



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.328-339

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1019>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 328-339







Cambios dermatológicos que se producen en el embarazo

Dermatological changes that occur during pregnancy

Alterações dermatológicas que ocorrem na gravidez

**Gabriela Mishell Cobos Sanaguano¹; Magaly Eugenia Macas Tierra²; Fanny Yolanda Lascano Minta³;
Diana Carolina Criollo Supe⁴**

RECIBIDO: 15/09/2022 **ACEPTADO:** 20/11/2022 **PUBLICADO:** 25/01/2023

1. Médica; Investigadora Independiente; Riobamba, Ecuador; gaby93@live.fr;  <https://orcid.org/0000-0002-9424-545X>
2. Médica; Investigadora Independiente; Ambato, Ecuador; magaly.mac91@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0003-3845-7981>
3. Médica; Investigadora Independiente; Ambato, Ecuador; fanny_lym@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0421-9005>
4. Médica; Investigadora Independiente; Ambato, Ecuador; dian.crisu@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0217-2952>

CORRESPONDENCIA

Gabriela Mishell Cobos Sanaguano

gaby93@live.fr

Riobamba, Ecuador

RESUMEN

El embarazo, el parto y el puerperio están asociados a cambios hormonales profundos pero fisiológicos. Las afecciones dermatológicas, además de ser visibles pueden representar una ventana para determinar algún problema en el embarazo y en otros casos un cambio definitivo en la vida consiguiente de la madre pues ocasiona consecuencias profundas en la psiquis de quien la padece y del entorno. Se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores disponibles en artículos científicos, tesis, proyectos, guías, libros relacionados con el tema de interés y accesibles digitalmente través del buscador de trabajos científicos Google Académico, para desarrollar una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas a los cambios dermatológicos que se producen en el embarazo en donde se propone seguir la clasificación de las mismas en 5 grupos modificaciones fisiológicas de la piel, enfermedades dermatológicas influenciadas por el embarazo, tumores cutáneos influidos por el embarazo, infecciones genitales de importancia perinatal, dermatosis específicas del embarazo. La lección que se rescata de la presente investigación radica en la importancia del seguimiento y control perinatal. Las afecciones dermatológicas principalmente representan una incomodidad física para la embarazada, pero se resalta que también ponen en riesgo la salud del bebé en cualquier etapa de su desarrollo perinatal e incluso puede comprometer la salud inmediata del neonato. Como regla base de la práctica médica el éxito de un tratamiento radica en el correcto y oportuno diagnóstico.

Palabras clave: Embarazo, Enfermedades Dermatológicas, Infecciones Genitales, Dermatitis, Tumores Cutáneos.

ABSTRACT

Pregnancy, childbirth and the puerperium are associated with profound but physiological hormonal changes. Dermatological conditions, in addition to being visible, can represent a window to determine a problem in the pregnancy and in other cases a definitive change in the life of the mother, since it causes profound consequences in the psyche of the person who suffers from it and the environment. Continuous interpretations were made with the clear purpose of reviewing those appreciations or investigations proposed by different researchers available in scientific articles, theses, projects, guides, books related to the topic of interest and digitally accessible through the Google Scholar scientific work search engine, to develop a bibliographical review in order to complement previous ideas related to the dermatological changes that occur in pregnancy where it is proposed to follow the classification of the same in 5 groups physiological modifications of the skin, dermatological diseases influenced by pregnancy, influenced skin tumors due to pregnancy, genital infections of perinatal importance, specific dermatoses of pregnancy. The lesson that is rescued from the present investigation lies in the importance of perinatal follow-up and control. Dermatological conditions mainly represent physical discomfort for the pregnant woman, but it is highlighted that they also put the baby's health at risk at any stage of its perinatal development and can even compromise the immediate health of the newborn. As a basic rule of medical practice, the success of a treatment lies in the correct and timely diagnosis.

Keywords: Pregnancy, Dermatological Diseases, Genital Infections, Dermatoses, Skin Tumors.

