

DERMATOPATIAS Y EMBARAZO CONDUCTA OBSTÉTRICA

Dr. José Cohén Gohman*

José Cohén Gohman. **Dermatopatías y Embarazo. Conducta Obstétrica.** Derm. Venez, 1999, 37: 11-14

RESUMEN

Se presenta la relación entre ciertas enfermedades cutáneas propias del embarazo y las eventuales lesiones presentes en el feto (en útero o al nacer). Asimismo, se hace énfasis en las medidas de estudio y seguimiento de la madre y del feto durante el embarazo. Se discuten las conductas a seguir en cada caso.

El objeto fundamental de este trabajo es hacer más fácil la adecuada comunicación entre obstetras y dermatólogos.

Palabras clave: Dermatopatías, embarazo, seguimiento fetal.

ABSTRACT

We present relationships between certain dermatoses of pregnancy and fetal and newborn pathology. We indicate techniques employed in the follow up of the mother and fetus as well as available therapies.

The overall purpose of this paper is to facilitate appropriate communication and understanding between obstetricians and dermatologists.

Key words: Dermatoses, fetal monitoring, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo, la piel se ve afectada de muchas formas. Algunos cambios en la piel ocurren tan frecuentemente que pueden considerarse como fisiológicos. Otros cambios, ocurren con menor frecuencia y aparecen únicamente en la preñez. Finalmente hay otras dermatosis o manifestaciones cutáneas de otras enfermedades que pueden anteceder al embarazo o coincidir con éste. Este artículo tiene la finalidad de instruir al dermatólogo en el manejo obstétrico de estas enfermedades y de qué forma estas pueden afectar tanto a la madre, como al feto

DERMATOPATIAS ESPECÍFICAS DEL EMBARAZO

Algunas dermatopatías son únicas o específicas durante el embarazo. Debido a la complejidad en el entendimiento de la patogénesis en la mayoría de estas enfermedades, la terminología de éstas ha sido un tanto confusa. Muchas de estas patologías han sido descritas por distintos autores utilizando nombres diferentes para una misma condición.

Antes de comenzar con la descripción de ciertas patologías, voy a explicar en qué consisten ciertas pruebas para demostrar bienestar fetal las cuales van a ser mencionadas frecuentemente, en este artículo.

Monitoreo fetal externo

Es una de las primeras pruebas de bienestar fetal que empezaron a ser uti-

lizadas. La finalidad de esta prueba es observar la respuesta del corazón fetal con los movimientos del feto en el útero. Idealmente, con cada movimiento fetal, se debe producir una aceleración cardíaca, la cual es cuantificada en un lapso de 20 minutos y el registro se obtiene en una hoja de forma similar a un electrocardiograma. En caso de producirse 2 aceleraciones de 15 segundos de duración y más de 15 latidos por minuto, se considera la prueba reactiva, concluyendo que el bienestar fetal está conservado. De lo contrario la prueba se considera no reactiva, y se debe continuar con otras exploraciones.

Perfil biofísico

El perfil biofísico es una prueba de bienestar fetal, la cual consiste en la observación del feto, durante un pe-

* Centro Médico Docente La Trinidad y Hospital de Clínicas Caracas.

riodo de 30 minutos en la máquina de ultrasonido. Es un complemento del monitoreo fetal. En ella se van a determinar cuatro parámetros en el feto los cuales son: la presencia de movimientos respiratorios, movimientos corporales, tono fetal y la medición de la cantidad de líquido amniótico. Junto con el monitoreo fetal, se asigna un puntaje a cada patrón observado. De acuerdo al puntaje obtenido se decide continuar con el embarazo (bienestar fetal conservado), repetir la prueba nuevamente o la interrupción del mismo.

Velocimetría Doppler

El estudio de velocimetría Doppler es una prueba que se realiza igualmente con una máquina de ultrasonido de alta resolución que tenga adaptado un programa especial para la ejecución de la prueba. Consiste en la medición de resistencias al flujo sanguíneo en distintas regiones de la anatomía del feto (arteria umbilical, arteria cerebral media, aorta, etc.), y circulación materno placentaria, (placenta, arterias uterinas maternas). De esta forma podemos evaluar la presencia o no de adecuado riego sanguíneo hacia el feto, lo cual resulta muy importante determinar en ciertas condiciones que afectan la circulación materno-placenta-feto como son la hipertensión inducida por el embarazo, diabetes entre otras, condicionando la aparición del retardo de crecimiento intrauterino. Se requiere de un personal especialmente entrenado, (idealmente un obstetra con experiencia en velocimetría Doppler).

