

11226  
24.88



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General de Zona con Medicina  
Familiar No. 36

Unidad Medicina Familiar No. 1  
Puebla, Pue.

“ Dermatosis en el Embarazo ”

**T E S I S**  
para obtener el postgrado de Especialidad de  
**MEDICINA FAMILIAR**

**P r e s e n t a**

**Dr. José Antonio Gómez Xospa**



México, D. F.

1986

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

- 1).- INTRODUCCION .....Pag I
- 2).- ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....Pag 2 a I2
- 3).- MATERIAL Y METODO .....Pag I3 a I5
- 4).- RESULTADOS .....Pag I6 a I9
- 5).- DISCUSION .....Pag 20
- 6).- CONCLUSIONES .....Pag 2I
- 7).- RESUMEN .....Pag 22
- 8).- BIBLIOGRAFIA .....Pag 23

## I N T R O D U C C I O N

Es bien sabido que el embarazo durante su transcurso presenta una serie de cambios fisiológicos e inmunológicos que de alguna manera van a predisponer a la paciente embarazada a ser -- blanco fácil de algunos padecimientos entre los que destacan las agresiones a la piel y sus anéxos, que en un momento dado pueden comprometer la integridad de la madre y por ende la -- del producto.

También es bien sabido que estas dermatosis en la mujer embarazada presentan un comportamiento casi similar que en las -- pacientes no embarazadas, sin embargo está plenamente demostrado que los mecanismos de defensa de la primera se encuentra parcialmente mermados ya que la inmunidad celular esta deprimida. El presente trabajo es un estudio de 150 pacientes embarazadas que presentaron diferentes dermatosis y tiene por -- objetivos primordiales identificar la incidencia y la frecuencia de las principales dermatopatias que se presentan durante la gestación y analizar en forma somera que tanto influye -- éste estado en el desencadenamiento o aparición de dichas dermatosis. Al mismo tiempo valorar que tipo de dermatosis presentan exacerbación o remisión en un momento dado con el embarazo. Así como determinar cual es el período de la gestación (trimestre o puerperio) en el que se presentan con más frecuencia dichos trastornos. Es importante recalcar que el presente estudio no analiza las complicaciones que se pueden presentarse en el binomio madre e hijo como consecuencia de las -- dermatosis.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En general el embarazo tiene un efecto poco marcado en la mayor parte de las dermatosis, exceptuando en algunas enfermedades de la piel durante el embarazo y el puerperio. Las dermatosis se manifiestan por lo general en forma similar a las observadas en mujeres no embarazadas. Es bien conocido que durante el embarazo, éste influye sobre la piel y sus anexos, sin embargo en ocasiones la piel sufre consecuencias adversas de mayor importancia clínica, pues llega a afectar el estado general de la madre o bien la tranquilidad y en ocasiones el producto sufre también lesiones graves. Son muchas y variadas los grupos de dermatosis cuyos orígenes se desconocen o bien están perfectamente identificados, pero conocemos están específicamente relacionados con el embarazo y el puerperio dentro de las cuales encontramos: -- Herpes Gestacional, Impetigo Herpetiforme, Dermatitis Autoinmune del Embarazo por Progesterona, Prúrigo del Embarazo, Pápulas Pruríticas y Urticáricas del Embarazo, Rash Toxémico del Embarazo, Prúrigo Gestacional de Besnier, Prúrigo Anular, Psoriasis -- Micosis, Dermatitis Virales, Parasitarias, Bacterianas, Acne -- Neurofibromatosis, Rubéola, Sarampión, Eritema Nodoso, Pitiriasis Rosada. Las primera cuatro entidades tienen bases clínicas-histológicas o de laboratorio, las siguientes cinco son padecimientos caracterizados por erupción papular pruriginosa y son difíciles de diferenciar por los medios disponibles, las demás tienen características clínicas por medio de las cuales pueden ser fácilmente identificables. En 1968, Nurse sugirió que el prúrigo gestacional era la misma que el rash toxémico y que la dermatosis papular, excepto que se asocia al 27% de la mortalidad fetal y las agrupo con el título "Prúrigo del Embarazo".

Más recientemente Sasseville sugirió que el grupo menos bien definido junto con las pápulas pruríticas y placas urticáricas -- (PRUE) se unificará bajo el nombre de prurigo gestacional.