RESUMO

Gravidez, parto e puerpério estão associados a alterações hormonais profundas mas fisiológicas. As condições dermatológicas, além de serem visíveis, podem representar uma janela para determinar um problema na gravidez e, noutros casos, uma mudança definitiva na vida da mãe, uma vez que causam consequências profundas na psique da pessoa que sofre com ela e no ambiente. Foram feitas interpretações contínuas com o objectivo claro de rever as apreciações ou investigações propostas por diferentes investigadores disponíveis em artigos científicos, teses, projectos, guias, livros relacionados com o tema de interesse e acessíveis digitalmente através do motor de pesquisa do trabalho científico do Google Scholar, desenvolver uma revisão bibliográfica a fim de complementar ideias anteriores relacionadas com as alterações dermatológicas que ocorrem na gravidez, onde se propõe seguir a classificação das mesmas em 5 grupos modificações fisiológicas da pele, doenças dermatológicas influenciadas pela gravidez, tumores de pele influenciados pela gravidez, infecções genitais de importância perinatal, dermatoses específicas da gravidez. A lição que é resgatada da presente investigação reside na importância do seguimento e controlo perinatal. As condições dermatológicas representam principalmente desconforto físico para a mulher grávida, mas salienta-se que também põem em risco a saúde do bebé em qualquer fase do seu desenvolvimento perinatal, podendo mesmo comprometer a saúde imediata do recém-nascido. Como regra básica da prática médica, o sucesso de um tratamento reside no diagnóstico correcto e atempado.

Palavras-chave: Gravidez, Doenças Dermatológicas, Infecções Genitais, Dermatoses, Tumores de Pele.

Introducción

El embarazo, el parto y el puerperio están asociados a cambios hormonales profundos pero fisiológicos. Por esta razón, si bien muchos de los cambios cutáneos resultantes deben considerarse normales, también se reconoce que no todas las mujeres los aceptarán. La resolución puede alterar un cierto número de enfermedades y tumores de la piel e identificar condiciones patológicas de la piel consideradas exclusivas del embarazo.

1. La piel, las uñas, el pelo y las membranas mucosas sufren cambios durante el tiempo de gestación. Asegura Cifuentes y Zepgi (1993) estas modificaciones pueden clasificarse dentro de cinco grupos
2. Modificaciones fisiológicas de la piel y sus apéndices
3. Enfermedades dermatológicas influenciadas por el embarazo
4. Tumores cutáneos influidos por el embarazo
5. Infecciones genitales de importancia perinatal.
6. Dermatitis específicas del embarazo.

Siendo el embarazo un periodo de grandes transformaciones corporales en la gestante, es necesario darle un seguimiento integral a los cambios visibles e invisibles que se puedan conocer, también por ser un periodo en donde los tratamientos y terapias pueden influir en el desarrollo y la salud integral de la nueva vida que se desarrolla en el vientre materno.

Las afecciones dermatológicas, además de ser visibles pueden representar una ventana para determinar algún problema en el embarazo y en otros casos un cambio definitivo en la vida consiguiente de la madre pues, en estos tiempos en donde la estética toma protagonismo en las relaciones interpersonales de las personas, las marcas en la piel a consecuencia de un embarazo

como las estrías o la flacidez abdominal ocasiona consecuencias profundas en la psiquis de quien la padece y del entorno.

Por eso, surge la inquietud de organizar la información disponible acerca del tema planteado, procurando condensar en un documento con exposición vigente de los hallazgos médicos acerca de los cambios vistos en la piel de las embarazadas.

Metodología

El desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas a los cambios dermatológicos que se producen en el embarazo a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

La orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores disponibles en artículos científicos, tesis, proyectos, guías, libros relacionados con el tema de interés y accesibles digitalmente través del buscador de trabajos científicos Google Académico, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la investigación.

Resultados

En función de organizar la información recopilada a la fecha tomaremos como base de la presentación de los resultados la clasificación planteada por Cifuentes y Zepgi (1993) que aun cuando se pretende distinguir los aportes actualizados sirven como

punto de partida completo que además se confirma su vigencia, puesto que los hallazgos concuerdan con los autores.

Modificaciones fisiológicas de la piel y sus apéndices

Alteraciones de la pigmentación

Al menos el 90% de las mujeres embarazadas notan un incremento generalizado de la intensidad de la pigmentación de la piel durante la gestación, cambio más evidente en pieles más oscuras que en las claras. Las zonas pigmentadas se oscurecen, en particular, a nivel de los pezones, areolas, zonas genitales y en la línea media de la pared abdominal. La intensidad de la pigmentación usualmente disminuye después del parto pero raramente hasta su coloración inicial. . (Carreras, 1999)

En muchas mujeres se produce un incremento del tamaño, actividad y número de nevos melanocíticos. La causa es un aumento de los niveles de la hormona estimulante de los melanocitos. Solo un 30% de las embarazadas no presentan un cloasma gravídico durante la segunda mitad de la gestación, esta afección suele presentarse especialmente en las de piel más oscura. Su intensidad no está necesariamente relacionada con la melanosos general y su distribución es simétrica en los pómulos, alrededor de la boca y en la frente; puede aparecer también con la administración de anticonceptivos orales. (Carreras, 1999)



