

DERMATOSIS DEL EMBARAZO



NATHALIA CORREA VELEZ
RESIDENTE DERMATOLOGÍA
HOSPITAL SAN JOSE-FUCS

- 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)



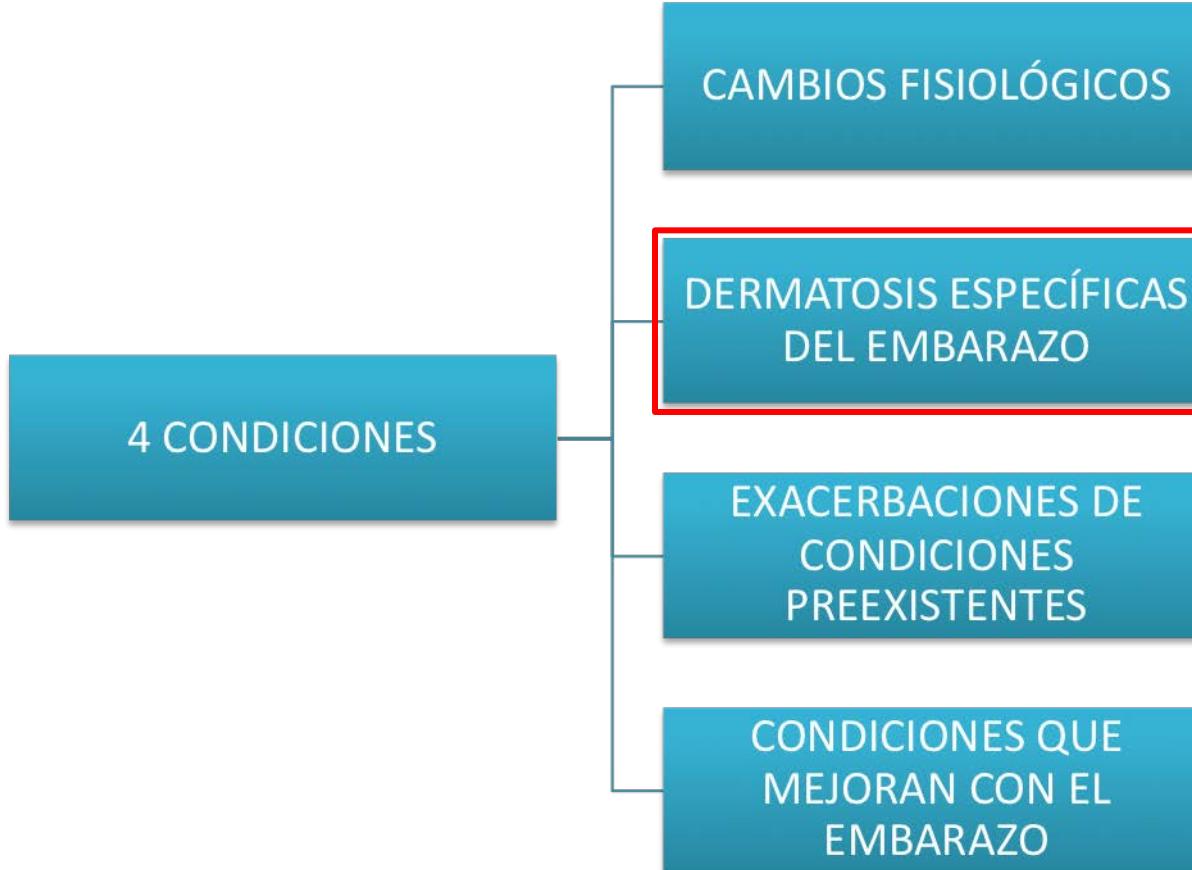


FUCS





¿CÓMO ENFOCAR ESTA PACIENTE?



Cambios fisiológicos

3 FACTORES PRECIPITANTES
(cambios de la piel)

AUMENTO DE LOS NIVELES
DE HORMONAS
CIRCULANTES

LA EXPANSIÓN DEL
VOLUMEN INTRAVASCULAR

COMPRESIÓN DE
ÓRGANOS

¿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.

