitis viral como segunda causa de ictericia en la gestación y en muchos grupos es la primera causa del prurito en el embarazo, incluso puede aparecer en embarazos posteriores en un 35 al 45% y se resuelve a las 48 horas posparto. Su presentación ocurre con mayor frecuencia en el tercer trimestre de gestación en un 72%.

Clínicamente la mayoría de mujeres con colestasis desarrollan prurito en el embarazo avanzado el cual varía de moderado a intenso, inicialmente de predominio nocturno, facial y luego generalizado, principalmente localizado en el tronco, palmas y plantas. Casi siempre antecede en una a cuatro semanas a la ocurrencia de la ictericia. Por lo general no hay síntomas constitucionales, pero algunos casos presentan fatiga, anorexia, vomito, dolor en cuadrante superior derecho, acolia, coluria. Generalmente el hígado y el bazo no están agrandados y no se manifiestan otros signos de colestasis hepática prolongada, con excepción de tendencia a hemorragia puerperal que puede ocurrir si no se sintetiza en forma adecuada la protrombina (mala absorción y déficit en sales biliares de vitamina K liposoluble). (bibliografía 25)

Desde el punto de vista etiológico la causa de la colestasis intrahepática se desconoce. Sin embargo replantean dos teorías. En la primera teoría, se considera que niveles de estrógenos y progestágenos interfieren en la excreción hepática de ácidos biliares de tal manera que;

Los estrógenos disminuyen el intercambio de líquido a través de la membrana canalicular del hepatocito y los progestagenos inhibiendo la glucoroniltransferasa y disminución de la aclaramiento hepática de estrógenos, en la segunda posiblemente la entidad ocurren en mujeres embarazadas con susceptibilidad genética. El resultado final de estas dos teorías sería que los ácidos biliares son eliminados de manera incompleta por el hígado y que se acumulen a nivel plasmático.

No se ha comprendido de forma clara la fisiopatología de los síntomas. Normalmente durante el embarazo la función de la vesícula biliar se modifica observándose una disminución de la contracción y un aumento del volumen residual, secundario a la inhibición de la estimulación del músculo liso mediado por colecistocinina a partir de la progesterona.

Los efectos del embarazo sobre los ácidos biliares en la circulación materna no se han establecido con certeza más allá de la conocida tendencia de la colestasis intrahepática. Es así como la colestasis se relaciona con presencia de altos niveles circulantes de estrógenos, hormona que inhibe el transporte intracanalicular de ácidos biliares (ácido cólico y ácido quenodesoxicólico).

Los ácidos biliares totales pueden llegar a estar aumentados hasta en una cifra de 10 a 100 veces el título normal en mujeres embarazadas con colestasis, siendo esta totalmente intrahepática demostrado por la biopsia y la colecistografía, posiblemente secundaria a alteración de excreción de bilirrubina por los hepatocitos. Además de la clínica, existen exámenes de laboratorio que nos permiten sospechar o confirmar el diagnóstico. (bibliografía 15)

- **Biopsia Hepática.** - Rara vez es necesaria, esta revela colestasis no específica de predominio centrolobulillar en hepatocitos y canaliculos, con respuesta inflamatoria mínima reversible posparto sin presencia de necrosis.
- **Pruebas de función hepática.** - Normales o apenas elevadas. son útiles en casos graves y por lo general sugieren patrón obstructivo.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con otras hepatopatías del embarazo, como son hígado graso hiperémesis gravídica, etc. Las observaciones previas indican que las complicaciones del embarazo aumentan, reflejando esto una mayor morbimortalidad perinatal, existiendo además evidencia de mayor incidencia para prematuridad, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo y muerte fetal. No existen medidas preventivas, por lo general el paciente tiene buena salud y sensación de bienestar. El tratamiento deberá encaminarse a controlar el prurito.

- Agentes emolientes blandos y antipruriginosos tópicos tiene poco éxito.
- Antihistamínicos administrados por vía oral pueden proporcionar algún alivio, algunos no responden como la difenhidramina, clorfeniramina.
- Colesteramina resina de intercambio que se une a ácidos biliares a nivel intestinal. Disminuye la circulación entero hepática y concentración sérica de ácidos biliares.
- Se debe administrar concomitantemente con vitamina K para evitar compromiso de coagulación. su efectividad en esta patología no está clara.
- Corticoides sistémicos disminuyen la mortalidad neonatal al reducir las concentraciones de ácidos biliares y estimular la maduración pulmonar fetal.
- Ácido ursodesoxicólico da alivio rápido del prurito y disminución de enzimas hepáticas séricas modificando los ácidos biliares a una dosis de 15mg por kilo al día.
- Medidas generales reposo y dieta baja en grasas.
- Desembarazar una vez certificada madurez pulmonar fetal. (bibliografía 12)

PRURIGO DEL EMBARAZO DE BESNIER.

Descrito en 1904 por Vencer, pudieren ser una variante de las placas y papulas urticariformes del embarazo .-siglas en ingles (PPUP) o una forma nodular de la neurodermatitis. Su nombre refleja semejanza con otras dermatosis, en especial la dermatitis atopica. Es una dermatosis pruriginosa que puede aparecer en cualquier momento entre el cuarto y noveno mes de gestación, con incidencia máxima registrada en las semanas 20 – 34, es relativamente frecuente.