Imagen 1. Pigmentación del pezón

Fuente: Tomado de Piel y embarazo de Machet y Villant (2017)

Actividad de las glándulas ecrinas, apocrinas y sebáceas

La actividad de las glándulas sudoríparas ecrinas aumenta bastante durante el embarazo, aunque disminuya la secreción sudorípara palmar. Respecto a la secreción sebácea, aunque hay una considerable variabilidad individual, tiene una tendencia a incrementarse durante el embarazo, para volver a la normalidad después del parto. La secreción sebácea no cae durante la lactancia, sino que incluso aumenta como consecuencia de la estimulación de la secreción hipofisaria de prolactina, capaz de aumentar la secreción sebácea o bien la respuesta a los andrógenos, lo que quiere decir que durante la gestación y la lactancia las mujeres deben emplear productos para pieles grasas, tanto respecto a las cremas hidratantes, como a los filtros solares para evitar el cloasma gravídico. (Carreras, 1999)

	Frecuencia	
	Referencia [3] n = 60	Referencia [4] n = 100
Modificaciones pigmentarias	75%	93%
Nuevas estrías	62%	45%
Modificaciones vasculares		
- Arañas vasculares	53%	2%
- Várices de las extremidades inferiores	33%	26%
- Eritema palmar	30%	27%
Otras modificaciones		
- Edemas de las extremidades inferiores	36%	13%
- Acné	23%	No especificada
- Secreción sebácea aumentada	No especificada	26%

Imagen 2. Frecuencia de los cambios fisiológicos en la piel durante el embarazo en dos series de 60 pacientes francesas y 100 pacientes tunecinas

Fuente: Tomado de Piel y embarazo de Machet y Villant (2017)



Cambios en el pelo y en las uñas

Muchas mujeres comentan que el crecimiento del pelo es más vigoroso durante el embarazo. En su última fase la proporción de folículos en fase anágena aumenta, pero posteriormente al parto se produce una disminución de su duración, dando lugar a una caída de cabello que puede traducirse en la denominada alopecia posparto, que consiste en un efluvio telógeno, es decir que, como consecuencia de la existencia de un menor número de cabellos en fase anágena, hay un aumento en fase telógena, que son los que se caen. En ciertos casos se produce una alopecia similar a la alopecia difusa, que perdura durante más tiempo y que puede estar en relación con los niveles elevados de andrógenos circulantes durante el embarazo y con la caída de los niveles de estrógenos después del parto. (Carreras, 1999)

Las embarazadas suelen manifestar que sus uñas se vuelven más quebradizas desarrollando, en algunos casos, onicólisis distal, similar a la que se desencadena ocasionalmente en la tirotoxicosis.

Cambios vasculares

Como consecuencia del aumento de la secreción de estrógenos durante la gestación se producen cambios vasculares cutáneos, como, por ejemplo, la aparición de “arañas vasculares”, muy frecuentes en pieles blancas y más raras en las oscuras, que por lo general desaparecen después del parto, y el eritema palmar, que se desencadena en el 70% de las mujeres caucásicas y en el 30% de las de color. Habitualmente ambos procesos se producen de forma conjunta. (Carreras, 1999)

Las varices y hemorroides son complicaciones frecuentes del embarazo. Más excepcional es el desarrollo de trombosis en las venas profundas de las piernas, que pueden conducir a lesiones permanentes en dichas venas. Muchas embarazadas desarrollan un edema en la cara, los párpados, las manos y las piernas. Casi el 80% de las gestantes desarrolla edema gingival y enrojecimiento

de las encías, que puede llegar a ser doloroso y ulcerativo, especialmente si la higiene bucal no es adecuada. (Carreras, 1999)

Enfermedades dermatológicas influenciadas por el embarazo

Tabla 1. Afecciones dermatológicas

Afecciones	N	Porcentaje (%)
Prurito	59	11,80
Dermatitis contacto	34	6,80
PPUPE	27	5,40
Verrugas	26	5,20
Prurigo del embarazo	25	5,00
Nevos/tumor benigno	25	5,00
Infecciones bacterianas	20	4,00
Pitiriasis versicolor	18	3,60
Acné	18	3,60
Intertrigo micótico	15	3,00
Rosácea	14	2,80
Dishidrosis	14	2,80
Eccema	13	2,60
Melasma	13	2,60
Onicomycosis	13	2,60

