

Polymorphic eruption of pregnancy, a differential diagnosis of severe reactions to medications

Erupción polimorfa del embarazo, un diagnóstico diferencial de las reacciones graves por medicamentos

Ana Calle,¹ Liliana Guevara-Saldaña,¹ Ricardo Cardona¹

Abstract

Background: The polymorphic eruption of pregnancy (PEP) is a pathology that usually occurs in the last trimester of pregnancy and it affects around 0.5% pregnancies. So far, it has not been associated to medications, but it could mimic any severe delayed reaction to drugs.

Clinical case: A woman with a clinical picture that suggests PEP during the last trimester of pregnancy. She was assessed by the allergy department, where it was viewed as PEP; however, the decision was to perform skin tests: skin prick tests, intradermal tests, and skin patch tests with drugs involved; all of which showed negative results.

Conclusions: Severe reactions to medications are a challenge for health professionals. In acute management, the identification and suspension of the involved medication are the cornerstones of the treatment; however, many of the patients are polymedicated, which makes it difficult to identify the underlying cause. An allergy assessment is recommended as part of the optimal multidisciplinary management of each patient in order to identify the substance that is involved as the cause of the disease and, therefore, to avoid unnecessary restrictions.

Keywords: Polymorphic eruption; Papules; Pruritic plaques; Urticarial lesions; Pregnancy; Adverse reaction to medications

Este artículo debe citarse como: Calle A, Guevara-Saldaña L, Cardona R. Erupción polimorfa del embarazo, un diagnóstico diferencial de las reacciones graves por medicamentos. Rev Alerg Mex. 2019;66(3):366-370

ORCID

Ana Calle, 0000-0003-1126-0628; Liliana Guevara-Saldaña, 0000-0002-9558-3952;
Ricardo Cardona, 0000-0002-7428-2413

¹Universidad de Antioquia, Grupo de Alergología Clínica y Experimental, Medellín, Colombia

Correspondencia: Ricardo Cardona. gacesiger@gmail.com

Recibido: 2018-02-12

Aceptado: 2018-07-06

DOI: 10.29262/ram.v66i3.353



Resumen

Antecedentes: La erupción polimorfa del embarazo es una patología que se presenta normalmente en el último trimestre de los embarazos y afecta aproximadamente a 0.5 % de las mujeres en esta condición. No se ha relacionado con medicamentos, pero podría imitar cualquier reacción grave por medicamentos tardías.

Caso clínico: Mujer con cuadro clínico sugestivo de erupción polimorfa del embarazo durante el último trimestre del embarazo. Fue valorada por alergología, donde se consideró erupción polimorfa del embarazo, sin embargo, se decidió realizar pruebas cutáneas: punción cutánea, pruebas intradérmicas y prueba de parche con medicamentos implicados, todas con resultados negativos.

Conclusiones: Las reacciones graves por medicamentos son un reto para el profesional de la salud. En el manejo agudo, la identificación y suspensión del medicamento implicado son la piedra angular del tratamiento, sin embargo, numerosas pacientes están polimedizadas, lo que dificulta identificar la causa subyacente. Es recomendable una valoración por alergología como parte del manejo multidisciplinario óptimo de cada paciente, con el fin de lograr detectar la sustancia implicada como causal de la enfermedad y evitar restricciones innecesarias.

Palabras clave: Erupción polimorfa; Pápulas; Placas pruriginosas; Lesiones urticariformes; Embarazo; Reacción adversa a medicamentos

Antecedentes

La erupción polimorfa del embarazo es una patología que se presenta normalmente en el último trimestre del embarazo y afecta aproximadamente a 0.5 % de estos. Aunque no se ha relacionado con medicamentos, podría parecerse a cualquiera de las reacciones graves medicamentosas tardías como eritema multiforme, síndrome de Steven-Johnson, pustulosis exantemática generalizada aguda, reacción a medicamentos con síntomas sistémicos y eosinofilia, entre otras, lo que retrasa el manejo de los pacientes.¹

A continuación, describimos el caso clínico de una paciente quien durante su último trimestre de embarazo inició con lesiones en piel tipo placas pruriginosas, asociadas con lesiones “en diana”; el manejo inicial fue para eritema multiforme mayor. La paciente fue remitida para estudio por parte de alergología.

Caso clínico

Paciente de 33 años quien en su última semana de embarazo inició con placas eritematosas pruriginosas en abdomen y extremidades superiores e inferiores. Fue tratada con esteroides intramusculares y antihistamínicos de primera generación, con los que disminuyó el prurito pero persistieron las lesiones cutáneas (figura 1). Tres días después de la cesárea sin compli-

caciones, reingresó al servicio de urgencias por hematoma de pared abdominal sobreinfectado, por lo cual fue hospitalizada; se administraron analgésicos (1 g de acetaminofén oral cada ocho horas, 50 mg de tramadol intravenoso cada seis horas, 30 mg de ketorolaco intravenoso cada 12 horas y 1 g de dipirona intravenosa cada seis horas) y antibióticos (160 mg de gentamicina cada 24 horas por siete días y 900 mg de clindamicina intravenosa cada seis horas).

