

11212
34



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S. A.



No Bo
Mulford



**DERMATOSIS EN LA MUJER EMBARAZADA
ESTUDIO REALIZADO EN LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S. A.**

T E S I S
DE POSGRADO QUE PRESENTA LA
DRA. MARIA EMILIA DEL PINO FLORES
PARA OBTENER TITULO EN
D E R M A T O L O G I A

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

~~2002~~
2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

A MIS PADRES

Emilia Flores Zamora
Ricardo del Pino Esquivel

A MI ESPOSO

Alberto Orozco Gutiérrez

A MI HIJO

Alberto Orozco del Pino

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS MAESTROS

DR. AMADO SAUL CANO

DR. RAFAEL ANDRADE MALABEHAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION	1
I CAMBIOS CUTANEOS DE ORIGEN ENDOCRINO	2
II TUMORES CUTANEOS INFLUENCIADOS POR EL EMBARAZO	10
III ENFERMEDADES INFLUENCIADAS POR EL EMBARAZO	11
IV ENFERMEDADES ESPECIFICAMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	15
MATERIAL Y METODOS	33
RESULTADOS	36
COMENTARIOS	47
CONCLUSIONES	49
RESUMEN	50
BIBLIOGRAFIA	52

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

PIEL Y EMBARAZO

El embarazo es un período que se inicia en el momento que un óvulo es fecundado por un espermatozoide, que va seguido de importantes cambios, tanto endócrinos como inmunológicos, que afecta la función y con frecuencia la estructura de la mayoría de los órganos del cuerpo, en donde la presencia de un homoinjerto, la placenta, es tolerada en forma única y peculiar durante un tiempo límite (3, 27).

Muchos cambios cutaneos son casi constantes y sólo cuando están exagerados se consideran patológicos, otros, relacionados específicamente con el embarazo, se presentan raramente y se consideran patológicos (12).

Desde el punto de vista inmunológico se han realizado estudios con cultivos de linfocitos, encontrando un efecto inmunosupresor de la progesterona, que afirma la hipótesis de que existe una regulación específica por parte de esta hormona en la proliferación de linfocitos a nivel de la interfase materno-fetal durante el embarazo, encontrando altas concentraciones locales de progesterona producida por el trofoblasto, produciendo un efecto inmunosupresor, mientras que los niveles séricos periféricos maternos, son inadecuados para deprimir la inmunidad sistémica (8).

Los cambios endócrinos son los responsables de muchas de estas manifestaciones (hirsutismo, pigmentación y fenómenos vasculares), pero otros como el herpes gestacional, son

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el resultado de una falla en la tolerancia inmune que normalmente permite la presencia de un homoinjerto, la placenta, durante nueve meses (12, 27, 33).

PANORAMA ENDOCRINO DEL EMBARAZO

La síntesis de gonadotropinas coriónicas empieza -- tan pronto como se fecunda el óvulo y estimula la producción de progesterona y estrógeno, primero por el cuerpo lúteo y a partir del tercer mes éste es suplido por la placenta, utilizandoprecusores tanto maternos como fetales (26).

El tiroides aumenta su función simulando un estado hipertiroideo, con aumento de utilización de iodo.

La producción de hormonas por la pituitaria aumenta durante el embarazo. La liberación de gonadotropinas y ACTH se aumenta, y los niveles de MSH se elevan rápidamente. Hay áumento de globulinas transportadoras, manteniéndose niveles séri--cos normales. El T4 y cortisol sólo se encuentran elevados en algunas mujeres hacia el final del embarazo (12, 26, 32).

I CAMBIOS CUTANEOS DE ORIGEN ENDOCRINO

PIGMENTACION

El aumento en la pigmentación es casi constante, -- siendo más intenso en las pieles morenas. Es una melanosis con patrón MSH, es decir, las áreas pigmentadas se obscurecen más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el resultado de una falla en la tolerancia inmune que normalmente permite la presencia de un homoinjerto, la placenta, durante nueve meses (12, 27, 33).

PANORAMA ENDOCRINO DEL EMBARAZO

La síntesis de gonadotropinas coriónicas empieza -- tan pronto como se fecunda el óvulo y estimula la producción de progesterona y estrógeno, primero por el cuerpo lúteo y a -- partir del tercer mes éste es suplido por la placenta, utili-- zandoprecursores tanto maternos como fetales (26).

El tiroides aumenta su función simulando un estado hipertiroideo, con aumento de utilización de iodo.

La producción de hormonas por la pituitaria aumenta durante el embarazo. La liberación de gonadotropinas y ACTH se aumenta, y los niveles de MSH se elevan rápidamente. Hay áumento de globulinas transportadoras, manteniéndose niveles séri-- cos normales. El T4 y cortisol sólo se encuentran elevados en algunas mujeres hacia el final del embarazo (12, 26, 32).

I CAMBIOS CUTANEOS DE ORIGEN ENDOCRINO

PIGMENTACION

El aumento en la pigmentación es casi constante, -- siendo más intenso en las pieles morenas. Es una melanosis con patrón MSH, es decir, las áreas pigmentadas se obscurecen más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como son las areolas de los pechos, axilas, región perineal, -
genitales, pliegues inguinales, los factores que la favorecen
son probablemente una mayor densidad de melanocitos en estas -
áreas y una mayor sensibilidad a la estimulación hormonal. Es-
to se aclara después del parto pero nunca a su intensidad ini-
cial. También pueden obscurecerse durante la gestación las efé-
lides, nevos melanocíticos, así como cicatrices presentes po-
cos meses antes de un embarazo. La hiperpigmentación se inicia
casi con el embarazo, aumentado progresivamente hasta el parto
y disminuye en el puerperio, pero generalmente la piel no recu-
pera el color original en los sitios de mayor densidad de mela-
nocitos (23, 27).

MELASMA

El melasma se desarrolla a partir de la segunda mi-
tad del embarazo, su intensidad no es proporcional al resto de
la pigmentación. Son placas regulares de pigmentación que abar-
can frente, mejillas, en la zona central de la cara, con ten-
dencia a la simetría. Se presentan en el 50 a 75 por ciento de
las embarazadas. Puede desaparecer después del parto, pero en
ocasiones permanece. Los niveles de estrógeno, hormona estimu-
lante del melanocito (MSH), no se han encontrado elevados en -
forma constante durante la gestación, a pesar de esto, estas -
hormonas se han implicado en la patogenia del melasma durante
este período. La Luz solar tiene algún efecto sobre la patoge-
nia, ya que la hiperpigmentación se presenta en la cara, que -
es el área con mayor exposición a la luz solar, sin embargo no
todas las pacientes desarrollan melasma por lo que se postula
también una predisposición genética. Se recomienda a las pa-
cientes evitar el uso de cosméticos perfumados, así como usar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

protectores solares de amplio espectro. El melasma desaparece normalmente durante el primer año después del parto, pero un estudio (34) mostró una persistencia en el 30% de los casos -- después de 10 años (27, 29, 33).

CAMBIOS EN EL PELO

Se ha encontrado aumento en el número de folículos en periodo anágeno durante la gestación, presentándose un período telógeno compensatorio durante el postparto, con caída importante del cabello a partir del tercer mes del postparto. Puede haber también durante el último trimestre de la gestación, adelgazamiento del cabello por inhibición del período -- anágeno de algunos folículos. Ocasionalmente algunas mujeres presentan alopecia frontoparietal tipo masculino a partir del último trimestre, que se recupera totalmente después del parto y la causa es desconocida. El crecimiento del pelo se presenta entre el 6° y 15° mes del postparto. La causa del efluvio telógeno postparto es multifactorial incluyendo el trauma del parto (fiebre, estres quirúrgico, pérdida de sangre, etc.), y los cambios en el equilibrio endócrino. En el manejo debe darse apoyo y educación a la paciente para eliminar la angustia. La recuperación completa o casi completa es la regla (12, 27, 33, 34).

El hirsutismo y otros signos de virilización pueden estar asociados a tumores secretores de andrógenos en el ovario, que requieren de intervención quirúrgica, ya que pueden provocar masculinización de un feto femenino. Si no hay evidencia de tumor, los síntomas regresan después del parto y tienden a recurrir en embarazos subsecuentes. La hipertrichosis, -- otro patrón poco frecuente, se puede presentar sólo en mujeres

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

genéticamente predispuestas (34).

ESTRIAS ATROFICAS

Son una manifestación común de la pubertad, se presentan en el 70% de niñas entre 10 y 16 años y hasta en el 40% de los niños entre los 14 y 20 años (27).

Se presentan también en el embarazo y en el S. de Cushing; pueden ser inducidas por ACTH y corticoesteroides. En el embarazo se relacionan a una excesiva actividad adrenocortical y se les denomina también estrías por distensión. El efecto del esteroide es reducir la formación de fibras de colágena, probablemente por una incompleta inhibición de los fibroblastos. Histológicamente la epidermis está adelgazada y aplana, el colágeno dérmico es homogéneo y se tiñe débilmente, las fibras elásticas están aisladas. En los estadios iniciales puede haber cambios inflamatorios; su aspecto clínico inicial puede semejar una roncha lineal, que después se aplana y suaviza, de un color rojo a azuloso, su superficie está finamente plegada irregular, miden desde muchos centímetros hasta 1 a 10 mm. En el embarazo aparecen inicialmente en abdomen y después en pechos, hasta nalgas y muslos (27, 34).

Su causa es objeto de discusión, posiblemente sea producto de la distensión y las hormonas adrenocorticales. Se ha propuesto que el embarazo favorece un aumento en relaxina, estrógenos y corticoesteroides; estas hormonas disminuyen la adhesividad entre las fibras de colágena y promueven la formación de mucopolisacáridos de la sustancia fundamental provocando la separación de éstas con la consecuente formación de las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estrias en los sitios de distención, otros autores opinan que la ruptura de las fibras elásticas también es importante. Parece haber una relación entre la presencia de estrias y productos grandes, así como madres obesas (3, 27).

Con respecto al manejo existe discrepancia sobre la efectividad de los masajes con aceites, para prevenir la formación de estrias, sin embargo debe instruirse a la paciente que las estrias con el tiempo son menos evidentes pero que nunca desaparecen por completo (34).