Fuente: Población total (n = 500). Se consignan a continuación las afecciones dermatológicas más frecuentes encontradas. Otras afecciones encontradas: afecciones fisiológicas (n = 11); eccemátide acromiante (n = 8); foliculitis (n = 7); psoriasis (n = 6); granuloma piógeno (n = 4); infección viral (n = 4); foliculitis pruriginosa del embarazo (n = 3); colestasis intrahepática del embarazo (n = 5); dermatoficia (n = 3); ectoparasitosis (n = 2); tiña (n = 2); pitiriasis rosada (n = 2); otras (n = 44) (Valle, 2021)

Tumores cutáneos influidos por el embarazo

Tumores cutáneos benignos:

Acrocordones (molusco fibroso gravidarum): durante la segunda mitad del embarazo puede desarrollarse un número considerable de papilomas o acrocordones o fibromas blandos, lesiones benignas ligeramente pigmentadas, blandas y carnosas, que se localizan en la base y caras laterales del cuello y con menor frecuencia en el tercio superior del tórax y en los pliegues mamarios. (Estrella, Barraza, Sánchez, & Fernández, 2006)

Tumores vasculares: durante la gestación éstos tienden a aumentar de tamaño o aparecer nuevas lesiones. El granuloma piógeno o botriomicoma del embarazo o granuloma gravídico aparece entre el 2º y el 5º mes de la gestación y generalmente retrograda espontáneamente en el posparto. Es una neoformación de tejido conectivo vascular, que se da en el 2% de las embarazadas. Podemos encontrar con menor frecuencia el épulis en las encías, hemangiomas, tumores glómicos y hemangioendotelomas. (Estrella, Barraza, Sánchez, & Fernández, 2006)

Tumores cutáneos malignos:

La coexistencia de un cáncer con el embarazo es rara. Se estima que sería de aproximadamente 1 por 1000 embarazos. Los cánceres más frecuentes son aquellos que se observan en la mujer en edad fértil: cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, enfermedad de Hodgkin, melanoma maligno y leucemia. (Estrella, Barraza, Sánchez, & Fernández, 2006)

Si bien el melanoma no es el cáncer más común en el embarazo, es el que da un mayor número de metástasis tanto en placenta como en el feto. Su relación con el embarazo no es clara pero se piensa que empeora el pronóstico. Si la enfermedad está activa se debe evitar el embarazo por tres a cinco años. (Estrella, Barraza, Sánchez, & Fernández, 2006)

Infecciones genitales de importancia perinatal

La infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es el proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito y ardor vulvar, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinada por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. En el embarazo, la sepsis vaginal constituye un grave problema, ya que representa un factor de riesgo para la producción de complicaciones como rotura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer. (García Piña, Estrada Núñez, & Proenza Fernández, 2017)

El grupo de edad más vulnerable para la infección vaginal durante el embarazo reportado son las gestantes en edad adolescente, planteándose que es la etapa más difícil de la vida donde ocurren cambios drásticos en la esfera sexual y su inexperiencia las hace más proclives a infecciones de este tipo, sin embargo, se reportan casos importantes durante el primer trimestre del embarazo y en las mujeres de 20 a 35 años, estas son más vulnerables a las infecciones por tener mayor actividad sexual, por la ectopia cervical fisiológica y por la presencia de conductas sexuales riesgosas. (García Piña, Estrada Núñez, & Proenza Fernández, 2017)

Existe predominio de la *Candida albicans* como agente causal de la infección vaginal, describe que pueda estar causado por el aumento en los niveles de esteroides en las pacientes en esta etapa unido al contenido de glucógeno existente en la vagina que favorece la proliferación del germen y que las formas de infección de éste germen está muy relacionada con múltiples factores de riesgo, influyen el coito sin protección y la poca calidad de las aguas, ya que a veces se acumula y se utiliza sin aplicarle previo tratamiento (hervirla) para el aseo de los genitales. No es descartable tampoco los me-

dios de cultivo usados ya que se carece de medios para diagnosticar otros gérmenes que hoy se diagnostican en otras partes del mundo, la *Candida albicans* se diagnostica con medios simples. (García Piña, Estrada Núñez, & Proenza Fernández, 2017)

Según la publicación de García y otros (2017) la sepsis vaginal en las gestantes incrementó la incidencia de distrés respiratorio y membrana hialina en los recién nacidos. Se comprobó que el 68,2% de las pacientes presentaron sepsis vaginal y 11,4 %, sepsis urinaria. Se conoce la amplia variedad de microorganismos presentes en el aparato genital y la región ano-rectal de las mujeres, que por vía ascendente pueden alcanzar las membranas ovulares, el líquido amniótico e infectar al feto con rotura prematura de membranas o no. (García Piña, Estrada Núñez, & Proenza Fernández, 2017)

Dermatosis específicas o exclusivas del embarazo:

Enfermedades dermatológicas con características peculiares que se ven en su mayoría durante el embarazo o el posparto inmediato.