Pero Fitzpatrick refiere que las erupciones del embarazo incluyen cuatro grupos: herpes gestacional, impétigo herpetiforme, -- prurigo gravídico, placas pruríticas y urticáricas del embarazo. Todas estas erupciones presentan rasgos comunes no específicos -- tal como pápulas, placas urticáricas, prurito, las cuales han -- sido vistas en las erupciones del eritema polimorfo. Futuras investigaciones descubran posiblemente los mecanismos etiopatogénicos y podremos brindar un mejor manejo a estas pacientes.

#### HERPES GESTACIONAL

Enfermedad autoinmune que se manifiesta en la piel como una erupción pruriginosa, eritematosa con pápulas y vesículas o ampollas que se presentan en el embarazo y/o puerperio y que recidiva en los embarazos siguientes o con la administración de anticonceptivos. En IBII Bunel la describió por primera vez, pero fué en 1972 cuando Milton le dió el nombre actual. Epidemiología, es -- muy rara pero se presenta entre los 16 y 39 años, como es lógico se presenta en todo el mundo y tiene incidencia de 1:3000 a -- 1:5000 embarazos. Se ha especulado mucho acerca de su etiología -- se hable de agentes infecciosos, efectos tóxicos de tejidos fetales y placentarios, deterioro de la función renal y hepática, -- factores endócrinos y sensibilización a productos fetales o placentarios, factor Rh y a hormonas o a sus metabolitos intermedios, sin embargo todavía en la actualidad se desconoce su etiología exacta, pero se señalan rasgos inmunopatológicos de la enfermedad como el Hg se encuentra asociado tanto a embarazos normales como a tumores trofoblásticos, mola hidatiforme, coriocarcinoma, embarazos ectópicos.

Es posible que el antígeno se localice en las células trofoblasticas o en las membranas corioamnióticas y que la respuesta inmunológica primaria se localice aquí, pero reaccione en forma cruzada con la piel, lo que se supone porque el HG empieza en el ombligo ya que el ombligo esta en continuidad con las membranas corioamnióticas. Sabemos que está influenciado por un factor hormonal y puede exacerbarse con la menstruación y administración de anticonceptivos (el componente estrógeno es responsable de las exacerbaciones ya demostradas, en cambio los progestágenos solos no hubo cambios), durante el ciclo menstrual, el HG se agrava en la ovulación lo que sugiere el componente estrógeno, también se ha sugerido que la prolactina puede exacerbar el herpes.

Es más frecuente en el 2o trimestre del embarazo, pero se puede presentar desde la segunda semana del embarazo hasta el puerperio, en orden de frecuencia se presenta en el 2o, 3o, y 1o trimestre y por último en el puerperio. Complicaciones maternas, grandes molestias, ataque al estado general e infecciones secundarias, de las complicaciones fetales aumenta el índice de prematuridad y óbitos así como lesiones de herpes gestacional pasajera en el recién nacido, se señala raramente muerte del RN por hemorragia meníngea y cerebral.

#### IMPETIGO HERPETIFORME

Es una erupción pustular rara, generalizada y grave que se asocia al embarazo o estados hipocalcémicos, se considera una variedad de psoriasis pustular, se trata de una erupción pustulosa estéril y superficial de base eritematosa que se acompaña de fiebre hipocalcemia y raras veces de tetania, remite en el postparto y tiende a reaparecer en embarazos sucesivos. En 1872 Von Hebra la describe por primera vez asociada a mal pronóstico materno y fetal, en 1951 Beek la observo en mujeres no embarazadas, -

hombres y niños con hipoparatiroidismo, es extremadamente rara - (se han publicado 300 casos desde 1872) su etiología es desconocida, se considera que es un estado de psoriasis pustular desencadenada por el embarazo o alteraciones metabólicas como el hipoparatiroidismo. En el último trimestre del embarazo la mayor demanda de calcio puede precipitar un franco estado de hipocalcemia con hipoparatiroidismo, así la hipocalcemia puede exacerbar estado de psoriasis pustulosa, se presenta más frecuentemente en el 3o trimestre pero puede aparecer en cualquier época.

