



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Medicina  
Escuela de Medicina**

**Herpes Gestationis  
Caso clínico: diagnóstico, evolución y  
tratamiento**

**Trabajo de Graduación previo a la obtención del  
título de Médico.**

**Autores:**

**Jaime Apará S., Erwin Quijada M., Denisse Finschi P.,  
César Serrano O., Rosamary Soto P., Ramón Almuna V.,  
Mauricio Aspée R.**

**Director:**

***Dr. Ramón Almuna V.***

**Cuenca - Ecuador**

**2011**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo, fruto de mi esfuerzo y dedicación a mis padres, quienes han sido un cimiento fundamental a lo largo de mi vida brindándome su apoyo el cual a sido de mucha ayuda para llegar a alcanzar esta meta tan representativa como es mi profesión.

César

## **AGRADECIMIENTO**

Mi sincero agradecimiento a:

- Las autoridades de la Universidad del Azuay y a los docentes de la Facultad de Medicina por brindarme las facilidades para realizar este año de internado en la Universidad de Chile.
- La Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Campus Oriente. por aceptarme en calidad de Interno del servicio.
- Al servicio de Alto Riesgo Obstétrico, en especial al Dr. Ramón Almuna V. por la oportunidad que me brindó al integrarme como miembro del equipo investigativo.
- Al equipo de investigación por formar parte de este trabajo científico.
- A mis padres, pilar fundamental en mi formación personal y apoyo en el transcurso de este camino.

A todos,

Muchas Gracias.

## **INDICE**

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PAG.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iii</b>
<b>INDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>CASO CLINICO</b>	<b>2</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>5</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>7</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>8</b>

## **AUTORES**

Jaime Apra S.<sup>1</sup>, Erwin Quijada M.<sup>2</sup>, Denisse Finschi P.<sup>3</sup>, César Serrano O.<sup>4</sup>,  
Rosamary Soto P.<sup>5</sup>, Ramón Almuna V.<sup>6</sup>, Mauricio Aspée R.<sup>7</sup>

1. Becado de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile, Sede Oriente.
2. Interno de Medicina. Universidad de Chile, Sede Oriente.
3. Interno de Medicina. Universidad de Chile, Sede Oriente.
4. Interno de Medicina. Universidad del Azuay, Ecuador.
5. Especialista en Dermatología. Departamento de Dermatología, Hospital Luis Tisné.
6. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Luis Tisné.
7. Especialista en Anatomía Patológica. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Luis Tisné

## RESUMEN

**Introducción.** El herpes gestationis (HG) es una enfermedad rara autoinmune caracterizado por una dermatosis muy pruriginosa y cuyo diagnóstico es histológico.

**Epidemiología.** Se estima una incidencia del HG de un caso por cada 40.000 en el Reino Unido y uno por cada 55.000 partos en los EUA. En Chile la literatura médica nacional ha descrito casos esporádicos y en Ecuador no se ha publicado ningún reporte. Se describe el primer caso que se presenta en el Hospital Luis Tisné, de la ciudad de Santiago de Chile.

Se discuten su evolución y se realiza una revisión de la enfermedad en la literatura existente con la finalidad de ofrecer una atención adecuada a la paciente.

**Descriptor DeCS.** Herpes gestationis, pénfigo gestacional, dermatosis del embarazo.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** Herpes gestationis (HG) is a rare autoimmune dermatosis characterized by very itchy and whose diagnosis is histological.

**Epidemiology.** The estimated incidence of HG one case per 40,000 in the UK and one per 55,000 births in the United States. In Chile, the national medical literature has reported sporadic cases and in Ecuador has not published any reports. We describe the first case reported in the Hospital Luis Tisné, the city of Santiago de Chile

We discuss its evolution and is a review of the disease in the literature in order to provide adequate care to the patient.

**Subject headings.** Herpes gestationis, pemphigus gestational dermatosis of pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

El Herpes Gestationis, también llamado Penfigoide del embarazo fue descrito por primera vez en 1872 en Reino Unido por John Laws Milton (1).

Se trata de una patología autoinmune poco frecuente que aparece por lo general en el segundo y tercer trimestre del embarazo caracterizándose por ser una dermatosis muy pruriginosa con lesiones vesículo - ampollosas y urticariales inicialmente abdominales periumbilicales y que luego se extienden a tronco, piernas y brazos, respetando la cara, palmas de las manos, plantas de los pies y mucosas (2,3). Técnicas de inmunofluorescencia fueron hechas por primera vez en 1973 y revelaron el depósito de complemento a lo largo de la membrana basal, característica que se considera importante en el diagnóstico histopatológico de esta patología (4).

