

# DERMATOSIS DEL EMBARAZO



FUCS

NATHALIA CORREA VELEZ  
RESIDENTE DERMATOLOGÍA  
HOSPITAL SAN JOSE-FUCS



**CUNDINAMARCA**  
unidos podemos más



- Paciente de 17 años
- Antecedente de consumo de marihuana
- G1P0
- Embarazo de 39 semanas
- Aparición de lesiones que iniciaron en abdomen inferior y se extendieron de forma centrifuga a extremidades superiores/inferiores, cuello y tórax (respetaba cara y mucosas)





FUCS

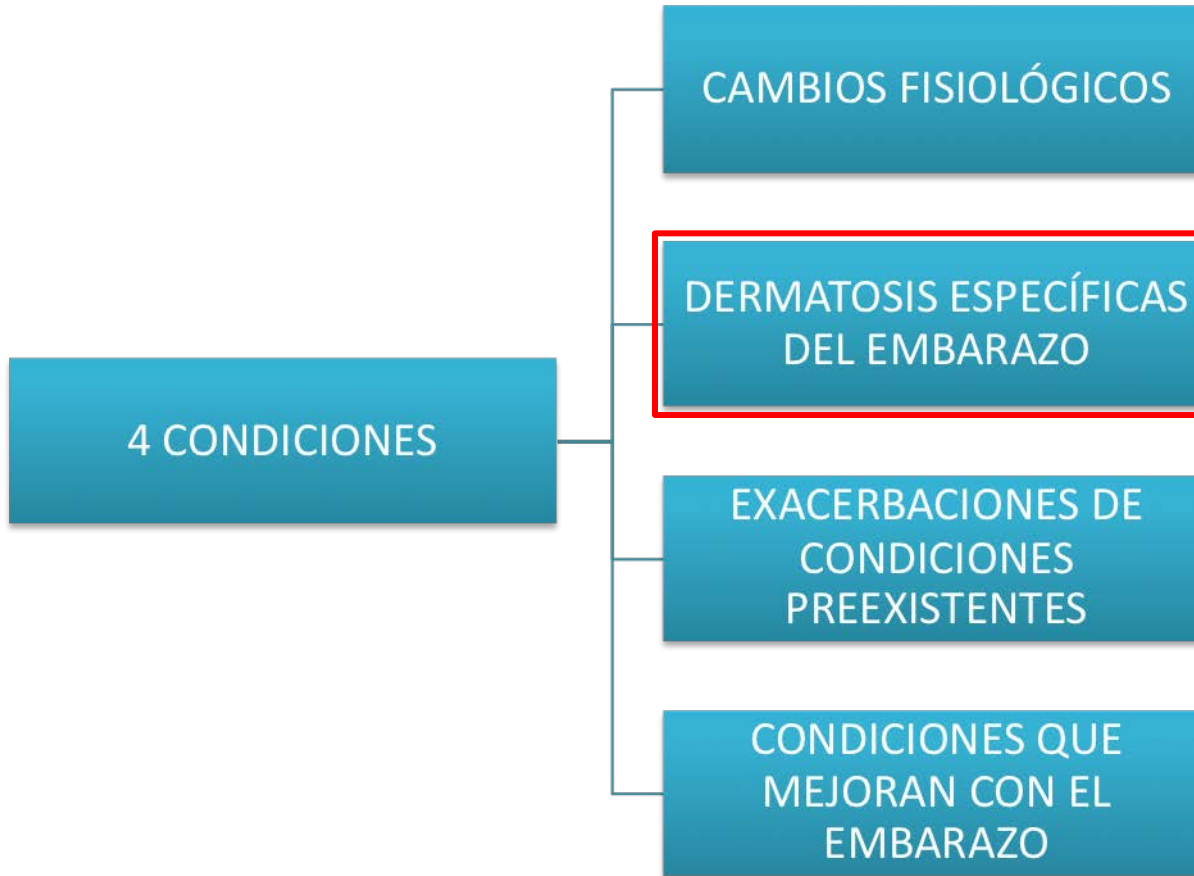




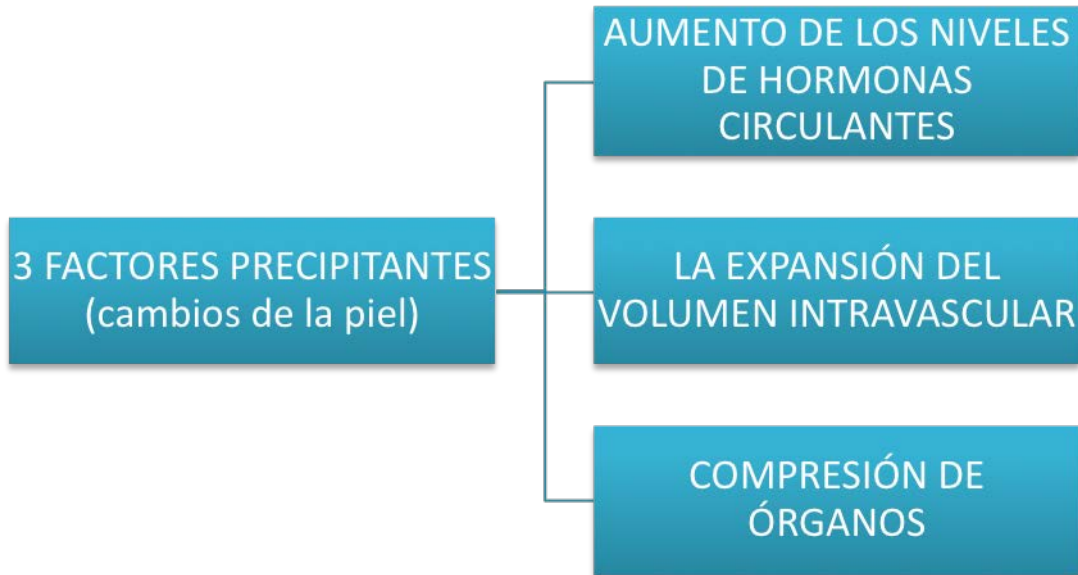
FUCS