Herpes gestationis (HG) o penfigoide gestationis: Es una enfermedad rara. Se estima una incidencia que varía entre 1:4000 y 1:10.000 embarazos. Se presenta con prurito, que puede preceder en semanas y hasta en meses a la dermatosis; las lesiones dermatológicas consisten en pápulas urticarianas habonosas infiltradas, placas edematosas con eritema, vesículas y ampollas de contenido seroso, hemático y hasta purulento. Se localizan en abdomen principalmente en ombligo y región periumbilical, tronco y extremidades. Respeta cara, mucosas, palmas y plantas. Tiende a desarrollarse entre el 2° y el 3° trimestre de la gestación, con una exacerbación durante el parto y resolverse al cabo de pocas semanas o meses postparto. Evoluciona por brotes, recurre en el 95% de los embarazos posteriores; las recaídas también pueden presentarse por el uso de anovulatorios, la menstruación y la presencia de tumores hormonodependien-

tes. Es una afección inmunitaria específica de la embarazada que ocurre en mujeres con predisposición genética, sobre la cual actúan factores hormonales y recibe influencia de antígenos y secreciones de los tejidos placentarios. (Estrella, Barraza, Sánchez, & Fernández, 2006)

Con respecto al riesgo materno-fetal se ha reportado aumento de prematurez y bajo peso al nacimiento, así como neonatos con lesiones ampollares de herpes gestationis en el momento del nacimiento. El HG es una enfermedad con riesgo perinatal aumentado y debe ser tratado con urgencia contando con un apoyo de seguimiento de alto riesgo obstétrico. Los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son la erupción polimorfa del embarazo, el penfigoide ampollar, el eritema multiforme y varicela. (Estrella, Barraza, Sánchez, & Fernández, 2006)

Tabla 2. Principales enfermedades que se ponen de manifiesto por una afectación dermatológica y que comportan un alto riesgo, materno o fetal.

Enfermedad (referencias)	Riesgo fetal	Consecuencias maternas
Lupus [5, 6, 24-26]	Retraso del crecimiento Prematuridad Bloqueo auriculoventricular in utero Lupus neonatal (erupción benigna y transitoria)	Acceso de lupus (afectación renal++), HTA, eclampsia, trombosis, incluida de la placenta si el lupus se asocia a un síndrome antifosfolípidos
Enfermedades del tejido conjuntivo: riesgo mayor en el tipo vascular del síndrome de Ehlers-Danlos [29], riesgo bajo en el tipo hiper móvil del síndrome de Ehlers-Danlos [30] y en el pseudoxantoma elástico [31] Exantemas víricos [32]	Retraso del crecimiento Prematuridad	Hemorragias Ruptura uterina Insuficiencia cervical Desgarro perineal Cesárea recomendada Peridural desaconsejada
Parvovirus B19	Anemia, insuficiencia cardíaca, mortalidad in utero (1%)	En función de la existencia de malformaciones graves, se valora la interrupción terapéutica del embarazo
Rubeola	Malformaciones	
Sarampión	Mortalidad in utero	
CMV	Malformación	
VHS	Retraso del crecimiento infección neonatal grave	Aciclovir y valorar cesárea si infección cercana al parto
Varicela	Mortalidad in utero, malformaciones, prematuridad	Aciclovir
Melanoma [7]	Excepcionalmente, metástasis placentarias	El riesgo evolutivo es el mismo que en ausencia de embarazo, relacionado con el grosor del tumor (índice de Breslow)
Porfirias [27]	Transmisión de la enfermedad de la madre al hijo	Acceso de la enfermedad Dolor abdominal «pseudoquirúrgico» Precauciones si hay anestesia Diagnóstico prenatal en algunas formas
Colestasis gravídica	Mortalidad in utero Prematuridad Retraso del crecimiento	Valorar la cesárea cuando el niño es viable Estrógenos y estroprogestágenos contraindicados después
Psoriasis pustulosa generalizada del embarazo (impétigo herpetiforme)	Mortalidad in utero Prematuridad Retraso del crecimiento	Valorar la cesárea cuando el niño es viable