Las lesiones tempranas aparecen como muchas grandes manchas o -- placas eritematosas donde se asientan pústulas superficiales y -- estériles formando anillos, se inicia frecuentemente en el abdomen inferior, ingles y tercio superior de muslos, se diseminan -- gradualmente hacia la periferia llegando hasta la axila, cuello y cara. Pronóstico aumenta la mortalidad fetal por lo que se recomienda la interrupción del embarazo en las condiciones de madurez pulmonar fetal adecuadas o permitidas.

#### DERMATITIS AUTOINMUNE DE PROGESTERONA DEL EMBARAZO.

Es una erupción rara, no pruriginosa, acneiforme desencadenada -- por el embarazo y recurre en los embarazos sucesivos, asociados con la pérdida fetal y causado por la hipersensibilidad a la progesterona endógena, ésta dermatitis parece diferente a la dermatitis autoinmune de progesterona no asociado a embarazo, que es más común en donde aparece una erupción pruriginosa vesiculoampollosa o urticariana desarrollada en tronco y en extremidades con un patrón cíclico de seis a siete días antes de cada ciclo menstrual. En 1973 Bierman la describe por primera vez y señala sobre un caso en una paciente que tuvo dos embarazos sucesivos en los que desarrollo erupción acneiforme en extremidades y nalgas -- asociado con artritis y eosinofilia periférica y tisular.



La prueba a la aplicación intradérmica con progesterona es positiva, en muchos casos el factor precipitante parece ser el uso de progesterona contenida en los medicamentos, sensibilizando al organismo a la progesterona, mecanismos hormodependientes probablemente debidos a inmunidad mediada por células, mecanismo de tipo-IV de Gell y Coombs, actúan sobre la progesterona endógena producida durante el embarazo. Se excluye hipersensibilidad a la placenta porque al administrar progestágenos en el período postparto se reproduce la dermatosis. La dermatosis es un desorden multisistémico con anomalías cutáneas, hematológicas, artríticas y -- metabólicas caracterizadas por erupción acneiforme no pruriginosa con pápulas y pústulas, comedones, las pápulas se agrupan y con el tiempo desarrollan una escama psoriasisiforme dejando hiperpigmentación residual. Las lesiones se presentan en las extremidades y nalgas y se asocian a artritis. La presencia de estos desordenes cutáneos a menudo están asociados a la mortalidad fetal en el 100 por ciento e incapacidad materna, se desconoce si ésta mortalidad es consecuencia pues no se tienen reportes de la entidad.

#### PRURITO GRAVIDICO

Es un prurito generalizado que se presenta al final del embarazo y desaparece en el parto y que en los casos severos se acompaña de ictericia, por lo que se llama también ictericia del embarazo e colestasis recurrente del embarazo y se presenta en mujeres genéticamente predispuestas. En 1907 Keher describió el síndrome de ictericia asociado con prurito intolerable al final del embarazo tiene distribución mundial, su incidencia es de 0.02 a 0.4% de -- las embarazadas. Se presentan diferencias étnicas y una predisposición hereditaria mostrando una susceptibilidad fuera de lo común al aumento de estrógenos durante el embarazo. Los estrógenos placentarios y progestinas provocan una disminución de la capacidad de excreción hepática de aniones orgánicos (bilirrubinas, ácidos-

bili-res y bromosulfaleina) con el consecuente aumento en el suero de los ácidos biliares hasta diez a cien veces más de lo normal. Como se han producido alteraciones clínicas y bioquímicas -- similares con los contraceptivos, se relaciona mucho a las hormonas sexuales en la colestasis, sin embargo no todas las pacientes con colestasis son susceptibles a las recurrencias postanticonceptivos. El cuadro empieza en las dos terceras partes de los casos durante el último trimestre, tiende a ser intermitente al principio, pero al final se va agravando y se vuelve diseminado, los -- síntomas desaparecen a los pocos días del parto pero ocurre en los embarazos sucesivos, el prurito es el único síntoma que a menudo es insoportable, varía en el curso del embarazo, es de predominio nocturno, se presentan numerosas lesiones por el rascado. La morbilidad materna está limitada al prurito, el que desaparece a los pocos días postparto, la ictericia usualmente desaparece -- pero puede durar cuatro semanas, el pronóstico fetal es bueno, se ha encontrado mayor incidencia de prematuridad y muerte fetal. No se sabe si la mayor mortalidad (del 33% a 87%) está relacionada con la colestasis y la ictericia o con algún otro factor, con alguna anomalía materna del metabolito o la respuesta a los -- estrógenos.