Ecocardiografía Fetal

La ecocardiografía fetal es un estudio ultrasonográfico del corazón del feto. Se requiere una máquina de ultrasonido de alta resolución con la adaptación de un programa adecuado para la realización de este estudio. El estudio consiste en primer lugar, en la detallada visualización de la anatomía cardíaca fetal, pudiendo obtener mediciones de las cavidades cardíacas, septum interventricular y paredes ventriculares. En segundo lugar permite evaluar el funcionalismo cardíaco fetal (fracción de eyección de cada ven

trículo) y en tercer lugar permite evaluar las alteraciones del ritmo cardíaco fetal (arritmias, bloqueos). Igualmente se necesita la presencia de un personal altamente entrenado para este fin (cardiólogo infantil, obstetra).

A continuación se mencionan las dermatopatías más frecuentes durante el embarazo, de qué forma pueden afectar al feto y cómo debe orientar el dermatólogo a estas pacientes para el adecuado manejo.

Penfigoide estacional (Herpes Gestacional)

Pénfigo gestacional es una rara enfermedad ampollar del embarazo y postparto, de carácter autoinmune. Su incidencia varía entre 1 en 3.000 y 1 en 5.000 embarazos.

El feto

El factor materno de Pénfigo gestacional pasa a través de la circulación placentaria y se une a la piel del feto, causando ampollas con las mismas características de la enfermedad materna.^{1,2} 36 recién nacidos vivos de madres con pénfigo gestacional, 4 tuvieron lesiones en la piel y hallazgos de laboratorio compatibles con la enfermedad.³ Existe una mortalidad fetal aumentada en madres con pénfigo gestacional hasta un 30%.⁴ Igualmente se ha observado un aumento en la incidencia de parto prematuro y retardo de crecimiento intrauterino debido esto último a alteración en el funcionalismo placentario.

El manejo obstétrico de estos embarazos debe realizarse con monitoreos fetales y perfil biofísico semanalmente, comenzando en la semana 30-32. Igualmente ante la sospecha de retardo de crecimiento intrauterino se debe realizar estudios de velocimetría Doppler idealmente cada dos semanas. Una vez alcanzada la madurez fetal o ante cualquier evidencia de compromiso del bienestar fetal, se sugiere la interrupción del embarazo.

El pediatra debe ser notificado al momento del nacimiento en todos los casos con madres que sufran de esta enfermedad y en aquellos recién nacidos producto de madres que recibie-

ron prednisona durante el embarazo, para detectar también la presencia de insuficiencia suprarrenal.

• Impétigo Herpetiforme

Impétigo herpetiforme es una severa y generalizada dermatosis pustular asociada al embarazo. De aparición típica en el tercer trimestre aunque puede ocurrir igualmente en el primer o segundo trimestre.

• El Feto

Impétigo herpetiforme se ha visto relacionado con alteración en el funcionalismo placentario, recién nacidos muertos y muertes neonatales.⁵ No se conoce afectación cutánea en el recién nacido.

Debido a los riesgos antes mencionados, se debe realizar monitoreo fetal y perfil biofísico semanalmente en el último trimestre del embarazo, y una vez alcanzada la madurez del feto, se recomienda la interrupción del embarazo.

• Pápulas y Placas Pruríticas y Urticarias del Embarazo

Pápulas y placas pruríticas y urticarias del embarazo (PPPUE)⁶ es una enfermedad ambigua caracterizada por pápulas eritematosas, placas y lesiones urticariales que usualmente aparecen en el tercer trimestre del embarazo. Probablemente es la erupción más común observada durante el embarazo. Su incidencia se estima en un 0.6% de todos los embarazos. La enfermedad es más prevalente en primigestas.

El feto

Se ha descrito afectación de la piel del feto. No se ha demostrado un aumento en la incidencia en malformaciones fetales, óbito fetal o prematuridad.⁷

• Prurito gravídico y colestasis intrahepática del embarazo

El prurito gravídico puede definirse como un prurito generalizado, sin

la presencia de un rash. Puede estar asociado hasta en un 2% de los casos con colestasis intrahepática del embarazo, ictericia, en la cual en ciertos casos la morbimortalidad del feto es alta. El prurito generalmente aparece al finalizar el segundo y tercer trimestre del embarazo. La ictericia aparece dos semanas después del prurito y desaparece al finalizar el embarazo.

