

Prurito del embarazo

Pruritus during pregnancy

F. Rodríguez Escudero¹

Resumen

El prurito es un síntoma desagradable y relativamente frecuente durante el embarazo, su etiología puede ser por condiciones previas a la gestación o que aparecen durante la misma. Dentro de estas tenemos a situaciones coincidentes con el embarazo y otras determinadas por él. Este último grupo centra la atención de este trabajo que ha sido realizado para el ginecólogo clínico, donde se describen conocimientos prácticos que permitirán realizar el diagnóstico apropiado y el tratamiento más aconsejado según la evidencia científica actual.

Palabras clave: mujer, embarazo, prurito, dermatosis, erupción atópica del embarazo, erupción polimorfa del embarazo, pénfigo gestacional, colestasis gravídica.

Abstract

Pruritus is an unpleasant and relatively frequent symptom during pregnancy. Its etiology may be due to pre-gestation or during-gestation conditions. Within these we have coinciding situations with pregnancy and others determined by him. This last group focuses the attention of this work that has been done for the clinical gynecologist, where practical knowledge is described that will allow the appropriate diagnosis and the most recommended treatment according to the current scientific evidence.

Key words: Woman, pregnancy, pruritus, dermatosis, Eruption atópica del embarazo, Eruption polimorfa del embarazo, Pénfigo gestacional, Colestasis gravídica.