Se ha asociado a mola hidatidiforme, coriocarcinoma y enfermedad de Graves. Como complicaciones que afectan al recién nacido se han descrito parto prematuro, bajo peso de nacimiento y lesiones cutáneas (5).

En EE.UU. se estima una incidencia de 1 caso por cada 55.000 embarazos y en Reino Unido de 1 caso por cada 40.000 embarazos (6). En Chile no existen datos de incidencia de esta patología, habiéndose publicado hasta ahora un número reducido de casos en la experiencia nacional (7,8,9,10).

La maternidad del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné desde el año 2002 hasta abril de 2011 registra 65.569 partos sin reportes de esta dermatosis hasta la fecha. A continuación se presenta un caso de Herpes Gestationis atendido en este recinto hospitalario.

## CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino de 35 años procedente de las Islas Malvinas Sin antecedentes mórbidos personales, con antecedentes familiares de madre con hipertensión arterial y padre con melanoma. Con antecedentes obstétricos de Multípara de 2 y cicatriz de cesárea anterior por embarazo gemelar el año 1997. Cursando embarazo de 26 semanas según FUR confiable consulta en febrero de 2011 por aparición súbita de lesiones rojas muy pruriginosas en extremidades inferiores y abdomen, por lo que acude en 3 oportunidades a consultorio donde se plantea diagnóstico de escabiosis, sin obtener respuesta a tratamiento instaurado, derivándose a policlínico de Feto de Alto Riesgo (FAR) donde se maneja con Clorfenamina por 4 días y se solicita evaluación por unidad de Dermatología.

El 1-03-2011 cursando embarazo de 30 semanas es evaluada por dermatólogo quien constata placas urticariformes bien definidas, escoriadas y con micro ampollas en axilas, abdomen, piernas y hombros ( Figura 1). Se plantea como hipótesis diagnóstica Penfigoide del embarazo o erupción polimorfa del embarazo (PUPPE), se solicita biopsia de piel y se indica terapia con Clorfenamina 4mg cada 8 horas vía oral más hidrocortisona 1% tópico.

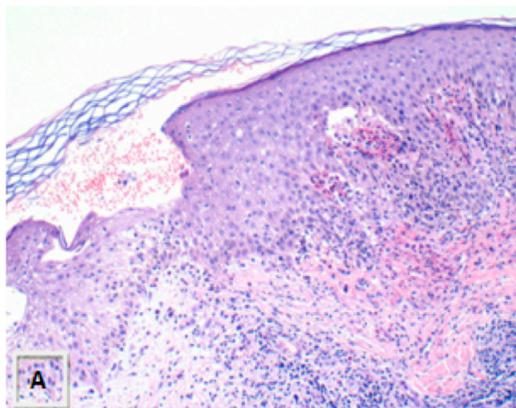


**Figura 1. A:** Placas urticariformes bien definidas, escoriadas en abdomen.

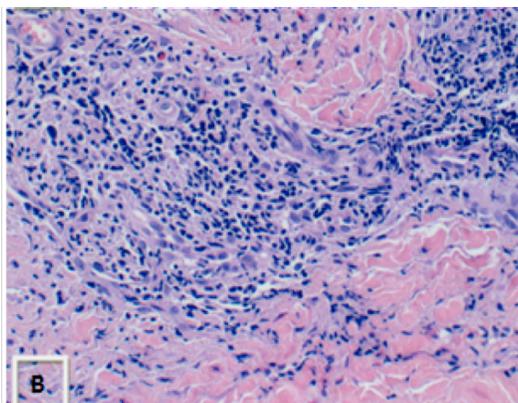


**Figura 1B:** Placas urticariformes bien definidas, escoriadas en extremidad inferior.

El 7-03-11 se toma biopsia de lesiones de abdomen y muslo; a la microscopía ambas muestras evidenciaron similares características (Figura 2): epidermis con ortoqueratosis, acantosis irregular, espongiosis leve, focal excitosis leucocitaria. Dermis papilar con acentuado edema, infiltrado inflamatorio linfohistiocitario con abundantes eosinófilos de distribución perivascular superficial. En la muestra de abdomen se reconocían vesículas subepidérmicas repletas de eosinófilos y neutrófilos.



**Figura 2:** A: Se identifican vesículas sub epidérmicas en dos papilas dérmicas contiguas.



**Figura 2 B:** Infiltrado inflamatorio dérmico, linfocitario, perivascular, en plexo superficial, con abundantes neutrófilos y eosinófilos.