Fuente: HTA: hipertensión arterial; CMV: citomegalovirus; VHS: virus del herpes simple. (Machet & Vaillant, 2017)

Pápulas y placas urticarianas pruriginosas de la embarazada (PPUPE)

Esta afección es la más frecuente, se observa en uno de cada 160-180 embarazos; algunos autores mencionan uno cada 300 embarazos. Cursa con prurito irresistible, pero no se observan lesiones de rascado, aunque sí lesiones de frotación. Dentro de los estudios y teorías de las causas de la enfermedad se mencionan mecanismos endocrinológicos, hormonales, inmunológicos, vasculares, todos propios del embarazo; también factores paternos y distensión abdominal. (Valle, 2021)

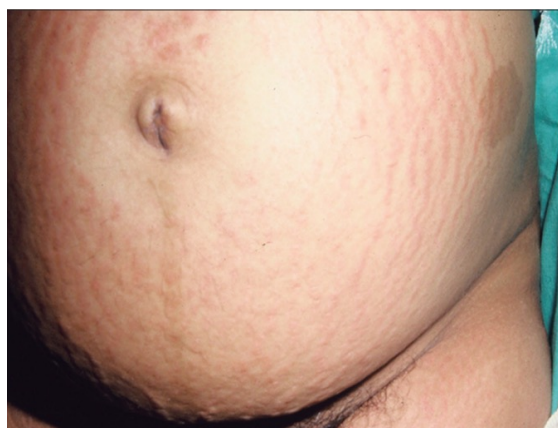


Imagen 3. Pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo (PPUPE).

Fuente: Lesiones papulosas eritematosas en las estrías abdominales. (Valle, 2021)

Comienza con lesiones papulosas, pequeñas, de 0,1 hasta 0,5 cm, ubicadas por regla general en las estrías abdominales, alrededor de la región umbilical (respetan el ombligo). Son eritematosas, rosadas, edematosas, inflamatorias, y con poca frecuencia pueden presentar un halo más claro. Estas lesiones se unen y forman placas eritematosas y edematosas. Con el avance de la afección las lesiones se extienden a muslos y glúteos; solo ocasionalmente se ubican en brazos y piernas. Las lesiones papulosas muy edematosas en oportunidades toman un aspecto pápulo-vesicular. Se las menciona como micro-vesículas, no son verdaderas vesículas. Se sugiere que su formación se debería al excesivo edema epidérmico y dérmico. Las mucosas siempre están respetadas. No afecta a la paciente en embarazos posteriores y no hay alteraciones en la morbilidad y mortalidad materno-fetal. Dentro de las complicaciones se presentan: eccematización; lesiones por frotación importante e impetiginización. (Valle, 2021)

De acuerdo a la forma de extensión de la enfermedad en el tegumento, pueden establecerse tres grados de la afección.

- Grado I: lesiones escasas y el prurito no es irresistible; afectación en menos del 10% del tegumento.
- Grado II: mayor cantidad de lesiones equivalentes hasta el 30% del tegumento.
- Grado III: lesiones diseminadas con superficie afectada de más del 30% del tegumento. (Valle, 2021)

Prurigos vinculados del embarazo (PVE)

- Prurigo de Besnier, Brocq y Jacquet, 1904.

Las lesiones y las características clínicas dermatológicas de ambos prurigos son similares, no son afecciones polimorfas. Uno se observa en el primer y segundo trimestre del embarazo y el otro en el segundo y tercer trimestre. En esta clasificación se colocan

en forma conjunta el prurigo del embarazo temprano (prurigo de inicio precoz, prurigo gestationis de Besnier, Brocq y Jacquet) y el prurigo tardío del embarazo de Nurse. Las lesiones son persistentes, papulosas, eritematosas, amarronadas, de diversos tamaños, muy pruriginosas. Se ubican de forma simétrica, con predominio en miembros inferiores y superiores, y en oportunidades afectan el tronco. Se observan lesiones excoriadas, con o sin costras hemáticas. La etiopatogenia de los prurigos es desconocida; algunos autores los relacionan con la predisposición personal y familiar de antecedentes de atopia, los cuales no siempre se constatan. Las lesiones de los prurigos regresan luego del parto. No presentan alteraciones en la morbilidad y mortalidad materno-fetal. (Valle, 2021)

Foliculitis pruriginosa del embarazo (FPE)

Se observa entre el cuarto y el quinto mes de la gestación, y en algunas oportunidades en el tercer trimestre. Entidad con muy buena definición clínico dermatológica; son pápulas y pústulas, distintas a las de las PPUPE y a las de los prurigos.