El feto

El manejo de la colestasis intrahepática del embarazo muchas veces resulta un tanto controversial por el riesgo aumentado que existe de la aparición de líquido amniótico meconial y por lo tanto sufrimiento fetal, parto prematuro y muerte fetal. Las causas no son del todo conocidas. Algunos autores argumentan la aparición de hipoxia fetal y no insuficiencia uteroplacentaria crónica.⁸ El riesgo de sufrimiento fetal y muerte intrauterina aumenta a medida que el embarazo se acerca a su final.

Es de suma importancia el seguimiento muy de cerca de estos embarazos con pruebas de bienestar fetal tales como monitoreo fetal y perfil biofísico dos veces por semana comenzando a partir del momento que se presenta la enfermedad. Se debe interrumpir el embarazo alrededor de la semana 37, si las condiciones del feto lo permiten. La vía del parto debe ser vaginal, a menos que exista una condición obstétrica que lo impida. Se recomienda la administración de vitamina K al recién nacido inmediatamente después del parto para evitar el riesgo de sangrado intracerebral.

DERMATOPATÍAS PREEXISTENTES AL EMBARAZO

En líneas generales, la edad reproductiva significa un periodo de buena salud dermatológica. Sin embargo, podemos encontrarnos con enfermedades dermatológicas que coinciden durante el embarazo. La lista es sumamente extensa, pero quisiera mencionar dos de ellas, en donde puede existir afectación fetal y en ocasiones ser permanente.

• Lupus Eritematoso Sistémico

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es sin duda alguna la enfermedad del tejido conectivo que representa el mayor reto tanto para el internista, para el dermatólogo como para el obstetra. El LES es una enfermedad multisistémica que afecta mayormente a mujeres jóvenes. Se ve relativamente con cierta frecuencia durante el embarazo aunque su aparición de *novo* es poco frecuente durante esta etapa.

Efecto sobre el embarazo

Existen principalmente tres formas en las cuales el LES afecta el embarazo:

- 1- Existe un aumento de la frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo, compromiso renal (nefritis lúpica), retardo de crecimiento intrauterino, y ruptura prematura de membranas.
- 2- Afecta al recién nacido con el llamado Síndrome de Lupus Neonatal el cual es responsable de producir bloqueo aurículo ventricular completo en el corazón del feto.
- 3- El riesgo de aborto está incrementado como parte del síndrome antifosfolípido en asociación con tromboembolismo venoso o arterial.

Síndrome de Lupus Neonatal

El síndrome de Lupus Neonatal incluye a aquellos recién nacidos en los cuales se encuentran alteraciones hematológicas, cardíacas, y lesiones en la piel, así como recién nacidos en donde se desarrolla el LES. Inmunoglobulinas g maternas atraviesan la barrera placentaria produciendo la enfermedad en el recién nacido. Entre las alteraciones hematológicas se incluyen anemia hemolítica, leucopenia, y trombocitopenia.

Con respecto a, las alteraciones cardíacas, la más frecuente es el bloqueo cardíaco completo, el cual puede ser diagnosticado en el periodo pre-natal mediante la ecocardiografía fetal. Sin embargo la, gran mayoría de los recién nacidos hijos de madres con LES son normales, pero 1 de cada 3

recién nacidos con bloqueos cardíacos completos, sus madres tienen o tendrán una enfermedad del tejido conectivo.⁹ El bloqueo cardíaco está relacionado con la presencia de anticuerpos para el antígeno de tejido soluble ribonucleico (anti-Ro y anti-La). El riesgo de bloqueo cardíaco congénito es mucho más frecuente con la presencia del anti-Ro que de anti-La. La frecuencia del bloqueo cardíaco con la presencia del anti-Ro es del 5%, sin embargo esta frecuencia puede aumentar hasta un 33%, si la madre ha tenido otro hijo con bloqueo cardíaco congénito.⁷⁰ Más recientemente, se han encontrado anticuerpos al retrovirus 3 endógeno. Estos anticuerpos atacan al tejido cardíaco fetal, produciendo el bloqueo cardíaco.¹¹ También se ha implicado en la patogénesis de esta enfermedad la presencia de IgG (tanto en sangre materna, como en sangre fetal) contra el tejido cardíaco.¹²