Con este resultado de biopsia que muestra una dermatitis vesicoampollosa perivascular superficial con eosinófilos se apoya la hipótesis diagnóstica de Penfigoide del embarazo o Herpes Gestationis y se agrega a la terapia Prednisona 30 mg por día vía oral. Después de 15 días es controlada y se evidencia regresión de las lesiones por lo que se disminuye la dosis a 25 mg por día de Prednisona, manteniendo antihistamínicos e hidrocortisona 1% tópico. Veinte días después la paciente refiere prurito de predominio nocturno y se observa leve incremento de lesiones papulares en extremidades inferiores, por lo que se incrementa dosis de Prednisona a 45 mg por día evolucionando con disminución del prurito y del número de lesiones programándose hospitalización para interrupción del embarazo a las 38 semanas de gestación.

Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, lesiones con tendencia a la cicatrización, pero con prurito generalizado que cede parcialmente a antihistamínicos. El día 08-05-2011 cursando embarazo de 39 +1 semanas y por malas condiciones obstétricas se realiza cesárea segmentaria arciforme sin inconvenientes obteniendo un recién nacido sexo femenino de 4050 grs. 51 cm. Apgar 9/9. Examen físico sin hallazgos patológicos.

En el puerperio se mantiene con terapia corticoidal evolucionando con mejoría del prurito, sin presentar reactivación de las lesiones. El recién nacido es dado de alta sin presentar lesiones cutáneas.

## DISCUSIÓN

Se presentó este caso de herpes gestationis, una dermatosis característica del embarazo por su baja frecuencia (1 caso por 10.000 a 60.000 embarazos) y su relativo desconocimiento de la patología en la práctica clínica.

El caso muestra una paciente en el último trimestre del embarazo que presenta una dermatitis herpetiforme, clásica de esta patología con lesiones vesiculo-ampollosas muy pruriginosas en región abdominal, axilas, hombros y extremidades inferiores, respetando cara, palmas de las manos, planta de los pies y mucosas.

Por su condición de gestante se hace necesario realizar el diagnóstico diferencial con prurigo del embarazo y PUPPE (9). El prurigo del embarazo por lo general se presenta en el segundo trimestre de la gestación, con una incidencia aproximada de 1 cada 300 embarazos. Las lesiones son principalmente pápulas y nódulos eritematosos en las superficies extensoras de las extremidades y ocasionalmente en el abdomen, no encontrándose hasta la fecha asociación con riesgo materno-fetal (3).

Por otro lado el PUPPE, dermatosis más frecuente del embarazo (1 de cada 150 embarazos), afecta principalmente a primíparas, y se caracteriza por presentar lesiones papulares que confluyen formando placas urticariformes afectando principalmente abdomen y extendiéndose en forma centrífuga respetando rostro y mucosas, pero a diferencia del herpes gestationis no presenta ampollas, y no existe ningún tipo de repercusión materno-fetal. Las lesiones histológicas del PUPPE pueden ser similares al Herpes Gestationis, con cambios de espongirosis, paraqueratosis o exocitosis de aparición inconstante, pero la inmunofluorescencia directa es negativa en el PUPPE (9).

La inmunofluorescencia directa (IFD) es el gold standard para realizar el diagnóstico donde se evidencia depósitos de C3 con o sin IgG en banda a nivel de la membrana basal (10); en este caso no se realizó esta técnica, por no estar disponible en el servicio, pero se pudo hacer el diagnóstico por el cuadro clínico y el informe histológico.

El tratamiento de elección del herpes gestationis considera corticoides tópicos, orales y antihistamínicos. En cuanto a corticosteroides sistémicos, se utiliza prednisona en dosis de 0,5mg/kg/día aunque pueden necesitarse dosis mayores ajustándose según la evolución clínica y manteniéndose hasta el parto. En ocasiones se hace necesario

aumentar la dosis en el puerperio por la frecuente reactivación en este periodo. Como segunda línea existen otros tratamientos como la plasmaféresis (11), el uso de piridoxina, ritodrina e inmunosupresores como la ciclosporina (1). En este caso clínico se utilizaron corticoides tópicos y se necesitaron hasta 45mg por día de Prednisona vía oral asociado a antihistamínicos para el manejo sintomático y no hubo necesidad de utilizar otra terapia de segunda línea.