CAMBIOS VASCULARES.

Durante el embarazo los cambios vasculares se deben a los niveles altos de estrógenos. Estos cambios son telangiectasias, reportadas en el 79% de mujeres blancas y en el 10% de piel oscura, probablemente por eso es poco evidente; eritema palmar, sobre todo en eminencias ténar e hipoténar (12, 33, 34)

Los hemangiomas se presentan en el 5% de las mujeres, alrededor del tercer mes, semejan hemangiomas cavernosos. Crecen hasta el parto y después involucionan; alrededor de la tercera parte se encuentran en mucosa oral (33).

El edema se presenta en el 50%, generalmente es matutino, principalmente en párpados, cara, pies, y manos. No hay godete y disminuye durante el día (34).

PRURITO

El prurito puede ser localizado o generalizado y es común durante la gestación, se dice que afecta al 20% de las -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mujeres embarazadas. El prurito afecta principalmente la piel del abdomen, se inicia en el tercer mes, con un pico mayor en los últimos meses, puede llegar a ser muy molesto y generalizado. Puede haber muchas causas del prurito como las clásicas -- dermatosis del embarazo, erupciones por drogas, escabiasis, pediculosis, dermatitis atópica, dermatitis por contacto, que deben tenerse en cuenta y darles el manejo apropiado (11, 33).

El tratamiento del prurito idiopático es sintomático, con lociones tópicas lubricantes, clima húmedo, evitar fatiga y ansiedad, se pueden utilizar antihistamínicos, los corticoesteroides tópicos no sirven. El prurito desaparece en el postparto y puede tener remisiones durante el embarazo (33).

ACTIVIDAD GLANDULAR

GLANDULAS ECRINAS

Se aumenta la actividad ecrina durante el embarazo, con mayor frecuencia de miliaria en climas cálidos hacia el final de la gestación, así como de dermatitis dishidrótica, la causa de esta alteración se supone puede ser por aumento de actividad tiroidea. Paradójicamente el sudor palmar disminuye, probablemente secundario a supresión por el aumento de actividad adrenocortical (12, 33, 34).

GLANDULAS APOCRINAS

La actividad apocrina disminuye durante el embarazo, mejorando la enfermedad de Fox Fordyce y la hidradenitis -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

supurativa, pero puede haber rebote postparto. Se supone que la influencia hormonal es la razón de este cambio, pero continua la discusión sobre cual de las hormonas, estrógenos, progesterona y cortisol tienen más importancia (34).

GLANDULAS SEBACEAS

Durante la gestación las glándulas sebáceas de la areola se agrandan a partir de la 6a. semana, apareciendo como "nodos" café que se denominan tubérculos de Montgomery, se les considera como signos confiables de embarazo. La actividad sebácea aumenta generalmente durante el último trimestre, su efecto sobre el acné es variable, en algunas pacientes la actividad estrogénica aumenta mejora el acné y en otras se desarrolla por primera vez (3, 12, 34).

MAMA

Los cambios de la mama durante el embarazo incluyen crecimiento, mayor sensibilidad, pezones erectos, hiperpigmentación de areola y pezón, formación de areola secundaria, red venosa prominente, estrías, tubérculos de Montgomery. Todo debido al aumento de actividad hormonal que caracteriza el embarazo con retención de líquidos y sodio, estimulación de melanocitos y aumento de actividad sebácea (3, 37).

CAMBIOS EN UÑAS

Estos cambios se presentan en forma temprana alrededor de la sexta semana, consisten en estrías transversales, pérdida del brillo, ablandamiento onicolitis distal. Su patoge

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nia se desconoce, se recomienda evitar el uso de barnices cosméticos (33, 34).

MEMBRANAS MUCOSAS

Durante el embarazo las encías están hiperémicas y en ocasiones hipertróficas, desarrollandose una gingivitis en la mayoría de las pacientes, con diferentes grados de severidad, tomando la encía un color desde rosado hasta rojo violáceo dependiendo del aumento de vascularidad, puede ir acompañado de edema, sangrado fácil y dolor moderado. Se inicia durante el primer trimestre, aumentando hacia el final del embarazo mejorando en el último mes. En el 2% de las pacientes -- pueden presentar granulomas telangiectásicos en la mucosa -- oral. La completa regresión se presenta pocos días después -- del parto (3, 33, 34).

La patogenia incluye factores irritativos, mala higiene, deficiencias nutricionales. Los altos niveles de progesterona circulante estimulan la proliferación vascular en sitios de microtraumas.

Se recomienda una higiene dental adecuada, colutorios con soluciones astringentes. manejo quirúrgico por el -- odontólogo si éste lo considera necesario. Se debe instruir a la paciente que la mayoría de las lesiones desaparecen cerca del término o durante el postparto (34).

II TUMORES CUTANEOS INFLUENCIADOS POR EL EMBARAZO

En vista de los efectos de las hormonas de la gestación en las estructuras vasculares, la asociación del embarazo con el desarrollo espontáneo de hemangiomas, hemangioendotelomas y tumores glómicos, no es de sorprender su efecto sobre el desarrollo de dermatofibromas, leiomiomas y queloides que pueden crecer en forma importante.

Los nevos pigmentados crecen y aumentan su pigmentación, además de hacerse aparentes nuevas neoformaciones. Histológicamente pueden presentar melanocitos mayores, aumentan la melanización y completan el desarrollo de procesos dentriticos (33).

Los fibromas blandos denominados también "Molusco del embarazo" se desarrolla a partir de la segunda mitad de la gestación, su tamaño es diverso, desde milímetros, del color de la piel o pigmentados, se ven en cara, caras laterales de cuello, porción superior de torax y en los pliegues submamarios. Desaparecen completa o parcialmente después del parto (33, 34).

El efecto del embarazo sobre el melanoma maligno ha sido discutido por largo tiempo. Estudios retrospectivos en mujeres con melanoma malignos en estadio I, mostraron que éstos no sufrieron cambios, sin embargo en las que presentaban estadio II, la sobrevida fue menor, tanto en embarazadas, como en las tratadas previamente al embarazo. No obstante no se recomienda el aborto terapéutico, ya que no modifica el pronóstico,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

pero se aconseja evitar los embarazos y no utilizar anticonceptivos orales en mujeres con melanoma maligno a partir del estadio II (33).

III ENFERMEDADES INFLUENCIADAS POR EL EMBARAZO

A) Enfermedades no infecciosas

La gestación puede influir tanto mejorando como -- agravando enfermedades preexistentes en la piel, o bien pueden iniciarse distintos padecimientos durante un embarazo sin estar directamente relacionados con él.

Dentro de las enfermedades que mejoran durante la gestación debido a la disminución de la actividad de las glándulas apócrinas se encuentra la hidrosadenitis supurativa, y la enfermedad de Fox Fordyce, por otras razones desconocidas se ha observado que mejoran la sarcoidosis, la artritis reumatoide y la dermatitis atópica. La psoriasis mejora en el 50% de los casos (12, 33).

Las entidades que se ven agravadas durante el embarazo y que son de particular importancia para el dermatólogo -- está el pénfigo, tanto el vulgar como el seborréico y el lupus eritematoso sistémico.

La evolución del pénfigo vulgar y del seborréico es independiente del embarazo y la presencia de esta entidad es -- coincidental; sin embargo su control durante la gestación puede ofrecer dificultades, siendo necesario utilizar inmunosupre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pero se aconseja evitar los embarazos y no utilizar anticonceptivos orales en mujeres con melanoma maligno a partir del estadio II (33).

III ENFERMEDADES INFLUENCIADAS POR EL EMBARAZO

A) Enfermedades no infecciosas

La gestación puede influir tanto mejorando como -- agravando enfermedades preexistentes en la piel, o bien pueden iniciarse distintos padecimientos durante un embarazo sin estar directamente relacionados con él.

Dentro de las enfermedades que mejoran durante la gestación debido a la disminución de la actividad de las glándulas apócrinas se encuentra la hidrosadenitis supurativa, y la enfermedad de Fox Fordyce, por otras razones desconocidas se ha observado que mejoran la sarcoidosis, la artritis reumatoide y la dermatitis atópica. La psoriasis mejora en el 50% de los casos (12, 33).

Las entidades que se ven agravadas durante el embarazo y que son de particular importancia para el dermatólogo -- está el pénfigo, tanto el vulgar como el seborréico y el lupus eritematoso sistémico.

La evolución del pénfigo vulgar y del seborréico es independiente del embarazo y la presencia de esta entidad es -- coincidental; sin embargo su control durante la gestación puede ofrecer dificultades, siendo necesario utilizar inmunosupre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sores durante este período. En ocasiones el producto puede presentar lesiones por el paso de anticuerpos por la placenta. El pénfigo seborréico puede semejar herpes gestacional pero la inmunofluorescencia es de importancia diagnóstica (9, 33).

Los efectos que puede provocar el embarazo en una paciente con lupus eritematosos sistémico son controvertidos. Existen muchos reportes pesimistas por las graves complicaciones maternas y fetales, principalmente en las pacientes con daño renal, sin embargo el efecto del lupus eritematoso sistémico sobre el producto es más importante, aumentando el riesgo de abortos, óbitos, prematurez, en el recién nacido se han reportado síndrome semejante a lupus congénito, sobretodo en productos de madres con afección del riñón (6, 9, 33).

El eritema nudoso empeora durante la gestación, --- cuando éste es secundario a estrógenos, en pacientes que han tomado anticonceptivos orales y tienen este antecedente.

Las pacientes con esclerodermia y que no tienen daño renal no se ven afectados durante el embarazo, sin embargo cuando existe nefropatía secundaria a la esclerodermia el riesgo de presentar preeclampsia y eclampsia es muy alto, el problema principal es detectar la afección al riñón, lo que es difícil de diagnosticar (2, 33).

Hay poca información sobre las pacientes con dermatomiositis y embarazo, en la mayoría coinciden que el embarazo no afecta la evolución de esta entidad, sin embargo durante la gestación puede ser difícil controlar la enfermedad y ésta -- afectar en forma importante al producto, con una mortalidad reportada para éste del 46% (27, 33).