Son lesiones foliculares, acneiformes, pequeñas, pruriginosas; con cultivos bacterianos negativos, eso es lo importante. La localización más frecuente es en el tronco, en la región abdominal, sin afectar las estrías abdominales. La evolución de la afección es la desaparición al poco tiempo del parto. La máxima persistencia señalada ha sido un mes después del parto. Tiene tendencia a la recidiva en embarazos posteriores. (Valle, 2021)

Dermatitis papulosa de Spangler (DPS)

Se presenta en uno cada 2400 embarazos. Se constatan pocos casos descritos, pero su clínica dermatológica dilucida el diagnóstico. Esta afección muy pruriginosa puede comenzar en cualquier momento del embarazo. Presenta otro tipo de pápulas: son pequeñas, de 0,3 a 0,5 cm, con lesiones centrales representadas por una pequeña

pápula, firme (algunos autores la llaman seropápula) y luego por producto de la exco-riación es reemplazada por una costra he-mática. Las lesiones no presentan tendencia a la agrupación, son generalizadas; se dis-tribuyen en tronco, extremidades y pueden afectar cara y cuero cabelludo. Es muy difícil encontrar pápulas intactas. Las lesiones se distribuyen por todo el tegumento, predomi-nan en la región abdominal, no asientan en las estrías. Desaparece a los pocos días del parto y tiende a repetirse en embarazos pos-teriores. En algunos trabajos se menciona un incremento de abortos y de la mortalidad fetal, por una posible insuficiencia placentaria. Por lo tanto, se aconseja el seguimiento pautado en forma diaria con respecto a la salud y vitalidad fetal. (Valle, 2021)

Erupción toxémica del embarazo (ETE)

Se presenta en las últimas semanas del em-barazo; no se relaciona con la preeclampsia ni con la eclampsia. Las lesiones son macu-losas, eritematosas, con un tamaño mayor a los 3 cm, con escamas finas. Las lesiones en escasas oportunidades pueden tomar un aspecto urticariforme. La distribución es simétrica, se ubica en región abdominal, no en las estrías y se extiende a miembros su-periores e inferiores. En algunas ocasiones afecta la cara. Cursa con moderado prurito y sensación de quemazón. Es una afección muy distinta de las PPUPE. Se menciona que el riesgo materno fetal está aumentado. Tiende a recurrir en los embarazos posterio-res. (Valle, 2021)

Herpes gestationis (HG)

Es una afección poco frecuente, su inciden-cia varía entre 1/2000 a 1/50.000 embara-zos. Se presenta en el segundo y el tercer trimestre del embarazo; en oportunidades, en el primer trimestre y en el curso del puer-perio. Esta afección es muy característica: presenta placas eritematosas y edematosas, se agregan múltiples ampollas y vesículas de distribución herpetiforme. Las lesiones se localizan en el abdomen, principalmen-te en ombligo y región periumbilical, tronco

y extremidades. Las ampollas son trans-parentes, se rompen dejando erosiones. Respeta cara y mucosas. En sus formas ini-ciales, se observan lesiones papulosas le-ves sin ampollas de HG; en oportunidades, debe diferenciarse de las PPUPE con lesio-nes muy manifiestas. Su etiología es autoin-mune. En esta afección está aumentado el riesgo fetal, por alteración placentaria; se informan aumento de partos prematuros y demora del crecimiento uterino. Es conve-niente realizar monitoreo fetal y observación del crecimiento intrauterino de forma sema-nal. El recién nacido, en un porcentaje del 10%, puede presentar lesiones similares a las maternas. Tiene tendencia a la recurren-cia en embarazos posteriores. (Valle, 2021)

Impétigo herpetiforme (IH)

Se considera una psoriasis pustulosa en una paciente embarazada. La psoriasis puede ser anterior al embarazo, o bien su comienzo puede ser durante la gesta-ción. La afección se presenta en el tercer trimestre del embarazo y se resuelve en el posparto, pero puede reaparecer en em-barazos posteriores. Cursa con lesiones en placas eritematosas con pústulas esté-riles en los límites; dolorosas al tacto. Se distribuye en tronco y extremidades pero, de preferencia, afecta pliegues, con mayor frecuencia los inguinales. No se constatan lesiones en cara, manos y pies. Las lesio-nes pueden hipertrofiarse y ser vegetantes. Puede asociarse a hipocalcemia, malestar general, fiebre, náuseas, vómitos, anore-xia, convulsiones, insuficiencia cardíaca o renal. Los embarazos de estas pacientes son considerados de alto riesgo obstétrico, por lo que la monitorización fetal debe ser realizada con una frecuencia superior a la habitual. (Valle, 2021)