MODIFICACIONES
DE LA PIEL

VASCULARES

ESTRUCTURALES

PIGMENTARIOS

CAMBIOS
ANEXIALES

Cambios pigmentarios

ESTROGENOS/
PROGESTERONA
ESTIMULAN LA
MELANOGÉNESIS

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

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

MELASMA: EN FRENTE,
MEJILLAS, LABIO SUPERIOR,
BARBILLA

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

SE MANIFIESTA EN 3 MES

DESPUÉS DEL EMBARAZO
DESAPARECE DE MANERA
VARIABLE

PREVENCIÓN:
FOTOPRETECCION Y EVITAR
EL SOL





CAMBIOS VASCULARES



TELANGIECTASIAS EN ARAÑA

DRENAJE VCS:
CARA, CUELLO,
BRAZOS Y MANOS

ERITEMA PALMAR
2 PATRONES

1. ERITEMA DE TODA
LA PALMA
2. ERITEMA
RESTRINGIDO

INESTABILIDAD
VASOMOTORA

PALIDEZ, FLUSHING
FACIAL, CALORES Y
CUTIS MARMORATA

SIGNOS DE
CONGESTIÓN
VENOSA (40%)

HEMORROIDES (40%)
SIGNOS DE JACQUEMIER
Y CHADWICK
EDEMA SIN FOVEA
PURPURA

SIGNOS DE
PROLIFERACION
VASCULAR

HIPERPLASIA
GINGIVAL
GRANULOMAS
PIOGENOS



Empresa Social del Estado



CAMBIOS
ESTRUCTURALES

ESTRIAS

3 TRIMESTRES

ACROCORDONES

2 MITAD DEL
EMBARAZO

PELO



UÑAS

GLANDULAS

GL SEBACEA
GL SUDORIPARA

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

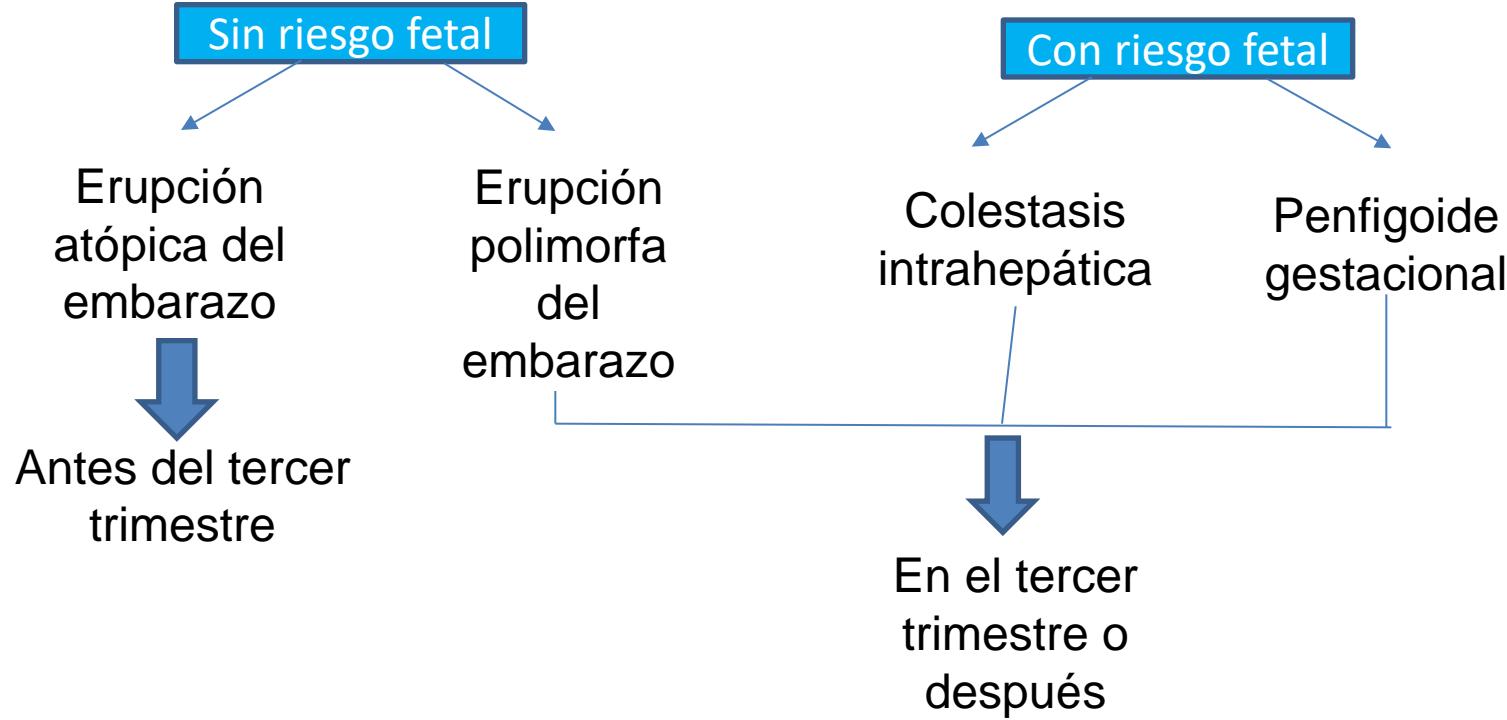
Table 1 Classification schemes of specific dermatoses of pregnancy