B) Enfermedades Infecciosas

Algunos padecimientos infecciosos pueden agravarse o ser más frecuentes durante el embarazo, como la candidosis que es 10 a 20 veces más frecuente, con riesgo de infección del neonato; la tricomoniasis, que se encuentra hasta en el 60% de las pacientes embarazadas y constituye un problema de manejo durante la gestación por el metronidazol, el antiparasitario de elección esta contraindicado durante este período por ser teratogénico, sin embargo la infección no deja secuela en el producto (12, 33).

Lepra. El embarazo puede precipitar la manifestación temprana de este padecimiento, es muy probable que el plasma de la paciente embarazada contenga factores supresores de la inmunidad. Además de precipitar la manifestación de la infección por Mycobacteria leprae la gestación produce en las pacientes "curadas" recaídas, aumento de la actividad de la enfermedad, en los casos lepromatosos el embarazo, puerperio y lactancia favorecen los estados de reacción leprosa debido probablemente a una inestabilidad inmunológica (10, 29).

El micetoma es una micosis profunda que en la mujer embarazada se ha observado que se exacerba, probablemente por los cambios, tanto hormonales como inmunológicos que se presentan durante este periodo (29).

Las infecciones genitales durante el embarazo ofrecen mayor riesgo de afectar al producto que a la madre, en general pueden ser manejadas por el dermatólogo, pero considero que corresponde al obstetra su diagnóstico y manejo. Entre --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las infecciones genitales de importancia perinatal encontramos las siguientes entidades (13, 24).

La infección por Clamidia trachomatis, parásito intracelular que se transmite por contacto sexual, es el responsable del linfogranuloma venereo, tracoma y muchos casos de -- uretritis inespecíficas. La mujer puede presentar infección -- asintomática y provocar en el producto conjuntivitis y en algunos casos neumonías, al infectarse durante el paso por el canal vaginal. La Clamidia se aísla de las células epiteliales -- tomadas de la secreción conjuntival y se debe realizar diagnóstico diferencial con la conjuntivitis gonococcica que es más -- agresiva y se presenta en la primera semana de vida. Se trata con solución oftálmica de tetraciclina (13, 33).

Gonorrea. Se presenta en el 2-3% de los embarazos, se puede detectar por medio de cultivos de exudado cervical durante el primer y tercer trimestre de la gestación, esta infección aumenta el riesgo de prematuridad (13, 33).

Sífilis. Las madres con sífilis no tratada pueden -- infectar a sus productos in útero durante años, pero la infección al feto es menos severa mientras más antigua es la enfermedad. El riesgo es mayor cuando la sífilis se adquiere durante un embarazo. Las espiroquetas cruzan la placenta e infectan al feto en cualquier etapa de la gestación. La infección se manifiesta por abortos, muerte neonatal, sífilis neonatal durante el primer mes de vida, presencia de estigmas sífilíticos en la sífilis congénita que son evidentes tiempo después. Esto se evita al realizar en forma rutinaria pruebas serológicas para sífilis y la observación del treponema en campo oscuro si --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

si existen lesiones cutáneas. El tratamiento de la paciente es más difícil si está embarazada pues no se conocen los niveles que alcanza la penicilina benzatínica en el feto. Se recomienda una dosis total de 7.2 millones de unidades de penicilina benzatínica en tres aplicaciones semanales, los contactos embarazadas de enfermos sifilíticos deben recibir una dosis de 2.4 - millones de unidades de penicilina benzatínica en forma proli- fáctica. La eritromicina es la droga de elección en las pacien- tes alérgicas a la penicilina, a una dosis de 2 gramos diarios durante 20 días (13, 29, 33).

Condilomas Acuminados. Estas neoformaciones pueden - crecer exageradamente durante el embarazo, pudiendo bloquear - el canal del parto. No se recomienda su tratamiento durante la gestación con podofilina, ya se han reportado dos casos de se- vera toxicidad materna y muerte fetal. Existe evidencia de pa- pilomas laríngeos en el neonato de madre con condilomas acumi- nados, se recomienda efectuar una operación cesárea en estas - circunstancias (13, 33).

Herpes Simple. La infección por herpes simple en el recién nacido es grave, aproximadamente la mitad de los neona- tos de madres con herpes simple se infectan al nacer por vía - vaginal, Esta infección se puede detectar por citodiagnóstico de Tzanck en pacientes con historia de herpes simple genital - recidivante en las últimas semanas de gestación y se aconseja realizar la operación cesárea en estas circunstancias para evi- tar el contagio del producto al atravesar el canal vaginal - (13, 33).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV ENFERMEDADES ESPECIFICAMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO.

Se consideran a las entidades que se desarrollan durante el embarazo y están íntimamente ligadas con su evolución.

Para cuatro entidades se tienen bien establecidas características clínicas, histopatológicas y de laboratorio, son: Herpes Gestacional, Impétigo Herpetiforme, Prurito Grávidico y Dermatitis autoinmune a Progesterona (28, 33).

De las otras cinco entidades: Pápulas y placas urticarianas y pruriginosas del embarazo, dermatitis papular del embarazo, prurigo gestacional de Besnier, foliculitis pruriginosa y Rash toxémico del embarazo, sólo una está bien caracterizada; las pápulas y placas urticarianas y pruriginosas del embarazo, con adecuados datos de laboratorio (33) Sasseville sugiere que el grupo de entidades poco definidas, pudieran englobarse bajo el nombre de Prurigo Gestacional, incluyendo esta última entidad (28) Sin embargo Fitzpatrick considera como erupciones específicas del embarazo solo al Herpes Gestacional, Impétigo Herpetiforme, el Prurito Grávidico y por último a las Pápulas y placas urticarianas y pruriginosas del embarazo, entidades entre las que se debe hacer diagnóstico diferencial (12).

Consideramos que las entidades que cursan con erupciones papulares urticarianas y prurito comparte muchas características clínicas, por lo que es difícil realizar un diag--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nóstico diferencial adecuado, aceptando el criterio de Holmes, que considera que las pápulas y placas urticarianas y pruriginosas del embarazo, el prurigo gestacional, la dermatitis papular del embarazo y el prurigo anular, debe englobarse en un sólo término como Erupción Polimorfa del embarazo (17 26).

En recientes publicaciones (25, 26 ,), se ha propuesto una nueva clasificación basándose en el riesgo fetal - que pueda significar para el producto; englobando dentro del término de Erupción Polimorfa del embarazo a las entidades ca racterizadas por lesiones papulares, eritematosas y pruriginosas que no tienen riesgo materno fetal, como sigue:

DERMATOSIS CON ALTO RIESGO MATERNO/FETAL

- 1 Dermatitis autoinmune por progesterona.
- 2 Dermatitis papulosa del embarazo.
- 3 Herpes Gestationis.

DERMATOSIS SIN RIESGO MATERNO/FETAL

- 1 Erupción Polimorfa del embarazo
 - a) Pápulas y placas urticarianas del embarazo
 - b) Prurigo gestacional
 - c) Rash toxémico del embarazo
 - d) Foliculitis del embarazo
- 2 Prurito Gravídico

En esta clasificación no se incluye al Impétigo -- Herpetiforme por no ser exclusivo de pacientes embarazadas, e



incluyen una nueva entidad que es la Foliculitis pruriginosa del embarazo, descrita por Zoberman y Farmer (35)

ENFERMEDADES DE LA PIEL EN EL EMBARAZO. INCIDENCIA *

Prurito Grávidico

En Indias Chilenas	14.0%
En Escandinavia	3.0%
Todo el Mundo	0.02% - 2.4%

Herpes Gestacional 0.025%

Impétigo Herpetiforme

Norte América	Extremadamente raro
Europa	± 300 casos reportados

Dermatitis Autoinmune a progesterona 1 caso reportado

Prúrigo Gestacional 0.50% - 2.0%

Rash toxémico del embarazo 0.83%

Pápulas y placas urticarianas pruriginosas 7 casos reportados

Dermatitis papular del embarazo 0.025%

Prúrigo anular 2 casos reportados

* Sasseville et al. Dermatoses of Pregnancy, Int. J. Dermatol 20:224, 1981 (26)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en 6 pacientes y comparte características clínicas con las entidades comprendidas dentro del término de Erupción Polimorfa del embarazo.

HERPES GESTACIONAL

Descrita en 1841 por Bunel y reportada por Milton, Duhring posteriormente, se consideraba una variable del pénfigo, del penfigoide buloso o de la dermatitis herpetiforme. - Los estudios de Pierard y Schaumburg-Lever con microscopía electrónica y de Provost, Jablńska, Bushkell y Kocsis la han definido ultraestructuralmente y aclarado en alguna forma su modo de producción.

En una enfermedad pruriginosa caracterizada por una erupción vesículo-ampollosa, del embarazo y del puerperio. Se puede presentar en cualquier etapa del embarazo. Su distribución es mundial, con una frecuencia de 1:4,000 embarazos, en mujeres entre los 16 y 39 años.

Clínicamente se caracteriza por eritema, urticaria y edema seguido por la formación de pápulas, vesículas y ampollas en abdomen, periumbilical, nalgas, región dorso lumbar, antebrazos y ocasionalmente palmas y plantas. Las lesiones se diseminan en forma centrífuga. Las membranas mucosas raramente están afectadas (14, 19, 28, 33).

Histopatología. Las áreas de urticaria presentan epidermis con focos de espongirosis con escasos eosinófilos, dermis edematosa con focos de necrosis, formación de microvesículas en dermis papilar. Infiltrado perivascular que pue--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

den tenerse escasos eosinófilos, hasta ser predominante eosinófilo, con fragmentación nuclear. Las ampollas son subepidérmicas por necrosis de células basales (22).

La Inmunofluorescencia directa positiva con depósito en banda de IgG, C3 en la zona de la membrana basal, pudiendo encontrarse también IgA, IgM, C1q, C4, C5 y properdina (15,22).