#### PLACAS Y PÁPULAS PRURITICAS Y URTICARICAS DEL EMBARAZO

Es una erupción altamente pruriginosa del 3o trimestre del embarazo caracterizada por pápulas y placas urticáricas inicialmente localizadas al abdomen, desaparecen en el parto y su recurrencia es desconocida. En 1979 fué descrita por primera vez por Lawley, su causa es desconocida y faltan evidencias para una base inmunológica sin embargo la recurrencia de urticaria y prurito durante la lactancia sugieren modulación hormonal. La erupción empieza después de la semana 34 de la gestación, en el primer embarazo, presen

tando, pápulas eritematosas y placas urticáricas sobre el abdomen clínicamente idénticas al rash toxémico del embarazo y el prúrigo del embarazo, con respecto al pronóstico no se ha mencionado complicaciones maternas o fatales, solo se ha reportado una erupción transitoria idéntica en el neonato, Stuart señala pérdidas fatales

#### DERMATITIS PAPULAR DEL EMBARAZO

Es una erupción papular del embarazo, muy pruriginosa, generalizada, muy rara y que se presenta en épocas tempranas del embarazo - recidivando en los embarazos siguientes. En 1962 Spangler la describe por primera vez, incidencia de un caso por cada dosmil quinientos. Unicamente se presenta en el embarazo y puede presentarse en cualquier mes, desaparece a los pocos días del postparto, pero por lo general recidiva en los embarazos sucesivos, no se han presentado manifestaciones sistémicas, la erupción es altamente pruriginosa, afectando todo el cuerpo incluyendo cara, se caracteriza por pápulas eritematosas blandas, generalizadas, intensamente pruriginosas, aisladas sobre las que se asientan pápulas, se observan costras por rascado, desaparecen en 7 a 10 días dejando áreas de hiperpigmentación. Se señalan que pueden persistir después del parto por retención de restos placentarios, pero que al lograrlo la dermatosis desaparece. Las pruebas del parche realizadas en pacientes afectadas usando extracto placentario de mujeres enfermas con dermatitis papular del embarazo y mujeres normales muestran marcada positividad en las primeras y no muestra reacción alguna a las placentas normales lo que sugiere un fenómeno de sensibilización. No hay complicaciones maternas, pero la enfermedad recurre en los siguientes embarazos, la pérdida fetal puede llegar hasta 30% en pacientes no tratadas, en pacientes -- tratadas con prednisona la mortalidad disminuye al 12%, comparada con el 10% de aborto espontáneo de la población normal

## RASH TOXÉMICO DEL EMBARAZO

Es una erupción papular pruriginosa y urticariana del tercer trimestre del embarazo, empieza en el abdomen y se expande centrifugamente, desaparece después del parto y recurre en embarazo sucesivos, no está relacionada con la toxemia del embarazo.

En 1982 Burne la describe por primera vez, su incidencia es de una en ciento veinte embarazos, no se sabe su posible mecanismo de producción, la respuesta a agentes progestacionales sugiere desequilibrio hormonal como factor causal, se inicia sobre las estrias abdominales para luego diseminarse centrifugamente, el prurito se presenta antes de cualquier lesión y posteriormente se desarrolla púrpulas y placas urticáricas, vesículas y eritema polimorfo. La enfermedad persiste hasta el parto y desaparece en una semana postparto, es recidivante, con respecto al pronóstico se refiere a cierta tendencia a la postmadurez.

## PRURIGO DE BESNIER

Es una erupción pruriginosa y urticariana de inicio gradual, que se presenta predominantemente en el 2o trimestre del embarazo afectando miembros y abdomen, desaparece después del parto y puede recurrir en los embarazos siguientes. En 1904 Besnier la describe por primera vez, Vignes en 1937 señala que empieza en el 3o y 4o mes, Costello en 1941 refiere también que se presenta al final del embarazo, en 1968 Nurse la clasificó en temprana y tardía.

