

1º Premio

Trabajo libre ERUPCIÓN ATÓPICA DEL EMBARAZO

Dres.: Olga Gabriela Pérez, Laura Fernández Mego, Marta La Forgia, Sergio Carbia, Daniel Barreiro, Ángela Madrid Rivero, Valeria Vagnoni, Carolina Piovesan

RESUMEN

Las dermatosis específicas del embarazo y puerperio comprenden a la erupción atópica del embarazo (EAE), erupción polimórfica del embarazo (EPE), colestasis intrahepática del embarazo (CIE) y penfigoide gestacional (PG). La EAE presenta tres formas clínicas: erupción atópica del embarazo tipo P (EAE tipo P), erupción atópica del embarazo tipo E (EAE tipo E) y dermatitis atópica exacerbada (DAE).

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de embarazadas y puérperas que consultaron por dermatosis pruriginosas al Consultorio Especializado de Embarazo y Puerperio del Servicio de Dermatología del Hospital de Agudos “Dr José María Penna” en el período comprendido desde mayo de 2009 hasta junio del 2011.

Resultados: De un total de 40 pacientes con dermatosis específicas del embarazo y puerperio, 85% correspondió a EAE, 10% CIE y 5% EPE.

En la EAE, la media de la edad fue de 26 años. Las lesiones se iniciaron en los dos primeros trimestres del embarazo en el 65% de los casos. El 88% de las pacientes tuvieron antecedentes personales o familiares de atopía. La EAE fue de tipo P en el 44%, la EAE de tipo E en el 35% y la DAE en el 21%. El patrón de distribución flexural se observó en el 29% de los casos. El 50% de las pacientes cumplió con los criterios de Hanifin y Rajka y en el 20% se pudo evaluar IgE que estaba elevada en el 66% de los casos. El 70% de las pacientes presentaron mejoría con los tratamientos tópicos instaurados.

Conclusiones: nuestra casuística nos permitió reconocer a un subtipo de dermatitis atópica que se inicia o exacerba durante el embarazo y que constituye la mayoría de las erupciones pruriginosas durante este estado en la población estudiada.

INTRODUCCIÓN

Las dermatosis específicas del embarazo y puerperio comprenden a la erupción atópica del embarazo (EAE), erupción polimórfica del embarazo (EPE), colestasis intrahepática del embarazo (CIE) y penfigoide gestacional (PG).⁽¹⁾

La EAE tiene como sinónimos eccema atópico del embarazo o dermatitis atópica del embarazo. En el pasado se la conoció como prurigo del embarazo de Besnier⁽²⁾ quien fue el primero en asociarla con dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma.

Siguiendo la clasificación de Shornik⁽¹⁾ con estudios posteriores de Ambros- Rudolph et.al⁽³⁾ presenta tres formas clínicas: erupción atópica del embarazo tipo P (EAE tipo P), erupción atópica del embarazo tipo E (EAE tipo E) y dermatitis atópica exacerbada (DAE).

La dermatitis atópica es un problema común y la literatura contiene numerosos estudios epidemiológicos, la mayoría relacionados con la enfermedad en la infancia. En un pequeño subgrupo de pacientes, se ha visto el comienzo en la edad adulta, en los cuales la enfermedad debuta o se exacerba durante el embarazo.⁽⁴⁾

Para su diagnóstico se han utilizados diferentes criterios como: Hanifin y Rajka⁽⁵⁾, Williams⁽⁶⁾ o el Consenso de American Academy of Dermatology.⁽⁷⁾

OBJETIVOS: 1) Evaluar en nuestro servicio las etiologías de dermatosis pruriginosas del embarazo y puerperio 2) Determinar la frecuencia de dermatosis específicas del embarazo y puerperio 3) Identificar las variantes clínicas de erupción atópica del embarazo (EAE) 4) Evaluar sus características epidemiológicas 5) Evaluar la respuesta a los tratamientos instaurados.