La Inmunofluorescencia indirecta es negativa, sin embargo en la mayoría de los casos se han identificado un factor de Herpes Gestacional (HG) circulante, que se ha caracterizado como IgG capaz de fijar complemento y atravesar la placenta; siendo el responsable de lesiones semejantes en el recién nacido (15, 18, 22, 30).

Los estudios ultraestructurales con inmunofluorescencia directa demostraron un delgado depósito uniforme de productos de reacción en la lámina lúcida (15).

Además de lo característico observado en la IF, en sangre periférica se puede encontrar leucocitosis con más de 10% de eosinofilia.

En su patofisiología se considera dentro del grupo de enfermedades autoinmunes sobre las bases de los criterios ultraestructurales e inmunológicos y por su presentación durante el embarazo y puerperio, además de reportarse exacerbaciones durante la menstruación y con el uso de anticonceptivos orales (15).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las causas específicas posibles pueden ser infecciones, efectos tóxicos de tejidos fetales y placentarios, -- función renal y hepática inadecuada y sensibilización a productos fetales como factor Rh y otros (33).

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con enfermedades que coincidan con el embarazo como pénfigo vulgar, pendigoide, eritema multiforme, dermatitis herpetiforme, reacción medicamentosa (33).

El tratamiento en casos moderados será con antihistamínicos y esteroides tópicos, en casos severos con Prednisona (40 mg/día, en dosis divididas), no debe suspenderse hasta después del parto, en algunos casos se ha utilizado azatioprina y en otros se ha utilizado dapsona (27, 33).

El curso de la enfermedad es con exacerbaciones y remisiones, sanan en los tres meses siguientes al parto o un poco más. La enfermedad repite en los embarazos siguientes y puede haber brotes durante la menstruación y con el uso de anticonceptivos orales (16).

El pronóstico materno es bueno. Para el producto se ha reportado una mayor frecuencia de óbitos y prematurez, sin embargo se desconoce si mejora con el tratamiento a base de esteroides (18).

IMPETIGO HERPETIFORME

Es una erupción pustulosa generalizada. asociada al embarazo o con estados hipocalcémicos y puede ser una variante de la psoriasis pustulosa.

Descrita originalmente por Von Hebra en 1872, en una mujer embarazada, desde entonces se considera como característica de mujeres embarazada, sin embargo muchos reportes de la literatura han sido en varones con estados asociados a hipoparatiroidismo e hipocalcemia y en mujeres tanto si es durante un embarazo o no.

Clinicamente se presenta con más frecuencia en el último trimestre del embarazo, y la paciente no refiere historia previa ni familiar de psoriasis. Las lesiones cutáneas inician como placas eritematosas mal definidas con pústulas estériles, afectando principalmente los pliegues, pueden estar generalizadas, respetando cara, manos y pies. En sitios de flexión puede haber placas vegetantes semejando condilomas. El estado general con frecuencia está severamente afectado, en ocasiones presentan tetania secundaria a hipocalcemia. Hay daño de uñas con onicolisis y el ataque a mucosas oral y esofágica no es raro (28).

Se encuentra leucocitosis y aceleración de la velocidad de sedimentación globular, se puede encontrar hipocalcemia con hiperfosfatemia. Los cultivos de las pústulas son estériles.

La histología es igual a la psoriasis pustulosa con formación de pústula esponjiforme de Kogoj, con neutrófilos en los focos esponjióticos de la epidermis (22).

Se considera como una forma aguda de psoriasis pustulosa desencadenada por el estado metabólico del embarazo, ya que durante éste y especialmente durante el último --

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

trimestre la demanda de calcio es mayor, precipitando una hipocalcemia en pacientes con un hipoparatiroidismo latente -- (12, 33).

El tratamiento es a base de esteroides: prednisona a razón de 15 a 30 mg/día, si hay infección secundaria utilizar antibióticos. Además de medidas específicas para el control de la hipocalcemia. DEbe vigilarse es estado de madurez fetal pues en ocasiones es necesario la inducción del parto por deterioro materno.

Actualmente la mortalidad materna es baja, pero - la frecuencia de óbitos por insuficiencia placentaria aún es importante a pesar del tratamiento. La enfermedad mejora después del parto y se vuelve a presentar en embarazos sucesivos (33).

DERMATITIS AUTOINMUNE A PROGESTERONA DEL EMBARAZO

Es una erupción acneiforme folicular y perifolicular, iniciada por el embarazo, recurrente, asociada a un alto detrimento fetal.

Descrita por Bierman en 1973, en una paciente que la desarrolló en dos embarazos sucesivos, ambos terminaron en aborto espontáneo (4).

Clínicamente se inició en las dos primeras semanas de gestación con una erupción acneiforme no pruriginosa, que se presentó en extremidades y nalgas, acompañada de artritis que afectó articulaciones metacarpofalángicas, muñecas, rodillas y tobillos, que desapareció después del aborto espontá--

neo y se presentó de nuevo con el uso de anticonceptivos orales (31).

Histológicamente se encontró epidermis con focos de espongiosis y exocitosis de linfocitos e histiocitos. El infiltrado dérmico perivascular e intersticial se encontró -- predominio de eosinófilos. En el tejido celular subcutáneo se encontró paniculitis lobular. La inmunofluorescencia directa e indirecta dué negativa (28, 33).

Se encontraron niveles séricos de IgG e IgM elevados y la prueba intradérmica a la progesterona fué intensamente positiva y negativa para estrógenos.

El caso se debe probablemente a una hipersensibilidad a la progesterona endógena, sin conocer en la forma en -- que se sensibilizó.

La paciente fué manejada con conjugado estrogénico, 1.25 mg. diarios por 21 días. La mortalidad fetal fué del -- 100% (4, 33).

DERMATITIS PAPULAR DEL EMBARAZO

Erupción caracterizada por pápula de poca duración diseminadas a todo el cuerpo. Es variable el tiempo de inicio y se presenta en cada embarazo (28, 33)

Fué descrita en 1962 por Spangler y una gran controversia rodea a esta entidad por la mortalidad fetal reportada del 27%, en el reporte original no hay estudios histopatológicos



cos, no descartándose otras causas de prurito y en el grupo de pacientes existía una alta incidencia de Rh negativo. - Spangler estima una incidencia de 1 por cada 2,400 embarazos.

Las lesiones cutáneas consisten en pápulas eritematosas con costra central de 3-5 mm, intensamente pruriginosas que aparecen en brotes, en el tronco diseminándose a extremidades sin afectar cara y piel cabelluda, al resolverse las lesiones dejan hiperpigmentación (33).

La histología no es concluyente, se describe con acantosis, paranqueratosis, costras, dermis con vasodilatación, edema, infiltrado linfocitario perivascular, con escasos neutrófilos y eosinófilos.

Lo más característico es que reportan elevación importante de gonadotropinas coriónicas urinarias, en el último trimestre, con bajos niveles de estriol urinario y cortisol plasmático. Se encontró reacción positiva a pruebas intradérmicas a extractos placentarios (28).

En su fisiopatología sugieren una hipersensibilidad a los dejidos placentarios, por la positividad de las pruebas intradérmicas y la persistencia de la erupción con retención de restos placentarios en el puerperio y la marca elevación de gonadotropinas coriónicas en orina (28, 33).

El diagnóstico diferencial debe realizarse en sus estadios iniciales con dermatitis herpetiforme y herpes gestacional, sin embargo estas entidades tienen características histológicas más definidas y la inmunofluorescencia es definitiva (33).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los hallazgos histológicos son semejantes a papulas y placas urticariana pruriginosas del embarazo, sin embargo el reporte de mayor morbilidad fetal lo separa de las demás dermatosis pruriginosas del embarazo.

El tratamiento será con corticoesteroides para controlar la erupción, utilizando hasta 100 mg. diarios. Se utilizó en el pasado el diethylbestrol, pero ya no debe utilizarse porque provoca cancer genital en el producto (28).

El pronóstico materno es bueno, sin embargo Spangler reporta un alta mortalidad fetal del 27%, pero sus resultados se ponen en duda por que en el grupo estudiado no tomó en cuenta el riesgo normal de mortalidad fetal en el primer trimestre que es del 12% en mujeres sanas (28, 33).

PRURITO GRAVIDICO

Se caracteriza por prurito generalizado en el tercer trimestre, en la piel sólo se ven lesiones de rasgado, desaparece después del parto. Repite en todos los embarazos. Se debe a colestasis en mujeres genéticamente predispuestas (33).

En 1907 Keher* describió el síndrome de ictericia en el período tardío de la gestación asociado a prurito intratable.

Clinicamente comienza en el último trimestre, en la mayoría de los casos, con prurito intermitente al inicio limitado a ciertas áreas como abdomen, tronco y extremida--



des, que posteriormente se generaliza variando de prurito moderado a severo. Pueden presentar además anorexia, náuseas y vómitos. Los síntomas desaparecen después del parto. A pesar del prurito no hay lesiones. Hacia el final de la gestación - la ictericia es evidente y se encuentra hepatomegalia, coluria y acolia (28).

Los niveles séricos de bilirrubina pueden ser normales o discretamente elevadas, no sobrepasando de 8 mg/100 ml. Las enzimas DHL, TGO, TGP son normales o están ligeramente -- elevadas. Puede haber alargamiento del tiempo de protrombina por deficiente absorción de vitamina K (28, 33).

No se han reportado estudios sobre las características histopatológicas de la piel en esta entidad. En biopsias hepáticas por punción se encuentra colestasis inespecífica con dilatación de canalículos biliares. La anormalidad es completamente reversible sin evidencia de daño en la estructura y función hepática.

La fisiopatología del Prurito Gestacional, se ha observado que es proporcional a la concentración de ácidos biliares en la piel, más que los niveles séricos de bilirrubina (33).

El mecanismo de acción de los ácidos biliares ha sido estudiado por Varadi (citado por Sasseville 27) reproduciendo el prurito al aplicar sales biliares puras en concentraciones similares a los niveles séricos, en las ictericias obstructivas (28).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los acidos biliares tienen propiedades detergentes que solubilizan los lípidos de las membranas celulares provocando la liberación de proteasas que afectan las terminaciones nerviosas libres.