Clínicamente esta patología esta constituida por paulas agrupadas en placas muy pruriginosas, la mayoría escoriadas y con costras hemáticas, que aparecen en las áreas de extensión de los miembros, distribuidos de forma distal con posterior diseminación a abdomen, pecho y espalda.

La erupción tiende a desaparecer luego del parto, aunque puede persistir una hiperpigmentación pos inflamatoria durante un periodo variable. Es frecuente que ocurra en embarazos posteriores. Desde el punto de vista etiológico y de su patogénesis, existe poca información, sin embargo, la predisposición de sujetos atopicos a desarrollar prurito como consecuencia de rascado es bien conocida.

Alrededor del 18% de embarazos se complican con prurito y dado que un porcentaje alto de la población es atopica, se considera un fenómeno independiente pero que coincidiría aproximadamente en el 2% de embarazos.(bibliografía 22)

Por consiguiente es necesario investigar si el prurito del embarazo es el resultado de un pruritus gravidarum en una mujer con diátesis atopica. Además de los criterios clínicos, existen exámenes de laboratorio que pueden complementar el diagnostico.

- Histopatológica inespecífica se observa infiltrado perivascular superficial de linfocitos, espongiosis, paraqueratosis.
- Inmunoflorescencia negativa
- Laboratorio química sanguínea normal.
- No se ha informado de complicaciones materno fetales.

Para su tratamiento tenemos antihistamínicos orales., antipruriginosos tópicos como la calamina, alcanfor, mentol y corticoides tópicos.- los corticoides severos se utilizan en casos severos. (bibliografía 23)

ENFERMEDADES DE PIEL PRE EXISTENTE Y EMBARAZO.

Existen varias enfermedades dermatológicas crónicas que suelen complicar el embarazo. Estos trastornos pueden preceder al embarazo o manifestarse por primera vez durante el.

Muchos de estos trastornos como el acné, la psoriasis y el eccema, son similares a otras afecciones crónicas, las cuales generalmente no se asocian con una evolución predecible durante el embarazo. En consecuencia estas enfermedades pueden permanecer inalteradas, mejorar o agravarse en el curso de la gestación. Si el pénfigo se manifiesta por primera vez durante el embarazo puede confundirse con el herpes gestacional. Aun cuando se administre un tratamiento con esteroides, el índice de mortalidad es del 10 % como consecuencia de la sepsis causada por la infección de la piel desnuda.

Esta dolencia también puede asociarse con un resultado adverso del embarazo. Daniel y colaboradores en 1995 efectuaron una revisión de 17 casos con confirmación inmunopatológica y comunicaron 4 neonatos muertos. La enfermedad de Hansen probablemente se agrave durante la gestación, según se desprende de la revisión efectuada por Aronson y Alaska 1995. (bibliografía 2 -8)

Acne. Algunas mujeres observaron una mejoría durante el embarazo. El ácido retinoide, la isotretinoína, se prescribe con frecuencia para el tratamiento del acné quístico severo pero se demostró que es sumamente teratogénico.

Lamer y col. 1985 estimaron que el riesgo de malformaciones teratogénicas craneofaciales, cardíacas y nerviosas centrales en los fetos expuestos es de 26 veces mayor. Afortunadamente el programa de Prevención del Embarazo implementado en los EE.UU. en 1988, logró evitar la mayoría de los embarazos en mujeres que recibían este fármaco.

Así mismo el etretinato, un compuesto similar utilizado en el tratamiento de la psoriasis, fue clasificado dentro de la categoría X debido al alto índice de anomalías importantes asociado. Este agente farmacológico puede detectarse en el suero de las mujeres hasta 2 años después de la interrupción del tratamiento.

Por otra parte el tratamiento tópico con tretinoína del acné no se asocia con una mayor incidencia de anomalías fetales y se considera dentro de la categoría B. El peróxido de benzoil pertenece a la categoría C.

Hidradenitis Supurativa.

Es una enfermedad inflamatoria supurativa de la piel y sus anexos de curso progresivo, se caracteriza por un taponamiento de las glándulas apócrinas que conduce a la anhidrosis y a la infección bacteriana.

La extensión subcutánea del proceso provoca la formación de cicatrices y tractos sinusales. En la mayoría de los casos el compromiso cutáneo afecta a numerosas áreas con glándulas apócrinas, pero es visible solamente en las axilas, las ingles, el perineo, el área peri rectal y los pliegues submamarios.

Esta enfermedad responde a las hormonas y en consecuencia no aparece antes de la pubertad. Se considera que mejora con el embarazo pero se puede asociar con exacerbaciones pos parto. En nuestra experiencia el curso de la enfermedad no se modifica durante el embarazo en forma apreciable.

El tratamiento consiste en el control de las infecciones agudas mediante antibióticos o la aplicación tópica de un ungüento con clindamicina. Se utilizó la aplicación de isotretinoína en forma limitada y con resultados variables en pacientes no embarazadas, pero contraindicado en el embarazo. (bibliografía 17)

El tratamiento definitivo consiste en la escisión quirúrgica amplia, pero este procedimiento gradualmente debe postergarse hasta después del parto. Un número de enfermedades de la piel transmitida genéticamente (genodermatosis) han sido bien caracterizadas bioquímicamente o morfológicamente.