MATERIALES Y MÉTODOS: se evaluaron 67 pacientes embarazadas y puérperas que consultaron al Consultorio Especializado de Embarazo y Puerperio del Servicio de Dermatología del Hospital de Agudos José María Penna en el período comprendido desde mayo de 2009 hasta junio del 2011. Una revisión retrospectiva se realizó a través del análisis de las historias clínicas. Se incluyeron a aquellas pacientes que presentaban dermatosis pruriginosas durante el embarazo y puerperio que correspondieron a un total de 50. Fueron excluidas 16 pacientes por presentar condiciones no pruriginosas (ejemplo acné, tumores solitarios, molusco contagioso, HPV genital, pigmentaciones residuales, rosácea y onicomiosis) y 1 caso insuficientemente documentado.

Las dermatosis misceláneas pruriginosas (n= 10/50) fueron aquellas dermatosis que no podían incluirse dentro de las dermatosis específicas del embarazo como: escabiosis, pitiriasis rosada y dishidrosis por onicomiosis.

Se definió a puerperio como al periodo que transcurre luego del alumbramiento hasta la primera menstruación. Si bien se reconocen tres fases, consideramos hasta los 40 días pos-parto.

La xerodermia fue evaluada por inspección y palpación.

Se categorizaron las diferentes dermatosis específicas del embarazo y puerperio: erupción atópica del embarazo (EAE), erupción polimórfica del embarazo (EPE), colestasis intrahepática del embarazo (CIE) y penfigoide gestacional (PG), basados en los criterios diagnósticos anexo Tabla 1.

Se aplicaron los criterios de Hanifin y Rajka de acuerdo al anexo Tabla 2.

En la EAE se evaluaron: edad, período de gestación, paridad, historia de cambios similares en otros embarazos, antecedentes personales y familiares de atopia de acuerdo a un interrogatorio prefijado, tiempo de evolución, localización y morfología de las lesiones cutáneas, cumplimiento de los criterios de Hanifin y Rajka, dosaje de IgE, respuesta terapéutica y evolución pos-parto.

RESULTADOS

De un total de 40 pacientes con dermatosis específicas del embarazo y puerperio, 85% (34/40) correspondieron a EAE; 10% (4/40) fueron (CIE); 5% (2/40%) EPE.

Las dermatosis misceláneas (10/50) se enumeraron en anexo Tabla 3.

En la EAE, la edad media fue de 26 años (18 a 41 años); el 91,1% (31/34) fueron embarazadas y el 8,9% (3/34) puérperas, correspondiendo a 53% (18/34) primigrávidas y 47% (16/34) multigrávidas, todas con único embarazo. De las multigrávidas 12,5% (2/16) tuvieron cambios similares en embarazos previos. Las lesiones se iniciaron en el primer trimestre 47% (16/34); segundo trimestre 17,6% (6/34) y en el tercer trimestre 35,4% (12/34) del embarazo.

Se discriminaron los antecedentes personales y familiares relacionados con atopia de acuerdo a un interrogatorio prefijado.

ANTECEDENTES PERSONALES: 73% (25/34)

AP RESPIRATORIOS		AP CUTÁNEOS		AP RESP+ AP CUT.		AP ALIMENT.	
Rinitis alérgica(RA)	9	Dermatitis atópica (DA)	5	DA + asma	1	Intol. Alimentaria a leche de vaca	1
Asma	3			DA + RA	1		
Broncoespasmo	3			RA+ prurigo simple	1		
Broncoespasmos+ (RA)	1						
Total	16		5		3		1

ANTECEDENTES FAMILIARES (AF) 15 % (5/34)