El incremento de las sales biliares en el embarazo se debe a una disminución de la capacidad de excreción hepática de aniones orgánicos como los ácidos biliares y bilirrubina (28).

Los estrógenos placentarios y la progesterona se han relacionado con la disminución de excreción hepática, --- siendo más importante los estrógenos por que tienen una acción directa sobre las membranas canaliculares de los hepatocitos, no modifican la acción de la glucuronil transferasa, - sin embargo esta última se inhibe por las progestinas agravando el problema. En individuos genéticamente predispuestos esto sucede a pesar de que los estrógenos y progestágenos están dentro de límites normales (27).

En el diagnóstico deben eliminarse otras causas de ictericia. El ultrasonido puede ser de utilidad para detectar litiasis y dilatación de los conductos hepáticos.

El tratamiento en casos moderados pueden ser útiles los antihistamínicos y antipruriginosos tópicos. En casos severos se puede utilizar la colesteramina, que es una resina de intercambio catiónico no absorbible pero mal tolerada. Debe darse vitamina K. Ultimamente el fenobarbital ha sido de utilidad para mejorar la excreción biliar en la colestasis -- (28, 34).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La morbilidad materna se limita a lo incómodo del prurito. Con respecto al feto, normalmente no se afecta, pero se ha reportado prematuridad y asfixia intrauterina. Se recomienda tratar a estas mujeres como embarazo de alto riesgo e inducir el parto en cuanto se halla alcanzado la madurez pulmonar en el producto (28).

PAPULAS Y PLACAS URTICARIANAS PRURIGINOSAS DEL EMBARAZO

Descrita en 1979 como una erupción benigna muy -- pruriginosa del tercer trimestre del embarazo, se caracteriza por pápulas y placas urticarianas localizadas en abdomen. Sana después del parto y no se desconoce si se vuelve a presentar en los embarazos siguientes (28, 33).

Se parece clínicamente al Rash Toxémico de Bourne y a la forma tardía del prurigo gestacional de Nurse. Se considera una enfermedad de la primigrávida. (28)

Clinicamente se presenta una erupción con pápulas y placas eritemato-urticariana sobre el abdomen, con pápulas de 1-2 mm, rodeadas de un halo pálido que se blanquea a la -- presión. En un principio se encuentran confinadas al abdomen, el cual presenta estrías importantes y posteriormente se disemina a extremidades superiores, inferiores y torax. La --- erupción desaparece después del parto (26, 28, 33).

Histológicamente se han descrito dos patrones: el primero muestra epidermis con focos de espongirosis, paraqueratosis, con edema papilar, un infiltrado linfocitario superficial y perivascular. El segundo muestra epidermis normal con infiltrado dérmico moderado perivascular e intersti-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cial con escasos eosinófilos. Sólo en un caso se encontró - inmunofluorescencia positiva para C3 en un vaso dérmico. No se encuentran alteraciones en el laboratorio. La forma de - presentación clínica sugiere alguna forma de hipersensibili- dad (28,33).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con Rash Toxémico, Dermatitis Papular del embarazo, erupción por me- dicamentos.

El tratamiento será a base de esteroides tópicos, control del prurito con antihistamínicos.

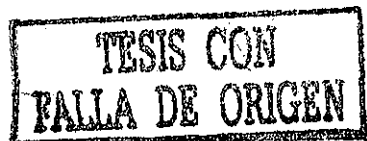
No se ha reportado complicaciones, tanto maternas como fetales (33), sin embargo se reportó un recién nacido - con lesiones clínica e histológicamente semejantes a las de su madre (32).

RASH TOXEMICO DEL EMBARAZO

Erupción pruriginosa papular y urticariana que -- inicia en abdomen y se disemina en forma centrífuga (28).

Descrita por Bourne en 1962, estima que se presen- ta un caso por 120 embarazos. El nombre no es adecuado pues no tiene relación con la preeclampsia (33).

Clínicamente es difícil diferenciar de las demás dermatosis pruriginosas, presentan placas urticarianas sobre estrías abdominales, con algunas pápulas, que se diseminan a



tronco y extremidades.

La histología no es característica, Bourne considera que la erupción es secundaria a desequilibrio hormonal, ya que las pacientes mejoran con la administración de progestágenos (33).

Para su manejo se recomienda esteroides tópicos - para control del prurito, porque sabemos que los progestágenos provocan defectos de desarrollo en el producto.

El pronóstico tanto materno como fetal es bueno - (28).

PRURIGO GESTACIONAL

Es una erupción papular que afecta extremidades inferiores en el tercer trimestre. Afecta principalmente el abdomen, cerca del término de la gestación, sana después del parto y se puede volver a presentar en los siguientes embarazos.

Descrito por Besnier en 1904, posteriormente en 1941 Costello reportó una incidencia del 2% en todos los embarazos, en 1968 Nurse revisó el concepto de prurigo gestacional y lo clasificó en dos formas (25): temprano y tardío y reportó una incidencia general de 0.5%.

Besnier describe pápulas pequeñas muy pruriginosas en extremidades que se inician hacia la mitad del embara

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

zo y persisten hasta el parto (28).

Nurse (25); describe un tipo temprano con pápulas en zonas proximales de las extremidades con diseminación centrífuga y centrípeta. Se pueden formar placas eczematosas. Sana después del parto. El tipo tardío, además de las lesiones papulosas, presentan urticaria y lesiones tipo eritema multiforme. Inician en abdomen y se diseminan a tronco y extremidades. Comienza en el último mes del embarazo (28, 33). En los casos reportados no hay estudios histopatológicos Nurse (35) en su serie sólo excluye enfermedad renal, hepática y alergia a medicamentos.

El diagnóstico diferencial será con eritema multiforme, erupción por drogas y las otras entidades pruriginosas relacionadas con el embarazo.

La mayoría de las pacientes responden a antihistamínicos y lociones antipruriginosas. El pronóstico tanto materno como del producto es bueno.

FOLICULITIS PRURIGINOSA DEL EMBARAZO

Fué descrita por Zoberman en 1981 (35), aparece entre el cuarto y noveno mes de gestación y generalmente se resuelve 2 semanas después del parto. Las lesiones son pápulas eritematosas foliculares diseminadas principalmente en abdomen, espalda, nalgas y muslos, muy pruriginosas. La histología muestra una foliculitis con esponjiosis focal con exocitosis de polimorfonucleares y mononucleares. La dermis

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

puede presentar edema, con infiltrado perivascular de moderada intensidad. No se han reportado complicaciones fetales. El manejo con antihistamínicos y aplicación tópica de esteroides mejoraron el prurito.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIALES Y METODOS

Los objetivos del trabajo fueron conocer la frecuencia de las alteraciones de la piel en el embarazo en las pacientes que acuden al HGM de S.S.A. y tratar de determinar si existía alguna diferencia en la presentación de las manifestaciones descritas en la literatura con respecto a la edad gestacional, número de embarazos previos y los cuadros patológicos cutáneos que se describen en la literatura como relacionados con el embarazo y los observados en México.

Se efectuó un estudio prospectivo en la consulta del Control Prenatal del Hospital General de México, S.S.A., en el período comprendido entre el 15 de marzo al 30 de abril de 1983. El estudio se llevó a cabo por medio de una encuesta que incluyó los siguientes puntos: edad de la paciente, semanas de embarazo por fecha de última regla, número de embarazos y síntomas. A todos se les efectuó un examen dermatológico, buscando cambios fisiológicos y/o patológicos en la piel, relacionados con el embarazo.

Aquellas pacientes en quienes se encontró algún padecimiento importante fueron enviadas a la Consulta Externa del Servicio de Dermatología del Hospital General de México, S.S.A., para su estudio posterior. Dentro del estudio no se vieron subsecuentes.

Dentro de los cambios fisiológicos durante el embarazo, se analizaron los siguientes hallazgos: Sin altera-



ciones en relación con la edad gestacional y número de embarazos; Melasma en relación a la edad gestacional; Estrías -- atróficas recientes en relación a la edad gestacional; Es--- trías atróficas antiguas en relación al número de embarazos; por último Prurito y Xerosis en relación con la edad gestacional.

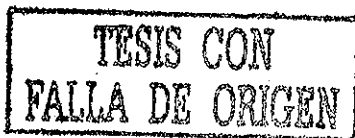
Los criterios para el diagnóstico fueron los siguientes.

Melasma: cuando la paciente presentaba zonas de pigmentación café claro a marrón, de límites irregulares, -- afectando frente, mejillas y mentón, con tendencia a la simetría, que se iniciaron durante la gestación.

Estrías atróficas: las que se presentaban como lesiones lineales en contra de los pliegues naturales de la -- piel, cuando son iniciales de color eritematoso ligeramente levantadas semejando una roncha y cuando son antiguas hipo o hiperocrómicas, dependiendo del color de la piel, deprimidas y finamente plegadas con superficie irregular, durante el embarazo aparecen inicialmente en abdomen, pero pueden abarcar nalgas, muslos y hasta los pechos.

El Prurito se analizó como síntoma subjetivo y -- sin lesiones cutaneas aparentes, en ocasiones sólo costras -- hemáticas muy discretas, cuando estuvo asociado a lesiones -- tipo pápula y/o placas urticarianas se consideró como cambio patológico.

Xerosis: se consideró cuando se observó la piel -



seca y la paciente refirió no ser el estado habitual de su piel, esto podía estar o no acompañado de prurito.

La edad gestacional se dividió en semanas y se agrupó en trimestres para facilitar su estudio, abarcando el primer trimestre hasta la semana 12, el segundo trimestre de la semana 13 hasta la 24, por último el tercer trimestre de la semana 25 a la 40.

Se consideran aparte lesiones dermatológicas asociadas al embarazo que pueden o no ser influenciadas por éste. Sólo se siguió la evolución de las pacientes que presentaron padecimientos específicamente relacionados con la gestación.

En el siguiente grupo (II) se consideraron enfermedades asociadas al embarazo, tanto las localizadas únicamente a piel sin afección sistémica, como las que tiene manifestaciones cutáneas importantes pero que también presentan afección sistémica.