1 Prof. Agdo. Clínica Ginecotológica C - IAPS.

Correspondencia: fabianrodriguez1965@gmail.com

Recibido: 20/02/19. Aceptado: 17/03/19

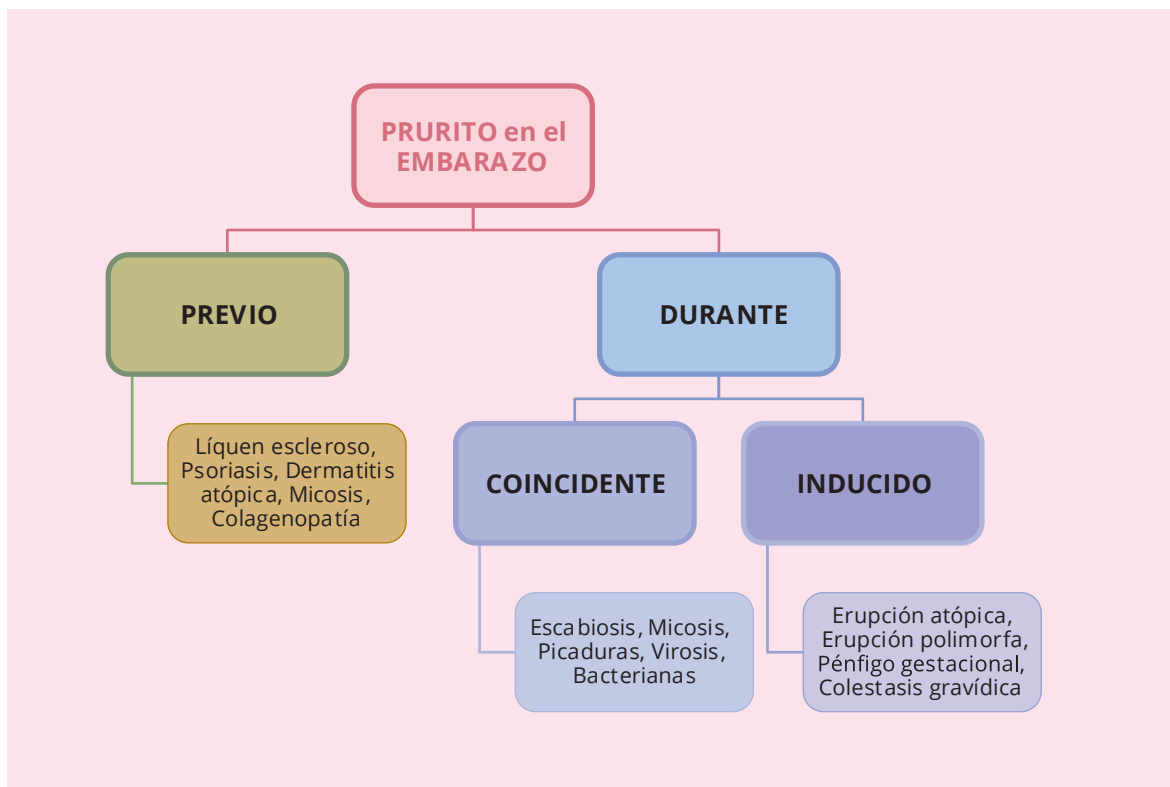
INTRODUCCIÓN

El prurito es un síntoma relativamente frecuente en el embarazo, la mayoría de las veces secundario a patología benigna que no requiere más que medicación tópica para disminuir esta desagradable sintomatología, pero en algunas ocasiones puede ser el síntoma de patologías graves que pueden causar prematuridad y la muerte del feto. Uno de los estudios más importantes en este tema es el de Sheiner et al., en el que observaron 159.197 pacientes embarazadas en un período de 15 años, encontrando que el prurito gravídico se presentó en el 0,2% de los casos y estuvo principalmente relacionado con embarazos múltiples, tratamientos de infertilidad, diabetes mellitus y nuliparidad.¹ También es importante tener el concepto de que en la mayoría de las veces el prurito es

el síntoma inicial y posteriormente aparecen las lesiones cutáneas como eritema, pápulas, nódulos, erosiones, costras, úlceras y lesiones por rascado con sobreinfección.²

Respecto al nombre de las patologías que provocan prurito, existe una gran confusión en la literatura porque aún no hay consenso en cómo denominarlas, y muchas veces la misma patología tiene denominaciones diferentes. No vamos a entrar en esta discusión de expertos, ya que este trabajo está pensado para el médico clínico que necesita conceptos pragmáticos. Por eso se sugiere que la mejor manera de posicionarse en este tema es clasificando las posibles etiologías de prurito en el embarazo en *dos grandes categorías*: aquellos estados crónicos y por lo tanto previos al embarazo, y los que aparecen durante el embarazo; a su vez, estos úl-

Cuadro 1.
Clasificación de los distintos tipos de prurito en el embarazo.



timos los podemos subdividir en patologías coincidentes con el embarazo, o en aquellas inducidas por este. **Cuadro 1.**

Ejemplos del primer grupo son el liquen escleroso y atrófico, la dermatitis atópica, micosis, psoriasis y distintas colagenopatías. Los cambios hormonales e inmunes del embarazo suelen afectar la evolución de estas patologías y la mayoría suelen mejorar, aunque una minoría puede quedar igual o incluso empeorar. Aquí también podemos encontrar pacientes con litiasis coledociana complicada.

Dentro de los estados pruriginosos coincidentes con el embarazo los más frecuentes son las alergias, la escabiosis, las micosis, las picaduras de insectos o arañas y las enfermedades bacterianas y virales como varicela y hepatitis.

El tercer grupo es el que centra este trabajo y suele denominarse "*Dermatosis específicas del embarazo*" y corresponde a un grupo de enfermedades que se presentan como consecuencia de los cambios inmunológicos y metabólicos que aparecen en la mujer embarazada. Si bien existen distintas clasifica-

ciones y distintos nombres para las mismas patologías, en este artículo describiremos las siguientes. **Cuadro 2.**

ERUPCIÓN ATÓPICA DEL EMBARAZO

Es la dermatosis de inicio más precoz, suele aparecer entre las 20 y las 34 semanas, y en algunos casos se presenta sobre una dermatitis atópica preexistente. Siempre que se observe un terreno atópico en la paciente (alergias, asma, rinitis, dermatitis atópica, etc.) ésta es la dermatosis más probable. La etiología es discutible, pero la mayoría de los expertos postulan a los cambios inmunes propios del embarazo. Más allá de la desagradable sintomatología no existe riesgo aumentado materno ni fetal, y responde rápidamente al tratamiento.³

Clínicamente se observan pápulas eritematosas intensamente pruriginosas y en la evolución vesículas excoriadas, que inicialmente se localizan en abdomen, parte proximal de las extremidades y tórax superior, para luego hacerse más diseminadas con afectación de los pliegues cutáneos o zonas

Cuadro 2.

Clasificación de los distintos tipos de prurito en el embarazo.

DERMATOSIS	SINÓNIMOS
Erupción atópica del embarazo	Prurigo gravídico, <i>prurito gravidarum</i> , prurigo del embarazo, prurigo gestationis de Besnier, prurigo temprano del embarazo, foliculitis pruriginosa del embarazo, eccema del embarazo, etc.
Erupción polimorfa del embarazo	PPUPE, erupción toxémica del embarazo, eritema tóxico del embarazo, etc.
Penfigoide gestacional	Herpes gestacional, herpes gravídico, herpes gestationis, herpes circinadobuloso, <i>pemphigus hystericus</i> , dermatitis multiforme gestacional, etc.
Colestasis gravídica	Colestasis recidivante, colestasis intrahepática del embarazo, ictericia benigna del embarazo, etc.

de extensión.⁴ Estas lesiones suelen persistir semanas o meses después de la finalización del embarazo.