El feto

Aquellos pacientes que padezcan del síndrome antifosfolípido, deben ser monitoreados con velocimetría Doppler evaluando flujo placentario y en arteria umbilical comenzando en la semana 20. De esta forma puede predecirse la presencia o no de compromiso fetal. Igualmente se debe realizar ecocardiografía fetal para evaluar la presencia del bloqueo cardíaco completo comenzando en la semana 20-22 de gestación. El manejo de estos fetos in útero resulta un verdadero reto para el obstetra y el equipo médico que participa en la atención de este embarazo. Como complicación inmediata del bloqueo cardíaco, estos fetos pueden desarrollar *hidrops fetalis* (ascitis, edema pericárdico y pericraneal), el cual dependiendo de la edad gestacional en la cual se presente, puede causar la muerte del feto. A su vez, se debe confirmarla presencia de malformaciones cardíacas, las cuales se ven asociadas en un 15-20% de estos casos.¹³ Aquellos recién nacidos con el bloqueo cardíaco completo probablemente necesiten de marcapasos al momento de nacer, ya que este es un defecto permanente. Comenzando en la semana 30 de gestación, idealmente

debe realizarse a la madre monitoreo fetal y perfil biofísico para evaluar el bienestar fetal. La vía del parto debe ser la vía vaginal, a menos que exista una condición obstétrica que lo impida.

• Pénfigo Vulgar

El pénfigo, es una enfermedad ampollar intraepitelial, la cual ha sido clasificada en cuatro tipos, siendo el pénfigo vulgar la entidad más común y a su vez la más severa. Generalmente afecta a pacientes en la cuarta y quinta década de la vida. La relación de pénfigo vulgaris y embarazo es bastante rara.¹⁴ Existen evidencias que se produce el paso de la IgG del pénfigo a través de la placenta.¹⁵ Esto ha sido demostrado al encontrarse el anticuerpo en el plasma del feto y a su vez depósitos intercelulares en la piel del feto. En aquellos fetos que sobreviven, las ampollas y erosiones vistas en el nacimiento, desaparecen en un lapso no mayor de dos semanas. Por otra parte existe un 14% de frecuencia de recién nacidos muertos.¹⁴ No se ha observado una incidencia aumentada de malformaciones congénitas en estos recién nacidos. Durante estos embarazos, se recomienda realizar

bas de bienestar fetal como son el monitoreo fetal y perfil biofísico a partir de la semana 30-32.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foidart JM, Yaar M, Hall R, et al. hrununopathological and clinical studies in herpes gestationis. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 88: 153-59.
2. Chorzelski TP, Jablonska S, Beutner EH, et al. Herpes Gestationis with identical lesions in the newborn. *Arch Dermatol* 1976; 112: 1129-31.
3. Lawley TJ, Stingl G, Katz SI. Fetal and maternal risk factors in herpes gestationis. *Arch Dermatol* 1978; 114: 552-55.
4. Holmes RC, Black MM: The specific dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 405-12.
5. Oumeinsh OY, Farral SE, Bataineh A.S. Some aspects of impetigo herpetiformis. *Arch Dermatol* 1982; 118: 103-5.
6. Lawley T'J, Hertz KC, Wade TR, et al. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. *JAMA* 1979; 241: 1696-99.
7. Uhlin SR, Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: Involvement in mother and infant. *Arch Dermatol* 1981; 117: 238-39.
8. Alsulyman GM, Ouzounian JG, Ames-

Castro M, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Perinatal outcome associated with expectant management. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 957-60.

9. Esscher E, Scott JS. Congenital heart block and maternal lupus erythematosus. *Br Med J* 1979; 1: 1235-38.
10. Olah KS, Gee II. Fetal heart block associated with maternal anti-Ro (SS-A) antibody-current management: A review. *Br. J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 751-55.
11. Li JM, Fan WS, Ilorsfali AC, et al. The expression of human endogenous retrovirus-3 in fetal cardiac tissue and antibodies in congenital heart block. *Clin Exp Immunol* 1996; 104: 338-42.
12. Taylor PV, Scott JS, Gerlis LM, et al. Maternal autoantibodies against fetal cardiac antigens in congenital complete heart block. *N Engl J Med* 1986; 315: 667-72.
13. Stephensen O, Cleland WP, Ilallidie Smith K: Congenital heart block and persistent ductus arteriosus associated with maternal systemic lupus erythematosus. *Br Heart J* 1981; 46: 104-6.
14. Ross MG, Kane B, Frieder R, et al. Pemphigus in pregnancy. A reevaluation of fetal risk. *Am j Obstet Gynecol* 1986; 155: 30-33.
15. Hup JM, Bruinsmo RA, et al. Neonatal pemphigus vulgaris: transplacental transmission of antibodies. *Pediatric Dermatol* 1986; 3: 468-72.