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 [†] , 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-ampolloso
-3 trimestre o postparto

Incidencia:
1/60.000 emb

Intensamente pruriginoso

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

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

Quimoatracción 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.



HOSPITAL UNIVE
DE LA SAMARITANA

Empresa Social d

idad social”



FUCS



© 2010 Logical Images, Inc.

MARCA
emos más





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

Soy yo!

Diagnóstico

Clínica

Histopatología

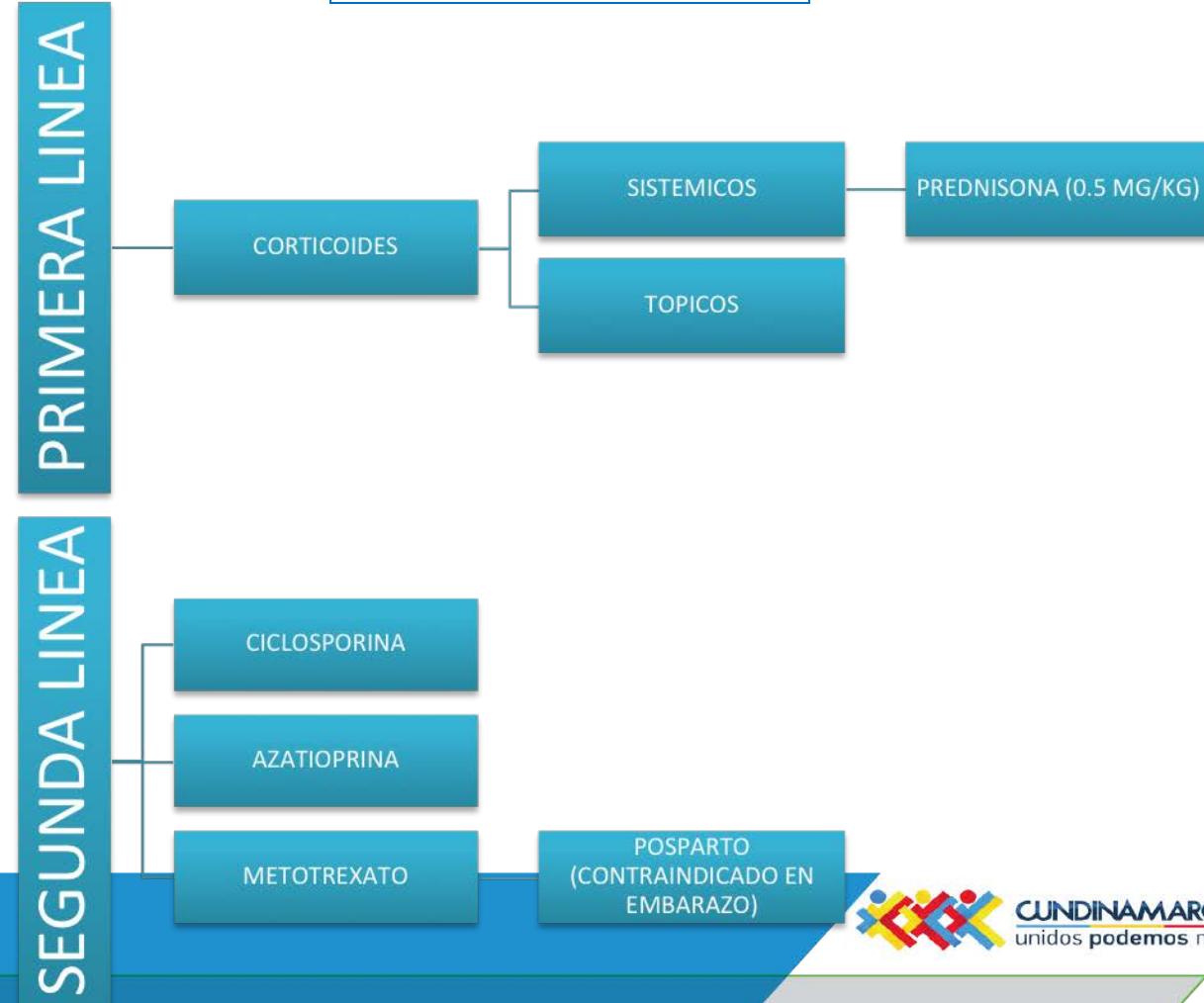
- **H/E:** Dermis con espongiosis, vesículas subepidérmicas, edema dérmico con infiltrado perivascular de linfocitos, histiocitos y muchos eosinófilos
- **DIF:** Depósito lineal de IgG y C3 en la membrana basal
- **IIF:** IgG1 contra hemidesmosomas de la MB

