



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Prevalencia de las dermatosis pruriginosas durante la
gestación y su relación a la infección por HTLV-I en el
Hospital de Apoyo María Auxiliadora Cono Sur de
Lima-Perú de junio del 2006 a mayo del 2007**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Dermatología

AUTOR

Sendy SOLÓRZANO GUTIÉRREZ

ASESOR

César Ismael PÉREZ DEL ARCA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Solorzano S. Prevalencia de las dermatosis pruriginosas durante la gestación y su relación a la infección por HTLV-I en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora Cono Sur de Lima-Perú de junio del 2006 a mayo del 2007 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

A mis amados padres, Auri y Edgar,
el mejor regalo de Dios en mi vida,
la inspiración de mis mejores actos.

A mis geniales hermanos, Silberth, Silma y
Edelman, por acompañarme siempre y
enseñarme cada uno a su estilo, la dicha de
compartir y servir.

Al Dr. César Pérez del Arca, Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital de Apoyo Maria Auxiliadora, quien supo orientarme paternalmente durante mis años de residencia.

A la Dra. Cecilia Vera Cornejo, por sus enseñanzas académicas y amistad verdadera.

Al Servicio de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, representado por la Dra. Carmen Estacio, por facilitar el procesamiento de los exámenes laboratoriales requeridos.

Al Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, representado por el Dr. Oscar Guzmán, por su apoyo en la ejecución de este proyecto.

ÍNDICE

Capítulo	Pág.
RESUMEN	6
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	11
III. MATERIAL Y MÉTODOS	21
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	44
VI. CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	64

RESUMEN

Antecedente: Las dermatosis pruriginosas que se presentan durante la gestación pueden ser *inespecíficas*, las que ocurrirían en ausencia o presencia de la gestación; o *específicas*, aquellas condicionadas por la gestación. Las **dermatosis específicas** de la gestación son el penfigoide gestacional, pápulas y placas urticariales pruriginosas del embarazo (PPUPE), *prurigo gestationis*, colestasis del embarazo y eccema de la gestación.

Objetivos: Conocer la prevalencia de las dermatosis pruriginosas del embarazo y determinar su probable relación con la infección por el HTLV-I.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. La población estudiada correspondió a 85 gestantes mayores de 13 años, de cualquier trimestre gestacional, que refirieron presentar prurito por más de una semana, durante el periodo de junio del 2006 a mayo del 2007, en el Hospital de Apoyo “María Auxiliadora” del Cono Sur de Lima. Los casos fueron captados en el consultorio de ginecología y dermatología, donde fueron evaluados clínicamente, y en aquellos que dieron su consentimiento se realizaron las pruebas de serología para HTLV-I y la biopsia de piel. Los datos se procesaron estadísticamente con el programa SPSS 13.

Resultados: La media de la edad fue de 25.7 años. El 68.2% fueron primigestas y el 71.8% correspondieron al tercer trimestre de gestación. Del grupo estudiado, 41 casos (48.2%) correspondieron a dermatosis específicas de la gestación: 17 casos de eccema de la gestación, 10 casos de PPUPE, 9 casos de *prurigo gestationis* y 5 casos de colestasis del embarazo. En 54 casos se realizó serología para HTLV-I, todas negativas. La condición de primigesta presentó mayor fuerza de relación en la PPUPE frente al eccema de la gestación y el *prurigo gestationis* ($p < 0.05$). La colestasis del embarazo se

presentó con más frecuencia en gestantes mayores de 25 años, a diferencia del resto de dermatosis específicas de la gestación ($p < 0.05$). La colestasis de la gestación tuvo inicio de presentación más temprano que en los casos de PUPPE y eccema de la gestación ($p < 0.05$). La relación del sexo de los recién nacidos no fueron categóricas en ninguna de las dermatosis específicas de la gestación.

Conclusiones: La dermatosis pruriginosa es más frecuente en primigestas, con mayor incidencia en el tercer trimestre de la gestación. No existe diferencia en la frecuencia de presentación entre las dermatosis pruriginosas específicas y las no específicas de la gestación. PPUPE se presentó con mayor fuerza en las primigestas en relación a las demás dermatosis. El eccema de la gestación fue la dermatosis específica más común durante la gestación y se presentó generalmente sin antecedentes de atopía. Concordamos con la tendencia actual de unificar los conceptos de los de prurigo y eccema de la gestación en uno solo: **Erupción atópica del embarazo.**

En el grupo de gestantes estudiadas la serología para HTLV-I resultó negativa por lo que no se establece ninguna relación con las dermatosis pruriginosas halladas.

Palabras clave: Dermatitis, Prurito, Embarazo, HTLV-I

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El prurito es una condición comúnmente observada en las gestantes. Este puede tratarse de una condición aislada o podría ocurrir en el contexto de una lesión cutánea ^[1]. El prurito durante el embarazo se ha observado con una frecuencia del 3% al 18% ^[2,3]. La determinación precisa del diagnóstico no sólo permite su manejo sino también el pronóstico tanto de la gestante como del producto. Las dermatosis específicas de la gestación, han sido reconocidas desde tiempos muy antiguos, sin embargo sus incidencias son conocidas y comparadas recién desde el último decenio ^[4,5].

La sospecha diagnóstica de determinada dermatosis de la gestación se aproxima, además de la clínica, de acuerdo a los reportes de la frecuencia de presentación en poblaciones concretas. En nuestra realidad aún no han sido reportados.

Asimismo la infección por HTLV-I, considerada endémica en algunas áreas de América del Sur, como la nuestra ^[6,7]; puede ser asintomática o tener manifestaciones cutáneas diversas desde prurito hasta entidades ya bien reconocidas como dermatitis infectiva y micosis fungoide. La forma de transmisión vertical a través de la lactancia materna ha

sido demostrada con varios trabajos de investigación, por ello es importante tener un corte de la frecuencia de esta infección en pacientes gestantes.

En el Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA) se atiende a un gran contingente de gestantes, tanto en sus controles prenatales, como aquellas con alguna patología relacionada a la gestación y las que se atenderán el parto. El año 2005 se atendieron 4206 gestantes en controles prenatales, 486 hospitalizadas por patología de la gestación y 8133 partos, haciendo un total de 12825 [8]. Las dermatosis pruriginosas de la gestación no han sido determinadas en este grupo en particular, siendo las evaluaciones dermatológicas ocasionales, se tendría un registro insuficiente e irreal de la epidemiología de estas afecciones. De la misma forma no es rutinario hacer la prueba de serología para HTLV-I, por lo que no se conoce su frecuencia de esta infección en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

Jones Vaughan y colaboradores en un estudio prospectivo en una clínica para mujeres gestantes, estudiaron a 200 mujeres con dermatosis de la gestación. Hallaron sorprendentemente una elevada prevalencia de eccema atópico durante el embarazo y una baja incidencia de prurigo. Los autores sugieren que una clínica especializada mejoraría el manejo de estas mujeres e identificaría áreas de mayor investigación. [5]

Roger y Vaillant en un estudio prospectivo durante un año en Francia en 3192 gestantes con prurito, hallaron 2 casos de herpes gestationis, 22 de prurito gravidarum, 25 casos de erupción polimorfa del embarazo y dos casos de enfermedades intercurrentes como escabiosis. [9]

Los problemas cutáneos de la población gestante, básicamente las dermatosis pruriginosas es lo que motiva el presente estudio de investigación, con el objetivo de determinar la prevalencia de las dermatosis pruriginosas del embarazo y conocer su relación con la infección por el HTLV-I en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

La alta prevalencia de la infección por el HTLV-I observada en algunas áreas de América y el Perú, nos induce a conocer su presencia en nuestra población.

Los resultados del presente estudio sentará la base de estudios futuros así como orientará el trabajo y los objetivos de las áreas implicadas en el problema como la Ginecoobstetricia, la Infectología y la Dermatología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

DERMATOSIS PRURIGINOSAS

El prurito, un síntoma frecuente durante la gestación, puede ser la manifestación de un gran número de enfermedades; aproximadamente entre el 3% y el 18% de las gestantes se ven afectadas por él al menos en algún momento, pueden ser enfermedades propias del embarazo o enfermedades coexistentes con el embarazo [2,10].

Tabla. Fármacos que pueden producir prurito [10]

Productores de colestasis:	Por otros mecanismos
Estrógenos	Alfa metildopa
Clorpromacina	Sulfamidas
Estolato de eritromicina	Metoclopramida
	Quinidina

Tabla. Enfermedades que pueden cursar con prurito [11]

Candidiasis
Tricomonas
Pediculosis
Sarna
Hepatitis vírica
Hepatitis toxica
Litiasis biliar
Hemólisis
Ictericia fenotiacinica
Degeneración grasa aguda del hígado
Linfoma de Hodgkin, cáncer de mama, pulmón, tumor cerebral
Mieloma múltiple
Policitemia vera
Enfermedad de Sjogren
Esclerosis múltiple
Hiper/hipotiroidismo
Sarcoidosis
Neuropatía crónica
Patología psiquiatría

DERMATOSIS PRURIGINOSAS DE LA GESTACIÓN

La clasificación de las dermatosis que se dan durante la gestación pueden ser *inespecíficas*, las que ocurrirían en ausencia o presencia de la gestación; o *específicas*,

aquellas condicionadas por la gestación [5]. La clasificación acogida para este estudio fue de Shornick y Kroumpouzou [12,13,14].

Las Dermatosis pruriginosas de la gestación incluyen condiciones que sólo ocurren en el embarazo, como las colestasis intrahepáticas y las dermatosis específicas de la gestación [14,15, 16].

Dermatosis específicas de la gestación [12,13,15]

Clasificación	Sinónimos
Penfigoide gestacional	Herpes gestacional
Pápulas y placas urticariales pruriginosas del embarazo	Erupción polimórfica del embarazo Exantema toxémico del embarazo Eritema tóxico del embarazo Prurigo del embarazo de inicio tardío
<i>Prurigo gestationis</i>	Prurigo del embarazo Dermatitis papular del embarazo Enfermedad lineal por IgM del embarazo
Eccema del embarazo	Prurigo del embarazo de inicio precoz
Colestasis del embarazo	Colestasis obstétrica
Ictericia del embarazo	Colestasis intrahepática del embarazo

1. Penfigoide Gestacional

Es una erupción vesiculoampollosa que cursa con prurito muy intenso. Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo pero es más frecuente en el segundo trimestre.

Afecta a una de cada 10000 embarazadas. [13]

La erupción, que viene precedida por unos pródromos de fiebre y cefalea, se extiende generalmente de forma simétrica por el tronco (periumbilical) y las extremidades, suele respetar a las mucosas. Clínicamente se presentan placas eritematosas, muy pruriginosas y recidivantes que evolucionan a vesículas tensas, grandes, transparentes, contenido serohemorrágico. Dejan erosiones y costras. Curan sin dejar cicatrices o sólo dejan hiperpigmentación.^[13]

En el hemograma podría presentarse leucocitosis y eosinofilia ^[10].

La característica inmunopatológica patognomónica es la presencia del factor 3 del complemento en el límite dermo-epidérmico del área perilesional.^[9]

Muchas veces curan espontáneamente en la última parte de la gestación para luego sufrir brotes espectaculares en el momento del parto con resolución post parto. Puede recidivar posteriormente en siguientes embarazos, toma de anticonceptivos o la menstruación. ^[12]

La mayoría de estudios reportan mayor morbimortalidad fetal. El tratamiento es sintomático, si es severo se utiliza corticoterapia sistémica. ^[17]

2. Pápulas y placas urticariales pruriginosas del embarazo (PPUPE)

PPUPE, también llamada erupción polimórfica del embarazo, supone la forma más frecuente de dermatosis específica del embarazo ^[1,12], puede ser hasta de 1 por cada 130 a 300 partos ^[9,13].

El hecho que se relacione a múltiples gestaciones y se presente generalmente en estrías al final de la gestación, ha sugerido la hipótesis que la distensión abdominal podría predisponer al PPUPE probablemente por un daño en el tejido conectivo de la estría que desencadenaría toda la respuesta inflamatoria ^[18].

Otros autores postularon que durante el envejecimiento de la placenta en el tercer trimestre, una sustancia es liberada en la circulación materna que desencadenaría la proliferación de fibroblastos [18,19]. Adicionalmente, un estudio reciente sugiere que a través de la expresión de un receptor de progesterona, los queratinocitos actuarían como tejido diana para la acción de la progesterona [20]. Los niveles de cortisol resultaron menores en PPUPE comparados con gestantes sanas, aunque se desconoce los probables mecanismos que este hecho favorecería la presencia de PPUPE [5].