El grupo III estuvo formado por pacientes con enfermedades específicamente relacionadas al embarazo.

Los resultados fueron analizados por una computadora HP3000, y HP85 efectuándose promedio, desviación estándar, porcentajes y gráficas.

RESULTADOS

Se estudiaron 500 pacientes embarazadas que acudieron a la Consulta de Control Prenatal del Hospital General de México, S.S.A., por primera vez. La edad de las pacientes en promedio fué de 24.3 ± 5.3 años, encontrando el 83.9% entre los 14 y 30 años, el 16.1% entre los 31 y 45 años de edad (Grafica 1). De acuerdo a las semanas de gestación se encontraron pacientes desde la semana 8 hasta la semana 40 de embarazo, siendo el promedio de ésta de 26.8 ± 10 semanas (Grafica 2). El promedio de embarazos fué de 2.7 ± 2.1 con un total de primigestas de 192, que constituyen el 38.4% del universos estudiado.

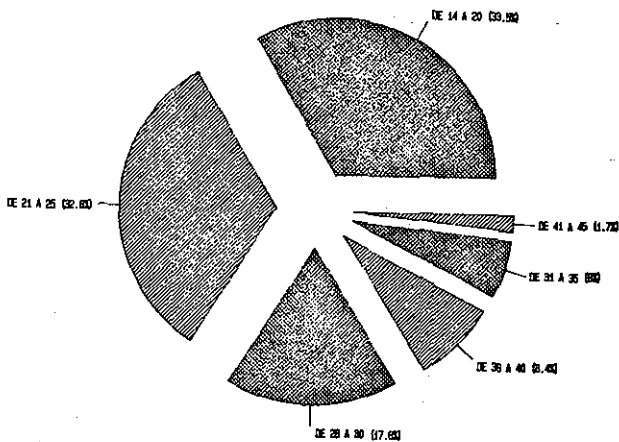
I CAMBIOS FISIOLÓGICOS

En el total de la muestra las pacientes sin alteraciones fueron 107 (21.4%), las de melasma 227 (45.4%), estrías antiguas 169 (33.8%), estrías recientes 93 (18.6%), prurito 97 (19.4%), xerosis 31 (6.2%); las cuales fueron analizadas con respecto a la edad gestacional en que se inició el cambio, con excepción de las estrías antiguas en las que sólo se relacionó con el número de embarazos anteriores (Grafica 3). Entre las pacientes sin alteraciones se encontró que el 32.8% estaba en el primer trimestre, el 25.2% en el segundo trimestre y el 42% en el tercer trimestre; el 55% de las 107 pacientes eran primigestas. Se encontró una paciente con 10 embarazos ya en el segundo trimestre y no tenía ninguna alteración cutánea evidente en el momento del examen (Tabla I).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 1

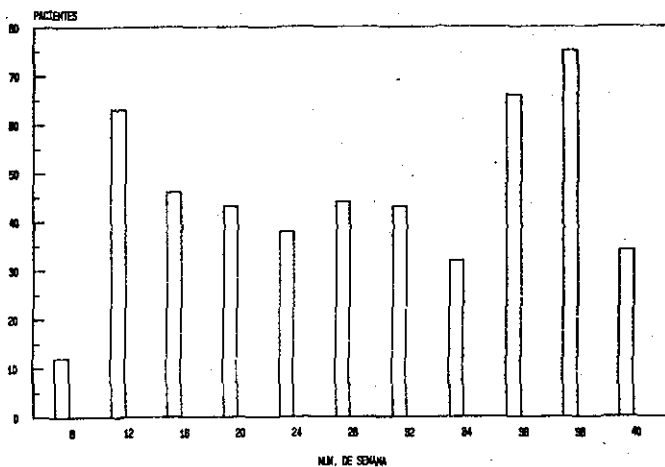
PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 2

DIST. DE PACIENTES POR SEMANAS DE GEST.



El melasma fué la alteración que se observó con más frecuencia con respecto a la edad gestacional el promedio de inicio fué alrededor de la semana 27 (Gráfica 3). La mayor parte de las pacientes con melasma se encontraron en el tercer trimestre, sin embargo un buen número de pacientes (20/227) 8.8%, lo iniciaron desde el primer trimestre.

Las estrías recientes se analizaron en relación a la edad gestacional en que aparecieron, el promedio fué de 32.6 ± 6 semanas, como indica la figura 3, el 50% de las pacientes tenían más de un embarazo. Las estrías anteriores se relacionaron con el número de embarazos el promedio fué de 3.4 ± 1.9 , del total de pacientes con estrías anteriores (162), sólo el 4.1% eran primigestas (25). Tabla II).

TABLA I

CAMBIOS	TRIMESTRES						TOTAL	%/500
	1		2		3			
	No	%	No	%	No	%		
MELASMA	20	26	55	43.3	152	51	227	45.4
ESTRIAS ANTIGUAS	14	18	48	37.7	106	35.5	169	33.8
ESTRIAS RECIENTES	2	2.6	9	7	82	27.5	93	18.6
PRURITO	12	16	26	20.4	59	19.7	97	19.4
XEROSIS	2	2.6	11	8.6	18	6	31	6.2
SIN CAMBIOS	35	46.6	27	21.2	45	15.1	107	21.4
TOTAL PACIENTES	75	15	127	25.1	298	59.6	500	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA II

CAMBIOS	PRIMIGESTAS		MULTIGESTAS	
	No.	%	No.	%
MELASMA	73	32.3	153	67.6
PRURITO	42	43.2	55	56.7
ESTRIAS ANTIGUAS	7	4.14	162	95.8
ESTRIAS RECIENTES	50	53.7	43	46.2
SIN CAMBIOS	55	51.4	52	48.5
TOTAL	192	38.4	308	61.6

El prurito se relacionó con la semana de gestación en que se inició, su promedio fué de 27.4 ± 8.6 semanas, con el mayor número de pacientes en el tercer trimestre (Gráfica 3). La Xerosis se relacionó también con la edad del embarazo, su promedio de presentación fué en la semana 26.4 ± 7.8 , es interesante saber que en 50% de las pacientes con xerosis refirieron prurito.

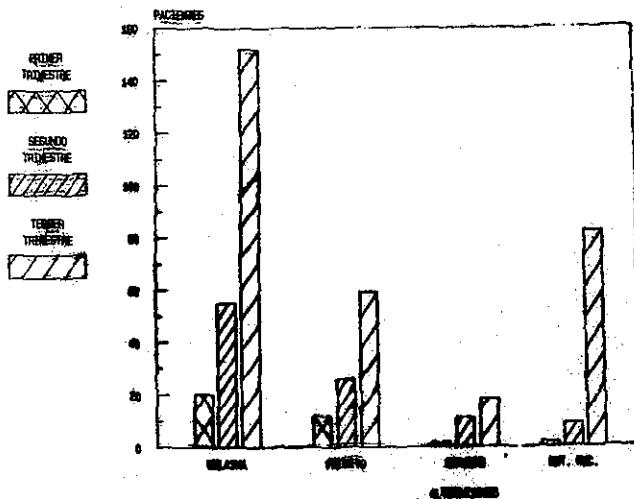
TABLA III

CAMBIOS	No.
MELASMA Y ESTRIAS	97/500
ESTRIAS NUEVAS Y ANTIGUAS	34/500
XEROSIS Y PRURITO	17/500

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Del total de pacientes, 173 presentaron más de -- una alteración, representando el 35% de éstas las que más se asociaron fueron las estrías con el melasma, le siguieron -- las estrías recientes y antiguas y por último xerosis y prurito (Tabla III)

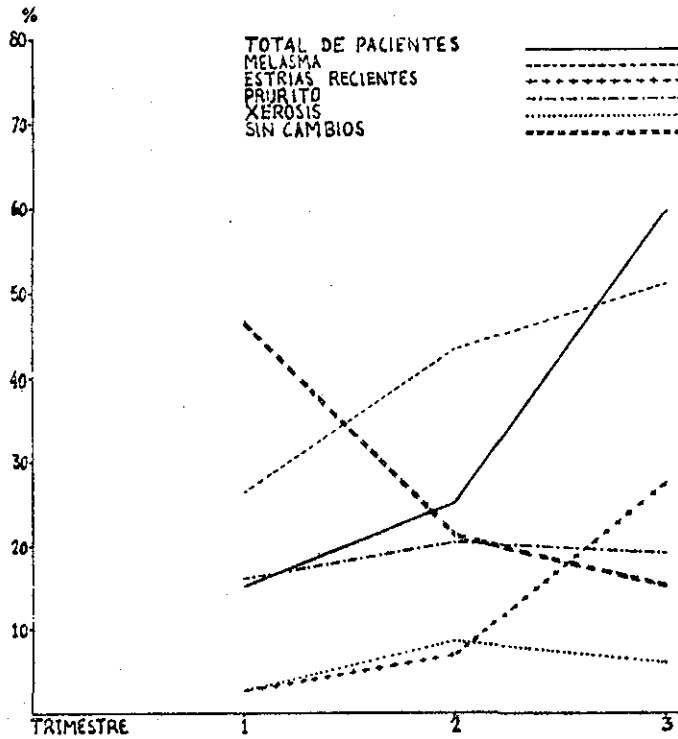
GRAFICA 3



Distribución de cambios fisiológicos por trimestres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4



Porcentaje de cambios fisiológicos encontrados en la población estudiada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Gráfica 4 se ven los valores expresados en la Tabla I en donde se anota el aumento de pacientes progresivo hacia el tercer trimestre, el melasma es un cambio que se inicia en el segundo trimestre y aumenta un poco su incidencia en el tercero; las estrías recientes se inician en su mayor parte en el tercer trimestre; así mismo las pacientes que presentaron prurito y xerosis inician durante el -- primer trimestre aumentando discretamente durante el segundo trimestre y casi permanecen igual hasta el final de la - gestación. Esta gráfica muestra en forma mas clara como evo- lucionan los cambios a lo largo del embarazo.