El herpes gestationis se ha asociado a prematuridad y bajo peso del recién nacido en el 20% de los neonatos. Sin embargo en este caso se logró una gestación de término obteniendo un recién nacido de 4050 grs. sano sin erupción cutánea, que puede aparecer hasta en un 10% de los casos (9). En el puerperio disminuyó de forma considerable el prurito y no presentó reactivación de las lesiones, complicación a veces frecuente (12). Hay que tener en consideración que estas pacientes presentan una alta probabilidad de recurrencia de esta patología en embarazos posteriores, describiéndose hasta en un 95% de los casos, siendo la afectación más precoz e intensa (9).

## CONCLUSIÓN

A manera de conclusión podemos decir que el herpes gestationis conocido en la literatura anglosajona como pemphigoid gestationis en la descripción de casos clínicos de la medicina latinoamericana no hay mayor información. La más amplia al respecto ha sido publicada en el 2009 por el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo con una casuística de siete pacientes en un período de doce años, de 1996 a 2008 (13).

En cualquier caso la incidencia de la afección sigue siendo muy infrecuente y se ubica en todos los trabajos entre un caso por 20000 a 50000 gestantes. En nuestro país no se ha publicado ningún caso.

Sobre la terapéutica con esteroides en una reciente revisión publicada en Francia por el Servicio de Dermatología del Hospital Henri Mondor de Créteil se concluye que en ausencia de consenso entre las formas de la enfermedad moderada y severa, no están bien definidas las modalidades de la terapéutica sobre su duración y ritmo de supresión y sobre la aplicación tópica o administración sistémica (14).

Finalmente, el diagnóstico definitivo, a criterio de los expertos está fundamentado en las pruebas de inmunofluorescencia como gold estándar, sin embargo no en todos los reportes se ha llegado a este tipo de confirmación. Hasta tanto, incluido el presente caso, el diagnóstico sigue siendo histológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Fouzan AW, Galadari I, Oumeish I, Oumeish OY. Herpes gestationis (Pemphigoid gestationis). **Clin Dermatol.** 2006 Mar-Apr;24(2):109-12.
2. Morrison LH, Anhalt GJ. Herpes gestationis. **J Autoimmun.** 1991 Feb;4(1):37-45.
3. Phoebe D Lu, Jonathan Ralston, Hideko Kamino, Jennifer A Stein. Pemphigoid gestationis. **Dermatology Online Journal** 16 (11): 10
4. Abdul-Wahab S. Al-Fouzan, Ibrahim Galadari, Isam Oumeish, Oumeish Y. Oumeish. Herpes gestationis (Pemphigoid gestationis). **Clinics in Dermatology (2006) 24, 109–112**
5. Mohamed Sukni G.1 et al. Herpes Gestationis. **Rev chil obstet ginecol** 2002; 67 (3): 190-195.
6. Cárdenas V. Rodrigo, Bobadilla B. Francisco. Penfigoide del embarazo, ex herpes gestationis. **Rev. chil. dermatol;**21(2):128-128, 2005. **ilus.**
7. Kolbach R. Marianne, Silva P. Paulina, Reeves, Patricia, Torres M. Catalina, Valdés F. Roberto. Diagnóstico diferencial de enfermedades ampollares en el embarazo: a proposito de dos casos clínicos. **Rev. chil. dermatol;**21(1):32-37, 2005. **ilus.**
8. Pérez-Cotapos S. María Luisa, González B. Sergio, Viola C. María Alejandra, Sáenz de Santa María P. María Luisa. Herpes gestacional. **Rev. chil. dermatol;**21(2):110-114, 2005. **ilus.**
9. Mauricio Gómez Latre, Isabel García-Penche, Josep M<sup>a</sup> Boguñá, Josep M<sup>a</sup> Laila. Erupción polimorfa vs Herpes Gestationis: a propósito de un caso. **Ginecología y Obstetricia Clínica** 2005;6(4):203-205.
10. Lin MS, Arteaga LA, Diaz LA. Herpes gestationis. **Clin Dermatol.** 2001 Nov-Dec;19(6):697-702.
11. Carruthers JA. Herpes gestationis: a reappraisal. **Clin Exp Dermatol.** 1978 Jun;3(2):199-202.
12. Yancey KB. Herpes gestationis. **Dermatol Clin.** 1990 Oct;8(4):727-35.

13. Flangini M, Guili C, Wakisaka, Aoki V. Pemphigoid Gestationis: Clinical and Laboratory Evaluation. **Clinics (Sao Paulo) 2009; 64(11):1043-47.**

14. Ingen-Housz-Oro S. Pemphigoid gestationis: a review. **Ann Dermatol Venereol. 2011; 138(3):209-13.**