Se caracteriza por pápulas urticariales y placas, que suelen distribuirse de forma simétrica por el tronco y la raíz de las extremidades, respetando cara, palmas y plantas. En su patogénesis parece intervenir la sobredistensión abdominal y por ello típicamente afecta a primigrávidas, en el tercer trimestre del embarazo, y a las gestaciones múltiples. [18,19,21]

Las pruebas de bioquímica son normales. Los hallazgos histopatológicos son inespecíficos; la inmunofluorescencia es negativa [4].

Se resuelve de manera espontánea y rápida en el postparto, dentro de los 7 a 10 días; por ello está justificado un enfoque conservador. [12]

No suele recidivar en los siguientes embarazos [18] ni con los anticonceptivos. No se reportan efectos en el feto. [19,21]

3. Prurigo gestationis

Se consideran sus sinónimos: Prurigo del embarazo de Besnier, Prurigo del embarazo de inicio precoz de Nurse, Dermatitis papular del embarazo de Spangler. [12]

Podría considerarse como el diagnóstico que queda luego de descartar todas las otras entidades conocidas. Su incidencia puede ser muy elevada como de 1 en 300 embarazos

[12]. Muchos autores consideran que se trate de una simple dermatitis atópica, tiene sobre posición entre sus variantes [4,13].

Generalmente el inicio se da entre el segundo y tercer trimestre. Se trata de pápulas discretas y excoriadas principalmente en zonas extensoras. Pueden ser foliculares, papulares de 0.5 a 1 cm. con o sin una costra central [12].

Puede durar por muchas semanas y meses luego del parto [12]. Las pruebas hepáticas son normales. La anatomía patológica es inespecífica y la inmunofluorescencia es negativa. No representa riesgo materno ni fetal. [13]

4. Colestasis del embarazo

La colestasis del embarazo (CE) ocurre en el tercer trimestre del embarazo en 70% de casos y es debido a una forma leve de disfunción secretoria biliar intrahepática. La incidencia varia de 0,02% a 2.4% de gestaciones [22]. Aunque se reportaron frecuencias tan elevadas como en Chile y Escandinava (3 y 14% respectivamente) que fueron atribuidas a factores dietarios [23]. La incidencia es más baja en Canadá (0.005%) y Estados Unidos (0.0008% a 0.007%) [17].

La CE se puede subdividir de acuerdo a aquellas pacientes con hiperbilirrubinemia (ictericia colestásica de la gestación) y aquellos con prurito y alteraciones bioquímicas pero sin hiperbilirrubinemia (*prurigo gravidarum*). [22]

Las características de la CE son: prurito generalizado con o sin ictericia, ausencia de lesiones cutáneas primarias, anormalidades bioquímicas consistentes con colestasis y resolución luego del embarazo. [24]

La recurrencia con embarazos posteriores ocurre en 40 a 50% de casos.

Para el diagnóstico de CE, no debe haber historia de exposición a virus de hepatitis o drogas hepatotóxicas. Finalmente el prurito secundario a enfermedad cutánea concurrente u otras dermatosis específicas de la gestación deben ser excluidos. [22]

Los niveles séricos de ácidos biliares se correlacionan con la severidad del prurito. La malabsorción grasa secundaria a colestasis puede inducir pérdida de peso y deficiencia de vitamina K. [25]

La histopatología es inespecífica, pero la biopsia hepática revela cambios leves de colestasis. No hay consenso de si se trata de una condición fisiológica o patológica. Hay una historia familiar positiva en 50%. Además hay una alta prevalencia de cálculos vesiculares en estas pacientes. [11]

La CE no da riesgos maternos. Los riesgos fetales incluyen una tendencia mayor de distrés fetal y prematuridad. El manejo incluye emolientes antipruríticos, baños, y antipruríticos tópicos. En casos severos se trata con colestiramina o ácido ursodeoxicólico o rayos ultravioleta, o corticoides. [14]

5. Eccema del embarazo

En muchos casos no considerados dentro de las dermatosis específicas de la gestación, algunos estudios mostraron sorprendentemente altas prevalencias del eccema durante la gestación [4,5]. Es probable que los casos más tempranos en la literatura denominados prurigo del embarazo de inicio precoz (de Nurse) hayan sido realmente eccema [4]

En la revisión literaria, se han confundido los casos de prurigo con los de eccema, de forma que el principal rasgo que divide una entidad de otra corresponde a los demás rasgos de atopía [4].

Clínicamente se trata de una erupción cutánea prurítica principalmente flexural con historia personal o familiar de atopía y/o niveles séricos elevados de IgE. [5]

INFECCIÓN POR HTLV-I

El virus linfotrópico T humano tipo I (*human T-lymphotropic virus type I* HTLV-I) fue el primer retrovirus humano conocido [26]. El HTLV-I ha sido implicado en la patogénesis de la Leucemia a células T del adulto (LTA), Paraparesia espástica tropical/Mielopatía asociada al HTLV-I (PET/MAH). Otras enfermedades relacionadas son uveítis asociada al HTLV-I, dermatitis infecciosa, polimiositis, artropatía, síndrome Sjogren, neumonía linfocítica intersticial [26,27].

La transmisión es similar al patrón de la infección por VIH. Las tasas de transmisión de madre a hijo son de 2.7% si toman leche formulada, de 5% si reciben 3 meses de lactancia materna y más de 20% si la lactancia materna es prolongada [28]. La infección vertical produce LTA en 1 a 5 infantes infectados [29].

Los aspectos epidemiológicos de la infección por HTLV-I han sido revisados a lo largo de los últimos 25 años. Altas prevalencias se han reportado en Japón, África, el Caribe y América del Sur. Un área es considerada endémica para HTLV-1 si entre 2 y 10% de la población adulta sana está infectada. En América del Sur, Brasil, Colombia y Perú cumplen con esta definición [30].

La prevalencia de infección HTLV en gestantes ha sido reportada en algunos estudios como en España de 0.064% (en 20 366 mujeres), siendo confirmado por HTLV-I menos de una décima parte [31], en Reino Unido seroprevalencia para HTLV fue de 0.05% [29], en Guyana Francesa para HTLV-I la seroprevalencia se incrementaba con la edad, de 2.5% en menores de 20 años a 11.2% en mayores de 35 años [32], en Brasil una

prevalencia de 0.78% para HTLV-I ^[33]. En las pampas de Argentina reportan tasas de hasta 3.5% de infección por HTLV-I ^[34].

En Perú se realizaron diferentes estudios de prevalencia de la infección por HTLV-1, uno de los más importantes, realizado en 332800 donantes de sangre a nivel nacional demostró positividad en todos los departamentos, siendo los más importantes Ancash (1.2%), Loreto (1.2%), Cusco (1.2%), Madre de Dios (1.3%), Cajamarca (1.4%), Ayacucho (1.5%), Huánuco (1.6%), Puno (1.6%) y Lima, que fluctuó entre 1.2 y 1.9%. El promedio nacional fue 1.4% ^[35]. En mujeres asintomáticas, se notificaron tasas de 1.3% en la población quechua de Ayacucho y de 3.8% tanto en la zona norte de Lima como en Chincha, donde predominan los pobladores mestizos y con ascendientes de raza negra respectivamente ^[6]. Se ha reportado la presencia de HTLV-1 en población aymara (1,8%) y en personas nativas de la selva (0,9%) ^[30]. Dieciséis por ciento de la primera generación de inmigrantes japoneses en el Perú es seropositiva para HTLV-1, aunque la prevalencia decae en las generaciones siguientes ^[36].

A nivel de gestantes asintomáticas a nivel nacional las tasas fueron variables, así en Quillabamba fue de 2.3% ^[37], mientras que en 602 gestantes de Ayacucho hallaron una tasa de 0.5% ^[38].

La prevalencia reportada de infección por HTLV-1 en trabajadoras sexuales peruanas, en hombres con actividad homosexual y en hombres drogadictos no endovenosos fluctúa entre 2 y 25% . En hombres peruanos VIH positivos se encontró una prevalencia de HTLV-1 de 18,6%. ^[30]

En un estudio italiano se encontró infección por HTLV-1 en 6 de 167 personas VIH-positivas y en 2 de 226 mujeres embarazadas. ^[39]

Se ha observado una elevada incidencia de seropositividad para HTLV I-II entre mujeres jóvenes y de mediana edad donadoras de órganos, especialmente aquellas entre el periodo peripartum. [40]

En los estudios de prevalencia no se realizó correlato clínico mayormente. [29,32]

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

Institución

Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA)

Servicios involucrados

Servicio de Dermatología HAMA

Servicio de Ginecología HAMA

Laboratorio Clínico HAMA

Duración

Junio del 2006 a mayo del 2007

Tipo de Estudio

Es un estudio descriptivo, epidemiológico. Es un estudio de corte prospectivo longitudinal.

Población de Estudio

Mujeres gestantes de cualquier trimestre, que acudan a su control prenatal o sean referidas por cualquier patología al Hospital de Apoyo María Auxiliadora durante junio del 2006 a mayo del 2007, que refieran presentar prurito por más de una semana.

Criterios de inclusión:

- Mujer gestante mayor de 13 años
- Refiera sensación de prurito en más de dos localizaciones
- Paciente demande atención de Control Pre Natal
- Paciente demande atención por patología de la gestación
- Paciente que acuda para su atención de parto

Criterios de exclusión:

- Prurito vulvar
- Negativa a participar del estudio
- Ingesta de fármacos inductores de prurito, ej: metoclopramida, quinidina, etc

VARIABLES DE ESTUDIO

Independiente

Infección HTLV-I

Dependiente

Dermatosis pruriginosas durante la gestación:

Herpes gestacional

PPUPE

Prurigo gestationis

Colestasis del embarazo

Eccema de la gestación

Interviniente

Edad

Estado civil

Edad gestacional

Fórmula gestacional

Antecedente de cuadro prurítico en gestaciones previas

Ingesta de medicamentos durante la gestación actual

Histopatología

Tiempo de enfermedad

Síntomas

Enfermedades intercurrentes

Perfil hepático

IgE

Hemograma

TÉCNICA Y MÉTODO DE TRABAJO

Las pacientes fueron captadas en el Servicio de Gineco-obstetricia, de consultorio o de hospitalización y referidas al Servicio de Dermatología.

La evaluación dermatológica se ejecutó aplicando una ficha de evaluación y realizando el correspondiente examen clínico.

La toma de muestra para la investigación de la infección por HTLV-I, la toma de biopsia de piel, así como la participación en el presente estudio se concretó a través de consentimientos informados.

Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos de las fichas individuales se introdujeron a una base de datos de Office, para luego ser procesados por el Programa Estadístico SPSS 13. La distribución de las dermatosis se presenta en gráficos y tablas de frecuencia. Finalmente la interrelación entre éstas, se presentan en tablas de contingencia aplicando la prueba de Chi cuadrado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Durante el periodo de junio del 2006 a mayo del 2007, se evaluaron un total de 85 mujeres gestantes que padecían de enfermedades pruriginosas y fueron referidas al Servicio de Dermatología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA).

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

La edad de las gestantes incluidas en el estudio varió desde 14 años a los 39 años, siendo la media de 25.7 años, y la moda de 30 años. El estado civil del 56.5% correspondió a conviviente, del 28.2% a soltera y del 15.3% a casada.

En cuanto a la ocupación de las pacientes estudiadas, el 80% declaró ser ama de casa, el resto casi de manera equitativa refirió ser operaria de fábricas, estudiantes de instituto, escolares o empleadas de hogar.

En cuanto a sus antecedentes, el 68.2% atravesaba por primera vez el estado de gravidez, el 16.5% por segunda vez, el 10.6% por tercera vez y el 4.7% por cuarta vez.

Al momento de la evaluación personal de cada caso, el 71.8% se encontraba en el tercer trimestre de su embarazo, el 24.7% en el segundo trimestre y solo el 3.5% en el primer trimestre. La gestación más temprana correspondió a las 12 semanas, la más avanzada a las 40 semanas, la media fue de 30.5 semanas, la moda de 32 semanas.

Los casos fueron captados principalmente en la consulta de control pre natal (45.9%), directamente en la consulta dermatológica (40%) y en menos oportunidades de la hospitalización y referidos de puestos de salud.