# ¿CÓMO ENFOCAR ESTA PACIENTE?



# Cambios fisiológicos



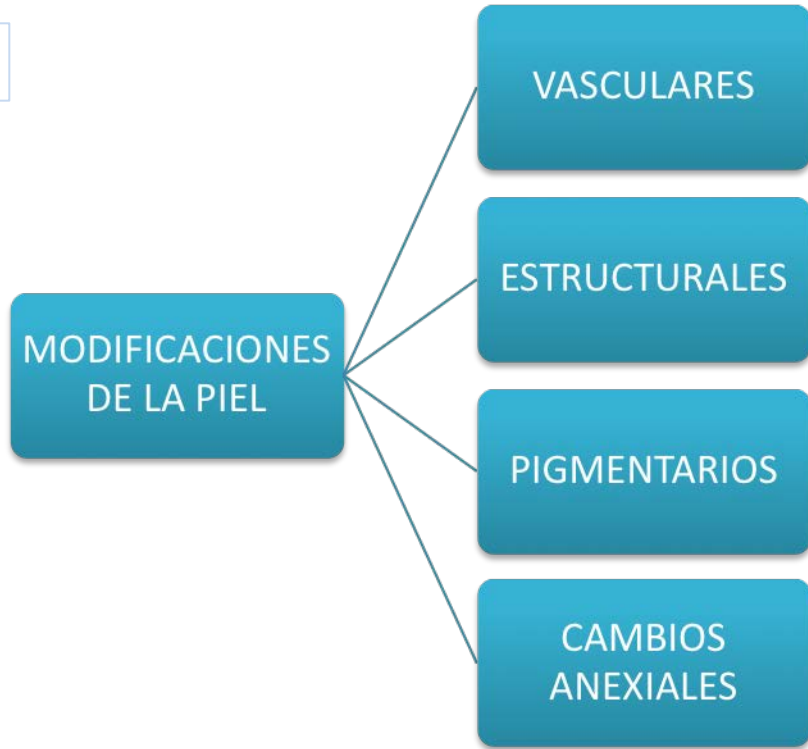
¿Porqué fisiológicos del embarazo:

1. Corresponden a las consecuencias esperadas de nuevos status hormonales, metabólicos, inmunes y vasculares
2. Aparecen tempranamente en el embarazo
3. Resuelven solos después del parto



En la piel casi todas las células expresan R para moléculas secretoras resultando en modificaciones tales como:

1. Aumento de proliferación de queratinocitos
2. Angiogénesis
3. Melanogénesis
4. Síntesis de colágeno
5. Aumento de LTH2 y células reguladoras.