AF RESPIRATORIOS	
Asma	4
RA	1
Total	5

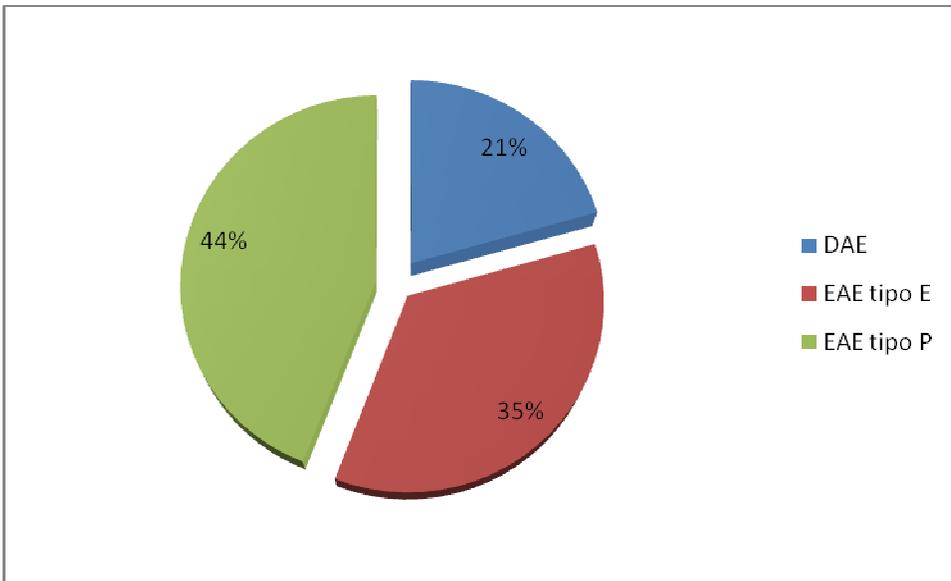
Sin antecedentes familiares ni personales de atopia: 12% (4/34)

Tiempo de evolución

Desde el inicio de los síntomas al momento de consulta de 2 a 365 días con un promedio de 72,8 días.