INFECCIÓN POR HTLV-I

De las 85 pacientes incluidas en el presente estudio, fueron 54 quienes consintieron la prueba de serología para infección por el HTLV-I, siendo todos los resultados “no reactivos”. Por ello fue pertinente obviar las tablas de contingencia que se pretendía inicialmente realizar con las patologías a estudiar.

DERMATOSIS PRURIGINOSAS DURANTE LA GESTACIÓN

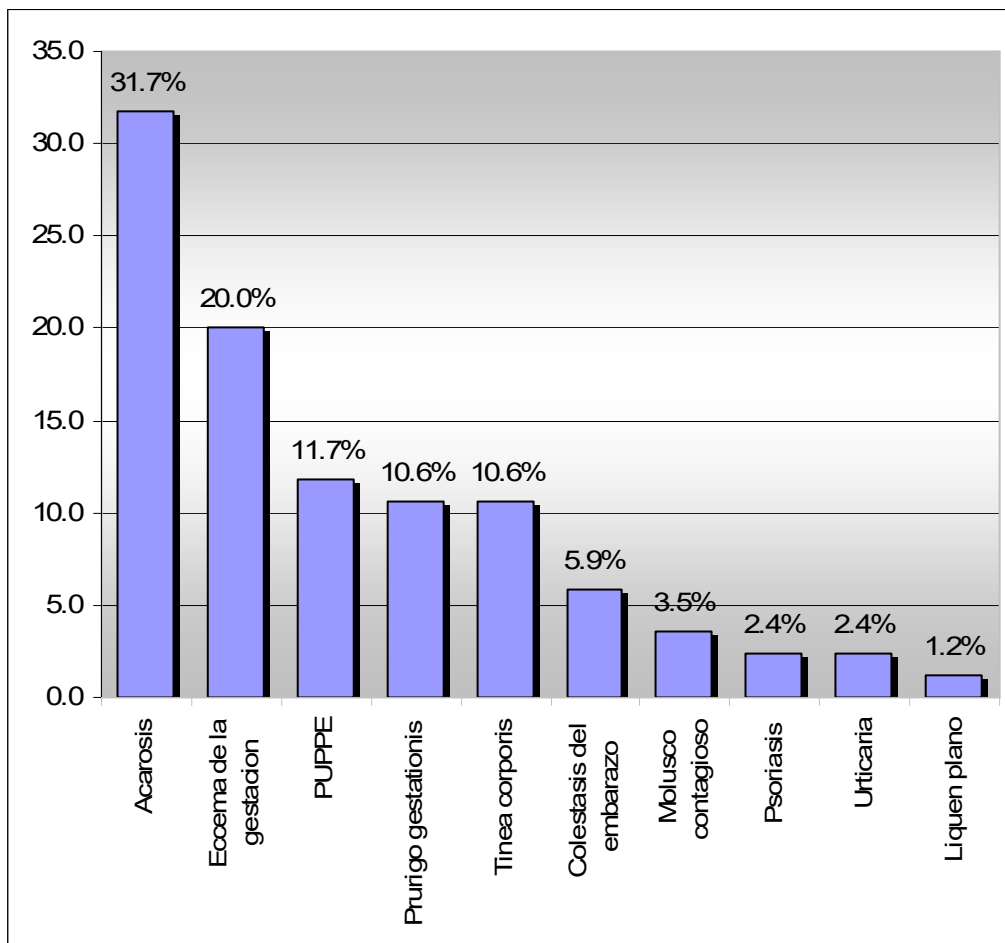
Del total de casos estudiados (n=85), se diagnosticaron cuadros pruriginosos propios de la gestación (n=41) y muchos coincidentes con la gestación (n=44).

De esa forma tenemos 27 casos (31.8%) de acarosis, 17 casos (20%) de eccema de la gestación, 10 casos (11.8%) de PPUPE, 9 casos (10.6%) de *prurigo gestationis*, 9 casos (10.6%) de cuadros micóticos principalmente extensos, 5 casos de colestasis del

embarazo; y casos ocasionales de molusco contagioso (3), psoriasis (2), urticaria (2) y liquen plano (1).

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE DERMATOSIS PRURIGINOSAS DE LA GESTACIÓN
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007



N = 85 casos

Considerando la población gestante atendida en su parto en este periodo de 8133 y nuestros 85 casos, se tiene una incidencia de dermatosis pruriginosas de 10.45 x 1000 gestantes.

Siendo 41 los casos de dermatosis pruriginosas específicas de la gestación, se obtiene una incidencia de 5.04 x 1000 gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora como se observa en la tabla 1.

TABLA 1
INCIDENCIA DE LAS DERMATOSIS ESPECÍFICAS DE LA GESTACIÓN
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007

Dermatosis	Nro	%	Incidencia x 1000
Eccema de la gestación	17	(41.5%)	2.09
PUPPE	10	(24.4%)	1.23
Prurigo gestationis	9	(21.9%)	1,11
Colestasis del embarazo	5	(12.2%)	0.61
Total	41	(100%)	5.04

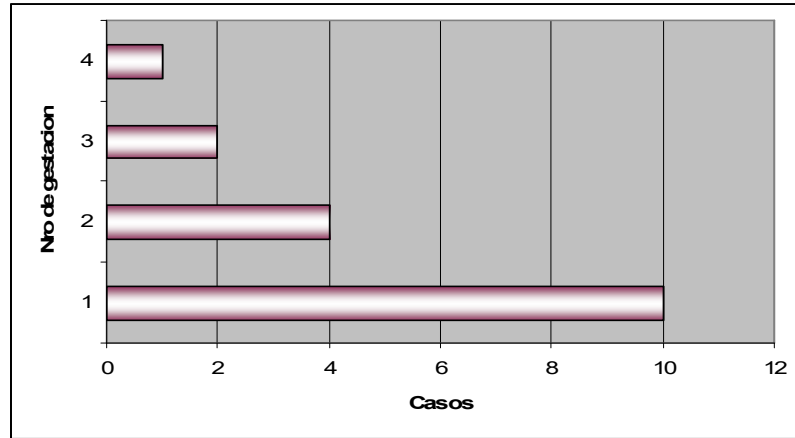
No se observó durante el tiempo de estudio ningún caso de herpes gestationis.

ECCEMA DE LA GESTACIÓN

El eccema de la gestación se presentó en 17 casos. La edad de presentación fue muy variable, desde los 14 años, hasta los 38 años de edad, la media de 28 años, sin ningún predominio etéreo. Los diagnósticos se presentaron con leve predominio entre los meses de abril y setiembre (9 casos), sobre los meses de verano (8 casos), sin significancia estadística, $p > 0.05$. La presentación del cuadro en relación a paridad, fue predominante en las primigestas (10 casos) en relación a las multigestas (7 casos), en estas últimas menor fue la frecuencia a mayor paridad, esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DEL ECCEMA DE LA GESTACION SEGÚN PARIDAD HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007

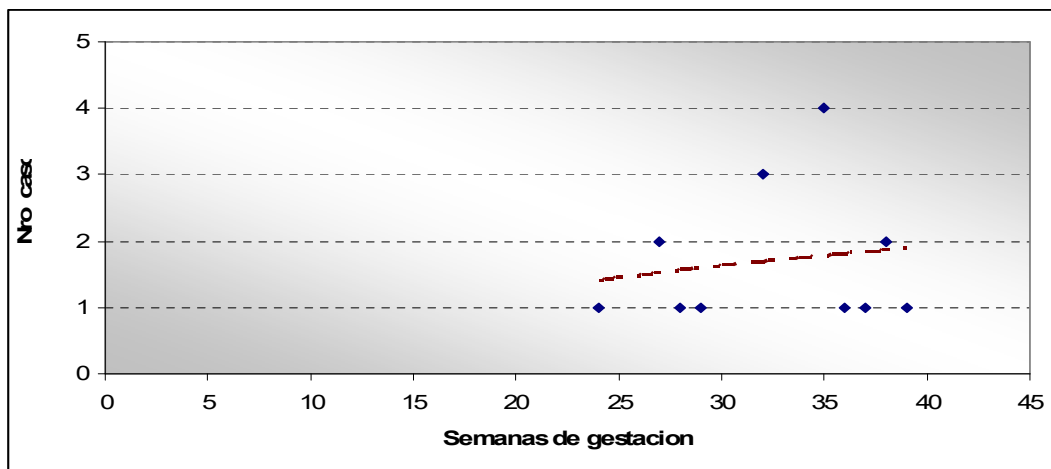


N = 17

La edad gestacional en la que se presentó el eccema del embarazo fue desde las 24 semanas (un solo caso en el segundo trimestre), hasta las 39 semanas de gestación, la media fue de 33 semanas, los casos predominaron en la gestación mayor de 32 semanas.

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE ECCEMA DE LA GESTACIÓN POR EDAD GESTACIONAL HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007



N= 17

El tiempo de enfermedad con el que se presentaron fue muy variable, desde 1 a 20 semanas. Las localizaciones de prurito más frecuentes fueron las extremidades, la cara y las mamas (12 casos). Las pacientes con eccema del embarazo no aquejaban de molestias generales. Sólo el 12% de ellas refería el antecedente de asma, las demás negaban antecedentes de atopía.

Al examen clínico predominó la xerosis en 11 casos, sobretodo en las extremidades.

La biopsia pudo realizarse en 13 casos, de éstos el hallazgo más común fue paraqueratosis (11 casos), así como espongiosis leve (8 casos), acantosis leve (5 casos).

La IgE fue medida en sólo 5 casos, siendo los valores hallados entre 95 a 215, considerados altos en 3 casos.

La evolución de la gestación en el 71% fue por parto natural, 17% por cesárea y en 2 casos la gestación continuaba al cierre de la toma de datos. La diferencia del sexo de los productos, 53% masculino y 47% femenino, no fue estadísticamente significativa. La media de peso de los bebés fue de 3297g, ninguno tuvo bajo peso al nacer, asimismo todos fueron a término.

PÁPULAS Y PLACAS URTICARIALES PRURIGINOSAS DEL EMBARAZO (PPUPE)

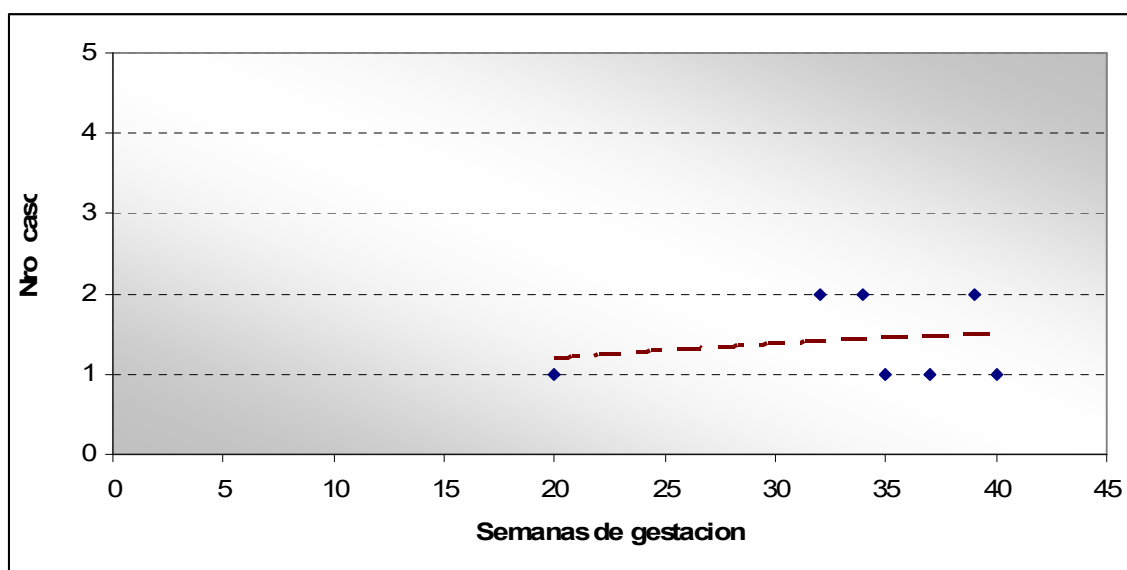
Durante el periodo de estudio se hallaron 10 casos de PPUPE, en mujeres de edades de 20 a 35 años, con una media de 24.6 años. La mayoría de ellas eran ama de casa y tenían de estado civil la convivencia. Los cuadros se presentaron principalmente en verano, entre los meses de diciembre a marzo (7 casos).

