

Medicentro 2000; 4(1)

**HOSPITAL GINECOBSTÉTRICO PROVINCIAL DOCENTE
“MARIANA GRAJALES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

Herpes gestacional. Presentación de una paciente

Por:

Dr. Luis A. Monteagudo de la Guardia¹, Dra. Nancy Alemán Pedraja² y Dra. Roxana Monteagudo de la Guardia³

1. Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara. Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Dermatología. Asistente. ISCM-VC. Jefa del Servicio de Dermatología del Hospital Pediátrico Provincial Docente “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Asistente. ISCM-VC.

Señor Editor:

El herpes gestacional (HG) es una rara enfermedad ampollar autoinmune que aparece durante el embarazo o en el período posparto inmediato^{1,2}. Tiene muchas similitudes clínicas, histológicas e inmunopatológicas con el penfigoide ampolloso, por lo que ha surgido la nueva denominación de penfigoide gestacionis³.

Es una erupción muy pruriginosa, que suele iniciarse con más frecuencia durante el segundo trimestre. Las lesiones primarias son papulovesículas pequeñas que a menudo están agrupadas, y con frecuencia se presentan sobre un fondo de eritema, placas urticarianas o ambos. Estas lesiones evolucionan a menudo hacia vesículas francas y, en algunos casos, a ampollas. Como son extraordinariamente pruriginosas, también es común observar numerosas costras y excoriaciones. La erupción puede ser difusa, pero las áreas más frecuentes de afectación inicial son el abdomen, en particular el ombligo, la región periumbilical y las extremidades. La erupción se extiende con frecuencia para afectar palmas, plantas, tórax y dorso. Las lesiones mucosas son raras⁴.

Puede haber recidivas al tomar anticonceptivos orales, así como en las menstruaciones siguientes, y casi siempre en los sucesivos embarazos. La salud materna no se afecta.

Aunque el riesgo de mortalidad al nacer y de morbilidad es bajo, parece que existen riesgos de sufrimiento fetal y parto prematuro. Se han comunicado escasas observaciones de erupción ampollar en el recién nacido, interpretadas como una transferencia pasiva transplacentaria de anticuerpos antimembrana basal materna⁵.

Presentación de la paciente:

Paciente MGV 27 años, femenina, con antecedentes patológicos personales de hemofilia y anemia.

Gesta 5, Para 2, Abortos 2.
Edad Gestacional: 33,1 semanas.

Como antecedentes patológicos familiares se destacan: Padre+/hemofílico, madre v/asmática, hijos 2: 1 v/ portadora de hemofilia.

Historia de la enfermedad actual: A las 32 semanas de gestación apareció una lesión en la piel, como una "ronchita roja" alrededor del ombligo, que luego se fue extendiendo al resto del abdomen, cara interna de músculos, muñecas y antebrazos, muy pruriginosas y con ardor. Al cabo de 4-5 días, sobre las placas eritematosas aparecieron "burbujitas de agua" y lesiones ampollosas. Acude a consulta y se decide su ingreso para estudiarla y administrar tratamiento.

Al realizar examen cutáneo (Figura) se observaron lesiones en placas eritematopapulosas con vesículas en su interior, localizadas en abdomen; lesiones eritematopapulosas en placas, con vesículas y áreas denudadas en cara anterior de muslo izquierdo; lesiones eritematopapulosas en muslo derecho, y lesión eritematopapulosa y ampollosa en muñeca derecha.



Figura Lesiones en placas eritematopapulosas con vesículas localizadas en abdomen.

Los resultados de los exámenes complementarios realizados fueron los siguientes:

Biopsia de piel: 99-B=3914: Penfigoide gestacional.

Se administró tratamiento con esteroides tópicos, crema de clobetasol tres veces al día, y corticosteroides sistémicos: Prednisona (tab 5 mg) a razón de 30 mg diarios al inicio.

Se presenta el parto pretérmino a las 34,5 semanas, eutócico, del cual nació una niña de 1850 g.

Evolución. Se inició tratamiento con 30 mg de prednisona, que se fue reduciendo paulatinamente. No aparecieron nuevas lesiones. No se observó exacerbación de lesiones después del parto.

El examen cutáneo del recién nacido fue negativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen SH, Chopra K, Evans TV, Raimer SS, Levy ML, Tying SK. Herpes gestationis in a mother and child. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40(5 pt.2):847-849.
2. Do Valle Chiossi MP, Costa RS, Ferreira Rosalino AM. Titration of herpes gestations factor fixing to C3 in pemphigoid herpes gestationis associated with choriocarcinoma. *Arch Dermatol* 2000;136(1):129-130.
3. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K. *Dermatología en Medicina General*. Washington: Editorial Médica Panamericana, 1977.
4. Triffet MK, Gibson LE, Leiferman KM. Severe subepidermal blistering disorder with features of bullous pemphigoid and herpes gestationis. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40(5 Pt.2):797-801.
5. Rassner G, Steiner U. *Atlas y texto de Dermatología*. 4a ed. Madrid: Mosby, 1995.