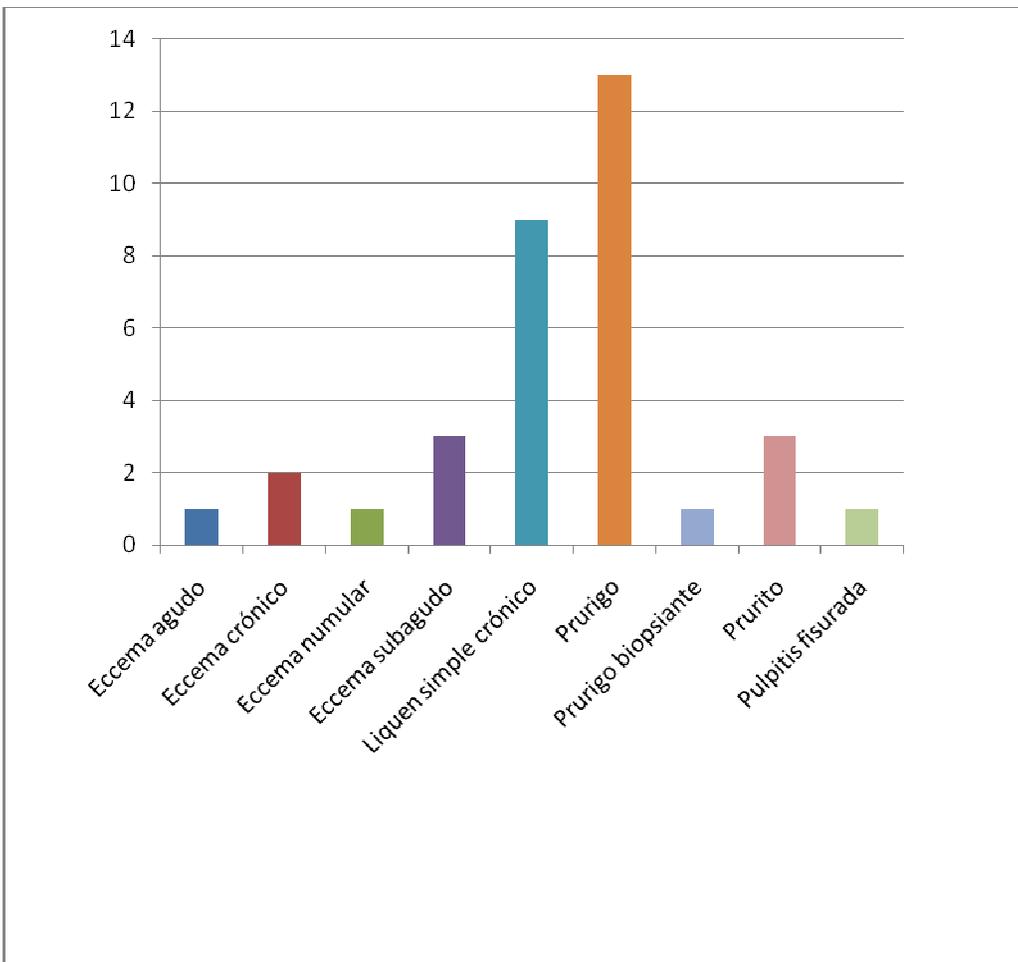
Distribución

El 44%(15/34) correspondió a EAE tipo P, 35% (12/34) a EAE tipo E y el 21% (7/34) a DAE.



Morfología y distribución de las lesiones

En el 38% (13/34) correspondieron a lesiones de prurigo caracterizada por pápulas con centro costroso o lesiones excoriadas, en el 26% (9/34) placas parduscas con aumento del espesor y cuadrículado epidérmico, en el 9% (3/34) placas eritematoescamosas que exudaban algo de material seroso (eccema subagudo) y sólo prurito, que sería la etapa inicial del eccema, en el 6% (2/34) placas eritematoescamosas (eccema crónico), y en el 15% restante se observó eccema numular (1/34), eccema agudo (1/34), pulpitis fisurada (1/34) y prurigo biopsiante (1/34).



Localización de las lesiones

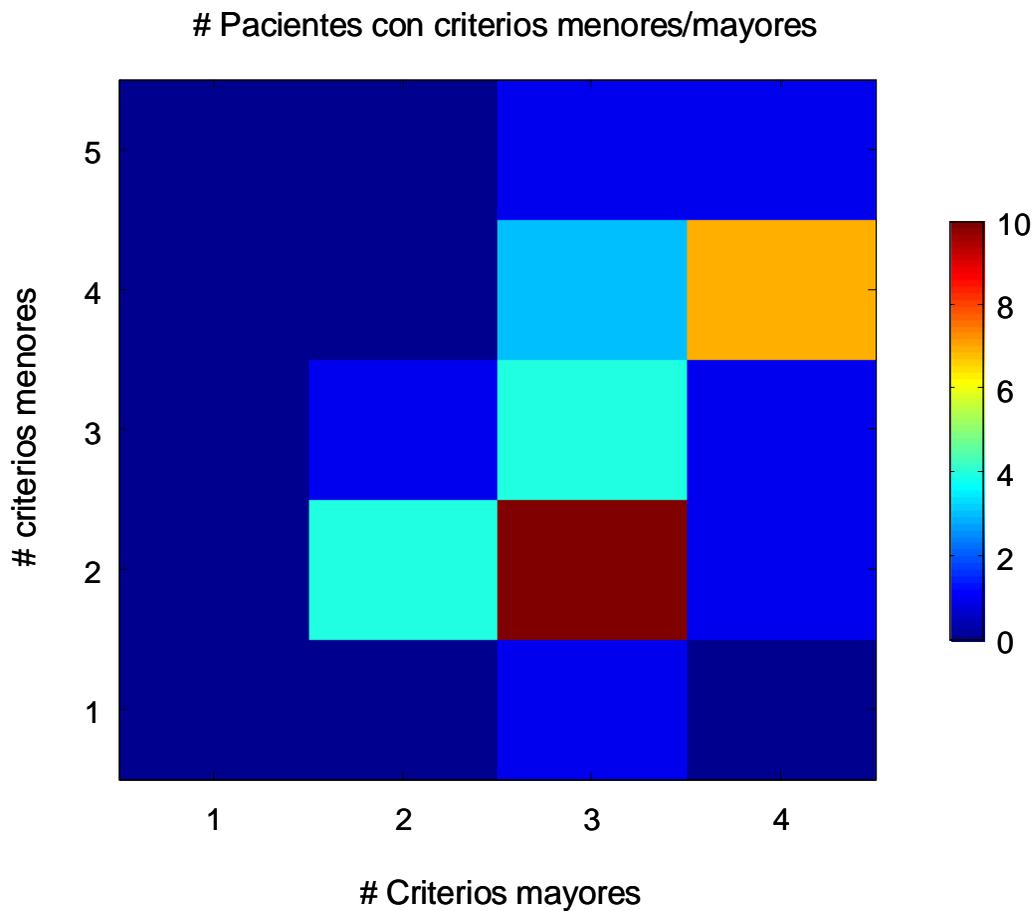
Sitio	n (%)
Flexural	10 (29)
Extensora brazos y piernas	7 (21)
Generalizadas	6 (18)
Abdomen	5 (15)
Cara	3 (9)
Manos	2 (6)
Mamas	1 (3)