Todos los casos (100%) correspondieron a mujeres primigestas, que negaban antecedentes patológicos.

Al momento de la evaluación se encontraban entre la 20 a 40 semanas de gestación, con una media de 34.2 ± 5.8 años; 9 de ellas en el tercer trimestre de gestación.

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PPUPE SEGÚN EDAD GESTACIONAL
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007



N = 10

Referían de una a cuatro semanas de tiempo de enfermedad, con una media de 1.67 ± 1.32 semanas. Casi todas ellas referían inicio de la enfermedad en el abdomen, a excepción de un caso que inició sus lesiones en los muslos. En cuanto a síntomas generales, 6 de ellas los negaba, 2 referían cefalea y 2 hiporexia.

El estado general fue bueno en 8 casos. Las lesiones consistieron básicamente en habones, además de máculas hiperpigmentadas y pocos casos con excoriaciones; al momento del examen se afectaban el abdomen y las extremidades en 9 casos, solamente el abdomen en 1 caso.

La biopsia se realizó en todos los casos, el hallazgo más frecuente fue de dermatitis espongiótica eosinofílica en 6 casos, seguido de dermatitis espongiótica sin predominio de eosinófilos en 4 casos.

La media de la duración de la erupción fue de 3.2 ± 1.0 semanas, variando de 2 a 5 semanas. La mayoría de casos fueron controlados con antihistamínicos orales, cremas antipruriginosas y corticoides tópicos de mediana potencia. En un caso se requirió la administración de corticoides orales (prednisona) en el puerperio de una paciente con pobre respuesta a las medidas mencionadas.

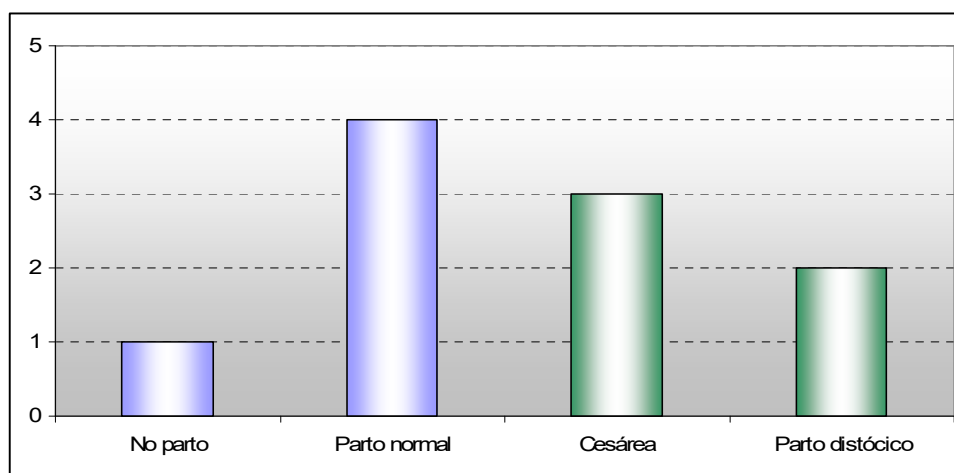
Del mismo modo la erupción fue evanesciendo en el postparto inmediato (hasta 7 días) en 7 casos y demoró más de una semana en 3 casos.

De ellas 9 llegaron al fin del embarazo durante el estudio, el fin del embarazo fue en parto normal en 4 casos, parto distócico por expulsivo prolongado en 2 casos, cesárea en 3 casos (uno por gemelar, otro por podálico).

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PPUPE SEGÚN FIN DEL EMBARAZO

HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007



N = 10

La mayoría de los recién nacidos, fue de sexo femenino (6 casos); los otros 4 de sexo masculino, incluyeron los gemelares. El peso de sus hijos varió entre 2400 y 3550 g, la mayoría nació a término, solo uno nació a las 36 semanas de edad gestacional.

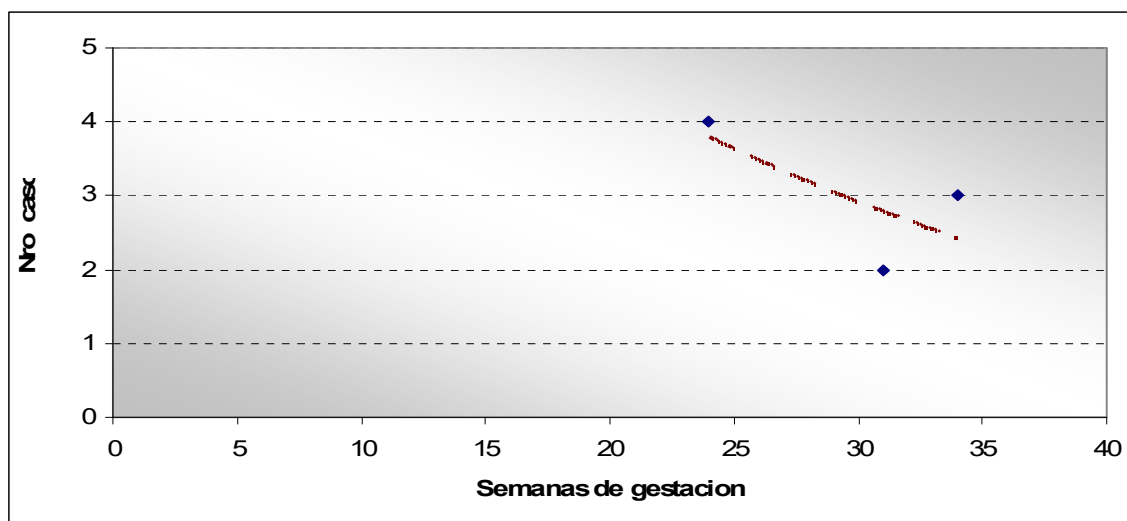
PRURIGO GESTATIONIS

El *prurigo gestationis* (9 casos) se presentó en el 10.6% de casos. La mayoría de los casos se presentó en menores de 25 años (7 casos), variando de 18 a 30 años, la media fue de 22.9 ± 4.8 años. El estado civil así como la ocupación tuvo distribución proporcional al resto del grupo. El 67% de casos era primigesta.

La edad gestacional al momento de la evaluación, varió de 20 a 38 semanas, con una media de 29 ± 7.6 semanas. Fue en 4 casos durante el segundo trimestre y en 5 casos durante el tercer trimestre.

GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN DE *PRURIGO GESTATIONIS* SEGÚN EDAD GESTACIONAL
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007



N=9

Fue presentado más frecuente (6 casos) entre los meses de invierno (julio – agosto). El tiempo de enfermedad referido varió de 1 a 8 semanas, con una media de 5.1 ± 2.8 semanas. La localización inicial del prurito más frecuente fue los miembros inferiores en 60% de casos, también se afectaron miembros superiores y abdomen. La mayoría de los casos no acusaba de molestias generales.

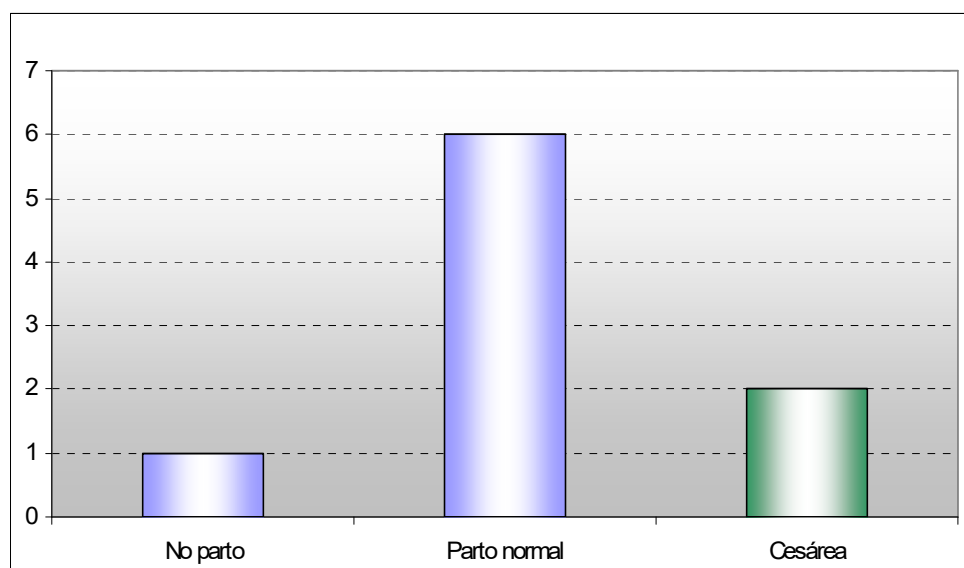
Entre los antecedentes patológicos importantes, en 3 casos hubo cirugías previas, como apendicectomías y laparotomía exploratoria por linfoma intestinal.

Se realizó biopsia en 7 casos; acantosis asociado a paraquetosis se describió en 4 casos, dermatitis espongíotica y paraqueratosis en 2 casos y dermatitis perivascular superficial leve con infiltrado linfocitario en 1 caso.

La evolución de la gestación a partos normales se dio en 6 casos, cesárea en 2 casos, y aun no llegaba a término de la gestación (no parto) 1 caso.

GRÁFICO 7

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PPUPE SEGÚN FIN DEL EMBARAZO
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007



N=9

El sexo de los recién nacidos fue equitativo para masculino y femenino, nacieron a término y ninguno fue de bajo peso al nacer.

COLESTASIS DEL EMBARAZO

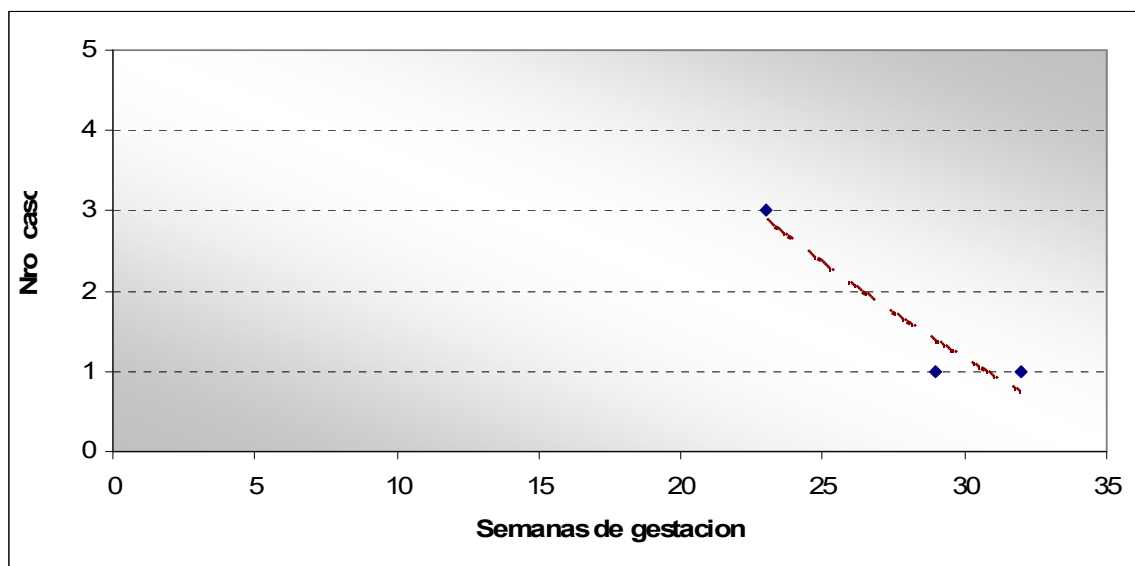
Se hallaron 5 casos de colestasis del embarazo. Todos los casos en mayores de 30 años (de 31 a 38 años), con una media de $33.6 \pm 2,7$ años. La ocupación y el estado civil de las pacientes fue proporcional al resto de la población estudiada.

Cuatro de las pacientes eran primigestas. La paciente multigesta, negaba cuadro de prurito intenso en gestaciones previas.

La edad gestacional varió de 23 a 32 semanas, con una media de 26 ± 4.2 semanas; 3 de ellas estaban en el segundo trimestre de gestación.

GRÁFICO 8

DISTRIBUCIÓN DE COLESTASIS DEL EMBARAZO POR EDAD GESTACIONAL HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007



N=5

Cuatro de los cinco casos se evaluaron en meses de verano (febrero, marzo). El tiempo de prurito que referían correspondió a 4 semanas en cuatro casos.

La localización inicial del prurito, se refería a la espalda, el abdomen o los senos.