En raras ocasiones se presenta como una foliculitis aguda, interpretada como una reacción acneiforme producida por alteraciones hormonales propias del embarazo.

Los exámenes complementarios son normales, incluyendo la anatomía patológica y los estudios de inmunofluorescencia.

El **tratamiento** se basa en cremas humectantes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales. En casos severos se usa corticoides orales durante una semana.

En los casos de foliculitis, suele responder bien al tratamiento con eritromicina al 2 o 4% local o una mezcla de hidrocortisona 1% y peróxido de benzoilo al 5 o 10%.

Puede repetirse en los próximos embarazos.

TIPS: Aparece tempranamente, en una paciente con terreno atópico
(Foto 1).

ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO

En la literatura también se puede encontrar como PPUPE (placas y pápulas urticarianas pruriginosas del embarazo) y es bastante frecuente, suele ser la segunda dermatosis específica del embarazo en frecuencia, ocurriendo en 1 cada 200 embarazos. Afecta a las embarazadas en el tercer trimestre con una media en las 35 semanas, o más raramente en el puerperio, y es más frecuente en primigestas, gemelares, polihidramnios y fetos masculinos.⁵ La patogenia de la enfermedad es desconocida, pero la localización de las lesiones en abdomen, en especial alrededor de las estrías, sugiere que el cua-

Foto 1.

Erupción atópica del embarazo. Tomada de <https://askwomenonline.org/erupcion-atopica-del-embarazo-causas-sintomas-y-tratamientos-que-deben-ser-conscientes-de/>



dro debiera tener relación con la distensión abdominal. Se cree que el grado de estiramiento de la piel puede causar daño del tejido conjuntivo y exponer antígenos que generan una respuesta inflamatoria.

Clínicamente se observa prurito moderado a intenso junto a pápulas eritematosas urticarianas sobre las estrías abdominales, respetando la zona periumbilical. En ocasiones llegan a muslos, brazos, glúteos, espalda y todo el abdomen, pero suelen respetar palmas, pies y cara. En la evolución pueden aparecer vesículas pequeñas y sobreinfección por el rascado. En la mayoría de los casos las lesiones remiten en las 2 a 3 sema-

nas después del parto y la enfermedad recurre la mitad de las veces en gestaciones posteriores.⁶

Los exámenes de laboratorio son normales, al igual que la anatomía patológica y la inmunofluorescencia. Tal como la erupción atópica, no acarrea riesgo materno ni fetal.

El **tratamiento** es con cremas humectantes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales. En casos severos se usa corticoides orales durante una semana.

TIPS: Aparece en tercer trimestre, sobre las estrías

(Foto 2).

Foto 2.

Erupción polimorfa del embarazo. Tomada de <https://www.sergioniklitschek.com/dermatosis-del-embarazo/>



PENFIGOIDE GESTACIONAL

Es una rara enfermedad autoinmune que se observa en la segunda mitad del embarazo generalmente en embarazadas con otras enfermedades autoinmunes (principalmente enfermedad de Graves, tiroiditis autoinmune, diabetes tipo I, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia), aunque un pequeño porcentaje lo hace en el primer trimestre o en el puerperio.

Cuando se hace este diagnóstico hay que recordar que se suele repetir en los próximos embarazos con peor pronóstico y en algunas pacientes durante la menstruación.⁷

La etiología se encuentra en una reacción cruzada entre la membrana basal de la pla-

centa y la piel, hallándose anticuerpos IgG1 anti membrana basal de la epidermis.⁸

Clínicamente se observa malestar general, fiebre, náuseas, cefalea y prurito intenso que puede preceder en días o semanas a la aparición de las lesiones cutáneas, que suelen ser similares a lesiones herpéticas, es decir, lesiones eritematosas con bordes nítidos y sobreelevados, con pápulas edematosas urticarianas muy pruriginosas en tronco y región periumbilical, que luego se diseminan a palmas, plantas de pies, cara y mucosa oral (10%). Estas pápulas luego evolucionan a vesículas o ampollas a tensión, con contenido transparente, y finalmente con el rascado aparecen escoriaciones y costras. (**Foto 3**).