# Cambios pigmentarios

ESTROGENOS/  
PROGESTERONA  
ESTIMULAN LA  
MELANOGÉNESIS

AUMENTO DE LA DENSIDAD  
DE LOS MELANOCITOS  
EPIDÉRMICOS Y DE LA  
REGULACIÓN AL ALZA DE LA  
TIROSINASA

SE MANIFIESTA EN EL 1  
TRIMESTRE (MUJERES DE  
COLOR OSCURO)

DESPUÉS DEL EMBARAZO  
DESAPARECE DE MANERA  
VARIABLE

LUGARES MÁS COMUNES  
AREOLA, LINEA NIGRA,  
REGION ANOGENITAL,  
AXILAS, Y MUSLOS

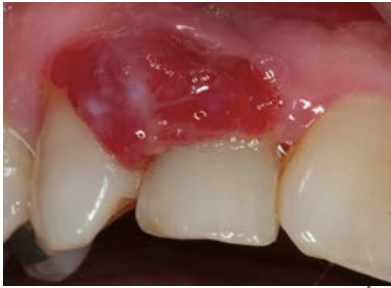
MELASMA: EN FRETE,  
MEJILLAS, LABIO SUPERIOR,  
BARBILLA

SE MANIFIESTA EN 3 MES

PREVENCIÓN:  
FOTOPRETECCIÓN Y EVITAR  
EL SOL



# “Humanización con sensibilidad social”



# “Humanización con sensibilidad social”



# Dermatosis del embarazo



Un grupo heterogéneo de dermatosis inflamatorias severamente pruriginosas exclusivamente asociada con el embarazo y / o el posparto inmediato

## Evolución cronológica en la clasificación de las dermatosis específicas del embarazo

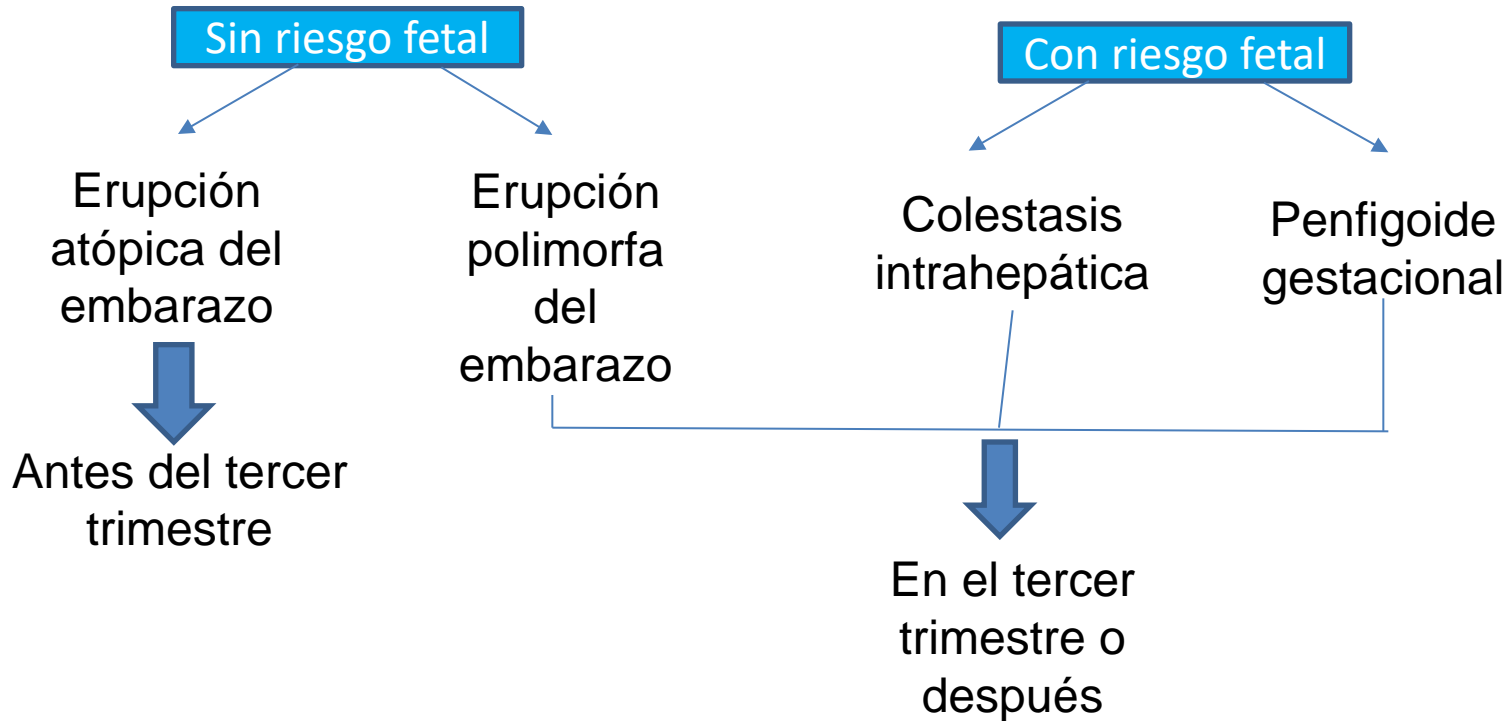
**Table 1** Classification schemes of specific dermatoses of pregnancy

