

## ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO

Dres. A. Moreno, A. Jucglà y X. Bordas

---

### CONCEPTO

Reacción cutánea adversa en el embarazo, muy pruriginosa, sin riesgo fetal.

### ETIOPATOGENIA

Incidencia estimada de 1/240 embarazos. La aparición de la erupción polimorfa del embarazo en los estadios finales de la gestación (tercer trimestre) sugiere que la distensión abdominal o una reacción a la misma juega un papel importante en la patogenia, que no está bien definida. La negatividad constante de la inmunofluorescencia directa excluye un mecanismo inmunológico. Hay un componente de sensibilidad personal y se ha especulado con la posibilidad de un factor paterno circulante que no se ha demostrado.

### DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las lesiones aparecen característicamente durante las últimas semanas del embarazo, prácticamente siempre durante el tercer trimestre. Puede desarrollarse en cualquier embarazo aunque lo habitual es que se trate del primero. Se trata de una erupción polimorfa caracterizada por la aparición de pápulas eritematosas y placas de aspecto urticariforme (Figs. 1 y 2). A veces hay además vesículas pequeñas y costras. La erupción es característicamente muy pruriginosa por lo que lesiones por rascado secundarias son frecuentes. Por el contrario no se observan vesículas grandes y ampollas tensas como puede suceder en el penfigoide. La analítica es normal aunque a veces se detecta cierta eosinofilia.

Las lesiones se inician en el abdomen, alrededor del ombligo y afectando especialmente a las estrías abdominales y sus alrededores. Los casos

con lesiones extensas muestran extensión hacia el tronco y la porción proximal de las extremidades. Las áreas descubiertas no suelen estar afectadas.

Las lesiones involucionan espontáneamente hasta la desaparición después del parto. No está descrito riesgo fetal. Los embarazos tienen un curso normal y no hay descrito un mayor índice de complicaciones. No es frecuente la recidiva en embarazos posteriores y, aunque excepcionalmente puede suceder, suele presentarse con una forma más leve.

### CLAVES CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS

- Aparición de las lesiones urticariformes durante las últimas semanas del embarazo.
- Pápulas y placas de aspecto urticariforme, muy pruriginosas, ocasionales vesículas pero no ampollas tensas.
- Área periumbilical y estrías abdominales. Posible extensión centrifuga.
- Ausencia de riesgo materno-fetal.
- Involución espontánea después de parto.

### DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA

Las características histológicas varían dependiendo del tipo de lesión clínica. Las pápulas muestran un discreto edema y un leve infiltrado perivascular y difuso de linfocitos y eosinófilos generalmente limitado a la porción más superficial de la dermis. Las lesiones pueden ser muy tenues e inespecíficas. En las lesiones vesiculosas se observa, además, vesiculación espongiótica discreta en el centro de la pápula (Fig. 3).

Las placas urticariformes muestran cambios microscópicos más prominentes. La dermis muestra un patrón de reacción urticariforme con edema intenso (Fig. 4) en ocasiones con pseudovesícula-



**Figura 1.** Erupción polimorfa del embarazo. Placas urticariformes discoideas.



**Figura 2.** Erupción polimorfa del embarazo. Predominio de las lesiones papulosas.

ción y un infiltrado más denso que se localiza en la dermis reticular superficial o superficial y profunda, dependiendo de la intensidad, y está compuesto por linfocitos entremezclados con eosinófilos (Fig. 5). En casos muy intensos pueden observarse figuras en llamarada. La epidermis puede ser normal o presentar discreta exocitosis linfoide y espongirosis.

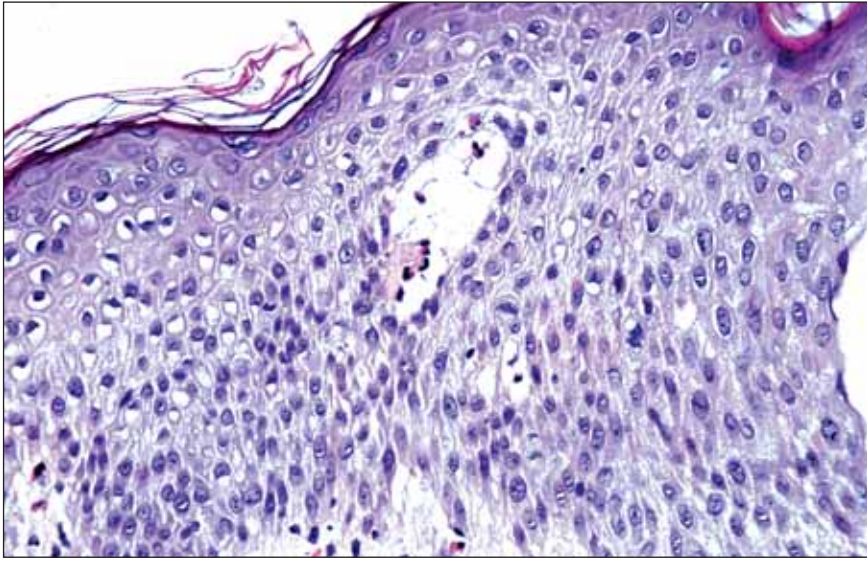
Las lesiones más avanzadas pueden mostrar pequeñas excoriaciones, costras y cambio secun-

dario por rascado. En algunas lesiones muy pruriginosas se puede llegar a observar liquenificación secundaria al rascado