Colestasis intrahepática del embarazo (CIE)

Es la más frecuente enfermedad hepática específica del embarazo. Se presenta al final del segundo trimestre y en el tercer trimes-tre. Cursa con alteración en las pruebas de

la función hepática y aumento de los niveles séricos de ácidos biliares. Salvo la ictericia, no presenta lesiones dermatológicas que merezcan incluirla dentro de las dermatosis específicas de la embarazada. La afección cursa con prurito intenso, su síntoma cardinal, sin lesiones dermatológicas. Las pacientes son derivadas a la interconsulta con dermatología cuando presentan lesiones lineales de rascado o en las primeras etapas cuando aún el diagnóstico no está dilucidado y lo único que exteriorizan es el prurito incoercible. En esta afección debe descartarse la toma de fármacos que puedan producir prurito y se asocien con la producción de colestasis: estrógenos, clorpromacina, estolato de eritromicina. (Valle, 2021)

La colestasis intrahepática del embarazo muestra una alta tendencia a la recidiva en los siguientes embarazos. La CIE se asocia en varias oportunidades a: partos prematuros, sufrimiento fetal, líquido amniótico meconial y muerte fetal intrauterina. Parece predisponer en la madre el desarrollo de una litiasis biliar y trastornos hepatobiliares en etapas posteriores al parto. (Valle, 2021)

Conclusiones

La lección que se rescata de la presente investigación radica en la importancia del seguimiento y control perinatal. No ha de ser opcional para ninguna embarazada, como tampoco debería representar una lucha de derechos para acceder a ello.

Si bien los cambios que se producen en la mujer la preparan para todo el proceso de gestación y desarrollo fetal también la predispone a padecer de ciertas afecciones presentes en el órgano de mayor tamaño que poseen los seres humanos.

Las afecciones dermatológicas principalmente representan una incomodidad física para la embarazada, pero se resalta que también ponen en riesgo la salud del bebé en cualquier etapa de su desarrollo perinatal e incluso puede comprometer la salud inmediata del neonato.

Como regla base de la práctica médica el éxito de un tratamiento radica en el correcto y oportuno diagnóstico, con lo cual, en el caso del tema de estudio sería importante especificar sobre cual cambio específico habría que desarrollar no solo la etiología correspondiente sino considerar factores sociodemográficos que propongan una suerte de guía diagnóstica disponible para mejorar la salud materno-infantil según manifestaciones cutáneas.

Bibliografía

- Carreras, M. (1999). Alteraciones dermatológicas durante el embarazo. &D. E. Carreras. Novartis Consumer Health, SA., 19-21. Obtenido de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol2n3pag19-21.pdf>
- Cifuentes M., M., & Zepgi T., M. S. (1993). Enfermedades dermatológicas y embarazo. *Dermatología*, 184-194. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/lil-136144>
- Estrella, V., Barraza, S., Sánchez, A., & Fernández, R. (2006). Piel y embarazo. *Revista Argentina de Dermatología*(87), 264-277. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/rad/v87n4/v87n4a04.pdf>
- García Piña, D., Estrada Núñez, J., & Proenza Fernández, L. (2017). Infección vaginal en gestantes y su influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. *MULTIMED*, 21(2), 52-65. Obtenido de <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/490/792>
- Machet, L., & Vaillant, L. (2017). Piel y embarazo. *EMC. Dermatología*, 51(1), 1-8. Obtenido de [https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/S1761-2896\(16\)82514-5](https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/S1761-2896(16)82514-5)
- Valle, L. (2021). Dermatosis específicas de la embarazada (DEE). Propuesta de nueva clasificación. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(2), 31-38. Obtenido de https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2197/Rev-2-2021_pag-31-38_Valle.pdf



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Cobos Sanaguano, G. M., Macas Tierra, M. E., Lascano Minta, F. Y., & Criollo Supe, D. C. (2023). Cambios dermatológicos que se producen en el embarazo. RECIAMUC, 7(1), 328-339. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.328-339](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.328-339)