Author	Year	Evolution of the classification scheme of specific dermatoses of pregnancy
Holmes and Black	1983	PG, PEP, PP, PFP
Shornick	1998	PG, PEP, PP*, ICP
Ambros-Rudolph et al.	2006	AEP <sup>†</sup> , PG, PEP, ICP

*AEP*, atopic eruption of pregnancy; *ICP*, intrahepatic cholestasis of pregnancy; *PEP*, polymorphic eruption of pregnancy; *PG*, pemphigoid gestationis; *PP*, prurigo of pregnancy.

\* PFP was categorized under PP.

† PP and PFP were categorized under AEP.



# Dermatosis específicas del embarazo

Penfigoide gestacional (PG)

Erupción polimórfica del embarazo (PEP)

Colestasis intrahepática del embarazo (ICP)

Erupción atópica del embarazo (AEP)



# Introducción

Desorden autoinmune  
vesiculo-ampoloso  
-3 trimestre o postparto

Intensamen  
te  
pruriginoso

La > expresan  
ya sea HLA-DR3  
o HLA-DR4

Incidencia:  
1/60.000 emb

90% recurren  
en los próximos  
embarazos

Asociación con otras  
enfermedades  
autoinmunes: la  
tiroiditis y anemia  
perniciosa

También conocido como  
HERPES  
GESTACIONALIS; Por  
similitud clínica a las  
vesículas del herpes

## Fisiopatología

Formación de IgG contra el epitelio de la placenta y la membrana basal de la piel

Fijación de los complejos inmunes IgG/Epitelio

Activación del complemento

Quimioatracción de eosinófilos + degranulación

Daño tisular y formación de ampollas

# Manifestaciones clínicas

Prurito intenso

Pápulas y placas  
anulares o  
urticariales

Ampollas tensas  
sobre base  
eritematosa

- Compromiso periumbilical (90%) y extremidades
- En ALGUNOS CASOS compromete muslos, palmas y plantas, espalda y pecho.



© 2010 Logical Images, Inc.



FUCS

ARCA  
s más





HOSPITAL UNIVER  
DE LA SAMAR

Empresa Social d



© 2010 Logical Images, Inc.

idad social”



FUCS

MARCA  
emos más



Calidad  
soy yo!



4 semanas para la erupción  
ampollar y 14-0 semanas para la  
desaparición del componente  
urticariano

# Diagnóstico

## Clínica

## Histopatología

- H/E: Dermis con espongirosis, vesículas subepidérmicas, edema dérmico con infiltrado perivascular de linfocitos, histiocitos y muchos eosinófilos
- **DIF**: Depósito lineal de IgG y C3 en la membrana basal
- **IIF**: IgG1 contra hemidesmosomas de la MB