Tiene una incidencia del 2% en mujeres sanas, su etiología no se sabe todavía. Besnier la describe como discretas púrpulas puntiformes agrupadas con costras hemáticas sobre la superficie extensora de los miembros con distribución distal, que al progresar se hace proximal y puede afectar el tronco, el proceso desaparece gradualmente después del parto, dejando hiperpigmentación residual, aparece en el último trimestre a menudo en la última semana del embarazo, no existen complicaciones

### PRURIGO ANULAR

Desorden raro del embarazo, caracterizado por lesiones anulares - y descamación y las cuales persisten por años postparto, en 1941 Davies la describe por primera vez, no se sabe cual es el mecanismo de producción, se piensa que es un facotr atópico, las lesiones - consisten en anillos hiperpigmentados con descamación con diámetro de 7 a 40 cms. la periferia de los anillos muestra un borde activo papular de 2 a 4 cms, las pápulas exteriores son edematosas, esco<sup>riadas</sup>, algunas con costras hemáticas, pueden aparecer al principio o al final del embarazo y persistir por muchos meses, no se - han reportado complicaciones maternas o fetales.

### ACNE

Tiene un comportamiento imprevisible, podría esperarse que estu-  
vierá disminuido por la secreción aumentada de estrógenos que dis-  
minuyen la secreción sebacea, pero también se encuentra elevada -  
la progesterona lo cual tiene efecto contrario no se sabe como --  
evolucionará.

### DERMATOFITOSIS

Puede presentar exacerbación debido a la depresión de la inmunidad  
celular, que facilita la infección por dermatofitos, para su tra-  
tamiento usar tópicos a base de yodo o miconazol que se absorben -  
en muy poca cantidad.

### MICETOMA

Micosis profunda producida por varias especies de eumicetos, hen-  
gos verdaderos y actinomicetos que se consideran bacterias. El --  
cuadro clínico caracterizado por aumento de volumen y deformación  
de la región con presencia de lesiones de aspecto nodular fistuli-  
zados por donde sale secreción exudado filante, que contiene ele-  
mentos parasitados llamados granos, se ha visto que en la mujer em-  
barazada se presenta exacerbación del padecimiento.

Tal vez por factores hormonales o por desorden del sistema inductivo celular.

#### NEUROFIBROMATOSIS

Suelen verse manchas café con leche y tumorações llamadas neurofibromas, los cuales pueden aparecer por primera vez durante el embarazo o aumentar en número, son dolorosos, se pueden acompañar de lesiones a nivel del S.N.C e hipertensión. La terminación precoz del embarazo es aconsejable por la mayor posibilidad de aborto espontáneo y óbito.

#### PSORIASIS

Enfermedad crónica de causa desconocida, constituida por placas eritematoescamosas que afectan diversas partes de la piel, el embarazo puede exacerbarlas o mejorarlas.

#### RUBEOLA

Enfermedad exantemática que al adquirirse durante el embarazo el virus puede afectar la placenta e infectar al producto y ser causa de aborto, óbito o recién nacido con lesiones, la posibilidad de que el producto adquiera la infección si la madre la padece -- varía de acuerdo a la edad del embarazo, siendo mayor el riesgo -- durante las primeras ocho semanas, aproximadamente 40% de los productos de las madres infectadas padecen rubéola congénita.

#### SARAMPION

No se considera al virus teratogénico en las mujeres embarazadas -- sin embargo se han señalado siete mujeres embarazadas que padecieron la enfermedad en el I<sup>o</sup> trimestre y que presentaron un aborto -- dos trisomias y un producto con alteraciones auditivas.

#### TOXOPLASMOSIS

La infección materna es frecuentemente asintomática pero aparece un exantema con manchas y pápulas, diagnóstico por método serológico, el riesgo para el feto esta relacionado con el momento en --

que se infesta la madre.

#### ERITEMA NODOSO

Síndrome constituido por nudosidades dolorosas acompañadas de síntomas generales, varias causas la pueden producir como la tuberculosis, la lepra, coccidioidomicosis, bacterias, medicamentos, también se ha señalado la asociación de eritema nodoso con los anticonceptivos y el embarazo, está caracterizado por levantamientos de la piel de contenido sólido, más bien palpables, eritematosos, dolorosos, no supurativos, que duran varias semanas y desaparecen sin dejar huellas.