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 vesículas 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

Distención
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

Respeto 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
l'Assomption

L'



Digital Images Inc.

dyo!



© 2010 Logica Images, Inc.





zación con sensibilidad social”



FUCS



CUNDINAMARCA
unidos podemos más



Calidad
soy yo!

Diagnóstico

No hay GOLD STANDARD

La HISTOPATOLOGÍA varia según la progresión de la enfermedad

- **Epidermis:** Hiperqueratosis + Paraqueratosis, espongiosis y acantosis
- **Dermis:** Edema + Infiltración linfohistiocitario 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

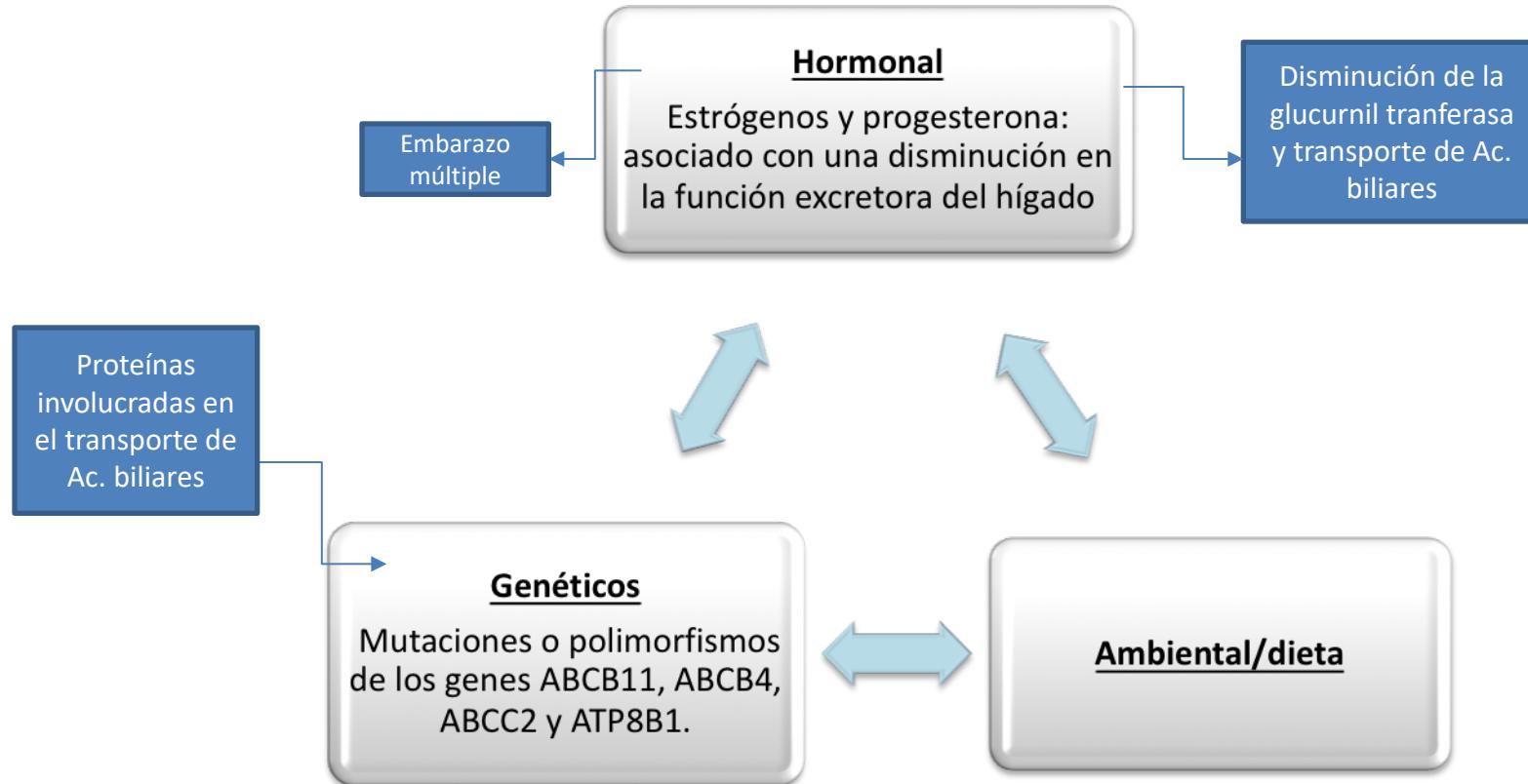
Desorden hepático con lesiones en la piel y prurito en el 3 trimestre del embarazo