Ninguna refería otros síntomas generales. Como antecedentes importantes una de ellas padecía de neurofibromatosis. Al examen general en cuatro casos se observó xerosis.

Sólo se pudo tomar biopsia de piel en 3 casos, siendo el hallazgo de dermatitis spongiótica leve con paraqueratosis en 1 caso, dermatitis perivascular superficial leve en 1 caso y piel sin alteraciones específicas en 1 caso.

En 3 casos el fin de la gestación fue parto normal, una de ellas aún no llegaba al final de su gestación al cierre de la toma de datos. Uno de los casos presentó Síndrome de HELLP, por lo que requirió cesárea de emergencia. Tres recién nacidos fueron varones y una fue mujer. Ninguno de bajo peso al nacer; la media del peso fue 3000 g. Todos nacidos a término.

OTRAS PATOLOGÍAS PRURIGINOSAS INTERCURRENTES

Dentro de las patologías pruriginosas no específicas de la gestación se presentaron casos de **acarosis** en 27 pacientes, diagnosticados durante el periodo de estudio sin ninguna tendencia estacional. Las edades fluctuaron entre 19 y 35 años, con una media de 24 años. El 59% de ellas eran primigestas. La edad gestacional varió entre 16 a 40 semanas. El tiempo de enfermedad que referían fue desde 2 semanas hasta 12 semanas de prurito. La localización inicial del prurito fue en abdomen en 59% de casos. Ninguna tuvo síntomas generales relacionados al cuadro. La evolución de la gestación a parto normal fue de 70%, no parto 15% y cesárea 15%. La distribución de sexo del producto fue equitativa, hubo 7% de niños de bajo peso al nacer.

También se diagnosticó **dermatofitosis** en 9 casos, las cuales generalmente eran extensas, las edades variaron de 14 a 39 años con media de 24.9 ± 7.9 años. La edad gestacional a las cuales se presentaron fue de 24 a 34 semanas con una media de 28.9 ± 4.8 semanas. Generalmente fueron presentados en verano (6 casos). En cuanto a paridad, 5 casos eran multigestas. El tiempo de enfermedad fue tan variable como de 1 semana hasta 20 semanas, la localización inicial del prurito en más de la mitad de casos fue en miembros inferiores, y en 2 casos inicio en la cara. La evolución del embarazo, fue parto normal en 7 casos, y aún no terminaban el embarazo en 2 casos.

Además se evaluaron casos de **molusco contagioso** (3 casos), los cuales tenían presentación en área púbica y muslos, no presentaban comorbilidad, la evolución del embarazo fue parto normal.

Se evaluaron 2 casos de **psoriasis**, en gotas, ambos con antecedente previo de esta patología, con exacerbación del cuadro durante el embarazo.

Asimismo la **urticaria** fue observada en 2 casos, una de ellas era crónica y la otra dermatográfica, ambos casos fueron difíciles de tratar.

Finalmente entre esta miscelánea, se presentó un caso de **liquen plano**, en una primigesta de 18 años a las 15 semanas de gestación, de presentación en región abdomino torácica y en brazo izquierdo.

COMPARACIÓN ESTADÍSTICA DE VARIABLES CLÍNICAS ENTRE LAS DERMATOSIS PRURIGINOSAS ESPECÍFICAS DE LA GESTACIÓN.

Para valorar y comparar los hallazgos de los casos con dermatosis pruriginosas propias del embarazo, se consideraron los 41 casos en los que se diagnosticaron PPUPE, *prurigo gestationis*, eccema de la gestación y colestasis del embarazo.

El trimestre de gestación.

Como se puede ver en la siguiente tabla, donde se consolidan los casos de acuerdo al trimestre de gestación en el que se presentan, el 78% de todos estos casos se presentaron en el tercer trimestre.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE DERMATOSIS PRURIGINOSAS PROPIAS DE LA
GESTACIÓN DE ACUERDO AL TRIMESTRE DE EMBARAZO
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007

Dermatosis	Trimestre de Embarazo		Total	P
	Segundo	Tercero		
PPUPE	1 10%	9 90%	10	vs CE $\chi^2 = 4.26$, $p = 0.039$ <i>vs PG $\chi^2 = 2.89$, $p = 0.089$</i> <i>vs EG $\chi^2 = 0.16$, $p = 0.693$</i>
Colestasis del embarazo	3 60%	2 40%	5	vs PPUPE $\chi^2 = 4.26$, $p = 0.039$ <i>vs PG $\chi^2 = 0.31$, $p = 0.577$</i> vs EG $\chi^2 = 7.61$, $p = 0.006$
Prurigo gestationis	4 44.4%	5 55.6%	9	<i>vs PPUPE $\chi^2 = 2.89$, $p = 0.089$</i> <i>vs CE $\chi^2 = 0.31$, $p = 0.577$</i> vs EG $\chi^2 = 5.63$, $p = 0.018$
Eccema de la gestación	1 5.9%	16 94.1%	17	<i>vs PPUPE $\chi^2 = 0.16$, $p = 0.693$</i> vs CE $\chi^2 = 7.61$, $p = 0.006$ vs PG $\chi^2 = 5.63$, $p = 0.018$
Total	9 22%	32 78%	41 100%	

El eccema de la gestación tuvo una franca predominancia por el tercer trimestre (94,1%), así como PPUPE (90%), y en menor grado el *prurigo gestationis* (55.6%). A diferencia de la colestasis del embarazo que se presentó principalmente en el segundo

trimestre (60%), el cual resultó con diferencia estadísticamente significativa con respecto a PPUPE y al eccema de la gestación ($p < 0.05$).

De forma similar la frecuencia en el tercer trimestre del eccema de la gestación notoriamente mayor al *prurigo gestationis*, resultó con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

El antecedente de gravidez

Con respecto al número de gestaciones previas, el 73.2% de este grupo particular eran primigestas.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE DERMATOSIS PRURIGINOSAS PROPIAS DE LA
GESTACIÓN DE ACUERDO AL ORDEN DE GESTACIONES
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007

Dermatosis	Gravidez		Total	P
	Primigesta	Multigesta		
PPUPE	10 100%	0 0%	10	vs CE $\chi^2 = 2.14$, $p = 0.143$ vs PG $\chi^2 = 3.96$, $p = 0.047$ vs EG $\chi^2 = 5.56$, $p = 0.018$
Colestasis del embarazo	4 80%	1 20%	5	vs PPUPE $\chi^2 = 2.14$, $p = 0.143$ vs PG $\chi^2 = 0.28$, $p = 0.597$ vs EG $\chi^2 = 0.75$, $p = 0.387$
Prurigo gestationis	6 66.7%	3 33.3%	9	vs PPUPE $\chi^2 = 3.96$, $p = 0.047$ vs CE $\chi^2 = 0.28$, $p = 0.597$ vs EG $\chi^2 = 0.15$, $p = 0.696$
Eccema de la gestación	10 58.8%	7 41.2%	17	vs PPUPE $\chi^2 = 5.56$, $p = 0.018$ vs CE $\chi^2 = 0.75$, $p = 0.387$ vs PG $\chi^2 = 0.15$, $p = 0.696$
Total	30 73.2%	11 26.8%	41 100%	

El 100% de los casos de PPUPE se trataron de primigestas, así como el 80% de colestasis del embarazo, el 66.7% del *prurigo gestationis* y el 58.8% del eccema de la gestación. El predominio contundente de primigestas en PPUPE resultó con diferencia significativa estadísticamente en relación al *prurigo gestationis* y aún más al eccema de la gestación ($p < 0.05$).

La edad de la gestante

El grupo se dividió por edad con un corte a los 25 años, correspondiendo el 56.1% de los 41 casos a mujeres con 25 o más años.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE DERMATOSIS PRURIGINOSAS PROPIAS DE LA
GESTACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007

Dermatosis	Edad		Total	P
	< 25	>= 25		
PPUPE	6 60%	4 40%	10	vs CE $x^2 = 5.00$, $p = 0.025$ vs PG $x^2 = 0.04$, $p = 0.845$ vs EG $x^2 = 0.89$, $p = 0.345$
Colestasis del embarazo	0 0%	5 100%	5	vs PPUPE $x^2 = 5.00$, $p = 0.025$ vs PG $x^2 = 4.32$, $p = 0.038$ vs EG $x^2 = 3.02$, $p = 0.082$
Prurigo gestationis	5 55.6%	4 44.4%	9	vs PPUPE $x^2 = 0.04$, $p = 0.845$ vs CE $x^2 = 4.32$, $p = 0.038$ vs EG $x^2 = 0.49$, $p = 0.484$
Eccema de la gestación	7 41.2%	10 58.8%	17	vs PPUPE $x^2 = 0.89$, $p = 0.345$ vs CE $x^2 = 3.02$, $p = 0.082$ vs PG $x^2 = 0.49$, $p = 0.484$
Total	18 43.9%	23 56.1%	41 100%	

Los casos de PPUPE y de *prurigo gestationis* se constituyeron principalmente de mujeres menores de 25 años, en 60% y 55.6% respectivamente. Como contraste a lo anterior, los casos de colestasis del embarazo tuvo 100% de ocurrencia en mujeres de 25 a más años, y los de eccema de la gestación tuvo 58.8% en este mismo grupo.

La predominancia etárea de colestasis del embarazo en edades mayores o iguales a 25 años con respecto a PPUPE y a *prurigo gestationis* tuvo significado estadístico ($p < 0.05$)

El tiempo de enfermedad

Para agrupar los casos de acuerdo al tiempo de enfermedad al momento del examen, se consideró aquellos con 1 a 2 semanas de prurito y otro grupo con 3 a más semanas.

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE DERMATOSIS PRURIGINOSAS PROPIAS DE LA
GESTACIÓN DE ACUERDO A TIEMPO DE LA ENFERMEDAD
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007

Dermatosis	Tiempo de enfermedad		Total	P
	≤2 semanas	≥3 semanas		
PPUPE	7 70%	3 30%	10	vs CE $x^2 = 7.78$, $p = 0.005$ vs PG $x^2 = 5.56$, $p = 0.018$ vs EG $x^2 = 4.44$, $p = 0.035$
Colestasis del embarazo	0 0%	5 100%	5	vs PPUPE $x^2 = 7.78$, $p = 0.005$ vs PG $x^2 = 1.30$, $p = 0.255$ vs EG $x^2 = 2.22$, $p = 0.136$
Prurigo gestationis	2 22.2%	7 77.8%	9	vs PPUPE $x^2 = 5.56$, $p = 0.018$ vs CE $x^2 = 1.30$, $p = 0.255$ vs EG $x^2 = 0.34$, $p = 0.562$
Eccema de la gestación	6 35.3 %	11 64.7%	17	vs PPUPE $x^2 = 4.44$, $p = 0.035$ vs CE $x^2 = 2.22$, $p = 0.136$ vs PG $x^2 = 0.34$, $p = 0.562$
Total	15 36.6%	26 63.4%	41 100%	

Los casos de PPUPE se presentaron con 2 a menos semanas de prurito en 70% de casos. Las demás dermatosis se presentaron con tres a mas semanas de prurito, en el 100% de las colestasis del embarazo, en el 77.8% del *prurigo gestationis* y en el 64.7% del eccema de la gestación. El menor tiempo de enfermedad en los casos de PPUPE en relación al resto de dermatosis, resultó estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

Por la estación de presentación

Agrupamos los casos presentados entre octubre a marzo en estación primavera verano y aquellos presentados entre abril a setiembre como estación otoño – invierno.

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE DERMATOSIS PRURIGINOSAS PROPIAS DE LA
GESTACIÓN DE ACUERDO A LA ESTACIÓN DE PRESENTACIÓN
HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA JUNIO 2006 A MAYO 2007

Dermatosis	Estación		Total	P
	Primavera- verano	Otoño- invierno		
PPUPE	7 70.0%	3 30.0%	10	vs CE $\chi^2 = 0.17$, $p = 0.680$ vs PG $\chi^2 = 2.55$, $p = 0.110$ vs EG $\chi^2 = 1.34$, $p = 0.247$
Colestasis del embarazo	4 80.0%	1 20.0%	5	vs PPUPE $\chi^2 = 0.17$, $p = 0.680$ vs PG $\chi^2 = 2.80$, $p = 0.094$ vs EG $\chi^2 = 1.69$, $p = 0.193$
Prurigo gestationis	3 33.3%	6 66.7%	9	vs PPUPE $\chi^2 = 2.55$, $p = 0.110$ vs CE $\chi^2 = 2.80$, $p = 0.094$ vs EG $\chi^2 = 0.45$, $p = 0.500$
Eccema de la gestación	8 47.1%	9 52.9%	17	vs PPUPE $\chi^2 = 1.34$, $p = 0.247$ vs CE $\chi^2 = 1.69$, $p = 0.193$ vs PG $\chi^2 = 0.45$, $p = 0.500$
Total	22 53.7%	19 46.3%	41 100%	

Todo el grupo de estas dermatosis tuvieron discreta tendencia de presentación en la estación primavera-verano (53.7%). Esa misma tendencia fue para PPUPE con 70% y para colestasis del embarazo con 80%; a diferencia del *prurigo gestationis* y el eccema del embarazo que tuvieron predominancia en temporada de otoño –invierno, con 66.7% y 52.9% respectivamente.