Los criterios diagnósticos utilizados en el adulto pueden ser empleados en las células fetales para detectar descendencia potencialmente afectada. Sin embargo, la mayor parte de las enfermedades son de tal rareza que es extraño encontrar algún caso en la práctica obstétrica.

Las técnicas de amniocentesis y fetoscopia pueden aportar fibroblastos, muestra de sangre fetal y muestra para biopsia de piel que permiten diagnosticar o descartar la enfermedad por la cual el feto esta en riesgo. Obviamente se deben considerar los beneficios y opciones potenciales de tratamiento contra los riesgos. (bibliografía 30)

METODOLOGIA.

POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

El UNIVERSO que se considero dentro del estudio de pacientes embarazadas desde los 15 a 40 años. Muestras que fueron tomadas desde Noviembre y diciembre del 2003 y Enero del 2004 en la Maternidad Enrique C Sotomayor.

Criterios de Inclusión.

- Mujeres entre 13 a 40 años embarazadas.
- Con afecciones de piel y/o faneras.

Criterios de Exclusión.

- Mujeres con patologías crónicas (diabetes, tuberculosis, hipertecion)
- Mujeres con patologías autoinmunes.

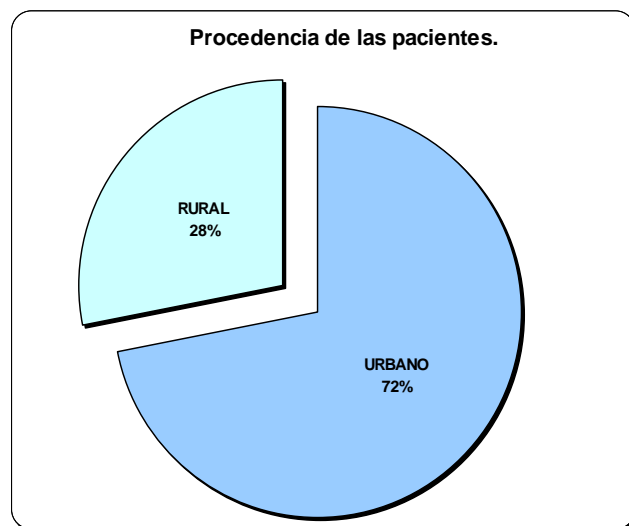
TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN.

- Descriptivo.

ALCANCE Y LIMITACIONES DEL PROYECTO.

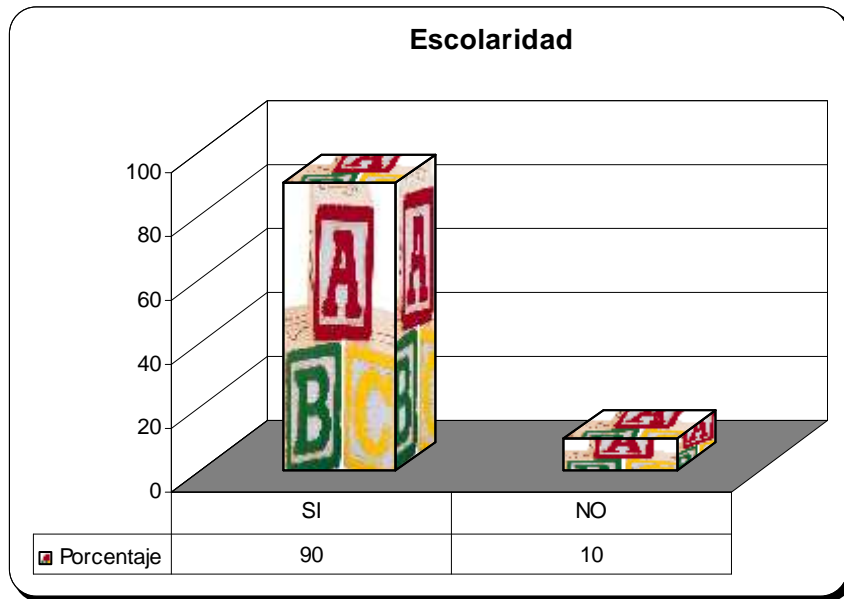
- El trabajo de tipo descriptivo.
- Se escogen pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Grafico # 1