Laboratorio

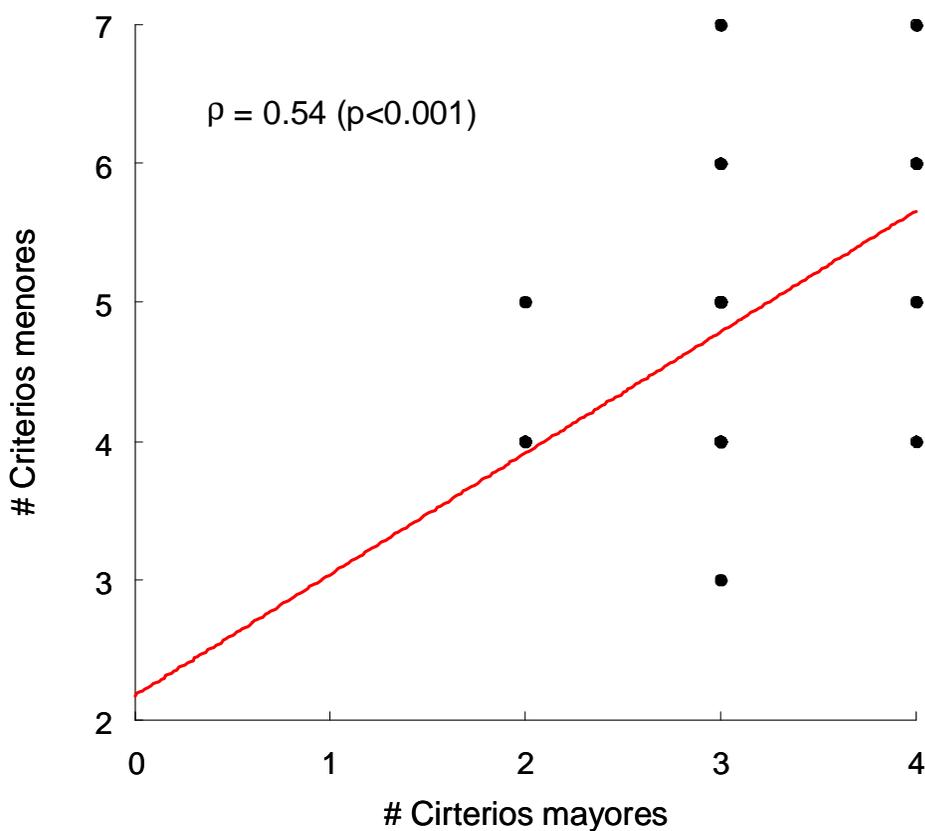
En 26% (9/34) pacientes se pudo evaluar IgE, de las cuales el 44% (4/9) mostró IgE < 100 UI/ml, dentro del rango normal; el resto presentó valores > a 100 UI/ml con un promedio de 217 UI/ml (rango 121 a 363).