## Diagnósticos diferenciales

Erupción polimorfa del embarazo

Penfigoide ampollar- Penfigoide cicatrizal

Impétigo Herpetiforme

dermatosis IgA lineal

LES ampolloso

Erupciones medicamentosas

Eritema Multiforme

Urticaria aguda

Enfermedad de Düring

Síndrome de Sweet

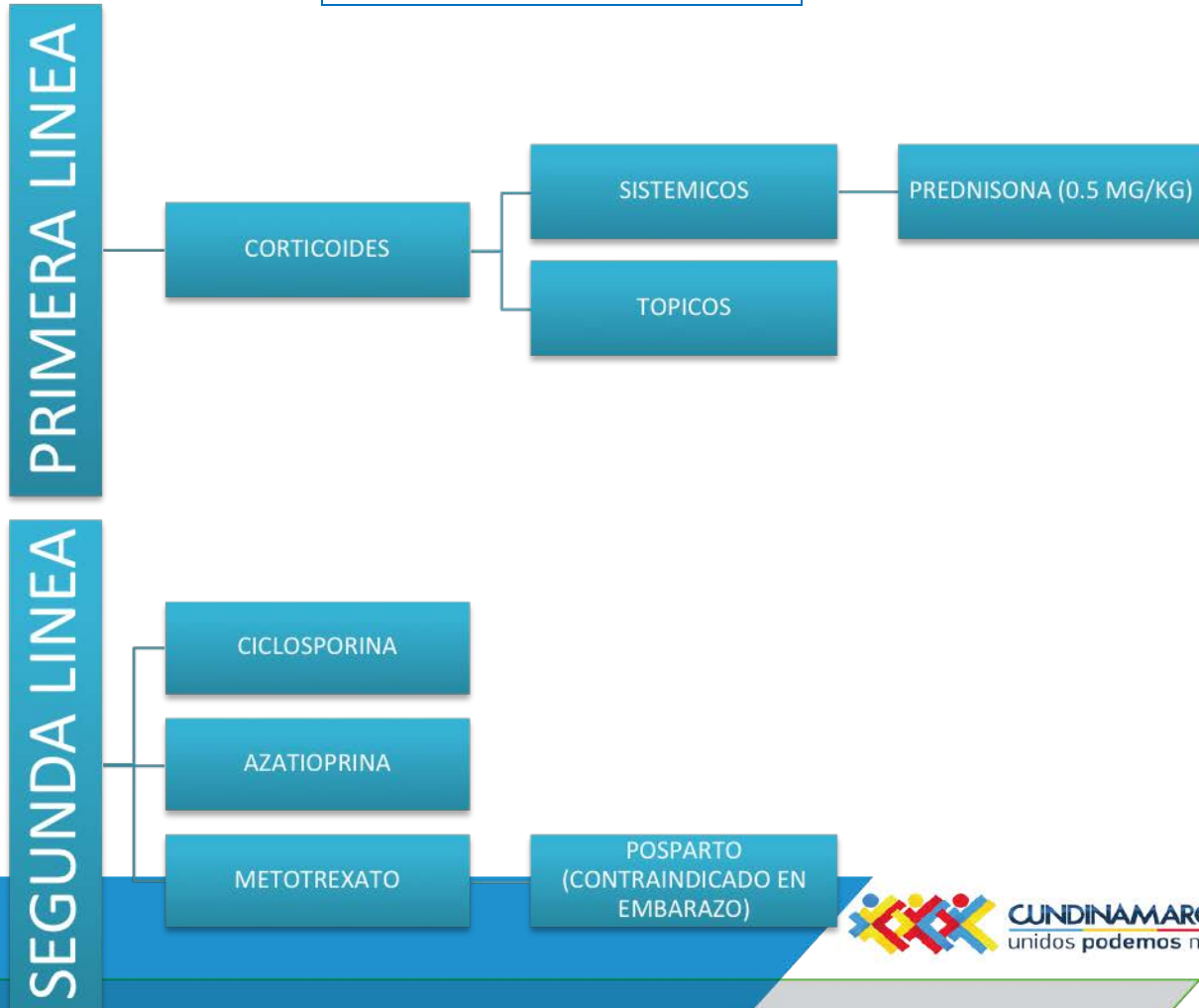
DCA

Escabiosis





## Manejo



## Pronóstico

### Materno

- Auto-resolutiva durante el embarazo
- Reactivación en posparto inmediato (75-80%)
- Reactivación en partos siguientes (50-70%)
- Más severos y aparición más temprana
- Uso de ACO

### Fetal

- Parto pretermino
- Bajo peso al nacer
- Placas urticariales o vesiculas leves (autoresolutivas)

# Dermatosis específicas del embarazo

Penfigoide gestacional (PG)

Erupción polimórfica del embarazo (PEP)

Colestasis intrahepática del embarazo (ICP)

Erupción atópica del embarazo (AEP)

## Introducción

Desorden inflamatorio benigno auto resolutivo

Típica de primigestantes en el tercer trimestre o el puerperio inmediato 15%

Incidencia: 1/160 embarazos

Se relaciona con la existencia de embarazos múltiples (gemelos, trillizos) fetos grandes o aumento de peso

# Fisiopatología

Distensión  
de la pared  
abdominal

Daño del  
tejido  
conectivo

Respuesta  
inflamatoria

# Manifestaciones clínicas

Pápulas eritematosas o placas urticariales dentro de los límites de las estrías abdominales

Respetar la región umbilical

También puede comprometer muslos, glúteos, flancos, mamas, espalda, tórax y región lumbar

La cara, palmas y plantas y mucosas son respetadas



HOSPITAL  
DE  
Emprax



Medical Images, Inc.



yo!