*Elaborado por: La Autora
Dra Palacios .*

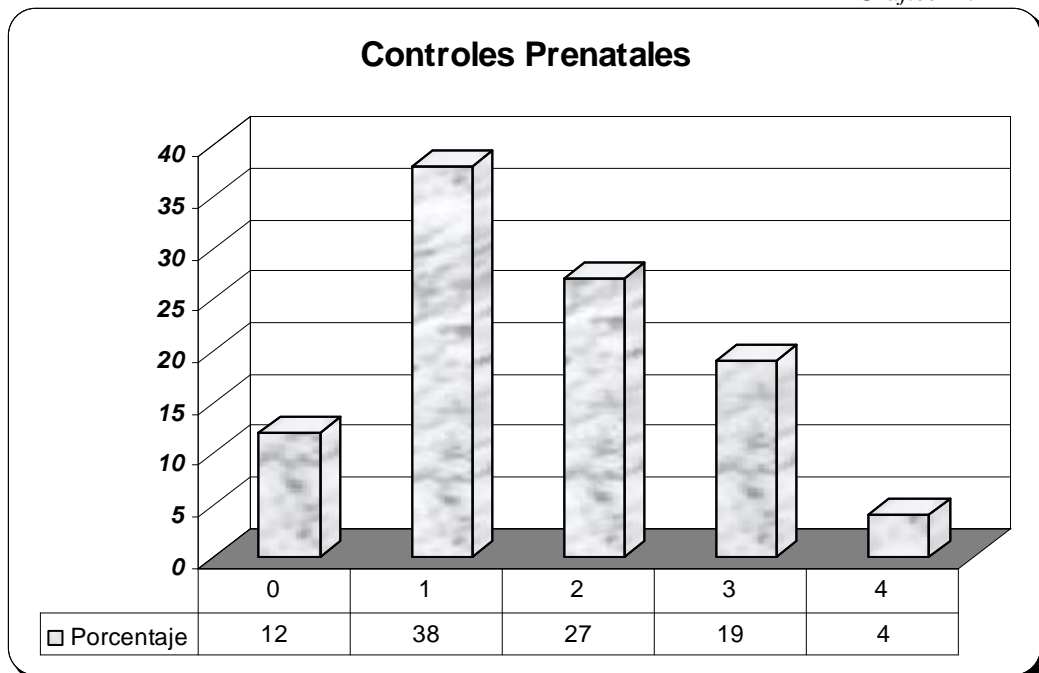
Gráfico # 2



Elaborado por: La autora
Dra Palacios

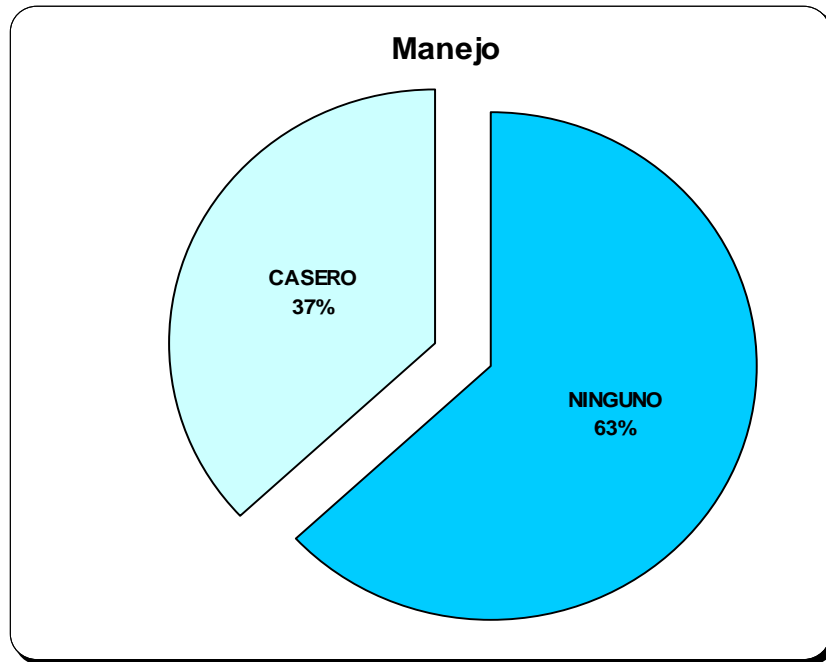
En el siguiente gráfico determinamos que el 90% de las pacientes tienen escolaridad.