Criterios de Hanifin y Rajka

El 50 % (17/34) de las pacientes cumplieron con 3 o más criterios mayores y tres o más criterios menores.



Se observa una correlación positiva y significativa entre los criterios mayores y menores en toda la población estudiada.



Terapéutica

Todas las pacientes fueron educadas para realizar cuidados en la barrera cutánea con el fin de mejorar y prevenir la xerodermia. Se indicaron baños breves, sustitutos del jabón, secado sin frotar la piel y en los primeros minutos luego del

baño, la aplicación de cremas emolientes desprovistas de perfumes, así como el uso de ropa de algodón en contacto con la piel.

Se indicaron corticoides de mediana potencia 91,1% (31/34), de baja potencia 8,9% (3/34). En 29,41 (10/34) pacientes con EAE tipo P se indicaron corticoides de alta potencia ante la falta de repuesta. Los antihistamínicos correspondieron a los permitidos en el embarazo como clorfeniramina, difenhidramina y loratadina.

Se realizaron controles quincenales, con mejoría de las lesiones en 70,5% (24/34). El resto de las pacientes 10/34 tuvieron una mejoría parcial refiriendo persistencia del prurito y máculas hipercrómicas residuales al examen físico.

Evolución pos- parto

Se realizaron contactos telefónicos a fin de conocer el estado del recién nacido y las características de las dermatosis maternas. Sólo se pudieron evaluar 62% (21/34) pacientes (11/20 EAE tipo P, 7/20 EAE tipo E y 3/20 DAE).

Todos los recién nacidos fueron de término y de peso adecuado para la edad gestacional.

Las pacientes con EAE tipo P mejoraron luego del parto, en un lapso de 15 días a 30 días.

De las EAE tipo E, sólo continúan con manifestaciones clínicas 2 pacientes cuya dermatosis compromete manos.

De las DAE, dos de ellas persisten con su dermatosis luego del parto. La restante, si bien mejoró luego del parto con un nuevo embarazo retomó su enfermedad.

DISCUSIÓN

El eczema ⁽¹⁰⁾ es una dermatosis inflamatoria común caracterizada por la presencia de una lesión elemental no siempre objetivable clínicamente que es la vesícula, pero con evidencias de su expresión histopatológica, la espongirosis. El síntoma fundamental es el prurito y esta asociación de vesícula (pequeña cavidad de contenido líquido) y síntoma que induce el rascado promueve que las lesiones se modifiquen en el tiempo y es así que desde el punto de vista cronológico/ evolutivo podemos clasificar al eczema en tres períodos: agudo, subagudo y crónico. En el período agudo (fase eritematovesiculosa) se observa congestión y eritema difuso precedido por prurito, que progresa habitualmente a vesículas en la superficie de la placa. El subagudo, tiene dos fases secretante o exudativa y descamativa o escamosa. En la primera, por la rotura de las vesículas se detecta serosidad, se observan orificios (pozos eczemáticos), excoriaciones por el prurito, y/o costras melicéricas por impetiginización. En la fase siguiente disminuye la exudación y aparece la descamación. En el período crónico (fase de liquenificación), se manifiesta el incremento del grosor epidérmico por la continuidad del rascado que la persistencia del prurito ocasiona. En nuestra casuística hallamos diferentes etapas evolutivas del eccema y en algunos casos, no encontramos lesiones a pesar del intenso prurito que referían.