Foto 3.

Penfigoide gestacional. Tomada de <http://caduceodorado.blogspot.com/2016/01/herpes-gestationis.html>



El diagnóstico se realiza mediante la clínica, biopsia de piel e inmunofluorescencia, encontrándose un depósito lineal denso y regular de la fracción C3 del complemento.⁹

En el 10% de los casos hay afectación fetal por pasaje pasivo de anticuerpos, observándose prematuridad, RCIU y bajo peso al nacer. En ocasiones el recién nacido presenta lesiones cutáneas.

Tratamiento: las formas leves se tratan con corticoides tópicos, a los que puede agregarse prednisona 0,5 - 1 mg/kg/día, o metotrexate, y rara vez se necesita plasmáferesis, gammaglobulina o fototerapia. La lactancia materna suele disminuir la duración del brote.

Recorre en el 90% de los casos con modalidades más intensas y en etapas más precoces, también puede recurrir en el 10% de los casos ante el uso de ACO con estrógenos.

TIPS: Lesiones herpetiformes, con repercusión general materna

(Foto 3).

COLESTASIS GRAVÍDICA

Es la hepatopatía más frecuente del embarazo y se produce por un trastorno de la homeostasis de los ácidos biliares a nivel hepático, provocando su aumento.¹⁰ Se caracteriza por un síndrome clínico de aparición en el tercer trimestre, representado por prurito palmo plantar nocturno y un síndrome bioquímico de aumento de las sales biliares (> 10 mcmmol/l). La etiología es multifactorial, donde pueden existir causas genéticas, ya que en poblaciones de Chile y Bolivia se observa más frecuentemente y con peor genio evolutivo. La alta incidencia en embarazos múltiples y con la ingesta de anticonceptivos orales postula los factores hormonales.¹¹

Clínicamente se caracteriza por prurito severo en palmas y plantas que empeora por la noche y posteriormente se generaliza paulatinamente a brazos, piernas, tronco y cara. Clásicamente no se acompaña de lesiones cutáneas, salvo las provocadas por el rascado. En casos graves puede acompañarse de ictericia, esteatorrea y déficit de vitamina K, lo que puede llegar a determinar un tiempo de protrombina prolongado: en estos casos existe riesgo aumentado de hemorragia en el parto o puerperio.

Es importante considerar que algunos fármacos usados en el embarazo pueden producir colestasis, destacándose la alfametildopa, la metoclopramida y las sulfas.¹²

En los exámenes complementarios se detecta ácidos biliares aumentados entre 10 y 100 veces su valor normal con una relación ácido cólico/quenodesoxicólico mayor a 1,5 y un porcentaje de ácido cólico mayor a 42%, con un discreto aumento de la bilirrubina directa (< 5 mg/dl), y solamente en el 10 a 20% de los casos aumento de las transaminasas (hasta 250 U/l) (por este motivo el aumento de las transaminasas no es un buen método de diagnóstico), también puede aumentar el colesterol, triglicéridos y fosfolípidos.

La colestasis aumenta el riesgo fetal: se ha demostrado que con valores de ácidos biliares > 40 μ moles/l existe 4 veces más riesgo de prematuridad y meconio, y el óbito fetal aumenta 1-2% por cada micromol que supere este valor. Habitualmente el embarazo se termina a las 37 semanas, o cuando la madurez pulmonar lo permita, dado la probable afectación de la salud fetal.

Clásicamente la colestasis desaparece al terminar el embarazo y recorre en el 50-70% de los embarazos posteriores, o ante el uso de ACO con estrógenos.

El **tratamiento** se basa en medidas

higiénico – dietéticas, como la dieta con bajo contenido de ácidos grasos saturados, y acciones farmacológicas.

Los fármacos más utilizados son:

- **Clorfeniramina:** bloquea la acción de la histamina por antagonismo competitivo reversible en el receptor H1. Dosis: 10 cc cada 6–8 horas o 1 comprimido cada 12–24 horas. Es poco eficaz.
- **Loratadina:** es un antihistamínico y se utiliza en dosis de 1 comprimido de 10 mg por día. Suele ser eficaz en casos leves.
- **Colestiramina:** es una resina de intercambio iónico que se fija a los ácidos biliares en la luz intestinal, impide su absorción y bloquea la circulación enterohepática de éstos. Dosis: 4–24 g/día. Resultados variables.
- **Ácido ursodesoxicólico:** es la droga de elección. Se trata de un ácido biliar hidrofílico natural que estabiliza la membrana canalicular del hepatocito y estimula la excreción de ácidos bi-

liares hidrofóbicos y de otras sustancias tóxicas. Mejora el prurito, las anomalías bioquímicas y disminuye el transporte de ácidos biliares al feto. Dosis: 10–15 mg/kg/día (300 mg/8 horas), dosis máxima 1.200 mg/día hasta el parto.