La comparación entre todas estas, no resultaron significativas estadísticamente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en la población gestante atendida en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA), es el primero realizado en la población peruana, y los publicados en otros países son limitados ^[4,5]. Hallamos una incidencia de 5.04 x 1000 gestantes de casos de dermatosis pruriginosas específicas de la gestación.

El cuadro pruriginoso aconteció más frecuentemente en el tercer trimestre (71.8%) a diferencia del segundo (24.7%) y primer trimestre (3.5%). Observación similar a un estudio previo de dermatosis del embarazo, donde predomina el cuadro en el tercer trimestre, al margen de la causa que lo produce ^[5].

Eccema de la gestación.

El eccema de la gestación tuvo una incidencia de 2.09 por 1000 gestantes atendidas en el HAMA, y una frecuencia del 20% entre los sujetos estudiados; siendo la dermatosis específica de la gestación más frecuente del grupo estudiado (**41.5%**), así como inicialmente lo describiera Vaughan en Inglaterra ^[5], en un estudio prospectivo de 2

años en 200 gestantes con prurito donde halló una frecuencia de 36%; y más recientemente lo ratificara Ambros-Rudolph ^[4] al obtener una frecuencia del 49.7% dentro de las dermatosis específicas de la gestación. En cuanto a la edad de presentación, esta fue muy variable, con una media de 28 años; observación similar a la literatura, con media de 30 años, sin predominio etéreo ^[4]. La temporada en que se presentaron los casos, fue con mayor frecuencia en meses de otoño e invierno ($p>0.05$).

El 58.8% eran primigrávidas, predominio muy discreto y poco contrastante con hallazgos como de 44% ^[4] en una población de 251 gestantes con eccema del embarazo. Cuando comparamos esta débil tendencia con lo que ocurre en PPUPE, que tiene hasta 90% de primigrávidas (tabla 3), la diferencia resultó estadísticamente significativa.

Predominaron los casos en el tercer trimestre (94.1%), con una media de 33 semanas. Vaughan ^[5] halló mayor frecuencia (44%) en el segundo trimestre en relación al tercer trimestre (31.9%), probablemente porque muchos de sus casos incluían al *prurigo gestationis*, cuyo inicio fue más precoz en nuestro estudio; de forma similar Ambros-Rudolph demostró una distribución de 36%, 40% y 24% en primer, segundo y tercer trimestre de la gestación ^[1,4]. Probablemente nuestros casos no tienen representatividad en los otros trimestres porque la muestra en general sólo comprende de gestantes del segundo y tercer trimestre.

Los antecedentes personales de atopía, como eccema atópico, rinitis alérgica o asma fue referido sólo por 12% de nuestros casos, a diferencia de frecuencias mayores de historia personal de eccema atópico (15.3-21%), historia familiar de atopía (52%) o de cuadros similares en embarazos previos (34%) hallados en diferentes estudios ^[4,5]. La mayoría de nuestras pacientes experimentaba por primera vez manifestaciones cutáneas durante la gestación, hecho concordante con estudios previos ^[4,5]. Para aquellos casos con

antecedentes de atopía, ya ha sido descrito ampliamente la exacerbación del eccema tanto en periodo premenstrual como durante la gestación [5].

La IgE elevada generalmente apoya el diagnóstico de eccema, en nuestra población estudiada sólo se realizó el dosaje en 5 casos, resultando ligeramente elevada en 3 casos; en un estudio previo se encontró su elevación sólo en 18% de los casos y curiosamente hasta en el 33% de casos de *prurigo gestationis* [5], en otro estudio hasta en 71% pero con una media de 156 kU/L siendo esto discretamente elevado (rango normal < 100 kU/L) [4]. Estas variaciones podrían representar los solapamientos que existen entre entidades como son el eccema de la gestación, el *prurigo gestationis* y hasta la llamada *foliculitis pruriginosa de la gestación*.

Los sustentos de la alta frecuencia del eccema de la gestación, han sido relacionados a las alteraciones inmunológicas en este periodo por tolerar al producto de la gestación, produciéndose reducción de la inmunidad celular y de la función T-helper 1 y aumento de la respuesta humoral y de la función T-helper 2 [25]. Siendo la dermatitis atópica considerada como un cuadro dominante de Th-2, se favorecería su presentación y exacerbación durante la gestación. [4,5]

PPUPE

Se halló una incidencia de 1.23 por 1000 gestantes atendidas en el HAMA, una frecuencia de 11.7% de todos los casos estudiados; datos que contrastan con incidencias más altas halladas en los estudios referenciales de Petropoulou y colaboradores de 1:160 (6.25x1000) [18], o frecuencias de hasta 22% [5] o 42% [9] dentro de todas las causas de prurito en la gestación.

PPUPE fue la segunda dermatosis específica de la gestación más frecuente (24.4%) en el HAMA, al igual que lo reportados por Ambros-Rudolph en 505 pacientes, quien encontró una frecuencia de 21.6% dentro de este grupo [4].

La edad de presentación predominó en menores de 25 años, con una media de 24.6 años; siendo importante estadísticamente su diferencia con la colestasis del embarazo, que se presenta a mayor edad (tabla 4). Algunos estudios reportan rangos etéreos de 16 a 40 años, con media de 29 años [4]. Petropolou y colaboradores reportan no encontrar tendencia etérea particular para desarrollar PPUPE [18].

El 100% de nuestros casos eran primigestas, en algunos estudios hallaron frecuencias de 55% [5], en otros de 70% [19] o hasta 73% [4] de presentación en la primera gestación.

El 90% se encontraba en el tercer trimestre, hallazgo congruente con los estudios revisados como de 77% [5] o de 83% [4] a esto se agregarían los casos post parto inmediato que varían de 5% [5] a 15% [4].

La gestación múltiple se dio en uno de nuestros casos (10%) de PPUPE (a las 32 semanas de edad gestacional), comparable a la hallada en 16% de 44 casos de PPUPE en Inglaterra [5] y en 16% de 109 casos en Austria [4], o a porcentajes menores como en 13% de 181 casos en un estudio multicéntrico [19] o de 9% [9], 11% [13,21]. Al igual que el estudio citado inicialmente, los embarazos gemelares no se asociaron a otra categoría de dermatosis específica de la gestación que no fuera PPUPE.

El hecho que se relacione a múltiples gestaciones y se presente generalmente en estrías al final de la gestación, ha sugerido la hipótesis que la distensión abdominal podría predisponer al PPUPE probablemente por un daño en el tejido conectivo de la estría que desencadenaría toda la respuesta inflamatoria [18].

Finalmente en un estudio reciente se reportó una frecuencia de 7.89 casos de PPUPE en cada 200 embarazos múltiples, comparado a 1 caso de PPUPE en cada 200 embarazos simples [41].

La morfología de las lesiones fue básicamente de habones, además de máculas hiperpigmentadas y pocos casos con excoriaciones; no observamos vesículas aunque éstas se describen por Holmes hasta en 40% de los casos [42] y más recientemente por Rudolph en 17% de sus casos [19].

La mayoría de lesiones inició en las estrías del abdomen (90%), a excepción de una que lo hizo en muslos, esta predominancia abdominal pero no exclusiva también fue descrita previamente [4,19]. Como ya lo describieran, el fenómeno de Koebner se observó en la presentación de los habones, tanto en las estrías como en las cicatrices que algunas de las gestantes presentaron [5].

La duración media de la erupción fue de 3.2 ± 1.0 , variando de 2 a 5 semanas; al respecto la revisión más precisa mas no actual (año 1989) indica un promedio de 6 semanas de duración [42], este contraste podría deberse al control del cuadro por el tratamiento que varió desde aplicación de emolientes hasta corticoides tópicos, así como antihistamínicos. En cuanto a otros síntomas se reportó previamente casos de disturbio del sueño o dolor además de prurito en las lesiones [5], esta observación no se replicó en nuestros casos, pero sí 4 de nuestros casos referían cefalea e hiporexia.

La histopatología hallada correspondió al patrón de dermatitis perivascular superficial, la mayoría con eosinófilos, y con espongirosis. La presencia de eosinófilos en el infiltrado es más consistente que la presencia de mastocitos o neutrófilos en PPUPE [18,19].

En estudios previos, en cuanto al sexo del producto de gestantes con PPUPE, los hallazgos no son uniformes, en algunos reportan predominio del sexo masculino (67%)

[5], o en una relación de 2:1 con respecto al sexo femenino [18]; en otros encuentran distribución igualitaria para ambos sexos [19]; en nuestro estudio predominó discretamente el sexo femenino (60%).

Prurigo gestationis

En el caso de *prurigo gestationis*, se tuvo una incidencia de 1.11 por 1000 gestantes atendidas en el HAMA, y correspondió al 10.6% de todos los casos estudiados y al 22% de las dermatosis específicas de la gestación. A diferencia de PPUPE y colestasis del embarazo, el *prurigo gestationis* carece de clínica y laboratorio específicos que puedan determinar contundentemente su diagnóstico [1,12]. Vaughan halló una menor frecuencia (6%) entre 200 gestantes con prurito [5], aunque en este estudio separaban casos de “foliculitis pruriginosa” del embarazo (7%); en el presente trabajo con respecto a la llamada foliculitis pruriginosa del embarazo, no se consideró como entidad diferente al *prurigo gestationis* sino incluida en ésta, así como lo proponen algunos autores [4].

En la revisión literaria, se han confundido los casos de prurigo con los de eccema, de forma que el principal rasgo que divide una cosa de otra corresponde a los demás rasgos de atopía, de esa forma Ambros-Rudolph, quien tenía originalmente 49 casos de *prurigo gestationis*, convirtió 45 de éstos al rango de eccema de la gestación, con lo que finalmente tuvo una frecuencia tan sólo de 1% de *prurigo gestationis* dentro de las dermatosis específicas de la gestación [4].

La predominancia fue discreta en el tercer trimestre con 56% de nuestros casos. La edad gestacional de presentación del *prurigo gestationis*, descrito en la literatura no tiene preferencia contundente para algún trimestre, aunque en las descripciones iniciales del cuadro se diferenciaba de PPUPE por iniciarse más tempranamente [18], así algunos

hallaron débil predominancia en el segundo trimestre con 58% [5], mientras otros autores tuvieron el 100% de sus casos en el tercer trimestre [4].

En nuestro estudio el 67% de casos era primigesta. La paridad relacionada al *prurigo gestationis* es variable, así en algunos estudios reportan el 33% de casos en primigestas [5], en otros hasta el 75% [4].

En estudios predecesores hallaron historia de atopía y hasta niveles séricos de IgE elevados en el 30% de casos [5]; hallazgos que se contraponen de sobremanera a los del eccema de la gestación, probablemente por ello otros autores como Ambros-Rudolph prefiere agrupar estas entidades dentro de *Erupción atópica del embarazo* [4].

En cuanto a la localización de las lesiones, coincide con lo que señala la bibliografía; en este estudio se afectaron los miembros inferiores, miembros superiores y abdomen, en ese orden de frecuencia; aunque para muchos autores la localización privilegiada se consideró el abdomen [5], para otros fue la cara externa de las piernas [4].

La histopatología no fue específica en nuestro estudio, sin embargo es de resaltar que al igual que los reportes bibliográficos [4,5], no se observó presencia de eosinófilos en el infiltrado.

El fin del parto no depara complicaciones de acuerdo a la literatura [5], del mismo modo ocurrió en nuestros casos, con partos normales en la mayoría de casos y algunas cesáreas no de urgencia. En un estudio previo no se halló predominancia de sexo del producto de gestaciones con prurigo [5], datos que son coincidentes con el nuestro donde fue equitativa la distribución por sexo.