Shornik ⁽¹⁾ y Ambros- Rudolph y col. ⁽³⁾ describen en la EAE tipo P, lesiones se desarrollan durante el embarazo en una paciente con terreno atópico (historia familiar de eccema atópico o historia familiar o personal de asma, conjuntivitis y rinitis alérgica). Clínicamente son pápulas pruriginosas localizadas o generalizadas que por el rascado pueden excoriarse, ulcerarse o impetiginizarse. Para nuestra interpretación las lesiones de la EAE tipo P corresponden a una etapa crónica del eccema en el que existe liquenificación.

En la EAE tipo E las lesiones cutáneas se desarrollan durante el embarazo en una paciente con antecedentes de atopia (historia familiar de eccema atópico o historia familiar o personal de asma, conjuntivitis y rinitis alérgica). Se caracteriza por eccemas en distintas etapas evolutivas. Es decir que la diferencia entre ambas es clínica, donde P corresponde a pápulas de prurigo y E a placas eritematoescamosas en una paciente con terreno atópico pero sin historia personal de dermatitis atópica.

La DAE son pacientes con historia de dermatitis atópica previa al embarazo la cual se exagera durante el mismo. Puede presentar la distribución clínica característica de la dermatitis atópica etapa infantil (pliegues cubitales, poplíteo, tobillo y cuello) a la que puede agregarse eccema en otras localizaciones.

El diagnóstico de dermatitis atópica se basa en el interrogatorio y examen físico. Cuando la localización de las lesiones es flexural el diagnóstico es sencillo. De lo contrario pueden usarse diferentes criterios. En este estudio utilizamos los de Hanifin y Rajka ⁽⁵⁾, con un 50 % de las pacientes que cumplían con tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores. En estas pacientes la dermatitis atópica seguirá un curso crónico y recidivante, donde el embarazo puede actuar o no como un estado disparador. Es de gran importancia que este subtipo recientemente reconocido de dermatitis atópica del adulto sea diagnosticado, dado que junto con la explicación de una base genética e inmunológica, los pacientes realizarán el cuidado de su barrera cutánea durante toda su vida y estarán atentos a las exacerbaciones propias de la enfermedad. ⁽⁴⁾⁽¹¹⁾

Por el otro lado en la mayoría de las pacientes con EAE tipo P, comprobamos que la dermatosis se inicia con el embarazo y termina pocos días luego del parto, en un rango de 15 a 30 días.

El embarazo predispone a la inmunidad de células T hacia un tipo de respuesta tipo 2 helper. Se piensa que esto es importante para la continuación del embarazo normal. Sin embargo, este tipo de respuesta 2 se asocia con atopia y podría explicar por qué el eccema se deteriora durante el embarazo. La filagrina es una proteína necesaria para la diferenciación terminal de la epidermis. El gen que codifica a la filagrina se encuentra mutado en los pacientes con eccema atópico en el 16.7% al 56%. ⁽¹²⁾ No se sabe si la función de barrera o la expresión de filagrina se modifican durante el embarazo. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

CONCLUSIONES

Nuestra casuística nos permitió reconocer a un subtipo de dermatitis atópica que se inicia o exacerba durante el embarazo y que constituye la mayoría de las erupciones pruriginosas durante este estado en la población estudiada.

TABLA 1. Criterios diagnósticos para la clasificación de dermatosis específicas del embarazo y puerperio

Enfermedad cutánea	Criterios diagnósticos
Erupción atópica del embarazo (EAE) ⁽¹⁾⁽⁸⁾	AP o familiares de atopia. Prurito en sitios flexurales, pápulas excoriadas, eccemas. Posible IgE elevada
Colestasis intrahepática del embarazo (CIE) ⁽⁹⁾	Prurito generalizado, predominio palmo-plantar con cambios secundarios por rascado. Alteraciones del hepatograma (ácidos biliares)
Erupción polimórfica del embarazo (EPE) ⁽¹⁾⁽⁸⁾	Erupción polimorfa, pápulo-urticarial que se inicia dentro de estrías de distensión
Penfigoide gestacional (PG) ⁽¹⁾⁽⁸⁾	Erupción urticariana o ampollar. IFD depósito lineal de C3+/- IgG en unión dermoepidérmica