© 2010 Logical Images, Inc.





b



# Diagnóstico

No hay GOLD STANDARD

La HISTOPATOLOGÍA varía según la progresión de la enfermedad

- **Epidermis:** Hiperqueratosis + Paraqueratosis, espongiosis y acantosis
- **Dermis:** Edema + Infiltración linfocitaria perivascular (Eosinófilos, linfocitos T y macrófagos)
- IFD: Negativa

## Diagnósticos diferenciales

Toxicodermias

Exantemas virales

DC

Pitiriasis rosada

Urticaria

Dermatosis del embarazo

## Manejo

Pronóstico excelente

### Tratamiento sintomático

- Corticoide tópico o sistémico
- Antihistamínicos y emolientes
- Fototerapia UVB

## Pronóstico

### Materno

- Resolución espontánea en las primeras semanas pos-parto
- Recurrencias en otros embarazos es baja

### Fetal

- No se asocia con lesiones cutáneas y otros eventos adversos

# Dermatosis específicas del embarazo

Penfigoide gestacional (PG)

Erupción polimórfica del embarazo (PEP)

Colestasis intrahepática del embarazo (ICP)

Erupción atópica del embarazo (AEP)

## Introducción

También conocido como prurito gravídico

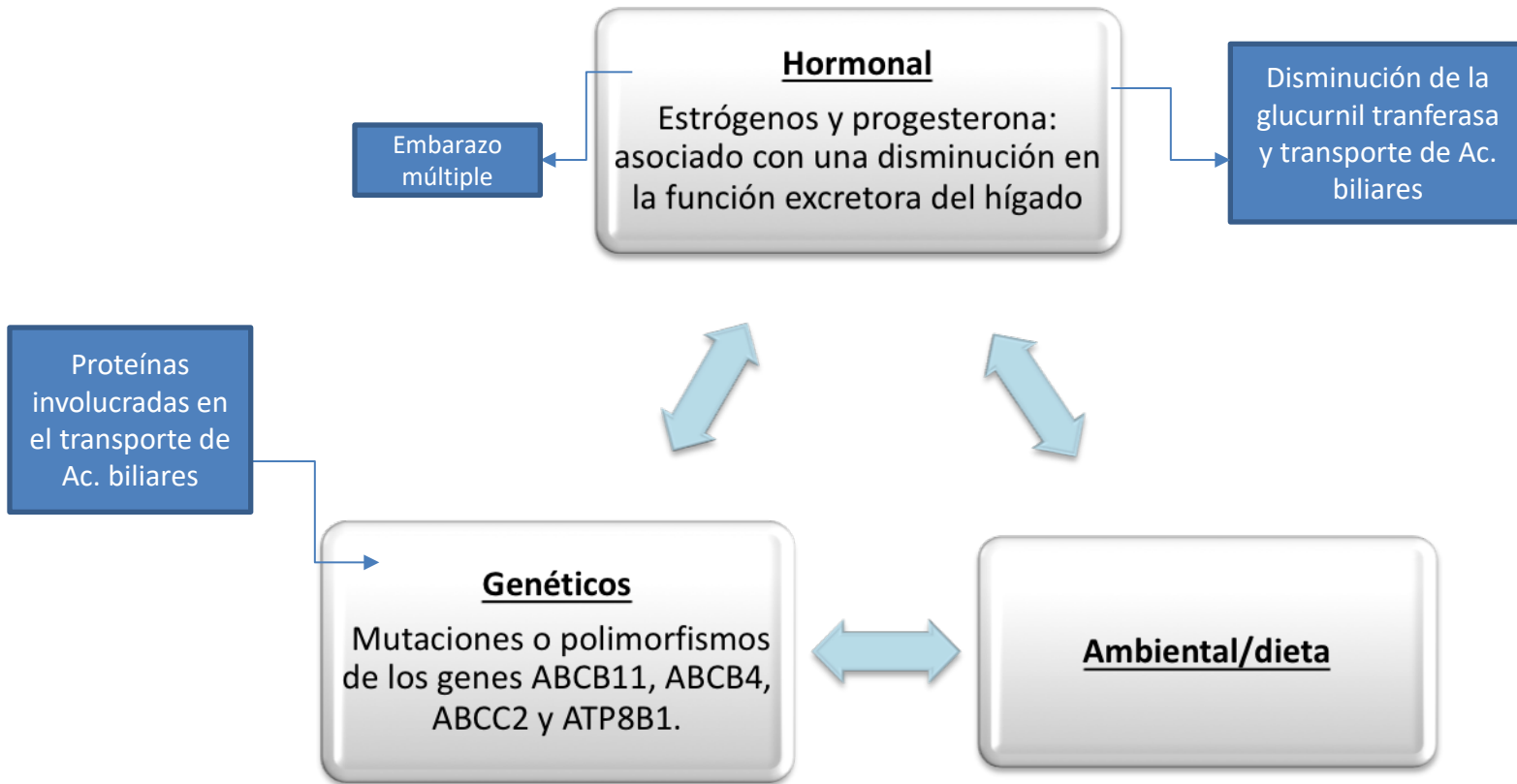
Desorden hepático con lesiones en la piel y prurito en el 3 trimestre del embarazo