#### ACRODERMATITIS ENTEROHEPÁTICA

Desorden raro hereditario autosómico recesivo que presenta deficiencia en la absorción del zinc. En las mujeres sanas embarazadas la concentración de zinc disminuye durante el 3o trimestre y se sugiere que una dieta deficiente en zinc puede causar alteraciones teratogénicas, las manifestaciones consisten en heces pálidas, espumosas, malholientes, lesiones intertiginosas en los cantos internos de los ojos, alrededor de los orificios nasales, en las comisuras bucales, en los órganos genitales externos y región perineal, se observan lesiones eccematosas, placas psoriásicas sobre las prominencias óseas, caída de pelo, cejas, pestañas, fotofobia, irritabilidad, rechazo al alimento e infecciones oportunistas.

## MATERIAL Y METODO

Se estudiará y seleccionará a todas las pacientes embarazadas que se presentan con problemas dermatológicos a través de la consulta externa de Dermatología y consulta prenatal de la U.M.F # I y del servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ del estado de Puebla.

Aplicandose a cada una de estas pacientes un cuestionario ya impreso, el cual abarcará desde la topografía de la dermatosis, características de la misma, etapa del embarazo en que se presentó (1o, 2o, 3o trimestre) o bien el puerperio, así como el comportamiento, remisiones o exacerbaciones, para lo cual el tipo de estudio que se realizará es de tipo observacional y prospectivo, en donde se identificará los tipos de dermatosis que con más frecuencia se presentan durante la gestación y cuyos resultados expresaremos en cuadros sinópticos que revelaran en forma progresiva la incidencia, el período del embarazo en que se presentaron con más frecuencia, además de las dermatosis que presentaron exacerbación o bien remisión en el período gestacional.

El tiempo en que se realizará el presente estudio es de diez meses (1o de marzo a 31 de diciembre de 1985).

Entre los recursos humanos con los que contamos para la realización del trabajo se encuentran todos los residentes de 2o año de Medicina Familiar adscritos a los servicios ya mencionados y como recursos materiales los cuestionarios ya impresos.



INCIDENCIA DE LAS PRINCIPALES DERMATOSIS EN EL EMBARAZO  
ESTUDIO REALIZADO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE  
DERMATOLOGIA DEL H.G.Z Y DE LA U.M.F No. I PUEBLA IUE.

(CUESTIONARIO)

1.- DATOS GENERALES DE LA PACIENTE.

- 1.1.- NOMBRE .....  
1.2.- No de AFILIACION .....  
1.3.- EDAD ..... OCUPACION .....  
1.4.- EDO. CIVIL .....

2.- ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

- 2.1.- A. HEREDO FAMILIARES ; .....  
2.2.- A. PERSONALES PATOLOGICOS .....  
2.3.- A. ALERGICOS .....  
2.4.- A. DE DERMATOSIS EN ANTERIORES EMBARAZOS .....  
2.5.- A. GINECOBISTETRICOS: MENARCA ..... V.S.A .....  
FUR ..... GESTAS ... PARAS .... ABORTOS .....  
PERIODO ACTUAL DEL EMBARAZO ... 1o... 2o... 3o...  
METODO ANTICONCEPTIVO: HORMONAL ... MECANICO .....  
OTROS .....

3.- LESIONES DERMATOLOGICAS.

- 3.1.- TIPO DE LESION .....  
3.2.- MORFOLOGIA .....  
3.3.- DISTRIBUCION .....  
3.4.- TIEMPO DE EVOLUCION .....  
3.5.- SIGROS Y SINTOMAS .....



4.- DIAGNOSTICO.

4.1.- DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL .....

4.2.- DIAGNOSTICO DEFINITIVO .....

5.- TRATAMIENTO.

5.1.- TX. ESTABLECIDO .....

5.2.- EVOLUCION: BUENA ..... MALA .....

6.- PRONOSTICO.

6.1.- PX QUE SE ESPERA DE LA DERMATOSIS .....

BUENO .....

MALO .....

INDETERMINADO .....