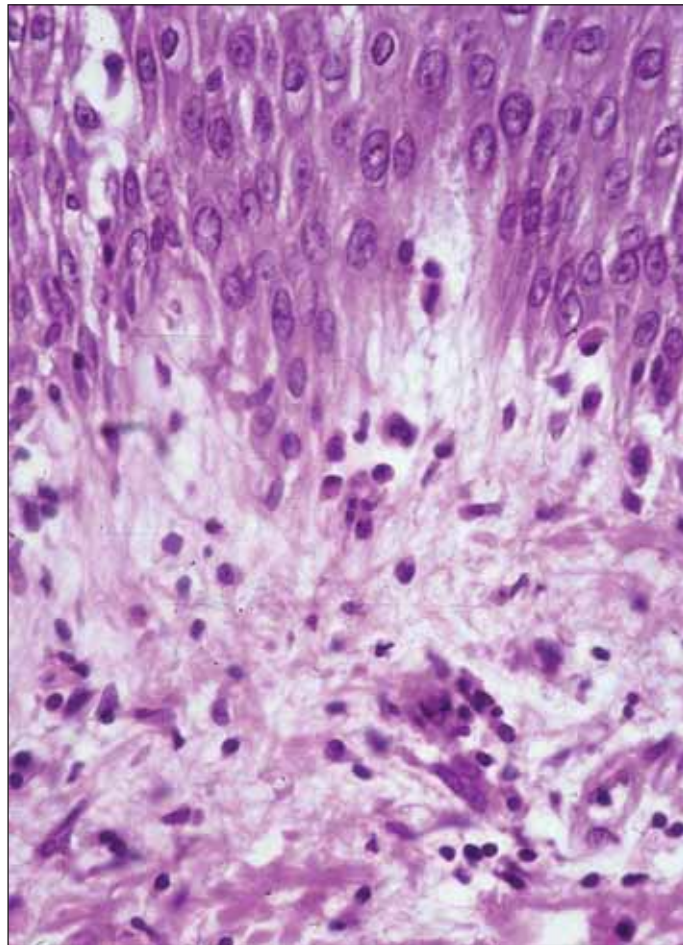
La inmunofluorescencia directa es negativa.

#### **CLAVES DEL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO**

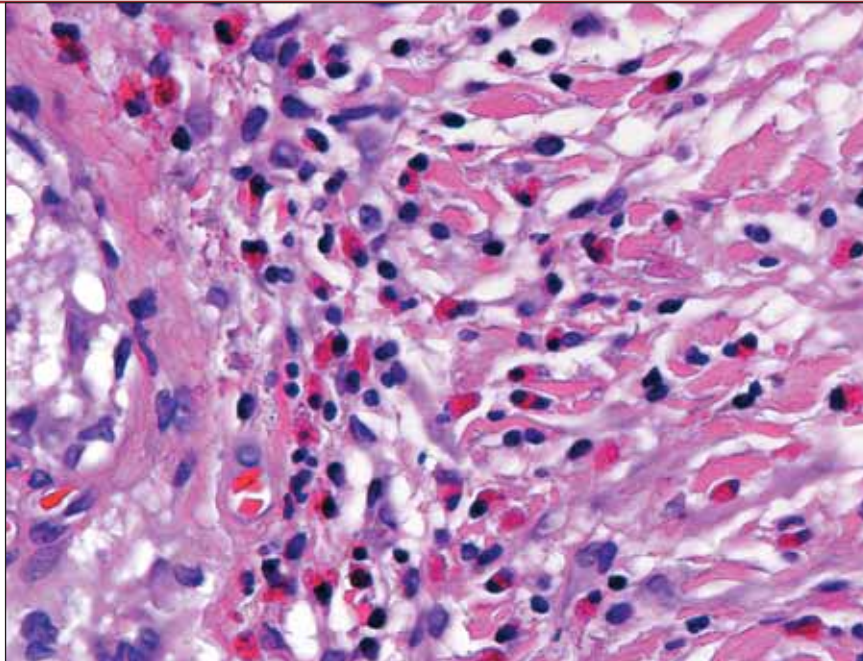
- Pápulas: edema y leve infiltrado linfoide con eosinófilos, perivascular inespecífico.



**Figura 3.** *Spongiosis con formación de alguna vesícula espongíotica. Ocasionales eosinófilos inteaepidérmicos.*



**Figuar 4.** *Edema en la dermis superficial.*



**Figura 5.** Apariencia urticariforme del infiltrado. Componente parivascular y difuso con edema y eosinófilos.

- Placas: reacción urticariforme con edema e infiltrado perivascular y difuso por linfocitos y eosinófilos.
- Puede haber espongiosis leve y costra. No se observa vesiculación tipo penfigoide.
- Inmunofluorescencia directa negativa.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Herpes gestacional: puede aparecer en cualquier momento del embarazo y es el proceso más frecuente entre las erupciones del primer trimestre. La localización es similar pero suele haber vesículas tensas y ampollas. Histológicamente es indistinguible del penfigoide ampolloso aunque las áreas urticariformes no ampollosas son idénticas a las lesiones en placa de la erupción polimorfa del embarazo. La inmunofluorescencia directa es característicamente positiva.

Foliculitis del embarazo. Lesión predominantemente folicular, tanto clínica como histológicamente.

Urticaria: El aspecto de las lesiones puede ser indistinguible de una erupción polimorfa del embarazo, pero las lesiones, consideradas individualmente, son evanescentes (menos de 24 horas).

## TRATAMIENTO

En la mayoría de ocasiones basta con tranquilizar a las pacientes informando del carácter benigno del proceso, la ausencia de riesgo fetal y la resolución tras el parto. Ocasionalmente pueden emplearse corticoides tópicos y antihistamínicos de acción sedante.