TABLA IV

ENTIDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO

ENTIDADES	No.
VARICES	4
CONDILOMAS	4
ACNE	11
D. SOLAR HIPOCROMIANTE	6
D. ATOPICA	4
FOLICULITIS	1
MOLUSCO CONTAGIOSO	1
DERMATITIS POR CONTACTO	1
VERRUGAS PLANAS	1
DERMATITIS POR CONTACTO	1
ROSACEA	1
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1
PENFIGO VULGAR	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II ENTIDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO

La relación de entidades que se encontraron asociadas al embarazo se presenta en la Tabla IV. Las pacientes que presentaron acné, cinco de ellas refirieron que habían empeorado, y 6 habían presentado mejoría, en todos los casos el acné existía antes del embarazo y era muy discreto. Uno de los casos de condiloma acuminado, era de 2 meses de evolución, la paciente se encontraba en la semana 38, la neoformación midió 15x20 cm en región perineal que impidió el parto por vía vaginal, el tratamiento se difirió después de la resolución del embarazo.

Solo se detectó una paciente con Lupus Eritematoso sistémico quien ya se sabía enferma antes del embarazo y estaba siendo controlada en el Servicio de Dermatología del HGM de S.S.A., la evolución del padecimiento durante la gestación fué estable, presentando fenómeno de Raynaud y eritema facial, las determinaciones de complemento hemolítico --- siempre fueron normales, los exámenes generales de orina dentro de la normalidad, fue manejada con 40 mg de prednisona - durante todo el embarazo, tuvo un parto normal a término con producto normal. Durante el puerperio se disminuyó la dosis de prednisona a 10 mg y se inició cloroquina. A la fecha continúa con fenómeno de Raynaud de menor intensidad.

Se detectó un caso de pénfigo vulgar (Fig. 1), -- que en el momento del exámen tenía 26 semanas de gestación y una evolución del padecimiento de 10 meses, se encontraba diseminado a tronco, principalmente abdomen y discreta afección de mucosas, se inició manejo con dosis medias de prednisona

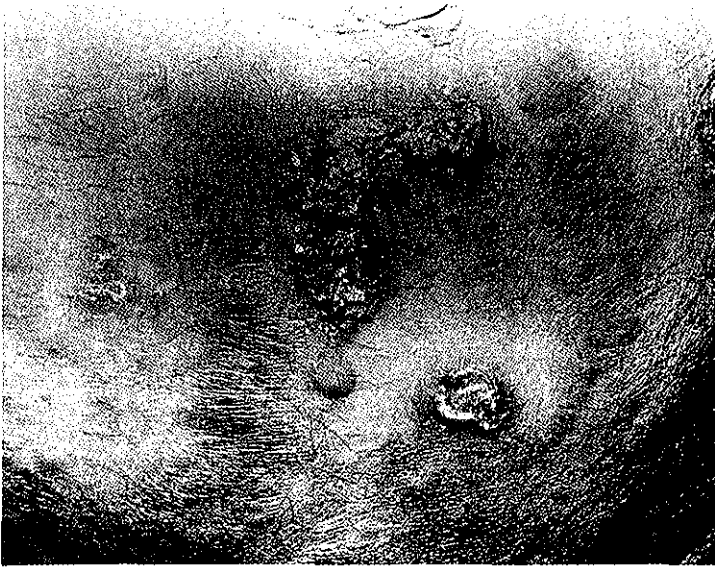
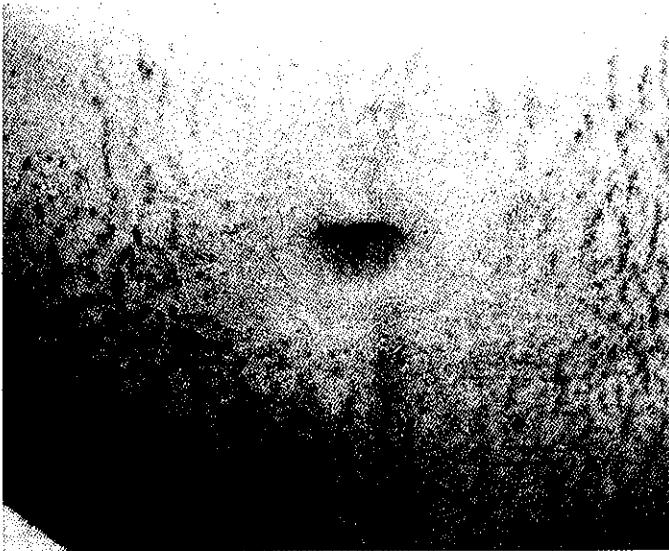
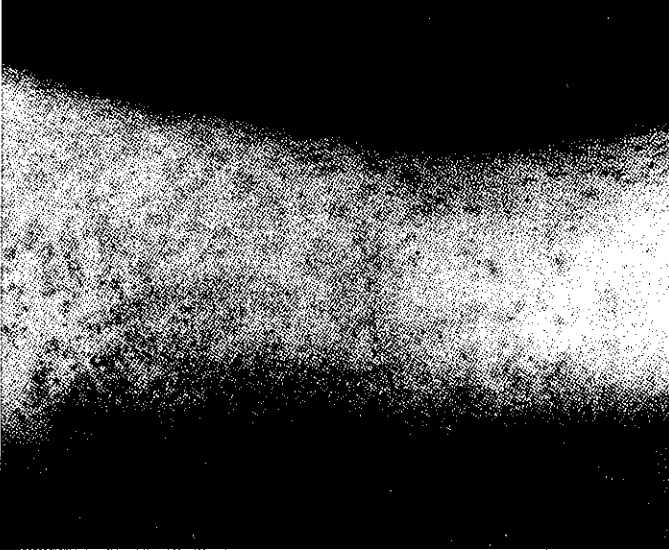


Fig. 1.- Pénfigo vulgar en paciente embarazada a las 28 semanas de gestación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fig. 2 y 3 Erupción polimorfa del embarazo en paciente a las 37 -
semanas de gestación. Característica distribución en
abdomen y extremidades de las lesiones.

(40 mg) y aplicación tópica de esteroide fluorinado, obteniéndose la remisión del cuadro al final de la gestación, el trabajo de parto cursó sin complicaciones y se obtuvo un producto sano. Actualmente no tiene lesiones cutáneas.

III ENFERMEDADES ESPECIFICAMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

Sólo se encontró un caso, una paciente primigesta de 25 años (Fig. 2 y 3) con impresión clínica de Síndrome Eritematoso Papuloso del Embarazo, al momento de la consulta se encontraba en la semana 36 de gestación, tenía lesiones diseminadas a abdomen, raíces de miembros superiores e inferiores, con más afección de abdomen, constituida por placas urticarianas mal limitadas de tamaño variable entre 5 t 7 cm., pápulas de 1-2 mm. confluentes en placas principalmente en abdomen, además lesiones longitudinales eritematosas en contra de los pliegues naturales con predominio en hipogastrio y flancos. Muy pruriginosas. Las placas urticarianas y las pápulas tenían 5 días de evolución. las estrías se habían iniciado a partir de la semana 30. - En el interrogatorio negó la ingesta de medicamentos, incluyendo polivitamínicos. Como tratamiento sólo se aplicó cold cream. Se realizó biometría hemática y examen general de orina los que fueron normales. Se realizó biopsia de piel la que reportó: epidermis con hiperqueratosis laminar, focos de paraqueratosis, acantosis irregular moderada, con focos de espongirosis y queratinización aislada. Hay algunas células necrosadas y células inflamatorias aisladas. - En algunas áreas se observa despegamiento subepidérmico. - En dermis superficial hay edema papilar, con focos de infiltrado inflamatorio linfocitocitario perivascular. El

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diagnóstico de la Sección de Dermatopatología del HGM, SSA, fue de "Procesos de tipo reaccional compatible con el grupo de los Eritemas Polimorfos". Se le dió tratamiento con anti-histamínicos y cold cream; el prurito mejoró sin desaparecer completamente, la evolución de la gestación continuó -- sin problemas se obtuvo un producto normal, las lesiones de saparecieron al día siguiente del fin del embarazo.

COMENTARIOS

Las características de la población que se estudió en la Consulta de Control Prenatal del Hospital General de México S.S.A., la mayoría de las pacientes estaban en el tercer trimestre, ya que acudían referidas de Centros de Salud periféricos para la atención del parto, sin embargo se encontraron pacientes en todas las etapas del embarazo.

El cambio fisiológico que se encontró con más frecuencia fué el melasma, con un 45.4%, a diferencia de lo reportado en la literatura del 70% (31). No se dió tratamiento para el melasma ya que éste regresó espontáneamente después del parto, sólo se recomendó el uso de protectores solares.

Las estrías tanto recientes como antiguas se en-contraron a partir del segundo trimestre del embarazo, siendo su máximo pico durante el tercer trimestre, representaron el 52% de la población a diferencia de lo reportado en la literatura del 90% (31), no existió relación con el número de embarazos, ya que iniciaron a partir del primer embarazo. -- Consideramos que la formación de estrías atróficas depende de la susceptibilidad de cada persona al aumento de actividad hormonal (ACTH, cortisol, estrógenos, progesterona), que --- existe durante el embarazo. Sabemos que las estrías atrófi--cas no son alteraciones específicas del embarazo, porque además se presentan en el síndrome de Cushing, en el 60% de mujeres púberes y 40% de los varones adolescentes (25), por -- eso encontramos estrías antiguas en mujeres primigestas en - un 4.1%.

El prurito es un síntoma común en el embarazo, la literatura reporta una frecuencia del 17% (25), en nuestro estudio se encontró en el 19.4%, con su mayor incidencia durante el 2do. trimestre, sin encontrar en las pacientes datos que surgieran problemas de colestasis. En el examen físico no se encontraron lesiones cutáneas, no obstante el analizar la xerosis se encontró que el 50% de estas pacientes refirieron prurito, podemos pensar que en algunas pacientes la xerosis fué causa del prurito.

Entre las entidades asociadas al embarazo los padecimientos encontrados no difieren de lo que se encuentra en la consulta común de la piel, y su evolución no se puede relacionar directamente con el embarazo, sin embargo éste si puede afectar la evolución de un padecimiento como en el caso del lupus eritematosos sistémico, en el que persistieron datos clínicos de actividad hasta después del parto, confirmando lo que se reporta en la literatura (31).