Síntomas se desarrollan por una colestásis reversible desencadenada por hormonas en embarazadas predispuestas genéticamente

Niveles séricos elevados de ácidos biliares en la sangre materna y fetal, aumento de la morbimortalidad de este último

Prevalencia 1% geográficamente con predominio en Africa y Scandinavia

# Fisiopatología





# Manifestaciones clínicas

## Prurito +/- Ictericia

- El prurito inicia en palmas y plantas

## Lesiones secundarias

- Escoriaciones
- Prurigo nodular



# Diagnóstico

Elevación de los niveles de ácidos biliares >10 mmol/lit en suero en presencia de prurito generalizado

## Paraclínicos

- Aumento de transaminasas 60%
- Aumento de bilirrubinas 20%
- Ecografía abdominal si hay síntomas abdominales

## Diagnósticos diferenciales

Escabiosis

Pediculosis

Prurito de causa renal

Enfermedad de Hodgkin

Policitemia vera

Hepatitis

Colelitiasis-colecistitis

Dermatosis del embarazo



## Manejo

**Table 1 Pharmacologic treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy is summarized**

Pharmacologic agent	Mechanism of action	Dosing	Clinical effects	Pregnancy risk
Ursodeoxycholic acid	Hydrophilic bile acid that replaces more cytotoxic bile acids  Protects bile ducts by detoxifying hydrophobic bile acids	15 mg/kg per day or 500 mg twice a day	Improves pruritus, decreases elevated liver enzymes and bile acid levels, improves fetal outcome  Safe use in pregnancy, no side effects	C
Cholestyramine	Binds bile salts and cuts off their enterohepatic circulation and increases their fecal excretion	8-16 g/d	Decreases pruritus with no effect on biochemical parameters and fetal outcome Non-palatable, constipation Fat-soluble vitamin deficiency	C
S-adenosyl methionine	Affects the composition and fluidity of hepatocyte membranes Increases methylation and biliary excretion of hormone metabolites	1000 mg/d	Treats pruritus variably	C
Dexamethasone	Suppresses fetal production of estrogen reducing bile acid levels	12 mg/d	Less effective in decreasing pruritus and bile acid levels	B
Phenobarbital	Induces hepatic enzymes to reduce the bile acids	2-5 mg/kg per day orally	Decreases pruritus 50%, no beneficial effects regarding the laboratory tests, no change in fetal outcome	C
Anti-histaminics	Manages pruritus by antihistaminic effects	25-50 mg/d	Decreases pruritus, no effect on liver enzymes and fetal outcome	C

## Pronóstico

### Materno

- Resuelve máximo a las 2 semanas pos parto
- Recurre en posteriores embarazos (50-70%)

### Fetal

- Parto prematuro (20-60%)
- Sufrimiento fetal (20-30%)
- Muerte fetal 1-2%

# Dermatosis específicas del embarazo

Penfigoide gestacional (PG)

Erupción polimórfica del embarazo (PEP)

Colestasis intrahepática del embarazo (ICP)

Erupción atópica del embarazo (AEP)

## Introducción

Condición pruriginosa benigna que se caracteriza por:

- Lesiones papulares/eczematosas en pacientes con antecedente de D. atópica
- Cambios atópicos por primera vez durante el embarazo

También conocido como:

- Prúrigo del embarazo
- Foliculitis pruriginosa del embarazo
- Eczema en el embarazo