TABLA 2. Criterios de Hanifin y Rajka ⁽⁵⁾

CRITERIOS MAYORES Deben estar presentes 3 ó 4	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Morfología y distribución característica de las lesiones • Dermatitis crónica o crónicamente recidivante • Historia personal o familiar de atopia
CRITERIOS MENORES Deben estar presentes 3 de 23	<ul style="list-style-type: none"> • Xerosis • Ictiosis/hiperlinearidad palmar/queratosis pilaris • Reactividad inmediata (tipo 1) a test cutáneos • IgE elevada • Edad de comienzo precoz • Tendencia a infecciones cutáneas /defectos de la inmunidad mediada por células • Dermatitis inespecífica de manos y pies • Eccema del pezón • Queilitis • Conjuntivitis recurrente • Pliegue infraorbitario de Dennie- Morgan • Queratocono • Catarata subcapsular anterior • Oscurecimiento orbitario • Eritema/ palidez facial • Pitiriasis alba • Pliegues anteriores del cuello • Prurito al transpirar • Intolerancia a la lana y solventes de lípidos • Acentuación perifolicular • Intolerancia a alimentos • Curso influenciado por factores ambientales/ emocionales • Dermografismo blanco/blanqueo retardado

TABLA 3. Dermatosis misceláneas pruriginosas coincidiendo con el embarazo y puerperio (n= 10)

Enfermedades pruriginosas	Número de pacientes
Escabiosis	7
Pitiriasis rosada	2
Dishidrosis por onicomicosis	1

Bibliografía

- 1) Shornik JK. Dermatoses of pregnancy. *Semin Cutan Med Surg* 1998; 17: 172-181.
 - 2) Besnier E. Premiere note et observations preliminaires pour servir d'introduction a l'etude des prurigos diathesiquea. *Ann Dermatol Syph* 1892; 3: 634.
 - 3) Ambros-Rudolph CM, Müllegger R, Vaughan-Jones S, Kerl H, et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: Results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:395-404.
 - 4) Bannister MJ, Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis. *Australas J dermatol* 2000; 41: 225-228.
 - 5) Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic eczema. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1980; 92: 44-47.
 - 6) Williams HC, Burney PGJ, Pembroke AC, Hay RJ. The UK working party's diagnostic criterios for atopic dermatitis III. Independent hospital validation. *Br J dermatol* 1994; 131: 406-416.
 - 7) Ellis C, Luger T. International consensus conference on atopic dermatitis II (ICCAD II): Chairman's introduction and overview. *Br J Dermatol* 2003;148:1-2
 - 8) Shornick JK. Pregnancy dermatoses. En Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, Horn TD, Mancini AJ, Mascaró JM, et al, editors. *Dermatology*. New York: Mosby; 2003:425-432.
 - 9) Lammert F, Marschall HU, Glantz A, Matern S. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: molecular pathogenesis, diagnosis and management. *J Hepatol* 2000; 33: 1012-1021.
 - 10) La Forgia M. Los eczemas son muchos y pican. *Actualizaciones en Asma, Alergia e Inmunología* 2003, 5 (3):42-44.
 - 11) Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 579- 582.
 - 12) Irvine AD. Fleshing out filaggrin phenotypes. *J Invest Dermatol* 2007; 127: 504-507.
 - 13) Jordaan HF. The diagnosis and management of eczema in pregnancy. *Curr Allergy Clin Immunology*, 2009; 22: 18-22.
 - 14) Palmer C, Irvine A, Terron-Kwiatkowski A, Zhao Y et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet* 2006; 38: 441-446.
-