- **S-adenosil-L-metionina (SAME):** es un estabilizador de la membrana del hepatocito. Interviene en la detoxificación hepática de sales biliares y metabolitos hormonales mediante transmetilación. Dosis: 900 mg/día i.m. o i.v. Funciona muy bien pero es un tratamiento muy caro.
- **Corticoides orales:** algunos autores han tenido éxito con Prednisona a dosis de 0,5–1 mg/kg/día.
- Puede agregarse **Vitamina K**, a dosis de 2,5–10 mg día v.o. o i.v.

TIPS: prurito del tercer trimestre, sin rash cutáneo y con aumento de sales biliares (Foto 4).

Foto 4.

Colestasis gravídica. Tomada de <https://www.onmeda.es/enfermedades/colestasis-del-embarazo.html>



RESUMEN

El prurito en el embarazo es un síntoma desagradable que puede representar un problema en sí mismo o por la patología que lo origina, cuyas posibles repercusiones pueden afectar a la madre y/o al feto o recién nacido.

En ocasiones la etiología son patologías crónicas o que simplemente coinciden con el embarazo, ejemplos de la primera son las dermatitis atópicas, micosis y colagenopatías; y de las segundas la escabiosis, picaduras de insectos y micosis.

La mayoría de las veces se debe a trastornos inducidos por el embarazo, que suelen tener un pronóstico benigno y mejoran con cremas humectantes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales; en estos casos generalmente estamos ante la erupción atópica del embarazo o la erupción polimorfa del embarazo. La diferencia entre ambas es que la primera es más temprana y la segunda compromete las estrías.

Otras veces la causa será una colestasis gravídica, que en su forma clásica se caracteriza por prurito palmo plantar nocturno, las lesiones en piel son consecuencia del rasgado, y elevación de las sales biliares. Cuando estas aumentan sobre 40 μ moles/l también aumenta proporcionalmente el riesgo fetal.

En muy raras ocasiones el prurito se acompaña de lesiones en piel de tipo herpético y repercusión general materna, lamentablemente en estos casos puede haber importante compromiso de la salud fetal.

Bibliografía

1. Sheiner E, Ohel I, Levy A, Katz M. Pregnancy outcome in women with pruritus gravidarum. *J Reprod Med*. 2006 May;51(5):394-8.
2. Weisshaar E, Diepgen T, Luger T, Seeliger S, et al. Pruritus in pregnancy and childhood - do we really consider all relevant differential diagnoses. *Eur J Dermatol* 2005;15:320-331.
3. Ambros-Rudolph C, Black M. Systematic Approach to de Dermatoses of Pregnancy. *Obstetric and Gynecologic Dermatology*. MOSBY, Elsevier, China, 2008:31-77.
4. Weatherhead S, Robson S, Reynolds N. Eczema in pregnancy. *BritMed J* 2007;21:152-154.
5. Borrego H, Diez Iglesias L. Dermatoses específicas del embarazo. Actualización. *Actas Dermosifil* 2002; 93 (3): 159- 167.
6. Roth M. Pregnancy dermatoses: diagnosis, management and controversies. *American Journal of Dermatology* 2011; 12 (1): 25-41
7. Shimanovich I, Brocker E, Zillikens D. Penphigoidgestationis: new insights into the pathogenesis lead to novel diagnostic tools. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002. Vol. 109, pp. 970-976.
8. Shornick J. Dermatoses of Pregnancy. *Semin Cutan MedSurg* 1998; 17: 172-181
9. Mascaró Jr y col. Fetal morbidity in herpes gestationis. *Arch Dermatol* 1995; 131: 1209-1210
10. Williamson C, Geenes V. Colestasisintrahepática del embarazo. *ObstetGynecol* 2014; 124: 120-33
11. Dixon P, Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology* (2016) 40, 141—153
12. ColestasisObstétrica. Royal College of ObstGynaecol.Green Top Guideline nº 43. April 2011.