En el grupo de las enfermedades específicamente relacionadas con el embarazo, se encontró un solo caso clasificado como Erupción Polimorfa del Embarazo, estando de acuerdo con la clasificación que Holmes propone (17), ya que las lesiones descritas por otros autores son inespecíficas, así como sus halazgos histopatológicos y de laboratorio, pero con la misma evolución benigna y sin afectar a la madre ni al recién nacido. En realidad la frecuencia de este tipo de padecimientos es muy baja, por lo que se necesitaría un período mayor de estudio para ir agrupando casos semejantes y llegar a conclusiones definitivas con respecto a su clasificación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONCLUSIONES

El melasma fué menos frecuente al reportado por la literatura sajona.

La incidencia de estrías fué un 43% menor que los reportes de la literatura consultada.

Estas diferencias pueden estar relacionadas con la pigmentación de la piel, secundario a un factor racial.

Una de cada cinco pacientes presentó prurito, - con mayor frecuencia en el segundo trimestre, encontrando como única causa xerosis en el 50% de ellas.

No se encontró diferencia entre los padecimientos cutaneos asociados en las mujeres embarazadas y los encontrados en la consulta especializada de dermatología.

En 500 pacientes solamente se encontró un caso de enfermedad específicamente relacionada con el embarazo, - clasificada como Erupción polimorfa del embarazo. Para averiguar la incidencia de éste tipo de enfermedades en la población de mujeres es necesario revisar una serie mucho mayor, con seguimiento durante el embarazo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

RESUMEN

Se efectuó un estudio prospectivo en la Consulta de Control Prenatal del Hospital General de México, S.S.A., que comprendió un total de 500 pacientes que acudieron por -- primera vez. La edad promedio de las pacientes fué de 24.3 años, estando el 84% de ellas entre los 14 y 30 años y el 16% entre los 31 y 45 años. Se encontraron pacientes desde la semana 8 hasta la semana 40. El promedio de número de embarazos por paciente fué de 2.7, con un total de primigestas de 192 - que constituyó el 38.4% del universo estudiado. Los hallazgos se dividieron en tres grupos: I-Cambios fisiológicos. II-Entidades asociadas al embarazo, III-Enfermedades específicamente relacionadas con el embarazo.

En el primer grupo de cambios fisiológicos las pacientes sin alteraciones fueron 107, estando el 32.8% en el - primer trimestre, el 25.2% en el segundo trimestre y el 42% - en el tercer trimestre, siendo el 55% de éste grupo primigestas. El cambio más frecuente fué el melasma con un 45.4% del total de pacientes, iniciandose en promedio en la semana 27, la mayor parte de las pacientes se encontraron en el tercer - trimestre. Las estrías atróficas antiguas constituyeron el - 33% y las recientes el 18.6%, con un promedio de aparición de la semana 32.6 El prurito se encontró en el 19.4%, con un promedio de inicio en la semana 27, con el mayor número de pa - cientes en el tercer trimestre. La xerosis representó el 6.2% de la muestra con un promedio de inicio de la semana 26, el - 50% de éstas pacientes refirieron prurito, del segundo grupo de entidades dermatológicas asociadas al embarazo se encontra - ron 37 pacientes, de entre éstas un caso de lupus eritematoso

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sistémico y un caso de pénfigo vulgar. En el tercer grupo de entidades específicamente relacionadas con el embarazo se encontró un caso de Erupción Polimorfa del embarazo.

Se realizó una revisión de la literatura encontrando una frecuencia menor en nuestro estudio con respecto a -- los cambios fisiológicos a la reportada en la literatura. -- Las entidades específicamente relacionadas con el embarazo -- se clasificaron según el riesgo materno-fetal de acuerdo a -- lo reportado por Noguera (25), y se utiliza el término de -- Erupción Polimorfa del embarazo propuesto por Holmes, Noguera, en las entidades que presentan lesiones tipo pápula, eritematosas, urticarianas y pruriginosas, que no implican riesgo materno-fetal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ahmed, A.R. and Kaplan, R.: Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy J. Am. Acaf. Dermatol, 4:679-681,1981.
- 2.- Alger, C.A. y Garcilazo, J.: Esclerodermia generalizada durante el embarazo, Rev. Med. IMSS, 15:67, 1976.
- 3.- Benzon, R.: Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos, - Ed. El Manual Moderno, México, D.F., 1979.
- 4.- Bierman, J.M. :Autoimmune progesterone dermatitis. Arch. -- Dermatol, 107:896-901, 1973.
- 5.- Borda, J.: Prurito Gravídico. Semana Médica 154:204, 1979.
- 6.- Bornett, E.V., Danovith, G.M. Nisseson, A.R., et. al: -- Sistemic Lupus Erythematosis in pregnanxy Ann Intern Med.- 94:667-677, 1981.
- 7.- Casala A.D. ; Embarazo y piel. Semana Médica, 154:208, -- 1979.
- 8.- Clemens, D.E. Mecanism of inmunoosupresion of progesterona on maternal linphocvte activation during pregnancy. Journ- of Immunol. 122, 1978. 1979.
- 9.- Chapa, G.L. Dermatosis en el embarazo. Tesis de Postgrado- Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, México, D. F. 1982-1984.
- 10.- Duncan, M.E. Melson, R., Pearson, J.M. Ridley, D.S. The - association of pregnancy and leprovs. Leprosy Rev. 52: -- 245, 1978.
- 11.- Faber, W.R.; Joost, T.U., Hausman, R. et. al: Late prurigo of pregnancy. Brit Journ. Dermatol. 106:511. 1982.
- 12.- Fitzpatrick, T.B., Eisen, A.Z., Wolff, K., et. al: ----- Dermatologia en Medicina General. Ed. Panamericana. pp -- 464, 898, 902, 1208,1209, 1373, 1379, 1717. Buenos Aires- 1980.
- 13.- Guidlines for sexuality transmitted diseases. Reprinted from Morbidity and Mortality Weekly Report 31:33-60S, -- 1982. J. Am Acad. Dermatol 8:589-605, 1983.
- 14.- Kertz, K.C., Katz, S.I., Maizen, J. Akerman, A.B.: Herpes Gestationis a clinoco pathologic study. Arch Dermatol. ---- 112:1543-1548, 1981.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

53

- 15.- Harrington, C., Bleehen, S.D.: Herpes Gestationis, - ---- Immunopathological and ultraestructural studies. Brit. --- Journ. Dermatol. 100:389, 1979.
- 16.- Holmes, R.C. Black, M.M., Dann, J., et al: A comparative - study of toxic erythema of pregnancy and herpes gestationis Brit Journ Dermatol. 106:499, 1982.
- 17.- Holmes, R.C., Black, M.M.: The specific dermatosis of --- pregnancy. J. Am. Acad. Dermatol. 8:405-415, 1983.
- 18.- Holmes, R.C., Black, M.M.: The fetal prognosis in penphigoid gestationis (Herpes gestationis), Brit. J. of Derm. 110:1-1984.
- 19.- Honeyman, J.F., Eguiguren, G., Pinto, A., Honeyman, A.R. - et al: Bullous dermatoses of pregnancy. Arch. Dermatol. 117: 264-467, 1981.
- 20.- Lawley, T.J., Herts, K.C., Wade, T.R.: Pruritic urticarial-papules and plaques of pregnancy. JAMA 241:1696, 1979.
- 21.- Lawley, T.J., Stingl G., Katz, S.I.: Fetal and maternal - risk factor in herpes gestationis. Arch, Dermatol, 114: - 552-555 1978.
- 22.- Lever, W.I.; Schaumburg-Lever, G. Histopatology of the Skin. Ed. Lippicot 6a. Ed. pp 118, 145 1983.
- 23.- López, G.G., Pigmentación y embarazo. Semana Médica P. 205, 1979.
- 24.- McCormick, W.M.: Genital infections of perinatal importance. Clinic. Obstet. Gynecol. 22:313-319, 1979.
- 25.- Noguera T. J.; Propuesta de una nueva clasificación de las dermatosis del embarazo en relación al riesgo materno-fetal; Tesis doctoral, Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, Bellaterra, 1974.
- 26.- Noguera, X., Giralt, E., II: Dermatopatías del embarazo, -- nueva Clasificación. Clin. Invest Gin. Obst. 10:4, 168-171, 1983.
- 27.- Rook, A., Wilkinson, D., Ebling, F.J.: Textbook of Dermatology. Blackwell Scientific publications. 3o. Ed. pp 220-4, 344, - 1242, 1409, 1615. Oxford, Lond, Edimburgh, Melbourne. 1979.
- 28.- Sasseville, D., Wilkinson, R.D., Schander, J.Y.: Dermatoses of Pregnancy. Internat J. Dermatol 20:223-241, 1981.
- 29.- Saúl, A., Peniche, J.: Lecciones de Dermatología. Edit. ---- Francisco Méndes Cervantes México. 10a. Ed. pp 131, 245, 252,- 283, 430. 1983.
- 30.- Shornick, Bangaert, J.L., Freeman, R.G.: Gillian, J.N.: Herpes Gestationis; Clinical and histologic features of twnty-eight-cases J. Am. Acad. Dermatol. 8:214-224, 1983.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 31.- Stone, J., Downham, T., Autoimmune progesterone dermatitis. Int. J. Dermatol. 20:50, 1981.
- 32.- Uhlin, S.R.; Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy Involvement in the mother and infant. Arch Dermatol 117:238-239, 1981.
- 33.- Winton, G.B, Lewis, Ch W.: Dermatoses of pregnancy J. Am. Acad Dermatol: 6:977-997, 1982.
- 34.- Wong, C.R., Ellis, Ch. N.: Physiologic skin changes in pregnancy J. Am Acad. Dermatol 10:929-940, 1984.
- 35.- Zoberman, E., Farmer, E.R.: Pruritic folliculitis of pregnancy Arch. Dermatol. 117:20-22, 1981.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN