

11212

13

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
DEPARTAMENTO DERMATOLOGÍA

**PREVALENCIA DE DERMATOSIS DEL EMBARAZO
EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA # 3 DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA

PRESENTA:

DR. SAUL FOLRES CASTAÑEDA

DRA SILVIA ALICIA HONDA FUJIMURA
ASESOR

DR. FERNANDO MONTES DE OCA MONRROY
PROFESOR TITULAR DE CURSO DE POSTGRADO

DRA: MA. DE LOS ANGELES GUZMÁN IBARRA
INVESTIGADOR ASOCIADO

MÉXICO D.F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

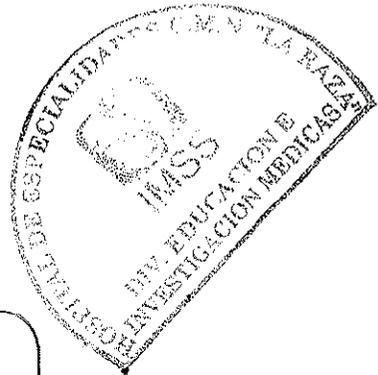
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

PREVALENCIA DE DERMATOSIS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE
GINECOLOGÍA No. 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

Protocolo de investigación No.2001-690-0135

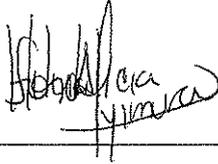


A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above a horizontal line.

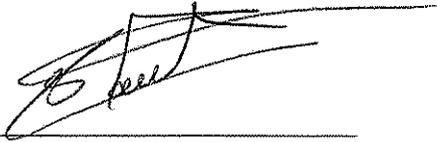
DR. JESÚS ARENAS OSUNA
Jefe de división de educación e investigación médica
Hospital de especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above a horizontal line.

DR: FERNANDO MONTES DE OCA MONROY
Titular y asesor del curso de especialización en dermatología
Centro Médico Nacional "La Raza"



DRA. SILVIA ALICIA HONDA FUJIMURA
Asesora de tesis y médico adscrito al servicio de dermatología
Centro Médico Nacional “La Raza”



DR SAUL FLORES CASTAÑEDA
Alumno de postgrado

AGRADECIMIENTOS

Gracias a **Dios** por haberme provisto de todo lo necesario para poder ser un buen profesional.

A mi **padre**.

con profunda gratitud por su amor y apoyo incondicional en todo momento

A mi **hermano**.

por ser un guía en mi camino

A mi **Madre** en donde quiera que se encuentre, por su amor que me brindó y por su gran entrega familiar

Dr. Fernando Montes de Oca Monroy

Por permitirme la maravillosa oportunidad de realizar mi formación como dermatólogo

Dra.: Magdalena López Ibarra.

Con gratitud por su tolerancia y disposición tutorial en nuestra formación.

Dra. Silvia Alicia Honda Fujimura.

Con profundo agradecimiento por participar como tutora de enseñanza y además por ser una gran amiga invaluable.

Dra. Blanca Carlos y Dra. Nancy Pulido Díaz.

Todo mi agradecimiento por sus enseñanzas y constante motivación académica

Dr. Ysita.

Por su disposición para mi mejor formación como profesionista

A todos mis maestros (**Dra. Alba Hdz, Dra. Alcántara**) Mi gratitud por su valiosa disposición a nuestra enseñanza.

A **mi novia** por su paciencia y por brindarme tanto amor

Rafael y Rubén.

Por su amistad incondicional, por ser un ejemplo constante de motivación y superación

A mis tíos.

Por estar siempre al pendiente de mi persona y por su apoyo incondicional

A todas aquellas personas que de un modo u otro hicieron posible la elaboración de este trabajo.

A todos mis compañeros **residentes** por su amistad y compañerismo

Al personal que labora en esta unidad con especial atención al **servicio de enfermería** mi profunda gratitud para **Catalina, Lidia, Tere, Griselda, Irma, Lety, Yolanda.**

Dra. Josefa Novales, Dra. Gisela Navarrete.

Por haberme ofrecido una gran oportunidad en mi vida la cual tuve que rechazar por tener otros senderos, por romper en mí el sentimiento que tenía acerca de las barreras interinstitucionales. Por ser un ejemplo de profesionalismo y entrega a nuestra profesión.

En general a todas las personas que contribuyeron en mi formación como profesionista tanto dentro como fuera del instituto (Elena, Olga, Edith).

MI PROFUNDO AGRADECIMIENTO

INDICE DEL CONTENIDO

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Material y métodos.....	15
Resultados.....	16
Discusión.....	27
Conclusiones.....	29
Bibliografía.....	30

PREVALENCIA DE DERMATOSIS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA No.3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

Objetivo: Determinar la prevalencia de las dermatosis del embarazo.

Material y métodos: El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” en el periodo comprendido del primero de noviembre del 2001 al 1ro de Febrero del 2002

en el cual se incluyeron 293 pacientes dividiéndose a las pacientes en tres grupos de acuerdo a edad gestacional. A cada paciente se le realizó interrogatorio y exploración física para valorar la presencia de dermatosis propias del embarazo como prurigo del embarazo, pápulas y placas pruriginosas del embarazo, herpes gestacional, así como la presentación de cambios pigmentarios en el pezón, areola, areola secundaria, línea morena, genitales y melasma, también se valoró los cambios de origen vascular (nevo araña, insuficiencia vascular periférica), alteraciones en el ciclo de folículos pilosos (hirsutismo o alopecia). También se incluyeron otras dermatosis no relacionadas al embarazo que pudieran ser influenciadas por el mismo.

Resultados: La prevalencia de las dermatosis propias del embarazo fue similar a la reportada en la literatura mundial obteniendo en nuestro estudio una prevalencia de 0.01, se registraron 2 casos de prurigo del embarazo, 1 caso de herpes gestacional y 2 de PUPPE. Los cambios fisiológicos en el embarazo se presentaron en el 84 % lo cual coincide con reportes previos.

Conclusiones: El presente estudio revela una prevalencia baja de las dermatosis propias del embarazo en un ti corto tiempo de estudio por lo que será conveniente incrementar la población de estudio y prolongar el tiempo de inclusión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**PREGNANCY DERMATOSIS PREVALENCE AT GYNECOLOGY HOSPITAL NUMBER 3 IN
THE SPECIALTIES HOSPITAL OF "LA RAZA" MEDICAL CENTER**

OBJECTIVE:

To determine dermatosis pregnancy prevalence.

MATERIAL AND METHODS:

The study was made at Gynecology Hospital number 3 in the "La Raza" Medical Center in the period from November 1st to February 1st of 2002.

It was included 293 patients assigned to three groups in basis to gestational age. Each patient had an interrogation and physical exploration to value the dermatosis presence own of pregnancy like as pregnancy prurigo, papules and pruriginous plaque of pregnancy, gestational herpes, and the presentation pigmentation changes of nipple, areola, secondary areola, brown line, genitals and melasma, we valued too the changes from vascular origin (spider nevus, peripheral vascular insufficiency), hairy follicular cycles alterations (hirsuteness or alopecia). It was included too another dermatosis non pregnancy related but with potential influence from the same.

RESULTS:

Dermatosis pregnancy prevalence was like the reported in the world literature with a prevalence of 0.01 in our study, we recorded 2 cases or pregnancy prurigo, 1 case of gestational herpes and 2 cases of PUPPE. There were pregnancy physiological changes in the 84 % , like the previous reports.

CONCLUSIONS:

This study showed a low pregnancy dermatosis prevalence in a short course of time of the study and it is needed to increase the study population and the time of inclusion.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DERMATOSIS DEL EMBARAZO

INTRODUCCION

Durante el embarazo existen múltiples modificaciones inmunológicas, metabólicas, endócrinas, y vasculares por lo cual hacen que la mujer embarazada sea susceptible a presentar también cambios fisiológicos o patológicos a nivel de piel y anexos cutáneos.1-3

Durante los primeros tres meses de embarazo los elementos coriónicos del embrión secretan gonadotropina coriónica , impidiendo la involución del cuerpo amarillo de la madre que segrega estrógenos y progesterona, después es sustituido por la placenta quien a su vez va a segregar gonadotropina coriónica, estrógenos, progesterona y prolactina coriónica. 4-6

Estas hormonas son indispensables para el embarazo pero casi todas las glándulas endócrinas de la mujer participan en él. La hipófisis anterior crece y aumenta su producción de corticotrofina, tirotrófina, y somatotrofina, disminuyendo la producción de FSH y LH por los efectos inhibidores de los estrógenos y progesterona placentarios. También hay un aumento del nivel sanguíneo de la hormona estimulante de los melanocitos.4-6

El aumento de la actividad suprarrenal produce un incremento moderado de glucocorticoides y de aldosterona que junto con las acciones de estrógenos y progesterona producen una retención hidrosalina y por lo tanto una tendencia a la formación de edema. La prolactina coriónica de estructura química semejante a la somatotrofina es la responsable del incremento del anabolismo observado durante el embarazo.4-6

Existe controversia en la clasificación de las dermatosis del embarazo sin embargo se han propuesto 3 categorías:1-3

- I) Cambios fisiológicos de la piel y sus anexos en el embarazo.
- II) Enfermedades dermatológicas influenciadas por el embarazo
- III) Dermatosis específicas del embarazo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

f) CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA PIEL Y SUS ANEXOS EN EL EMBARAZO.

TEXTURA CUTÁNEA.

El embarazo ocasiona **aumento de peso** en la mujer entre 8 y 13 kilos, de los cuales aproximadamente 5 corresponden al feto pero el resto es un **acúmulo y distribución de grasa** influenciadas por hormonas, originando **remodelamiento de la forma corporal** (abdomen, porción proximal de muslos, glándulas mamarias etc.) con una retención hídrica mas marcada en los miembros inferiores y zonas laxas como los párpados, que hace la piel **tersa, lisa, blanda, elástica**, dando la apariencia de **rejuvenecimiento** por **atenuación de las arrugas**, con una **mayor humectación de la piel**.1,4,6

CAMBIOS PIGMENTARIOS.

Los cambios pigmentarios incluyen **hiperpigmentación y melasma**. Se presentan en las mujeres embarazadas alrededor del 81 al 90% de los casos, siendo mas frecuentes y acentuados en mujeres con piel morena. La fisiología de estos cambios se debe a un incremento de la hormona estimulante de los melanocitos, estrógenos y probablemente a progesterona.

En el 56% la melanización se presenta hacia el tercer mes de embarazo en la línea media o alba, llamada **línea morena** o fusca desde el monte de Venus hasta el ombligo , con oscurecimiento de las **areolas mamarias** que hacia el quinto mes se ensancha en la llamada **areola secundaria**. Al mismo tiempo se hiperpigmentan la **vulva, labios menores, periné, ano** e incluso la **cara interna de los muslos**, acentuándose las **efélides, nevos pigmentarios y cicatrices** antiguas en el 8% de las mujeres embarazadas.1-6

El **melasma** (cloasma) es común en las embarazadas (máscara del embarazo) se ha reportado en el 70% de las mujeres embarazadas y del 5% al 34% en mujeres no embarazadas que toman anticonceptivos orales.

Afecta a nivel centrofacial, malar, madibular, frente, respetando zonas perioculares, peribucales, periauriculares. Se debe al depósito excesivo de melanina en la epidermis (70%), y melanófagos dérmicos (10-15%) o ambos (20%). Originado por aumento de estrógenos, progesterona y hormona estimulante de melanocitos, siendo exacerbada por la luz ultravioleta. En muchas ocasiones este melasma se resuelve al término del embarazo1-6

HIRSUTISMO

En todas las mujeres embarazadas se presenta algún grado de **hirsutismo** especialmente en cara, brazos, piernas y espalda, por lo general de forma leve. El ciclo piloso durante el embarazo es muy variable debido a los grandes cambios hormonales a que está sometida. En general se presenta una disminución del índice de crecimiento con un aumento de cabellos anágenos a partir de la segunda mitad del embarazo (por disminución de la caída de cabellos telógenos) con lo que el cabello es relativamente más grueso y, a igual que el resto de la epidermis, y más pigmentado que en las mujeres no embarazadas.1-5

ALOPECIA POST-PARTO

Constituye una de las causas de **efluvio telógeno**, en el que los folículos anágenos se convierten rápidamente en catágenos y telógenos, como consecuencia no solo de los cambios hormonales sino también del estrés y la ansiedad de las pacientes. La pérdida del cabello aumenta hacia el primer mes después del parto y en la mayoría de los casos hacia el cuarto mes, siendo más acentuada en las regiones frontales y temporales del cuero cabelludo, pudiendo adoptar un patrón difuso, pero nunca es total, la repoblación espontánea completa tarda entre tres y doce meses.1-5

UÑAS

En algunas embarazadas se puede presentar estriaciones longitudinales de la lámina ungueal, fragilidad onicolisis distal, hiperqueratosis subungular, la patogenia es desconocida.1-4

CAMBIOS GLANDULARES

Se encuentra un incremento de la actividad de las glándulas ecrinas y sebáceas así como un decremento de la función de las apócrinas, el incremento de las glándulas ecrinas es observado durante el embarazo excepto a nivel de palmas de las manos, en las cuales se encuentra disminuido, esto puede contribuir a un aumento en la frecuencia de **miliaria**, **hiperhidrosis**, **eccema dishidrótico**, esta actividad mayor de las glándulas ecrinas se ha relacionado con actividad tiroidea., algunos autores postulan un incremento en la actividad de las glándulas sebáceas en el tercer trimestre posiblemente por un aumento en los estrógenos circulantes, el efecto en el acné es

impredecible pero en algunas pacientes el acné se desarrolla por primera vez en el embarazo, durante la gestación las glándulas sebáceas de la areola aumentan de tamaño y aparecen como pequeñas pápulas café llamadas tubérculos de Montgomery.1-5

CAMBIOS EN EL TEJIDO CONECTIVO:

ESTRIAS DE DISTENSIÓN (ESTRIAS GRAVIDARUM)

Las **estrias de distensión** se desarrollan en el 90% de las mujeres durante el sexto y séptimo mes de embarazo, tiene tendencia familiar, son poco frecuentes en mujeres asiáticas y africanas, aparecen como una banda atrófica rosa o purpúrica en el abdomen y algunas veces en las glándulas mamarias, muslos, y regiones inguinales, se producen por la ruptura de la capa elástica dérmica por distensión y en su formación participan las hormonas adrenocorticales (disminuyen la adherencia de las fibras de colágeno), no desaparecen después del parto pero se atenúan, su tratamiento todavía es controversial.1-8

CAMBIOS VASCULARES

Se producen por el aumento de los niveles de estrógenos, aumento del flujo sanguíneo y disminución del retorno venoso que llevan a distensión y proliferación vascular.

En el vestíbulo y la vagina la vasculatura se distiende ocasionando eritema originando el signo de **Jacquemier-Chadwick**, mientras que un incremento de la vascularidad del cervix causa una coloración violacea llamada signo de Godell. También se presentan otros cambios vasculares como arañas vasculares, eritema palmar, varicosidades, cutis marmorata, púrpura. Las **arañas vasculares** (nevo araña) presentes en el 67% de los pacientes con piel blanca, se presentan entre el segundo y quinto mes de embarazo, resolviéndose tres meses después del parto. Las **varicosidades** se presentan en el 40% de los embarazos por un incremento de la presión venosa en los vasos femorales y pélvicos causados por el útero grávido, los **fenómenos trombóticos** se presentan en menos en el 10% de los embarazos, la **tromboflebitis** es bastante rara. La **inestabilidad de tipo vasomotor** se manifiesta por rubor acompañado de palidez facial con sensación de frío y de calor, cutis marmorata, dermatografismo, y urticaria. Son menos comunes durante el embarazo las lesiones de tipo **purpúrico**.1-6

MUCOSA ORAL

Es frecuente la **hiperemia gingival** así como la **hipertrofia de encías** a partir del tercer trimestre de embarazo. Todas las pacientes cursan con gingivitis.¹⁻³

II) ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS INFLUENCIADAS POR EMBARAZO.

Los cambios inmunológicos, endócrinos, metabólicos y vasculares pueden agravar algunas dermatosis de origen **inflamatorio, infeccioso, autoinmune y metabólico**.

A) Desórdenes de tipo inflamatorio

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica tiene ligera mayor tendencia a exacerbarse que a remitir en el embarazo, la exacerbación es particularmente atribuida al prurito del embarazo, sin embargo la remisión de esta enfermedad ha sido reportada en el 24% de los casos.^{1-3,9,10}

PSORIASIS

La psoriasis en grandes placas es el tipo más común con tendencia a desarrollarse o empeorarse mientras que la psoriasis pustular es la menos frecuente, en general este padecimiento tiene tendencia a mejorar, un 40 a 63% de las mujeres embarazadas mejoran durante el embarazo, mientras que solo el 14% empeoran. Esto puede ser atribuido a los altos niveles de interleucina 10 en las embarazadas. La artritis psoriásica se desarrolla o empeora en el 30% a 45% de mujeres.¹⁻³

IMPETIGO HERPETIFORME

variante rara de psoriasis pustular generalizada, ha sido reportada en embarazos, se asocia con hipocalcemia o con niveles séricos bajos de vitamina D, por lo general estas pacientes no tienen historia familiar o personal de psoriasis, generalmente aparece después del primer trimestre de

MUCOSA ORAL

Es frecuente la **hiperemia gingival** así como la **hipertrofia de encías** a partir del tercer trimestre de embarazo. Todas las pacientes cursan con gingivitis.¹⁻³

II) ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS INFLUENCIADAS POR EMBARAZO.

Los cambios inmunológicos, endócrinos, metabólicos y vasculares pueden agravar algunas dermatosis de origen **inflamatorio, infeccioso, autoinmune y metabólico**.

A) Desórdenes de tipo inflamatorio

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica tiene ligera mayor tendencia a exacerbarse que a remitir en el embarazo, la exacerbación es particularmente atribuida al prurito del embarazo, sin embargo la remisión de esta enfermedad ha sido reportada en el 24% de los casos.^{1-3,9,10}

PSORIASIS

La psoriasis en grandes placas es el tipo más común con tendencia a desarrollarse o empeorarse mientras que la psoriasis pustular es la menos frecuente, en general este padecimiento tiene tendencia a mejorar, un 40 a 63% de las mujeres embarazadas mejoran durante el embarazo, mientras que solo el 14% empeoran. Esto puede ser atribuido a los altos niveles de interleucina 10 en las embarazadas. La artritis psoriásica se desarrolla o empeora en el 30% a 45% de mujeres.¹⁻³

IMPETIGO HERPETIFORME

variante rara de psoriasis pustular generalizada, ha sido reportada en embarazos, se asocia con hipocalcemia o con niveles séricos bajos de vitamina D, por lo general estas pacientes no tienen historia familiar o personal de psoriasis, generalmente aparece después del primer trimestre de

embarazo, se ha asociado con síntomas severos tales como malestar general, fiebre, delirio, diarrea, náuseas, vómito y síntomas de tetanización es una dermatosis simétrica, en placas que muestran un grupo de pústulas en sus márgenes, las lesiones inician en áreas intertriginosas o flexurales, y áreas de extensión centrífuga, las mucosas incluyendo el esófago pueden mostrar erosiones, las lesiones pueden formar costras o lesiones vegetantes simulando pénfigo vegetante o condilomas acuminados, los hallazgos histopatológicos son similares a psoriasis pustular con inmunofluorescencia negativa, el cultivo de la pus es negativo, se debe hacer diagnóstico diferencial con impétigo, pustulosis subcorneal, dermatitis herpetiforme, herpes gestacional. Se maneja con dosis bajas de esteroides 15 a 30 mgr. de prednisona por día, en ocasiones se necesitan 60mgr. por día, se ha reportado mejoría con calcio parenteral con vitamina D, así como suplementos a base de albúmina; remite después del parto pero recurre en los embarazos subsecuentes.1-3

b) Infecciones

El incremento en la incidencia de ciertas infecciones se debe a los efectos inmunosupresores de los altos niveles de estrógenos, esto incluye un decremento de la inmunidad mediada por células, disminución de la actividad de los neutrófilos, y de las células natural killer, así como alteraciones en la inmunidad humoral.

CANDIDA

Se ha reportado vaginitis por candida en el 56% de las mujeres embarazadas se han aislado en cultivo en el 50% de neonatos de mujeres infectadas.1-3

TRICOMONAS

Se presenta por arriba del 60% de mujeres embarazadas pero no ocurren efectos adversos en el feto.1-3

VIRUS DEL HERPES SIMPLE (VHS)

Esta infección no es exacerbada por el embarazo pero tiene importancia clínica por su relación con la morbilidad y mortalidad fetal, la frecuencia de transmisión al neonato es del 50% para mujeres

con infección primaria y del 5% para infecciones recurrentes, mas de la mitad de los nacimientos adquieren VHS neonatal y un significativo número muere o tiene secuelas neurológicas. La infección ocurre después de las 26 semanas de gestación.1-3,11,12

VARICELA ZOSTER

La varicela pueda ocasionar complicaciones como neumonía (14%) muerte materna (3%), parto prematuro, o síndrome de la varicela, , la infección primaria ocurre durante el primer trimestre. El herpes zoster no causa complicaciones en la madre o el feto.1-3,11,12

SIDA

Estudios previos refieren progresión a SIDA en mujeres VIH positivas en un lapso de dos años despues del embarazo en el 45% de los casos, pero sin embrago estudio recientes no muestran efectos del embarazo en la rápida progresión a SIDA, las infecciones oportunista tiene una alta mortalidad materna, el producto puede presentar disminución del crecimiento intrauterino, prematurez, síndrome dismórfico.1-3,11,12

GONORREA

Puede diseminarse más fácilmente en las embarazadas, hay mayor riesgo de amnionitis, retardo del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas y parto prematuro. El tratamiento es igual al de una paciente no embarazada. La Tetraciclina está contraindicada.1-3,11,12

SIFILIS

Las mujeres con una sífilis no tratada pueden infectar a sus embriones in útero por años. Si una madre con sífilis precoz no es tratada, el 25 a 30% de los fetos muere in útero, otro 25 a 30% muere después del nacimiento y, de los sobrevivientes infectados, el 40% desarrolla una sífilis congénita sintomática tardía. En la práctica, todo VDRL positivo en una mujer embarazada exige tratamiento adecuado.2-4,11-13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONDILOMAS ACUMINADOS

Pueden crecer rápidamente durante el embarazo, pudiendo incluso obstruir el canal del parto. El tratamiento con podofolino está contraindicado, se prefiere el uso de ácido tricloroacético al 50%, criocirugía, y electrocoagulación o vaporización por laser.1-3

c) Desórdenes de tipo autoinmune

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El lupus cutáneo crónico no es afectado por el embarazo, pero existe debate si el embarazo exacerba el lupus eritematoso sistémico, por lo general el embarazo es bien tolerado en madres en remisión por al menos tres meses antes de la concepción, excepto cuando existe nefropatía o anticuerpos anticardiolipina, si la concepción ocurre durante la fase activa de la enfermedad, aproximadamente el 50% de las pacientes empeorarán durante el embarazo, y pocas de ellas morirán por daño renal. Las lesiones eritematosas son las manifestaciones mas frecuentes de lupus eritematoso sistémico en mujeres embarazadas, seguida por artritis. Lesiones vasculíticas dolorosas en las extremidades son las lesiones cutáneas mas frecuentes. Los nacimientos prematuros se presentan en el 16 a 37% de los embarazos y los abortos espontáneos ocurren 2 a 4 veces mas que en mujeres sanas.1-3,14,15

PENFIGO VULGAR Y SUS VARIANTES VEGETANTE O FOLIACEO

Se puede presentar agravamiento durante el embarazo especialmente en el primero o segundo trimestre, la presentación clínica puede simular al herpes gestacional, la inmunofluorescencia directa es esencial para confirmar el diagnóstico, puede ocurrir transmisión de anticuerpos Ig G ocasionado lesiones ampollasas en el neonato resolviéndose 2 a 3 semanas después del parto. Puede haber muerte fetal siendo multifactorial, por la dermatosis, ingestión de medicamentos, infecciones recurrentes y / o insuficiencia placentaria por esteroides.1-3,14,15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e) Tumores cutáneos

Algunos tumores cutáneos aparecen por primera vez o se incrementan en número o simplemente aumentan de tamaño

GRANULOMA PIOGENO DEL EMBARAZO

Conocido también como **granuloma gravidarum**, es una proliferación de capilares a nivel de encías, aparece entre el segundo y quinto mes de embarazo en el 2% de las mujeres embarazadas, clínicamente es un nódulo de color rojo púrpura , histológicamente es idéntico al granuloma piógeno, generalmente presenta involución espontánea.1-3

MOLUSCO FIBROSO GRAVIDARUM

Se le denomina así a los fibromas laxos que aparecen durante el embarazo, desaparecen de forma completa en el postparto.1-3

NEOROFIBROMATOSIS

Enfermedad autosómica dominante que se agrava durante el embarazo, se caracteriza por neurofibromas a nivel del SNC, periférico, intestino y riñón, se complica con sangrados e hipertensión.1-3

NEVOS MELANOCITICOS

En el embarazo se pueden desarrollar de novo, aumentar de tamaño, o aumentar su pigmentación, se ha demostrado un incremento de los receptores a estrógenos en los melanocitos., se ha reportado un moderado grado de atipia en los melanocitos por lo que se considera al embarazo como riesgo para cambios displásicos de nevos.1-3.18

MELANOMA MALIGNO

Su relación con el embarazo no es clara pero se piensa que empeora el pronóstico.1-3,16,17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV) DERMATOSIS PROPIAS DEL EMBARAZO

Son dermatosis que ocurren o se presentan únicamente durante el embarazo, la primera de ellas es:

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO (CIH)

Se presenta en el tercer trimestre del embarazo en el 70% de los casos (promedio a las 31 semanas) consiste en una disfunción secretora biliar, su incidencia es variable del 0.02% al 2.4% de los embarazos, sus características clínicas son: prurito generalizado con o sin ictericia, ausencia de lesiones primarias de piel, anormalidades bioquímicas consistentes en colestásis, resolución después del parto. La recurrencia se presenta en los embarazos subsecuentes en el 40 a 50% de los pacientes. La CIH se puede dividir de acuerdo a los pacientes con hiperbilirrubinemia (**Ictericia colestásica del embarazo**) y aquellas con prurito y cambios bioquímicos pero sin hiperbilirrubinemia (**prúrigo gravidum**) para el diagnóstico de CIH se deben excluir otras causas de no exposición al virus de la hepatitis o drogas hepatotóxicas. Así como otras causas de ictericia. Existe un nivel sérico elevado de ácidos biliares específicamente de ácido cólico, así como alteración en las pruebas de funcionamiento hepático. , los niveles de ac. biliares se relacionan directamente con el prurito, se presenta mala absorción de grasas secundario a la colestásis con una consecuente pérdida de peso y deficiencia de vitamina K. La biopsia de piel no es específica. se ha relacionado con factores genéticos. Los estrógenos interfieren con la difusión a través de los canaliculos de la membrana del hepatocito y subsecuentemente con la secreción hepática de los ácidos biliares, , La progesterina inhibe la glucoronil-transferasa de ese modo reduciendo la eliminación de estrógenos amplificando sus efectos. Se ha postulado que las mujeres "predispuestas tienen alteración en el metabolismo de los estrógenos en el hígado se desconoce el mecanismo.1-3,19

HERPES GESTACIONAL

El herpes gestacional, también llamado pénfigoide gestacional su incidencia se presenta un caso por 50,000 en los Estados Unidos de Norteamérica, se desarrolla durante el segundo o tercer trimestre (promedio 21 semanas), pero ha sido reportado en el primer trimestre, es una enfermedad considerada autoinmune, se relaciona con la enfermedad de Graves. Es poco frecuente y para su diagnóstico es indispensable la confirmación inmunológica. Clínicamente presenta un período prodrómico con prurito y síntomas generales, En el 70 - 80% de los casos puede exacerbarse post-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

parto, desapareciendo dentro de los 3 meses posteriores a él. Puede afectar a primíparas y multiparas recidiendo en los embarazos siguientes y con el uso de anticonceptivos hormonales. Las lesiones se inician en la región periumbilical (afecta al ombligo en alrededor del 90% de los casos) extendiéndose a tronco y extremidades y se presenta como pápulas y placas eritematosas urticariformes, con o sin vesículas que curan sin dejar cicatriz. Los hallazgos histológicos sólo son sugerentes de H.G existe vesícula subepidérmica con linfocitos perivasculares y eosinófilos. La IFD demuestra, en todos los casos, presencia de C3 en forma lineal a lo largo de la membrana basal y en un 50% se encuentra IgG correspondiente el cual es sinequa non de esta enfermedad. La IFI revela Ig G circulante antimembrana basal (factor H.G) en el 25% de los casos y si se usan técnicas de fijación de complemento el factor H.G. se demuestra en el 75% de las pacientes. El H.G. no representa riesgo materno pero aproximadamente el 25% e los recién nacidos son de bajo peso. Algunos recién nacidos presentan una erupción cutánea transitoria por el paso transplacentario del factor H:G: (Ig G). 1-3,5-7

PAPULAS Y PLACAS URTICARIANAS PRURIGINOSAS DEL EMBARAZO (PPUPE)

Es la dermatosis mas frecuente de gestación, afectando a una de cada 200 – 300 embarazadas, Existe una clara relación entre la distensión abdominal y el comienzo del cuadro clínico. Tiene predilección en primigestas apareciendo al final del tercer trimestre y se resuelve espontáneamente post-parto (días o semanas) se inicia en abdomen, afectando las estrías de distensión (presente en el 50% de los casos) y respetando el ombligo. Puede extenderse a tronco, glúteos, ingles y zona proximal de extremidades. Las lesiones son muy pruriginosas y polimorfas, presentando pápulas y placas urticariformes. Aunque se pueden presentar vesículas o púrpura La histología es inespecífica, la IFD e IFI son negativas. Es una enfermedad que no representa riesgo materno fetal. No siempre recidiva con otros embarazos o por el uso de anticonceptivos hormonales.1-7

PRURIGO DEL EMBARAZO

Conocido también como prúrigo de Besnier, se desconoce su etiopatogenia, existe controversia si se trata de una entidad independiente o como una variante de PPUPE. Su incidencia es 1 en 300



embarazos, se presenta en todos los trimestres del embarazo. Las lesiones consisten en pápulas eritematosas y nódulos en las superficies de extensión de las extremidades, dorso de manos, pies y ocasionalmente en el abdomen , similar a las lesiones del prurigo nodular en mujeres no embarazadas, involuciona espontáneamente a los tres meses post-parto, puede recurrir en embarazos subsecuentes. No tiene implicaciones de riesgo materno fetal. los exámenes séricos son normales, las características histopatológicas son inespecíficas, mostrando un infiltrado celular en dermis superior, la IFD es negativa.1-7

FOLICULITIS PRURIGINOSA DEL EMBARAZO.

Se caracteriza por la aparición de pápulas eritematosas y pústulas foliculares pruriginosas ubicadas en tronco y que a veces, se extienden a extremidades. Las lesiones son similares al acné inducido por corticoides, lo que sugiere su asociación con las hormonas del embarazo. Se inicia en el 2do trimestre y desaparece post-parto. No representa riesgo materno-fetal .Se maneja a base de corticosteroides tópicos, peróxido de benzoilo, y RUV. 1-7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo, realizado en pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa de primera vez y subsecuentes, así como área de hospitalización del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La "Raza". en el periodo comprendido entre el primero de Noviembre del 2001 al primero de Febrero del 2002. con los siguientes criterios de inclusión: pacientes del sexo femenino, 2) mujeres en edad fértil, 3) edades comprendidas entre 18 a 40 años, 4) diagnóstico clínico y de laboratorio de embarazo, 5) pacientes en periodo de puerperio. Los criterios de exclusión fueron pacientes que no aceptaron participar en el estudio, y como criterios de eliminación el no ser derechohabiente del IMSS.

Las pacientes se dividieron en tres grupos de acuerdo a edad de gestación, a cada una de ellas se le realizó interrogatorio dirigido así como exploración física completa para detectar la presencia de dermatosis propias del embarazo como herpes gestacional, prurigo del embarazo, foliculitis del embarazo, pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo (PPUPE), foliculitis pruriginosa del embarazo. Se valoraron también cambios fisiológicos del embarazo: a) alteraciones pigmentarias del pezón y areola, aparición de areola secundaria, línea morena, melasma, pigmentación de genitales, b) cambios de origen vascular (nevo araña, insuficiencia vascular periférica, c) cambios en los anexos de la piel hirsutismo o alopecia . Además se captaron la presencia de otras dermatosis influenciada por el embarazo. Los datos se registraron en una hoja de vaciado de datos. En la cual se enlistaban las dermatosis antes descritas. No se requirieron análisis de laboratorio confirmatorios de las dermatosis debido a que el diagnóstico es eminentemente clínico.

Este proyecto se realizó de acuerdo con las normas éticas del reglamento de la Ley General de Salud de Materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se registraron 293 pacientes embarazadas con un rango de edad de 18 a 40 años (promedio 28 años.) las cuales se dividieron en tres grupos, **El grupo A** correspondiente a mujeres en el primer trimestre de embarazo en donde se incluyeron 14 pacientes en quienes no se presentó alguna dermatosis propia del embarazo. **El grupo B** que comprende mujeres en el segundo trimestre de embarazo captándose 46 pacientes de las cuales **1 paciente** presentó **prurigo del embarazo** **El grupo C** incluyó 233 mujeres en el tercer trimestre encontrándose **2 casos de PPUPE, 1 caso de Herpes gestacional**. Además se registró **1 caso de prurigo del embarazo**. Lo cual nos conduce a una prevalencia de dermatosis del embarazo de 0.01.

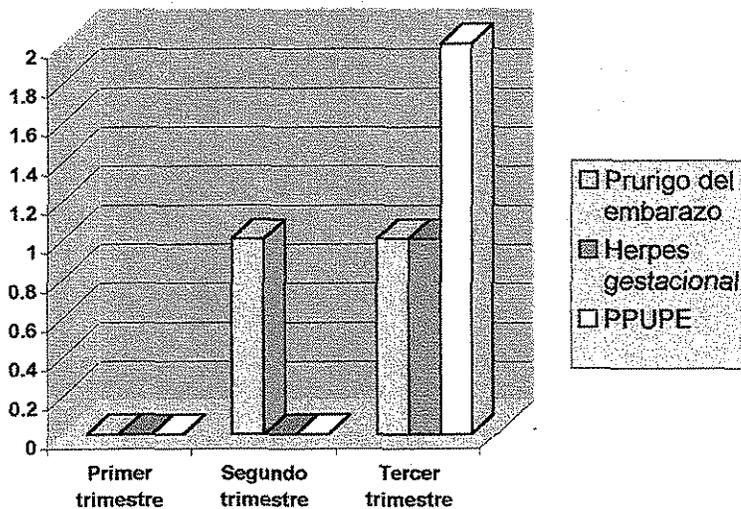
Los cambios fisiológicos en el embarazo encontrados se describen a continuación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NUMERO DE CASOS DE DERMATOSIS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRES

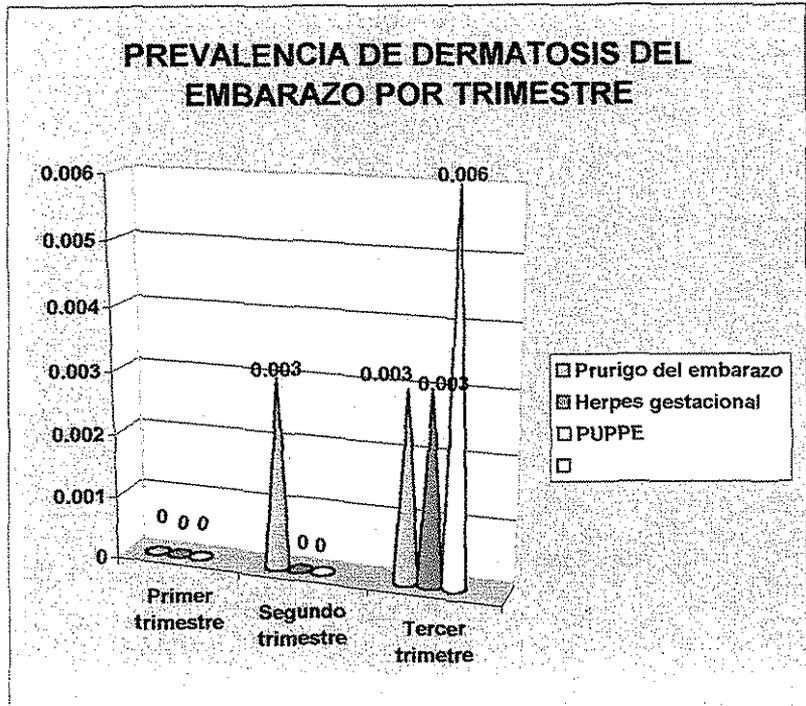
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Prurigo del embarazo	0	1	2
Herpes gestacional	0	0	0
PPUPE	0	0	0

NUMERO DE DERMATOSIS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRES



PREVALENCIA DE DERMATOSIS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRE

	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Prurigo del embarazo	0	0.003	0.006
Herpes gestacional	0	0	0.003
PUPPE	0	0	0.006

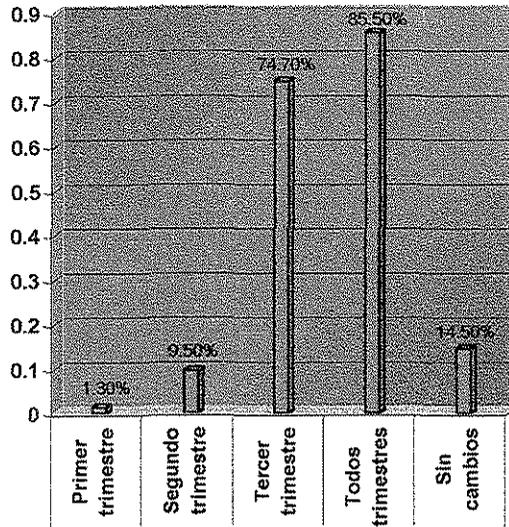


8

PORCENTAJE DE PIGMENTACION DE PEZON Y AREOLA

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre Todos trimestres Sin cambios

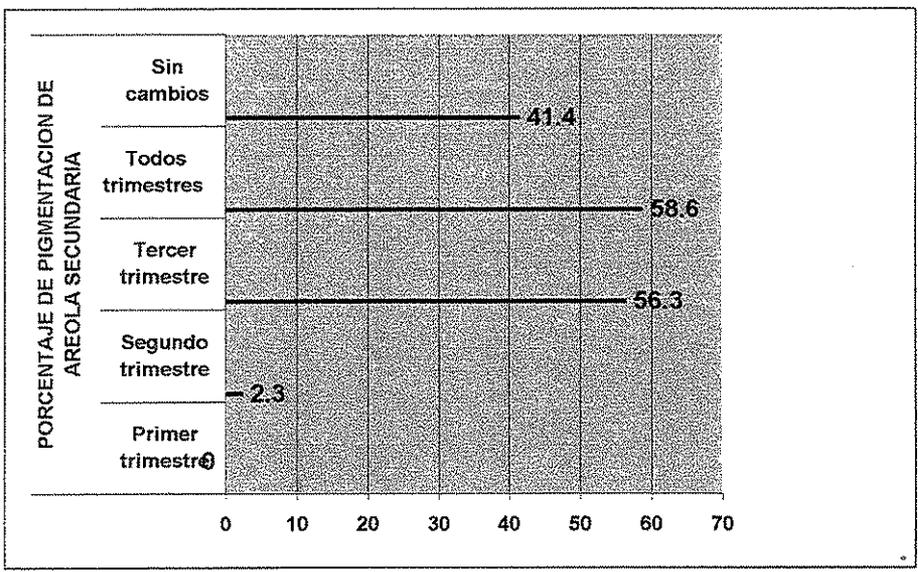
1.30% 9.50% 74.70% 85.50% 14.50%



PORCENTAJE DE PIGMENTACION DE PEZON Y AREOLA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

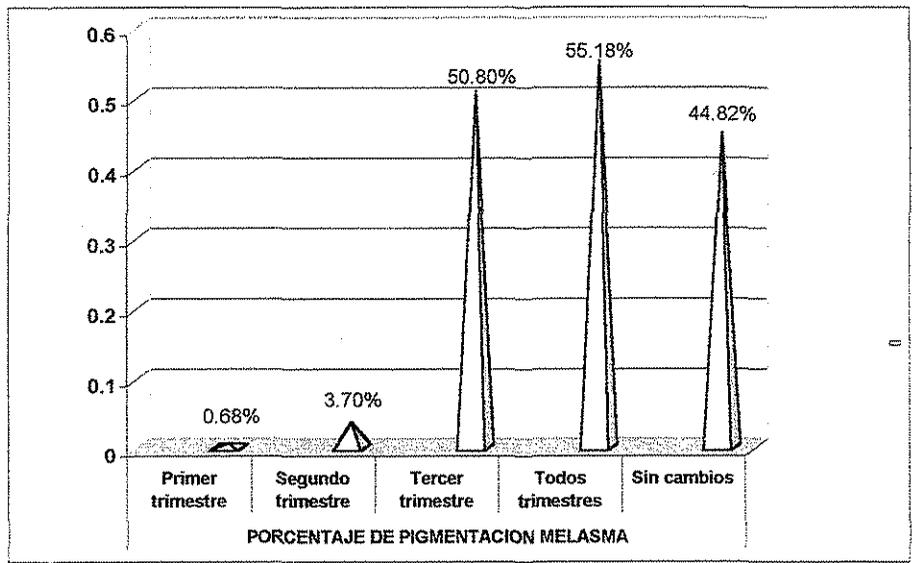
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

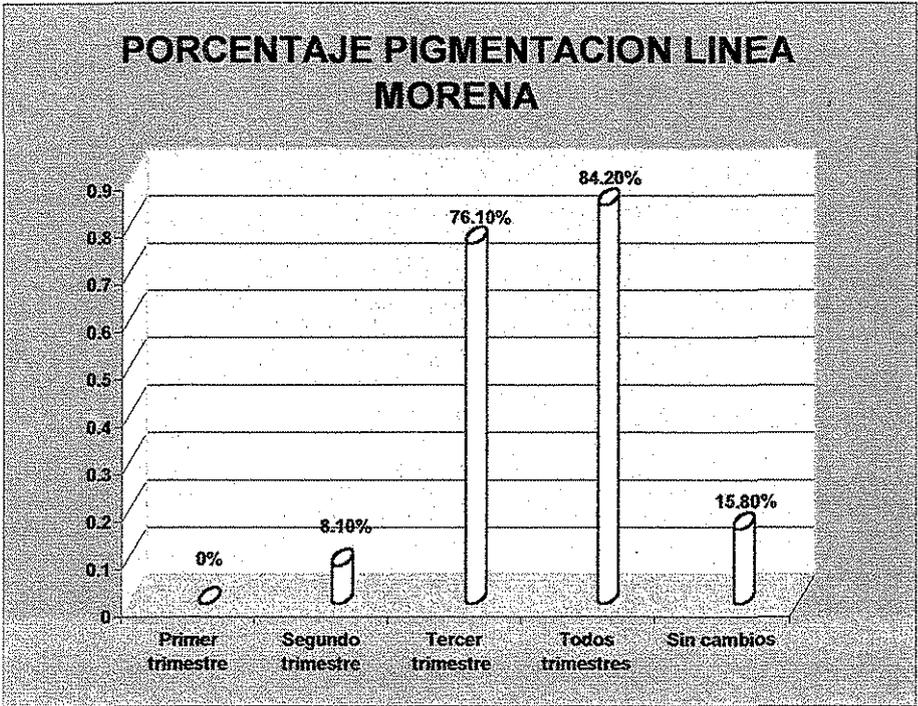
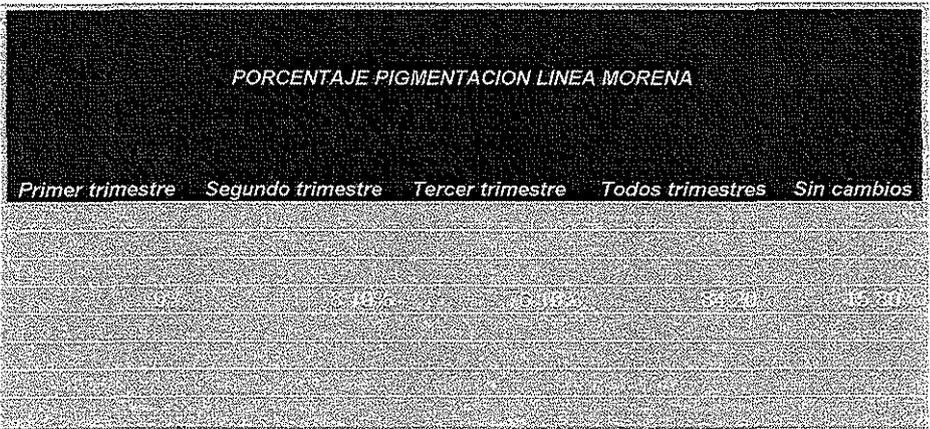


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE PIGMENTACION MELASMA

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Todos trimestres	Sin cambios
0.68%	3.70%	50.80%	55.18%	44.82%

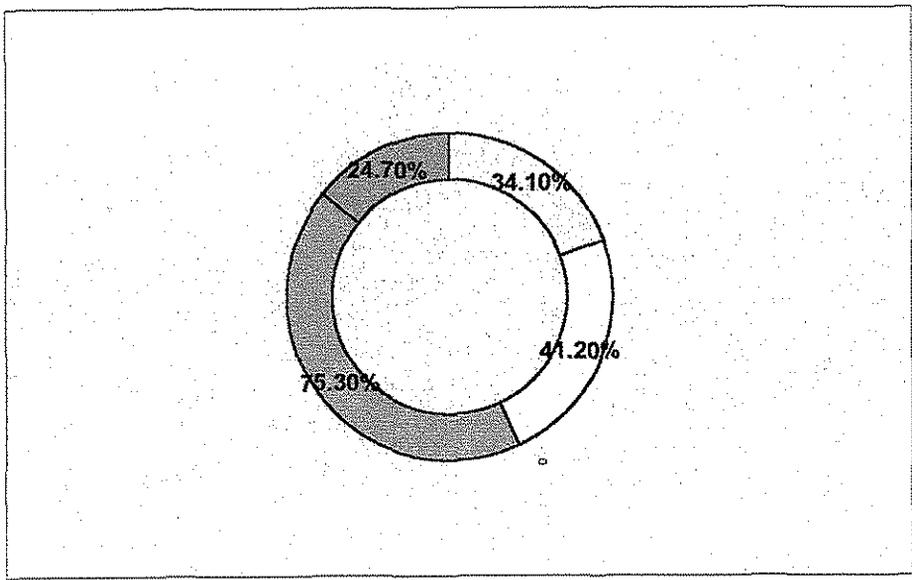




TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE PIGMENTACION DE GENITALES

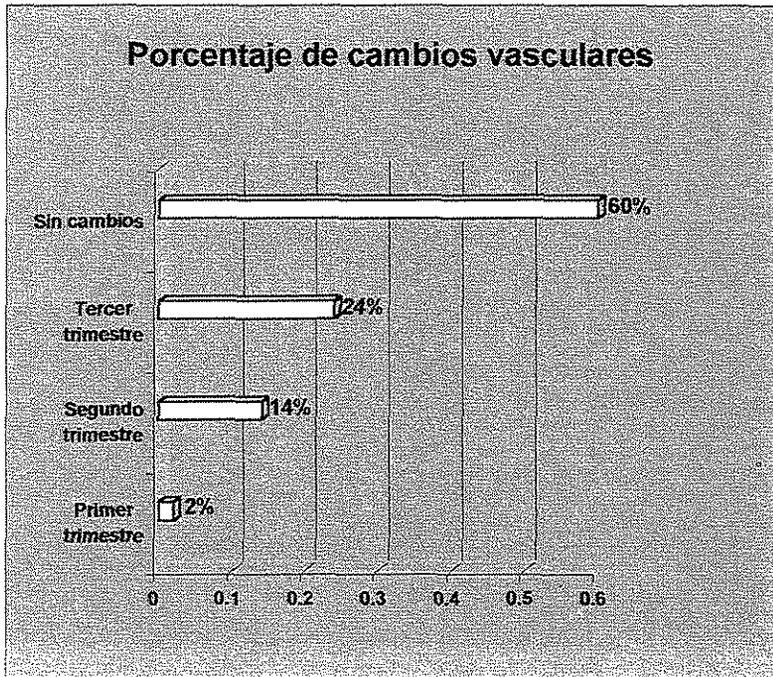
Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Todos trimestres	Sin cambios
10%	24.70%	41.20%	24.10%	0%



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

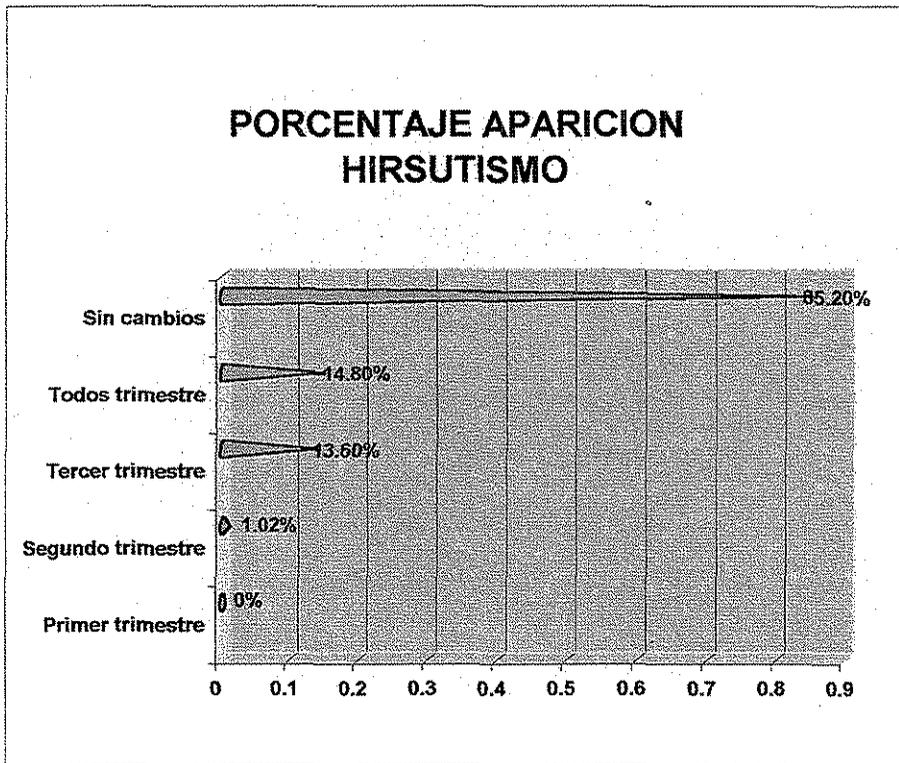
Porcentaje de cambios vasculares

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Sin cambios
2%	14%	24%	60%



PORCENTAJE APARICION HIRSUTISMO

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Todos trimestre	Sin cambios
0%	1.02%	13.60%	14.80%	85.20%

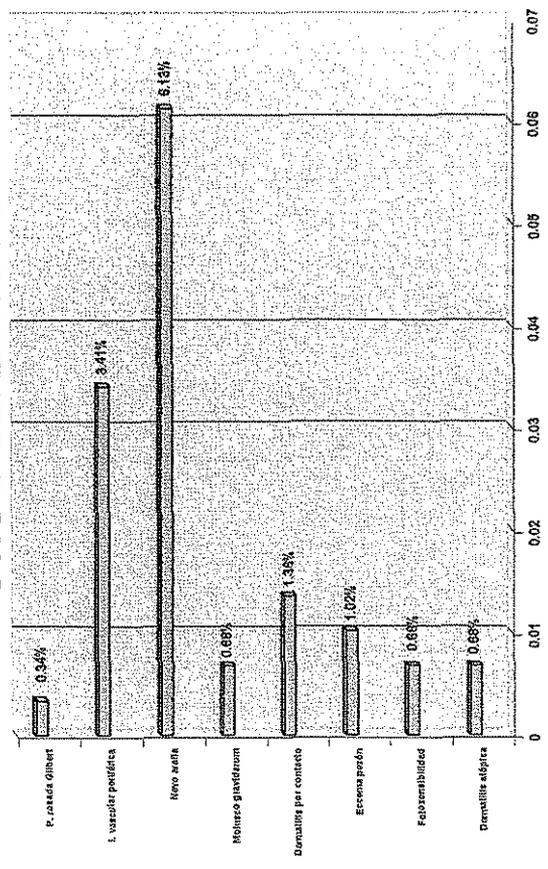


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OTRAS DERMATOSIS

Dermatitis atópica *Fotosensibilidad* *Eccema pruriginoso* *Dermatitis por contacto* *Moñisco frigidarum* *Nevo azul* *L. vascular periférica* *P. rosacea Gilbert*

OTRAS DERMATOSIS



DISCUSION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los resultados obtenidos de la prevalencia de las dermatosis propias de embarazo en 293 paciente en un lapso de 3 meses fue baja (0.01 en 293) . La dermatosis presentes en nuestro estudio fueron PUPPE con dos casos, en la literatura mundial Geroge Kroumpouzou y Cols. reportan 1 caso en 160 pacientes¹. En cuanto a Prurigo del embarazo se detectaron 2 casos, se encuentra al doble de los registros de la literatura mundial (debido a que se refiere 1 caso por 300 pacientes)¹. Se presentó además 1 caso de herpes gestacional siendo reportado como una entidad extremadamente rara con una incidencia de 1 en 60,000 embarazadas¹.

Los cambios pigmentarios se presentan por arriba del 90% en registros previos¹, en el presente trabajo encontramos cambios en el 85.5% de las pacientes los resultados son similares a los reportes de la literatura¹, sin embargo debemos considerar que su incidencia es probablemente mayor en nuestra población debido a predisposición genética, fototipo de piel (III-IV) el cual tiene mayor tendencia a pigmentar a comparación de los fototipos de piel de la población anglosajona(I-II), Además se incluyeron paciente que cursaban en el primer trimestre de embarazo en donde aún los cambios pigmentarios aún no se manifiestan.

Los cambios vasculares influenciados por los altos niveles de estrógenos, se manifestaron con aparición de nevos araña de una manera no tan frecuente como en otras poblaciones con fototipo de piel I - II los cuales se reportan hasta en el 53% de los embarazos⁴ en cambio en el presente trabajo únicamente se presentó en el 40% pudiéndose explicar por predisposición genética y el color

de la piel. también debido a que el registro de los cambios vasculares a nivel de genitales no se pudieron llevar a cabo en todas las pacientes debido a que la mayoría de las pacientes se encontraban en área de hospitalización en estado de puerperio inmediato por evento quirúrgico (cesárea) por motivo de que eran pacientes con alto riesgo materno fetal (preclámpsia, diabetes mellitus gestacional, sufrimiento fetal etc.).

El hirsutismo estuvo presente en el 14.8% de las pacientes, no existe registro comparativo previo acerca de la incidencia de este.

Otras dermatosis que se captaron fueron el eccema del pezón, dermatitis por contacto y fotosensibilidad. La dermatitis por contacto se debió a aplicación de tela adhesiva en sitios de fijación de catéteres intravenosos., la fotosensibilidad se debió en un caso a AINES y en otros caso a antibióticos betalactámicos por infección de vías respiratorias altas.

Se registró un caso de pitiriasis rosada de Gilbert la cual su presentación fue atípica (modificada por el embarazo).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- 1) La prevalencia de 0.01 en el hospital de Ginecología y Obstetricia de tercer nivel refleja que las dermatosis del embarazo constituyen un problema infrecuente en la población general . Sin embargo es necesario conocerlas para realizar un diagnóstico oportuno.

- 2) De las dermatosis presentadas, el prurigo del embarazo, y pápulas y placas pruriginosas del embarazo constituyeron el problema mas frecuente.

- 3) Es necesario llevar a cabo nuevos estudios que incluyan un mayor número de pacientes en un periodo prolongado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALA
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1-George Kroumpouzou, Lisa M. Cohen. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol. Vol. 45, No. 1, julio 2001. P. 1 – 19.

2-Samanyha Anne Vaughan Pregnancy dermatoses. J Am Acad Dermatol Vol 40, No. 2, febrero 1999. p 1 - 23

3-Dr. Rojas. Dr. Rubio. Enfermedades dermatológicas y embarazo.
<http://Docencia.med.uchile.cl/pos/obstetricia/textos/022.htm>

4-Prof. L. Olmos. Embarazo y menopausia
<http://213.37.65.230:81/derma/volumenes%20anterio.../menop.htm>

5-Dra. Mirtha Cifuentes M. Piel y embarazo. Dermatología pontificia Universidad Católica de Chile.
<http://escuela.med.puc.cl/udas/dermatología/embarazo.html>

6-Edith García González. Immunology of the cutaneous disorders of pregnancy
International Journal of dermatology 1999, Vol. 38. p 721 – 729.

7-Susie Blacknum. Sorting Out specific dermatoses of pregnancy. Find Articles.com
www.findarticles.com/cf_dls/m0UMR/1998_jun.../print.jhtm

8-Young GL, Jewell D. Creams for preventing stretch marks in pregnancy
www.update-software.com/ccweb/cochrane/r.../ab000066.htm

9-Joseph C Pierson Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy.
www.emedicine.com/derm/topic351.htm

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10-Susan Boiko, Robert Zeiger. Asthma and allergy during pregnancy. Immunology and Allergy clinics of NorthAmerica. Vol 20. No. 4, November 2000.
<http://mdconsult.com/das/article/body/jorg=journal&.../1htm>

11-Infections during pregnancy. Perinatology Network
www.perinatology.com/exposures/infectionlist.htm

12-Health Evidence Bulletins Wales
<http://heb.wuwm.ac.uk/maternal/chapter4.html>

13-A-K Hurting, A Nicoll. Syphilis in pregnant women and their children in the United Kingdom: results from national clinical reporting surveys 1994-1997. BMJ 1998. Vol 317. P 1617 – 1620

14-Mark Curran Antiphospholipid antibody syndrome. Harbor / UCLA
[http:// 192.215.104.222/obgyn/web/fellow/conferences/antiph.htm](http://192.215.104.222/obgyn/web/fellow/conferences/antiph.htm)

15-Genevieve B. Sicuranza Collagen vascular diseases in pregnant women: Case studies. Obstetric and Gynecology Vol. 6. part 1. p 26 – 32

16-David A. Wrone. Melanoma and pregnancy: Eighth questions with discussion. The journal of gender specific medicine.
www.mmhc.com/jgsm/articles/JGSM9908/wrone.html

SRD Johnston. Management of metastatic melanoma during pregnancy. BMJ 1998, vol. 381. p 848-852
35

18-Jennifer W. Penoyer. Clinical and laboratory studies. J Am Acad Dermatol Vol 36, No. 3. March 1997

19-Elizabeth A Fagan. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Clinic in liver disease. Vol 3. No. 3 August 1999. p. 1 – 47

20-Diccionario médico 3ª edición. 1993. Editorial Salvat. Pág. 157, 443, 500.

