

Erupción atópica del embarazo

Paulina Mariel Gay Muñoz,¹ Sergio Oswaldo López Padilla²

ERUPCIÓN ATÓPICA DEL EMBARAZO

Paciente primigesta de 26 años con antecedentes de eczema en la infancia y familiares de atopia de primer grado. Cursa con 20 semanas de gestación, inició a mediados del primer trimestre con dermatosis diseminada a abdomen,



Imagen en color en: www.medigraphic.com/actamedica

Figura 1. Eritema maculopapular en abdomen y tórax en primigesta con 20 semanas de gestación.

mamas y áreas de flexión de las cuatro extremidades, caracterizada por una erupción maculopapular acompañada de prurito de moderado a intenso (Figuras 1 y 2). El nivel de IgE se encontró en 675 U/mL.

El eczema (erupción atópica) es la dermatosis más común durante el embarazo,¹ es parte de las dermatosis específicas del mismo. Fue descrita en 2006 y la clasificación la divide a su vez en tres condiciones: eczema en el embarazo, prurigo del embarazo y foliculitis pruriginosa del embarazo, debido a que observan superposición clínica e histopatológica entre ellas. Se presenta con mayor frecuencia en primigestas con embarazo único. Las lesiones inician tempranamente entre el primer y segundo trimestre con una erupción maculopapular pruriginosa, llegando a afectar todas las partes del cuerpo, incluyendo tronco, cara, palmas y plantas de los pies.² Los niveles de IgE en suero se encuentran elevados entre 20 y 70% de los casos. Algunas pacientes (como en este caso) tienen antecedentes de dermatitis atópica. Se origina por los cambios inmunológicos del embarazo, por deficiencias de inmunidad



Imagen en color en: www.medigraphic.com/actamedica

Figura 2. Eritema maculopapular en área ventral de antebrazo, las mismas lesiones presentes en las cuatro extremidades.

¹ Medicina General. División de Medicina.

² Dermatólogo. Jefe de la División de Medicina.

Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

Correspondencia:

Dr. Sergio Oswaldo López Padilla

Correo electrónico: sergiolopezp@angelesleon.com

Aceptado: 26-01-2017.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

celular en linfocitos Th1 cooperadores y por la producción de citocinas (IL-12, interferón gamma). Hay dominio de la inmunidad humoral con aumento de respuesta de linfocitos Th2, la producción de citocinas (IL-4, IL-10) se incrementa para prevenir rechazo fetal.³ El tratamiento es sintomático, los casos leves pueden controlarse con emolientes, lociones antipruriginosas y corticoides tópicos de mediana potencia. Los casos severos requieren un curso corto de corticoides sistémicos y antihistamínicos vía oral, la fototerapia UVB es una herramienta adicional en casos refractarios.⁴ No implica riesgo fetal y generalmente se resuelve postparto. El diagnóstico diferencial se hace con la erupción polimorfa

del embarazo, prurigo por embarazo y foliculitis pruriginosa del embarazo.

REFERENCIAS

1. Ambros RC, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54 (3): 395-404.
2. Teraki Y. Atopic dermatitis in pregnancy. *Aerugi.* 2014; 63 (2): 147-154.
3. Sachdeva S. The dermatoses of pregnancy. *Indian J Dermatol.* 2008; 53 (3): 103-105.
4. Babalola O, Strober BE. Treatment of atopic dermatitis in pregnancy. *Dermatol Ther.* 2013; 26: 293-301.