Colestasis del embarazo

Los casos de **colestasis del embarazo** representaron una incidencia de 0.61 por 1000 gestantes atendidas en el HAMA, y dentro de los casos estudiados una frecuencia de

5.9%. Las incidencias estimadas en Europa van de 1 a 1.5 por 1000 gestaciones y en Estados Unidos de 7 por 1000 gestaciones [13,22]

Vaughan en 200 gestantes con prurito halló una frecuencia de 2%. [5], del mismo modo Ambros-Rudolph en 505 gestantes una frecuencia de 3% [4].

El cuadro clínico fue dominante por el prurito, siendo las lesiones cutáneas básicamente secundarias al rascado, ninguno de nuestros casos presentó ictericia. La ictericia en algunos estudios se reportó hasta en 20% de casos [13]. En nuestros casos no se midieron los ácidos biliares, pero el diagnóstico se apoyó en la elevación de la fosfatasa alcalina y las transaminasas.

Nuestros casos se dieron en mayores de 30 años, con una media de $33.6 \pm 2,7$ años; promedios similares como de 30 años fueron descritos previamente [4]. Esta tendencia a presentarse a edades mayores de 25 años, resultó importante relacionada a PPUPE y *prurigo gestationis* ($p < 0.05$).

La mayoría de nuestros casos eran primigrávidas ($n=4$), la única multigesta negaba antecedente de prurito intenso en su gestación previa; Ambros-Rudolph relató que hasta 88% de sus casos ($n=15$) refería antecedentes en gestaciones previas, lo cual resultaba de apoyo en el diagnóstico de la enfermedad [4], en nuestro estudio tener una sola multigesta con colestasis fue insuficiente para tener esta conclusión.

En nuestro estudio el 80% era primigesta. La literatura refiere predominancia del cuadro en primigestas, variando del 47% [4] al 75% [5].

El 60% (3 casos) se presentaron en el segundo trimestre, todos en más de 23 semanas de gestación. El trimestre de presentación referido por algunos autores va del segundo (20%) al tercer trimestre [4,5].

La localización inicial del prurito, se refería a la espalda, el abdomen o los senos; los estudios previos adicionalmente destacan las piernas [4].

Tuvimos un caso de Síndrome de HELLP, por lo que requirió cesárea de emergencia, siendo el producto pretérmino viable. No son escasos los reportes de efectos adversos en la gestante o su producto, Roger y colaboradores reportaron hasta 18% de mortalidad fetal [9], de igual forma se reportan de 20-60% de nacimientos prematuros, de 20-30% de sufrimiento fetal, de 1-2% abortos causados por la hipoxia placentaria por la disminución de la eliminación fetal de ácidos biliares tóxicos [4,13].

Por lo anterior de forma casi consensuada se recomienda el fin del embarazo antes de las 38 semanas de gestación para evitar el óbito fetal o la hemorragia post parto [4,24].

Con respecto al sexo de los recién nacidos, los resultados son variables, algunos encuentran preponderancia femenina [5], nuestros casos tuvieron predominancia masculina.

Casos misceláneos.

Dentro de los casos misceláneos (52% de los casos estudiados), tuvimos casos de acarosis, tinea corporis, psoriasis, molusco contagioso, liquen plano y urticaria; cuadros similares a los casos intercurrentes de Vaughan (en 22% de sus casos) aunque adicionalmente observó pitiriasis rosada, lupus eritematoso, pénfigo vulgar, eritema nodoso, acné vulgar y foliculitis eosinofílica en una paciente VIH(+) [5].

En la evolución de los casos seguidos no se observó efectos adversos en los fetos, ni en las madres a excepción del cuadro de HELLP ya relatado. En estudios previos tampoco observaron evoluciones tórpidas con frecuencia, a excepción de cuadros relacionados a herpes gestationis, o de forma anecdótica relacionados a lupus eritematoso. [5]

Al comparar algunas variables entre las diferentes dermatosis específicas de la gestación, PPUPE resultó más frecuente en primigestas (tabla 3) en relación al *prurigo*

gestationis y al eccema de la gestación ($p < 0.05$), medido de forma similar en estudios previos [4].

PPUPE prevaleció en el tercer trimestre, con diferencia estadísticamente significativa de la colestasis del embarazo que predominó con casos en el segundo trimestre ($p < 0.05$), la cual también resultó diferente al eccema de la gestación ($p < 0.05$).

En cuanto al *prurigo gestationis*, 4 de 9 casos iniciaron el cuadro en el segundo trimestre, a diferencia de 1 de 10 casos de PPUPE ($p > 0.05$). Esto se respalda con lo referido por otros autores donde el *prurigo gestationis* agrupado con el eccema de la gestación (erupción atópica del embarazo) iniciaba más tempranamente que PPUPE [4].

Resultó llamativo el hecho de encontrar diferencia entre la temporalidad trimestral de presentación (tabla 2) de *prurigo gestationis* (44.4% en segundo trimestre) y el eccema de la gestación (5.9% en segundo trimestre), hecho que cuestiona de alguna forma la tendencia de conjuncionar estas entidades en “erupción atópica de la gestación”.

La evaluación del grupo etéreo, la colestasis del embarazo fue importante en mayores de 25 años, en relación a PPUPE y *prurigo gestationis* que tuvieron más casuística en menores de 25 años ($p < 0.05$). El eccema del embarazo no se diferenció de forma importante en cuanto a grupo etéreo, con las otras dermatosis (tabla 4).

Por el tiempo de enfermedad PPUPE fue el cuadro que principalmente se presentaba con 2 o menos semanas de duración, diferente de todas las demás dermatosis específicas de la gestación ($p < 0.05$), que se presentaron con 3 a más semanas de duración (tabla 5). Se sugiere que pueda deberse a la intensidad del prurito y severidad del cuadro.

De acuerdo a la estación anual en la que se presentaban los casos (tabla 6), PPUPE y la colestasis del embarazo se presentaron con frecuencia en primavera-otoño, en cambio el *prurigo gestationis* y el eccema de la gestación fueron más frecuentes en la temporada

de otoño-invierno ($p>0.05$); estas dos últimas, sumarían una característica adicional de sobreposición en cuanto a atopía se refiere.

Como se comentara anteriormente, y por observación repetitiva de los investigadores en dermatosis pruriginosas de la gestación, la constante sobreposición tanto de la clínica, como de la epidemiología y hasta la histopatología, conviene agrupar los cuadros de *prurigo gestationis* y eccema de la gestación en uno solo, llámese “Erupción atópica del embarazo”, considerando 2 formas de presentación, una tipo eccematoso y otra tipo prurigo [2,4]. La base de esta sugerencia adicionalmente tiene peso histórico, debido a que Besnier en los primeros casos de “*prurigo gestationis*” en realidad se refería a dermatitis atópica [4,12]; posteriormente Holmes y Black sugirieron que el *prurigo gestationis* se trataba del *pruritus gravidarum* en mujeres atópicas [12].

El HTLV-I

La prevalencia de la infección por HTLV-I en las gestantes estudiadas ($n=54$) fue de 0%; a diferencia de 0.5% de tasa hallada en gestantes de Ayacucho ($n=602$) [38], y en gestantes de Quillabamba de 2.3% [36]. Considerando que la seroprevalencia a nivel nacional fluctúa entre 0.2% a 1.9%, con media de 1.4% [35], sugerimos que la muestra estudiada podría ser pequeña para tener resultados positivos de acuerdo al promedio de los estudios nacionales previos, teniendo que demostrar prevalencias por encima del 2% por un solo caso positivo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. La dermatosis pruriginosa es más frecuente en primigestas, con mayor incidencia en el tercer trimestre de la gestación.
2. No existe diferencia en la frecuencia de presentación entre las dermatosis pruriginosas específicas y las no específicas de la gestación.
3. En el grupo de gestantes estudiadas la serología para HTLV-I resultó negativa por lo que no se establece ninguna relación con las dermatosis pruriginosas halladas.
4. Durante el año de estudio no se observó ningún caso de herpes gestationis.
5. El eccema de la gestación fue la dermatosis específica más común durante la gestación.
6. El eccema de la gestación se presentó principalmente en mujeres sin antecedentes de atopía.
7. PPUPE se presentó con mayor fuerza en las primigestas en relación a las demás dermatosis.

8. El tiempo de enfermedad con el que acudieron las gestantes, es menor en caso de PPUPE en relación a las otras dermatosis específicas de la gestación.
9. La colestasis del embarazo se presentó con más frecuencia en mayores de 25 años, a diferencia del resto de dermatosis específicas de la gestación.
10. La colestasis de la gestación tuvo inicio de presentación más temprano que en los casos de PUPPE y eccema de la gestación.
11. La relación del sexo de los recién nacidos no fueron categóricas en ninguna de las dermatosis específicas de la gestación.
12. Los exámenes complementarios deben ser valorados principalmente para la colestasis del embarazo y para el *herpes gestationis*, para las demás dermatosis es muy relativo su valor.
13. Las dermatosis específicas de la gestación en nuestros casos no complicaron la salud de la madre ni del producto, a excepción de un caso de HELLP dentro de colestasis del embarazo.
14. Concordamos con la tendencia actual de unificar los conceptos de los de *prurigo gestationis* y eccema de la gestación en uno solo: **Erupción atópica del embarazo.**

RECOMENDACIONES

1. Entrenar al personal de salud del área obstétrica de la atención primaria de las gestantes, en identificar las dermatosis específicas de la gestación y valorar su referencia a Dermatología para su tratamiento adecuado y oportuno.
2. El contemplar cuadros pruriginosos en la gestación deben ser evaluados prontamente con la ayuda diagnóstica adecuada para prevenir complicaciones de la gestación que se podrían dar, principalmente si se estuviera frente a la colestasis del embarazo o eventualmente frente al pénfigo gestationis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zanini M, Camargo Paschoal L. Dermatosis Gestacionais. *Med Cutan Iber Lat Am* 2004; 32(4): 139-50.
2. Ambros-Rudolph C. Dermatosis of pregnancy.CME. *JDDG* 2006; 9:748-761
3. Weisshaar E, Diepgen T, Luger T, Seeliger S, Witteler R, Ständer S. Pruritus in pregnancy and childhood--do we really consider all relevant differential diagnoses?. *Eur J Dermatol* - 2005; 15(5): 320-31
4. Ambros-Rudolph C, Mulleger R, Vaughan-Jones S. The specific dermatosis of pregnancy revisited and reclassified: Results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:395-404.
5. Vaughan-Jones S, Hern S, Nelson-Piercy C, Seed P, Black M. A prospective study of 200 women with dermatosis of pregnancy correlating clinical findings with hormonal and immunopathological profiles. *Br J Dermatol* 1999;141:71-81
6. Sanchez-Palacios C, Gotuzzo E, Vandamme A, Maldonado Y. Seroprevalence and risk factors for human T-cell lymphotropic virus (HTLV-I) infection among

- ethnically and geographically diverse Peruvian women. *Int J Infect Dis* 2003; 7:132-7.
7. Best I, Adauí V, Verdonck K, González E, Tipismana M, Gotuzzo E *et al.* Proviral load and immune markers associated with human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) associated myelopathy/tropical spastic paraparesis (HAM/TSP) in Peru. *Clin Exp Immunol* 2006; 146:226-33.
 8. Consolidado Anual de actividades y metas Servicio de Ginecología Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Lima Peru.2005.
 9. Roger D, Vaillant L, Fignon A, Pierre F, Bacq Y, Brechot J *et al.* Specific pruritic dermatoses of pregnancy: a prospective study of 3192 women. *Arch Dermatol* 1994;130:734-39.
 10. Sanchez-Mendez J, Lopez-Rodríguez M. Manejo del Prurito durante el embarazo. *Medifam* 2001; 11:187-93
 11. Dacus J. Prurito durante el embarazo. *Clínicas obstétricas y Ginecológicas* 1990; 4:715-21.
 12. Shornick J. Dermatitis del Embarazo. En: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatología*. Elsevier España; 2004.p.425-54.
 13. Kroumpouzou G, Cohen L. Specific dermatoses of pregnancy: An evidence-based systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1083-92.
 14. Kroumpouzou G, Cohen L. Dermatoses of pregnancy. *Continuing Medical Education. J Am Acad Dermatol* 2001;45:1-19.
 15. Mohanna S., Bravo F. Dermatitis del embarazo. *Folia dermatol. Peru* 2005; 16 (3): 147-49

16. Sherard G, Atkinson S. Focus on Primary Care: Pruritic Dermatological Conditions in Pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2001. 56(7):427-32.
17. Lawly T, Yancey K. Alteraciones y enfermedades cutáneas en el embarazo. En: Fitzpatrick *Dermatología en Medicina General*. España Sexta Edición. 2004; 1531-36.
18. Petropoulou, H; Georgala S; Katsambas A. Polymorphic eruption of pregnancy. *Int J Dermatol* 2006. 45, 642-48.
19. Rudolph C, Al-Fares S, Vaughan-Jones S, Müllegger R, Kerl H, Black M. Polymorphic eruption of pregnancy: clinicopathology and potential trigger factors in 181 patients. *Br J Dermatol* 2006; 154: 54–60.
20. Im S, Lee E, Kim W. Expression of preogestosterone receptor in human keratinocytes. *J Korean Med Sci* 2000; 15: 647-54.
21. Powell FC, Dervan P, Wayte J. et al. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: a clinicopathological review of 35 patients. *JEADV* 1996;6:105-11.
22. Lammert F, Marschall H-U, Glantz A, y colaboradores. Intrahepatic Cholestasis of pregnancy; molecular pathogenesis, diagnosis and management. *J Hepatol* 2000;33:1012-21.
23. Reyes H. Intrahepatic cholestasis: a puzzling disorder of pregnancy. *J Gastroenterol Hepatol* 1997;12:211-16.
24. Fagan EA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Br Med J* 1994; 309;1243-44.
25. Wilder RL. Hormones, pregnancy, and autoimmune disease. *Ann N Y Acad Sci* 1998;840:45-50.