Gráfico # 3



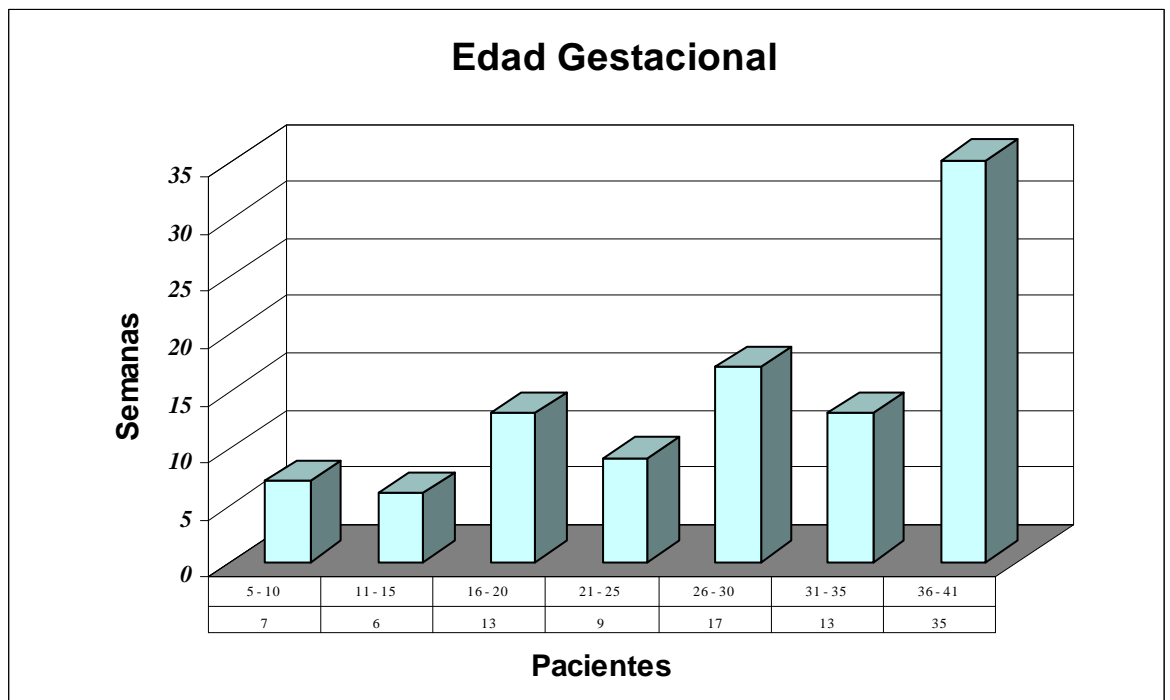
Elaborado por: La Autora
Dra Palacios

Gráfico # 4



Elaborado por: La Autora
Dra Palacios

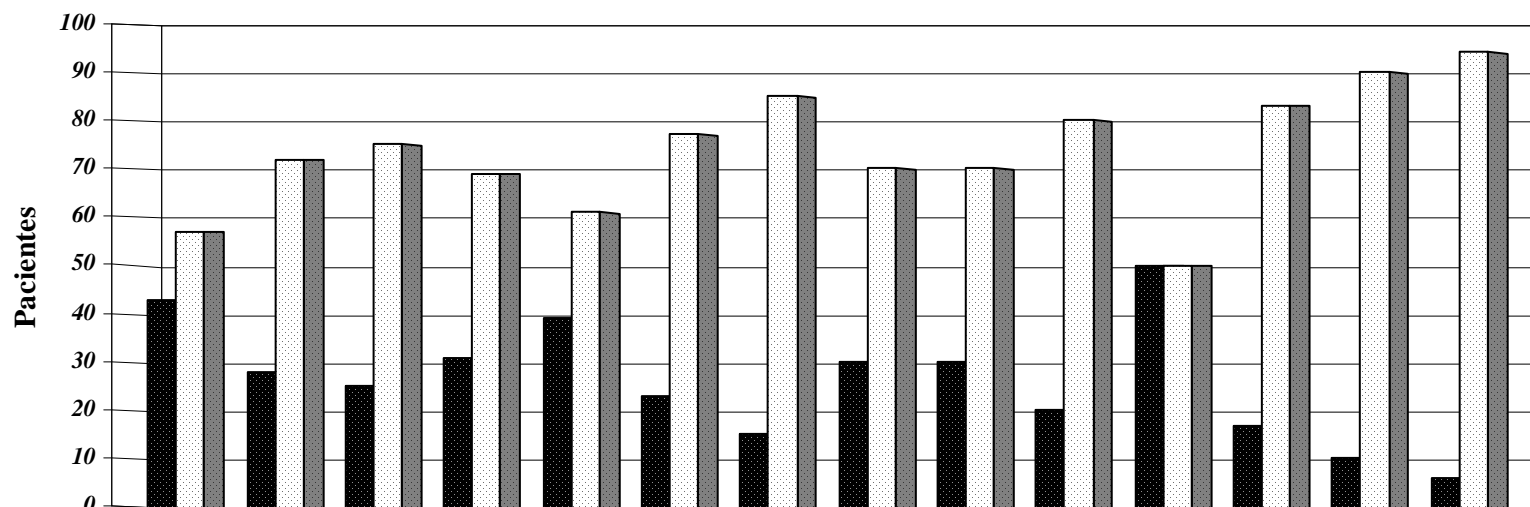
Grafico # 5



Elaborado por: La autora
Dra Palacios

En el gráfico # 5 apreciamos que un 35% de las pacientes se encuentran en la semana gestacional # 36 - 41

Localización de afecciones por Areas.

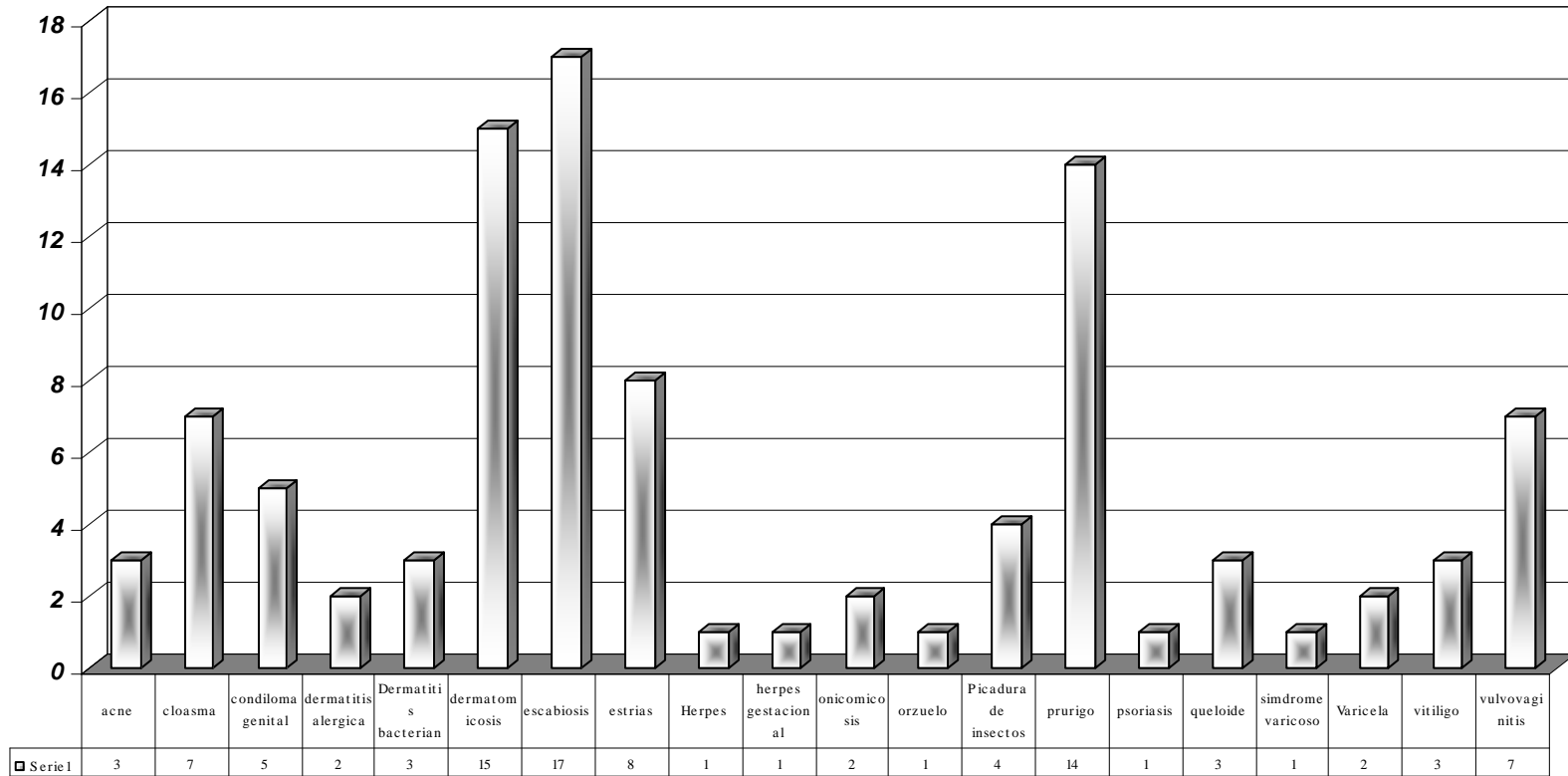


	Abdomen	Brazos	Cara	Espalda	Genit Exter	Mamas	Manos	Muslos	Piernas	Pies	Pliegues	Tx Anterior	Uñas Manos	Uñas Pies
■ Si	43	28	25	31	39	23	15	30	30	20	50	17	10	6
□ No	57	72	75	69	61	77	85	70	70	80	50	83	90	94

Elaborado por: La Autora.
Dra Palacios

Encontramos que el mayor porcentaje de afecciones de las pacientes es el **PLIEGUES** con un 50%, en un promedio general encontramos que existen 4 afecciones por paciente.

DIAGNOSTICO DERMATOLOGICO

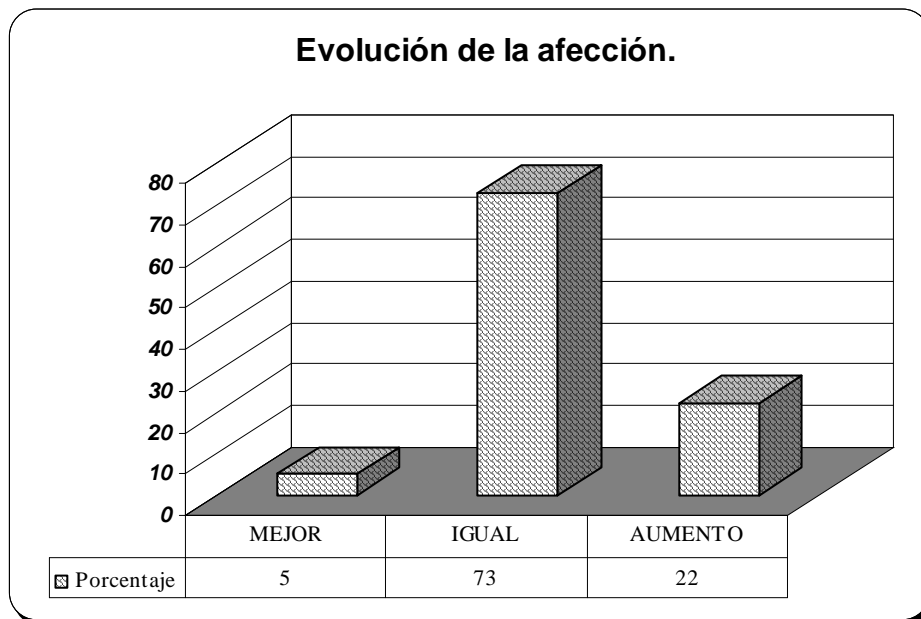


Elaborado por: La Autora

Dra Palacios

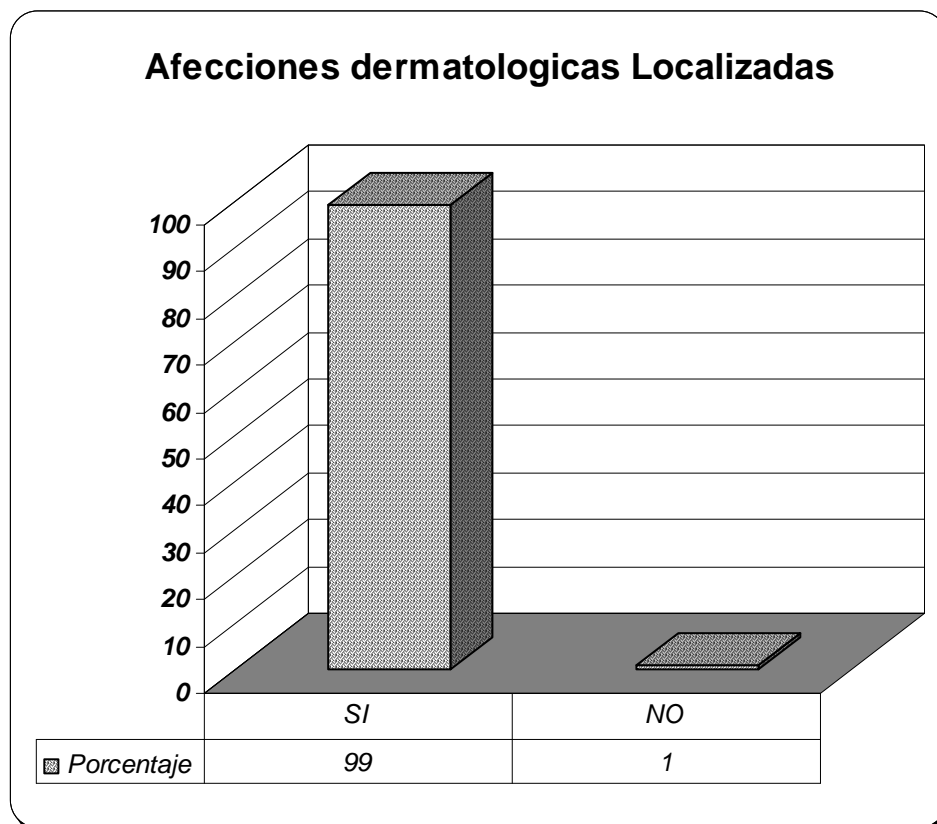
Se han presentado en mayor número los casos de dermatomycosis, escabiosis y prurigo.

Gráfico # 8



Elaborado por: La Autora.
Dra Palacios

Gráfico # 9



Elaborado por: La Autora
Dra Palacios

En el gráfico # 10 apreciamos que el 99% de las afecciones están localizadas en zonas específicas del cuerpo, menos una paciente que equivale el 1% la cual tenía escabiosis en todo su cuerpo. A continuación se expondrán algunos de los casos más representativos que se presentaron durante esta investigación: Las fotos que a continuación se expondrán tienen un diagnostico dermatológico a cargo del especialista Dr. Abel Castillo García

Foto # 1



Elaborado por: La Autora

En la foto #1 apreciamos una **PITIRIASIS VERSICOLOR**

Foto # 2



En la foto # 2 apreciamos una **DERMATITIS DE CONTACTO**

Foto # 3



Elaborado por: La Autora

En la foto #3 apreciamos una **NEUROFIBROMATOSIS**

Foto # 4



En la foto # 4 apreciamos una **ECTIMA**

Foto # 5



En la foto # 7 apreciamos una **VARICELA**

Foto # 6



En la foto # 6 apreciamos un **QUELOIDE CICATRIZAL**

Foto # 7



En la foto # 7 apreciamos una **ESCABIOSIS**

Foto # 8



En la foto # 10 notamos un **ORZUELO.**

CONCLUSIONES.

Por medio del estudio descriptivo realizado a pacientes del Hospital Enrique C. Sotomayor de las áreas de consulta externa, admisión, infectología y tocoquirurgica se detecto que existe un alta incidencia de enfermedades de la piel que transcurren con el embarazo y de la cual se aprecia el 100% de las pacientes tienen alteraciones en su piel.

De esta manera con el estudio realizado podemos especular o dejar como base para estudios posteriores en el cual puedan demostrar que las alteraciones de la piel de mujeres embarazadas son más del 1 al 2% de que habla la bibliografía de apoyo de origen chileno y argentino. Las diferentes afecciones específicas del embarazo y las que se exacerban con el mismo lo podemos encontrar en el gráfico # 8

De la experiencia vivida en el Hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, he podido describir de una forma palpable y visual un promedio de afluencia aproximada de 200 pacientes en el área de consulta externa y un número igual en el área de emergencia cada día.