## R E S U L T A D O S

### INCIDENCIA DE DERMATOSIS EN EL EMBARAZO

TIPO DE DERMATOSIS	No. DE CASOS	%
1o.- MELASMA	70	46.6
2o.- DERMATOFITOSIS	16	10.6
3o.- DERMATOSIS BACTERIANAS	12	7.9
4o.- DERMATOSIS REACCIONALES	11	7.2
5o.- DERMATOSIS VIRALES	9	5.9
6o.- ACNE	7	4.6
7o.- PARASITOSIS CUTANEAS	3	1.9
8o.- PSORIASIS	2	1.3
9o.- LUPUS ERITEMATOSO	1	.6
10o.- LUES	1	.6
11o.- ENFERMEDAD DEL SUERO	1	.6
12o.- ALOPECIA AREATA	1	.6
13o.- RASH TOXEMICO DEL EMBARAZO	1	.6
14o.- ENFERMEDAD DE SHAMBERT	1	.6
TOTAL DE CASOS 150		100%

Fuente: Pacientes seleccionadas en la C.E del HGZ y UMF#1 PUEBLA.

PERIODO DEL EMBARAZO EN QUE SE PRESENTARON LAS DERMATOSIS

PERIODO DEL EMBARAZO	No. DE CASOS	%
PRIMER TRIMESTRE	29	19.3
SEGUNDO TRIMESTRE	37	24.6
TERCER TRIMESTRE	68	45.3
FUERPERIO	16	10.6
TOTAL DE CASOS	150	100%

DERMATOSIS QUE SE EXAGERARON CON EL EMBARAZO

TIPO DE DERMATOSIS	No. DE CASOS	%
PRURIASIS	1	.6
LUPUS ERITEMATOSO	1	.6
TOTAL DE CASOS	2	1.3

DERMATOSIS QUE REMITIERON CON EL EMBARAZO

TIPO DE DERMATOSIS	No. DE CASOS	%
NEURODERMATITIS	1	.6
TOTAL DE CASOS	1	.6

Fuente: Pacientes seleccionados en la C.E del HGZ y UMF#1 PUEBIA.

DERMATOFITOSIS

TIPO	No. CASOS	%
TIÑA PEDIS	7	4.6
TIÑA CRURAL	4	2.6
CANDIDIASIS	2	1.3
TIÑA VERSICOLOR	3	1.9
TOTAL CASOS	16	10.6

DERMATOSIS BACTERIANA

TIPO	No. CASOS	%
GRANULOMA PIÓGENO	2	1.3
CELULITIS	1	.6
FOLICULITIS	4	2.6
HIDROSANDEINITIS	3	1.9
ERISIPELA	1	.6
ECTIMA	1	.6
TOTAL CASOS	12	7.9

PARASITOSIS CUTANEAS

TIPO	No. CASOS	%
TROMBIDIASIS	1	.6
ESCABIASIS	2	1.3
TOTAL CASOS	3	1.9

Fuente; Pacientes seleccionados en la C.E del HGZ y UKF#1 PUEBIA

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DERMATOSIS REACCIONALES

TIPO	No. CASOS	%
DERMATITIS DE CONTACTO	3	1.9
URTICARIA	2	1.3
DERMOGRAFISMO	2	1.3
DERMATITIS TOX. MEDICA	3	1.9
NEURODERMATITIS	1	.6
TOTAL DE CASOS II		7.2

DERMATOSIS VIRALES

TIPO	No. CASOS	%
CONDILOMA ACUMINADO	3	1.9
MOLUSCO CONTAGIOSOS	1	.6
HERPES SIMPLE	2	1.3
VERRUGAS	3	1.9
TOTAL DE CASOS	9	5.9

Fuente: Pacientes seleccionados en la C.E del HGZ y UMF#1 FUEDLA.

## DISCUSION

---

Los padecimientos dermatológicos que se presentan durante la gestación y el puerperio estan directamente relacionados con los cambios fisiológicos, hormonales, inmunológicos que se -- llevan a cabo en el embarazo.

Asi observamos en nuestro estudio que el melasma tuvo una incidencia de 70 casos que representan un porcentaje de 46% y -- dicha dermatosis está directamente ligada con los cambios hormonales que suceden en el embarazo, más específicamente con -- niveles altos de progesterona.