Síntomas se desarrollan por una colestasis reversible desencadenada por hormonas en embarazadas predisponentes genéticamente

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

Prevalencia 1% geográficamente con predominio en África y Escandinavia

Fisiopatología



Manifestaciones clínicas

Prurito +/- Ictericia

- El prurito inicia en palmas y plantas

Lesiones secundarias

- Escoriaciones
- Prurigo nodular



b

Diagnóstico

Elevación de los niveles de ácidos biliares >10 mmol/Lt 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	15 mg/kg per day or 500 mg twice a day	Improves pruritus, decreases elevated liver enzymes and bile acid levels, improves fetal outcome	C
	Protects bile ducts by detoxifying hydrophobic bile acids		Safe use in pregnancy, no side effects	
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

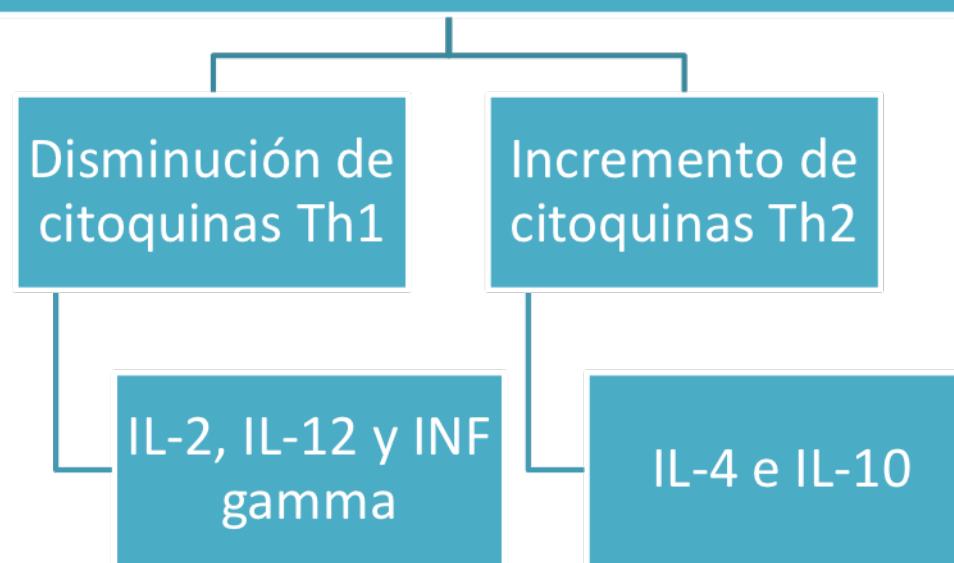
También conocido como:

- Prúrito 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



Manifestaciones clínicas

Placas eccematosas, con escoriaciones o prurigo-like

Afección típica en lugares de dermatitis atópica

Empresa Social del Estado





Diagnóstico

Clínica

Laboratorios

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

Diagnósticos diferenciales



Dermatosis 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

Empresa Social del Estado

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 IF: 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 IgG1 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...