Inicia en el primer o segundo trimestre



# Fisiopatología

Causado por cambios inmunológicos propios del embarazo

Disminución de  
citoquinas Th1

Incremento de  
citoquinas Th2

IL-2, IL-12 y INF  
gamma

IL-4 e IL-10

# Manifestaciones clínicas

Placas eccematosas, con  
escoriaciones o prurigo-like

Afección típica en lugares de  
dermatitis atópica





## Diagnóstico

Clínica

Laboratorios

- Niveles elevados de IgE
- Histología: Inespecífica
- IFD: Negativa

# Diagnósticos diferenciales

- Dermatitis del embarazo
- Escabiosis
- Pitiriasis rosada
- Toxicodermias
- Exantema viral o bacteriano

## Manejo

Corticoides tópicos

Corticoides sistémicos

Antihistamínicos

Fototerapia: UVB

## Pronóstico

### Materno

- Resolución al terminar el embarazo
- Recidiva en próximos embarazos

### Fetal

- No se relaciona a eventos adversos
- Riesgo de desarrollar D. Atópica



Pregnancy dermatosis	Suggested pathogenesis	Clinical features	Localisation	Paraclinical diagnosis	Treatment	Fetal concerns
Pemphigoid gestationis (PG)	Complement-fixing IgG antibodies and complement C3 react with the amniotic epithelium of placental tissues and the basement membrane of the skin causing an autoimmune response resulting in tissue damage and blister formation	Pruritic urticarial papules and annular plaques followed by vesicles and finally large tense bullae on an erythematous background	Eruption site is the periumbilical area (most common), rest of the abdomen, thighs, palms, and soles	Histology: urticarial lesions with superficial and deep perivascular lymphohistiocytic eosinophil infiltration DIF: linear deposition of IgG and C3 complement at the BMZ	Oral corticosteroids at a daily dose of 0.5 mg/kg gradually tapered to a maintenance dose depending on the activity of the disease Classes III-IV topical steroids. Cyclosporine A, dapsone, azathioprine, or methotrexate (postpartum)	Passive transfer of IgG antibodies can cause mild urticaria-like or vesicular skin lesions in newborns Risk for premature birth and small-for-gestational-age babies Risk of small-for-gestational-age and preterm birth with cyclosporine A Drug toxicity should also be monitored in the mother
Polymorphic eruption of pregnancy (PEP)	Abdominal distension causing subsequent damage to the connective tissue triggering an inflammatory response Differences in cortisol level in patients with PEP Connection to atopy	Intensely pruritic urticarial rash with erythematous, edematous papules, and plaques, developing into polymorphic features such as papulovesicles, erythema, and annular wheals	Onset on the abdomen with sparing of the umbilical region as a characteristic finding, which later spreads to thighs, buttocks, and back	Histology: dermal edema with a superficial to mid-dermal perivascular lymphohistiocytic infiltrate composed of eosinophils, Th cells, and macrophages	Topical corticosteroids and oral antihistamines Oral corticosteroids	No adverse effects related to PEP Prednisone and prednisolone do not readily cross the placenta and can be safely used during pregnancy Drug toxicity should be monitored in the mother Only certain antihistamines approved during pregnancy
Intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP)	Hormonal changes Genetic predisposition Exogenous factors (seasonal variability and dietary factors)	Severe pruritus with no primary skin lesions occurring with or without jaundice	Onset on palms and soles to later become generalized Secondary lesions such as excoriations, scratch marks, and prurigo nodules might develop	Elevated serum bile acid levels (and aminotransferases)	Ursodeoxycholic acid to alleviate the severity of pruritus and to give a more favorable outcome of pregnancy and the absence of adverse events UVB Phototherapy	Premature birth Intrapartal fetal distress Stillbirth Vitamin K deficiency and coagulopathy in the mother and newborn
Atopic eruption of pregnancy (AEP)	Altered pattern of Th cells with a reduced production of Th1 cytokines (IL-2, interferon gamma, and IL-12) and an increased Th2 cytokine (IL-4 and IL-10) production	Pruritus, prurigo lesions/excoriations, and eczematous-like skin lesions Secondary infection due to excoriations	66% present with widespread eczematous changes affecting typical atopic sites 33% have small pruritic, erythematous papules on the trunk and limbs	No pathognomonic findings specific to AEP Elevated serum IgE levels in 20-70%	Topical corticosteroids classes II-IV Oral corticosteroids and antihistamines UVB phototherapy Antibiotics in cases of secondary infection	No adverse effects except the uncertain risk for the child to develop atopic dermatitis

Gracias...



**CUNDINAMARCA**  
unidos podemos más