Tenemos además que las dermatosis de origen bacteriano y por hongos que en nuestro estudio su incidencia fué de 12 y 16 casos respectivamente, que expresados en porcentaje fué de 7.9% y 10.6% y los cuales en su génesis en la gestación estan estrechamente relacionados con el abatimiento de los mecanismos de defensa y más concretamente con la depresión de la inmunidad celular. O bien el comportamiento del acné durante la gestación el cual es imprevisible ya que podría esperarse que -- estuviera disminuida por el efecto estrogénico, pero también se encuentra elevada la secreción de la progesterona la cual tiene efecto contrario y por lo tanto difícil prever su comportamiento en el embarazo. Por lo tanto los resultados que -- obtuvimos en este estudio eran los esperados y no difieren con la incidencia reportada por la literatura médica.

## CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio se concluye que los objetivos que se perseguían con la investigación se consiguieron puesto que se determinó la incidencia de las dermatosis más comunes que afectan a las pacientes embarazadas y que acuden a la consulta externa de las unidades ya mencionadas.

De esta manera tenemos que el melasma y las dermatofitosis son los padecimientos dermatológicos más frecuentes que se presentaron durante este estudio y las cuales como ya mencionamos -- están relacionadas con los cambios hormonales e inmunológicos -- ya demostrados por las revisiones bibliográficas.

Por otra parte se observó que las dermatosis se presentaron -- y/o exacerbaron en mayor número durante el 3o trimestre del -- embarazo, sin embargo con el presente estudio no podemos determinar la causa de ésta situación.

Consideramos debe realizarse investigaciones más precisas para complementar esta investigación.

El presente trabajo no incluyó las complicaciones al binomio -- madre e hijos puesto que en los 28 casos detectados en las pacientes que cursaban con puerperio no se detectó ninguna alteración tanto en la madre como en el producto.



## RESUMEN

---

Se realizó un estudio prospectivo, durante 10 meses con el fin de determinar la incidencia de dermatosis asociadas al estado-gestacional.

Se seleccionaron a través de la consulta externa del servicio de Dermatología y de la consulta prenatal de la U.M.F # I a 150 pacientes embarazadas que presentaron alguna alteración dermatológica, observándose que el melasma junto con las dermatofitosis y las piodermatosis fueron las alteraciones más frecuentes en los servicios ya mencionados.

La mayoría de las dermatopatías ya descritas se presentaron en el 3o trimestre del embarazo, notando que solo dos entidades -- como lo son la psoriasis y el lupus eritematoso se exacerbaron con el embarazo y solo una dermatosis "Neurodermatitis" remitió con éste.

No contamos con estudios que nos puedan explicar el porque se presentaron estas alteraciones en el trimestre ya mencionado -- por lo que sugerimos deben realizarse éstos.

Ceemos que los objetivos iniciales se cumplieron y se detectaron las principales dermatosis que se asocian al embarazo.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Arfwedson, H.: General pruritus in pregnancy symptom of liver dysfunction, *Obstet Gynecol* 7:272, 1954.
- Castello, M.J.: Eruptions of pregnancy, *N.Y.S Med*, 41:849 1941.
- Schaumburg, Lever, G. Heffeld.: Herpes Gestationis., *Arch. Dermatology* 107:888, 1973.
- Barn, C.: Melanoma and pregnancy. *Am.J. Obstet Gynecol*, 81:1042, 1961.
- Skelton, J.B.: Postpartum alopecia. *Am.J. Obstet Gynecol*, 94:125, 1966.
- Meschella, Pillsbury, Kurley.: *Dermatology and Pregnancy cutaneous manifestations*, 1296 and 1297, 1956.
- J.L. Cortes.: *Dermatología Clínica, Manifestaciones cutáneas en el embarazo*, pag 247 a 249.
- A.Saul.: *Lecciones de Dermatología, décima edición* 1985.
- Mc Kenzie, A.W.: *Skin disorders in pregnancy. Practitioner* 206:773, 1971.
- B.L. Chapa Gonzalez.: *Dermatosis asociadas al embarazo capitulo I*, pag 29 a 53, 1970.
- Ralph C. Benson.: *Complicaciones cutáneas del embarazo. Ginecología y Obstetricia capitulo 13* pag 299 a 300, 1985.