Pero es posible con la inspección clínica detectar la afección de piel en las gestantes y la necesidad de diagnosticar de una manera más profunda los requerimientos del paciente ya que solo se toma en cuenta el bienestar del producto.

De esta manera se lograra abarcar el aspecto de salud integral de la paciente como mujer, madre de familia ya, o futura madre.

RECOMENDACIONES.

- Profundizar estudios acerca del tema y/o realizar alcance.
- Precisar Diagnósticos con la utilización de los códigos
- Ínter consultas con especialista en piel
- Control prenatal oportuno y evidenciar lesiones cutaneas durante el embarazo
- Interconsulta al especialista a la brevedad posible
- Tratamiento dermatológico preventivo

BIBLIOGRAFIA.

1. FITZPATRICK EISEN WOLFF FREEDBERG AUSTEN Tratado de dermatología Tercera Edición 2000 Pág. 2303 – 2309.
2. M.L. PEREZ - COTAPOS y M. CIFUENTES 2001 Editorial Medica Panamericana Pág. 654 – 658
3. HOPKINNS JOHNS Ginecologia y Obstetricia. Edición original 2001 Pág. 2015
4. WILLIAMS OBSTETRICIA 21 va edición Editorial Medica Argentina capitulo 56 Pág. 1183 – 1188.
5. CARRERA MACIAS JOSE. Protocolo de Obstetricia Colección de Medicina Materno Fetal 3 era edición editorial Masson Pág. 266
6. PSCHYREMBEL W. PHIL. Obstetricia Practica 11va edición Pág. 7
7. GABBE Obstetrics Normal and Problem pregnancies 4 ta edición Pág. 1283 – 1290
8. BURROW – FERRIS Complicaciones Medicas Durante el Embarazo Editorial medica Panamericana Pág. 528 – 542.
9. USANDIZAGA P. DE LA FUENTE Tratado de obstetricia y ginecología Vol. I Interamericana Pág. 123.
10. DE CHENEY – MARTIN – ALAN – PERNOLL 7ma edición Editorial el Manual Moderno Pág. 169.
11. GLEICHER Tratado de Ginecología Y obstetricia Editorial Medica Panamericana Pág. 819- 8525
12. ARONSON IK. Alaska B:N: Dermatologic Medical Disorders During Pregnancy 1995 Pag 451
13. KROUMPOUZOS G. Cohen L M Dermatosis of pregnancy. J Am Acad Dermatology 2001. pag 19
14. HOLMES R C et al A comparative study of toxic erythematic of pregnancy and herpes gestations 1996 pag 106
15. NOGUERA J Moreno A Moragas J M Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy Act Derma Venereal stock 1993 pig 35
16. PEREZ – COTAPOS ML, Cifuentes M- enfermedades dermatológicas y embarazo. Obstetricia Pérez Sánchez Ed Mediterráneo 1992 Pág. 654 – 659
17. HOLMES R. C y Blank MM the specific dermatoses of pregnancy. J. Am Acad Dermatology 1996 pag 405 – 412.
18. TORNE Blade A Martínez Román S Coll Escursell O. Aspectos diferenciales entre herpes gestacional y la erupción polimorfa del embarazo Piel 1993 Pág. 241 – 246
19. BUTTINO L.Mayers S:A.Murray J Principes of practice of medical therapy in pregnancy Boston, Appleton 3 era edition vol 2 1998 pag 361
20. CUNNINGAN S MacDonald P. Enfermedades Dermatológicas y embarazo en Obstetricia de Williams México Manual Moderno 20 edición 1999 Pág. 1183 – 1189
21. LLANOS A Dermatosis del embarazo Rev. Asoc. Colomb Dermatolol 2000 Pág. 163 – 172
22. NELSON J. Pregnancy immunology and autoimmune diseases J Reprod Med 1998 pag 336 – 339
23. GARCIA E. Immunology of the cutaneous disorder of pregnancy J Dermatol 199 pag 721 – 729
24. VAUGHAM – JONES S A Black MM Pregnancy dermatoses J Am Acad Dermat 1999 pag 223 -2241

25. Anomalías del Embarazo En Manual Merk Madrid MSD Ediciones 2001 Pág. 1 – 16
 26. ARASON I. Popules and plaques of pregnancy. Observations in 57 patients J Am Acad Dermat 1998 pig 933 – 9339
 27. SHOMICK J Dermatosis of pregnancy. Sem Cutan Med Surg 1998 pag 172 – 181
 28. VASQUEZ L. Betty piel y embarazo MEDUNAB 2002 revisión de tema Bucaramanga Colombia Pág. 63 - 73
 29. TAVERA M. Dermatosis del embarazo. En Atuesta JM, Cálela JG Pérez M. Rodríguez Urgencias Dermatológicas Bogota Géminis 2000 Pág. 33 – 41.
 30. REVISTA Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia volumen X No 3 Dic 2003 pagina 262.
-

¿Le gustaría recibir cada mes informes, artículos Ginecológicos y además de eso estar informado de los eventos, cursos nacionales e Internacionales?

<http://www.ginecoguayas.com/suscribir-especialistas/>