26. Marinho J, Castro B; Rodrigues L; Barreto M. Increased risk of tuberculosis with Human T-Lymphotropic Virus-1 infection: A Case-Control Study. *JAIDS* 2005;40(5):625-28.
27. Proietti, Fernando A; Carneiro-Proietti, A; Catalan-Soares B; Murphy E. Global epidemiology of HTLV-I infection and associated diseases. *Oncogene* September 5, 2005. 24(39):6058-68.
28. Katamine S, Kinoshita K, Doi H, Ishimaru T, Kurokawa K, Tsuji Y, *et al.* Intervention for 10 years on milk-borne transmission of HTLV-I in an endemic area, Nagasaki, Japan. Ninth International Conference on Human Retrovirology, April 5-9 1999, Kagoshima, Japan. *J AIDS* 1999;20:A23.
29. Ades A, Parker S, Walker J. Human T-cell leukaemia/lymphoma virus infection in pregnant women in the United Kingdom: population study. *BMJ* 2000; 320:1497–501.
30. Gotuzzo E, Verdonck K, Gonzales E. Virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1): Una infección endémica en el Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica*, oct./dic. 2004, vol.21, no.4, p.253-60.
31. Machuca A, Tuset C, Soriano V. Prevalence of HTLV infection in pregnant women in Spain. *Sex Transm Inf* 2000; 76:366–70.
32. Tortevoeye P, Tuppin P, Carles G, Peneau C, Gessain A. Temporal trends of HTLV-I and HIV-I infections among pregnant women from various ethnic groups in French Guyana. *J AIDS* 1999. 20(4):A79,
33. Bittencourt A, Bastos F, Galvao-Castro B, Santos M, Valadao E, Dourado I. HTLV I infection among pregnant women in Salvador-Bahia. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1999; 20(4):A55

34. Remondegui C, Pintado A, D'amarío M. High seroprevalence of HTLV-I among children and pregnant women inhabitants of the high lands from Jujuy. Argentina. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology* 1999. 20(4):A54
35. Fuentes J, Roca O, Alvarado D, Delgado C. Seroprevalencia del virus linfotrópico humano I y II en donantes de los bancos de sangre del Perú, 2000. *Instituto de Investigaciones Clínicas. Facultad de Medicina – UNMSM. Anales de la Facultad de Medicina* Vol. 65 Suplemento 2004
36. Gotuzzo E, Yamamoto V, Kanna M, Chauca G, Watts D. Human T-Cell Lymphotropic Virus Type 1 infection among Japanese Immigrants in Peru. *Int J Infect Dis* 1996; 1(2): 75-77.
37. Zurita S, Costa C, Watts D, Indacochea S, Campos P, Sanchez J, et al. Prevalence of human retroviral infection in Quillabamba and Cuzco, Peru: a new endemic area for human T-cell lymphotropic virus type 1. *Am J Trop Med Hyg* 1997; 56(5): 561-65.
38. Juscamaita Z, Torrealva M, Cairampoma R *et al.* Seroprevalencia del virus linfotrópico T humano tipo 1 (HTLV-1) en gestantes y grupos de elevada prevalencia para enfermedades de transmisión sexual de Ayacucho, Perú. *Rev. peru. med. exp. salud pública*, oct./dic. 2004, vol.21, no.4, p.269-272.
39. Zehender G, Colasante C, De Maddalena C, Bernini F, Savasi V, Persico T, et al. High prevalence of human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) in immigrant male-to-female transsexual sex workers with HIV-1 infection. *J Med Virol.* 2004; 74(2): 207-15.

40. Molmenti E; Smith D; Molmenti H. Unusually High Incidence of Positive HTLV I/II Results Among Young Female Organ Donors in the Peripartum Period. *Digestive Diseases & Sciences*. 2002;47(11):2383-85.
41. Elling SV, McKenna P, Powell FC. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy in twin and triplets pregnancies. *JEADV* 2000;14:378-81.
42. Charles-Holmes R. polymorphic eruption of pregnancy. *Semin Dermatol* 1989; 8:18-22.

ANEXOS

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Penfigoide gestacional (Herpes gestationis)

Erupción urticarial y bulosa con depósitos lineales de C3 +- IgG en la unión dermoepidermal en el microscopio de inmunofluorescencia (IF)

Pápulas y placas urticariales pruriginosas del embarazo (PPUPE)

Erupción polimorfa, principalmente papulourticarial, que inicia dentro de las estrías de distensión, IF negativa.

Prurigo del embarazo

Erupción con pápulas excoriadas y nódulos; el laboratorio y la histopatología no son específicos.

Colestasis intrahepática del embarazo

Prurito con cambios cutáneos exclusivamente secundarios (causados por el rascado) y elevación del nivel sérico de ácidos biliares totales.

Eczema del embarazo

Erupción cutánea prurítica principalmente flexural con historia personal o familiar de atopía y/o niveles séricos elevados de IgE.

HELLP

Complicación grave del embarazo, caracterizada por hemólisis, (Hemolysis), enzimas hepáticas elevadas (Elevated Liver) y plaquetopenia (Low Platelet).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Infección HTLV-I

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: serología con reactivo de marca Murex, laboratorio Abbott.

Expresión final: *Positivo*; reacción positiva al reactivo

Negativo; respuesta negativa de reactivo

Dermatosis pruriginosas durante la gestación

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: evaluación clínica e histopatológica

Expresión final:

Herpes gestacional; Erupción urticarial y bulosa con depósitos lineales de c3 +- igG en la unión dermoepidermal en el microscopio de inmunofluorescencia (IF)

PPUPE; Erupción polimorfa, principalmente papulourticarial, que inicia dentro de las estrías de distensión, IF negativa.

Prurigo gestationis; Erupción con pápulas excoriadas y nódulos; el laboratorio y la histopatología no son específicos.

Colestasis del Embarazo; Prurito con cambios cutáneos exclusivamente secundarios (causados por el rascado) y elevación del nivel sérico de ácidos biliares totales, o fosfatasa alcalina

Eczema de la gestación; Erupción cutánea prurítica principalmente flexural con historia personal o familiar de atopía y/o niveles séricos elevados de IgE.

Enfermedades pruriginosas intercurrentes; otras causas de prurito no específicas pero si coincidentes de la gestación como acarosis, urticaria, psoriasis, micosis superficiales, dermatitis de contacto.

Edad

Naturaleza: cuantitativa

Escala de medición: de intervalo

Instrumento de medida: historia clínica

Expresión final: *menor de 25 años*

De 25 a más años

Estado civil

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: historia clínica

Expresión final: *soltera*

Casada

Conviviente

Viuda

Edad gestacional

Naturaleza: cuantitativa

Escala de medición: de intervalo

Instrumento de medida: de acuerdo a historia clínica, definido por el periodo transcurrido luego de la fecha de última menstruación, o por ecografía obstétrica

Expresión final:

4 a 13 semanas (primer trimestre)

14 a 26 semanas (segundo trimestre)

27 a más semanas (tercer trimestre)

Fórmula gestacional

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: historia clínica de acuerdo a antecedentes gestacionales de los casos

Expresión final: *G*; número de gestaciones

P1; número de nacidos vivos a término

P2; número de nacidos vivos pretérminos

P3: número de abortos

P4: número de hijos vivos

Antecedente de cuadro prurítico en gestaciones previas

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: pregunta dirigida y directa en la aplicación de ficha de estudio

Expresión final:

Positivo; paciente afirma condición pruriginosa ocurrida durante gestaciones previas

Negativo; paciente niega condición pruriginosa en gestaciones previas

Ingesta de medicamentos durante la gestación actual

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: pregunta dirigida y directa en la aplicación de ficha de estudio

Expresión final: *Positivo*; respuesta positiva y especificación de fármaco

Negativo; respuesta negativa

Histopatología

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: a través de examen de anatomía patológica

Expresión final: *organizado en patrones histopatológicos*

Tiempo de enfermedad

Naturaleza: cuantitativa

Escala de medición: de razón

Instrumento de medida: pregunta dirigida y directa en la aplicación de ficha de estudio

Expresión final: medido en semanas; de libre determinación

Síntomas:

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: pregunta dirigida y directa en la aplicación de ficha de estudio

Expresión final: *cefalea*; que paciente acuse de cefalea

Fiebre; que paciente acuse de fiebre, y esta se demuestre

Inapetencia; que paciente acuse de inapetencia

Enfermedades intercurrentes

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: pregunta dirigida y directa en la aplicación de ficha de estudio
así como comprobación con la historia clínica

Expresión final:

Positivo; patologías diagnosticadas durante la gestación actual

Negativo; sin patologías coincidentes en gestación actual

Perfil hepático

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: examen de bioquímica en sangre

Expresión final: *colestasis*; incremento de sales biliares y/o fosfatasa alcalina

No colestasis; valor normal de sales biliares y/o fosfatasa alcalina

IgE

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: serología

Expresión final: *Elevado*; valores mayores de 100 U/l

Normal; valores en rangos normales

Hemograma

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Instrumento de medida: por examen de hematología

Expresión final: *Leucocitosis*; valores aumentados de leucocitos totales

Normal; valores normales

Ficha de Reconocimiento de Datos
Dermatosis Pruriginosas de la gestación

Hospital María Auxiliadora

Ficha de Estudio

Nombre: HC:

Edad: Fecha:

Estado civil: Ocupación:

Captada en: CPN (), consulta dermatología (), hospitalización (), otros ()

Formula gestacional: G ... P

Edad gestacional: semanas

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

TE del prurito:.....

Localización inicial del prurito.....

Síntomas generales:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

.....
.....

Enfermedades previas que cursaron con prurito:

.....

Ingesta de fármacos en el último año:

EXAMEN FÍSICO

Examen general:

Lesiones primarias: maculas () pápulas () habones () ninguna ()

Localización:

Lesiones secundarias: maculas () erosión () excoriación ()

Localización

HISTOPATOLOGIA

.....

LABORATORIO:

Perfil hepático: BT () BD () BI () TGO () TGP () GGT () FA ()

HTLV-I: IgE:

Hemograma:

DIAGNOSTICO:

.....

EVOLUCION:

Madre:

Producto: Sexo M () F () Peso kg Edad gestacional:

Observaciones :

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,
con DNI previa información dada por los médicos del Servicio de Dermatología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, en relación al Proyecto de Investigación intitulado **“Prevalencia de las Dermatosis Pruriginosas durante la Gestación y su relación a la infección por HTLV-I en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora Cono Sur de Lima – Perú de junio del 2006 a mayo del 2007”**, doy mi **CONSENTIMIENTO** y autorizo mi participación en dicho proyecto para que se me haga una biopsia punch de piel y se me realice la prueba de infección por HTLV-I; procedimientos que no ponen en riesgo mi salud ni la de mi hijo en gestación.

En conformidad con lo anterior firmo el presente documento.

San Juan de Miraflores,



Huella digital

.....

Firma