Durante ese periodo, las lesiones cutáneas aumentaron, con aparición de pápulas y placas eritematosas generalizadas, muy pruriginosas, asociadas con lesiones vesiculares y “en diana” (figura 2). La paciente recibió tratamiento con 20 mg de difenhidramina intravenosa cada 12 horas, aplicación de desonida en loción cada ocho horas e hidratación de la piel. Además, fue valorada por dermatología, donde se realizó biopsia de piel, que indicó tramos de degeneración vacuolar de los queratinocitos basales y eosinófilos intraepiteliales, dermis superior con infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular, dermatitis de interfase compatible con toxicodermia. Se realizaron estudios paraclínicos con elevación de reactantes de fase aguda, sin evidencia de eosinofilia ni alteración de pruebas de función hepática ni renal. La paciente evolucionó hacia la resolución completa



Figura 1. Pápulas y placas urticariformes del embarazo, diagnóstico diferencial en el contexto de reacción severa por medicamentos.

de las lesiones en piel aproximadamente en 30 días (figura 3) y fue remitida a alergología clínica para continuar estudios por sospecha de eritema multiforme mayor.

En el servicio de alergología se consideró erupción polimorfa del embarazo, sin embargo, se realizaron pruebas de punción cutánea y pruebas intradérmicas con dipirona y cefazolina; los resultados fueron negativos. Las pruebas de parche a las 48 y 96 horas con ketorolaco, gentamicina, clindamicina y cefalexina fueron negativas. Se planteó la posibilidad de realizar prueba de provocación oral controlada, sin embargo, la paciente no estuvo de acuerdo.

Discusión

La erupción polimorfa del embarazo es más frecuente en mujeres entre 25 y 29 años; la raza caucásica

es la más afectada (hasta 88 % de los casos). Por lo general, las manifestaciones clínicas inician durante el tercer trimestre o en el posparto inmediato (hasta en 16 % de los casos)^{2,3} y los síntomas se resuelven después del parto, si bien la resolución puede tardar algunas semanas hasta en 1 % de los casos.^{3,4,5}

Aronson *et al.* clasificaron los hallazgos clínicos en tres subgrupos:

- Tipo I, pápulas y placas urticariales.
- Tipo II, placas eritematosas sin presencia de pápulas urticariales.
- Tipo III, combinación de los tipos anteriores.

En los tres subtipos se pueden observar lesiones con halos blancos alrededor (lesiones “en diana”), similares a las observadas en el eritema multiforme,



Figura 2. Pápulas y erupciones vesiculares con contenido amarillento, así como lesiones “en diana” atípicas.



Figura 3. Resolución de lesiones con leve pigmentación residual posinflamatoria.

hasta en 5.3 % de los casos. Típicamente las lesiones comprometen las estrías del abdomen y posteriormente se generalizan, sin embargo, pueden aparecer en pacientes sin estrías y en cualquier otra parte del cuerpo. Los sitios de afectación más frecuente son las extremidades superiores e inferiores. Las lesiones atípicas incluyen vesículas, que pueden complicar el diagnóstico y se describen hasta en 40 % de los casos.^{3,6}

El espectro clínico diverso y la ausencia de lesiones patognomónicas hacen que el diagnóstico llegue a ser un reto en ciertos casos, haciendo necesaria la realización de estudios paraclínicos y biopsia, con el objetivo de descartar patologías que puedan representar riesgo materno o fetal. El estudio histopatológico puede mostrar dermatitis perivascular superficial o profunda con vasculitis linfocítica; los eosinófilos pueden estar presentes hasta en 60 % de los casos, así como espongiosis focal y paraqueratosis.⁷

En cuanto a la relación con medicamentos, existen reportes de casos sobre erupción polimorfa del embarazo inducida por medicamentos como la ter-

butalina, progesterona y albuterol, sin embargo, esta asociación no se ha descrito con certeza.³

Finalmente, la erupción polimorfa del embarazo casi siempre se resuelve en el posparto, pero se han reportado casos que persisten varias semanas después. En promedio tiene una duración de cuatro a seis semanas. La naturaleza autolimitada, la falta de afectación materna o fetal y la baja probabilidad de recurrencia deben ser explicadas a la paciente para aminorar la ansiedad.

Conclusión

Describimos a una paciente remitida al servicio de alergología clínica por sospecha de reacción grave por medicamentos en el contexto de una erupción polimorfa del embarazo, quien al momento de este informe se encontraba con restricción de múltiples medicamentos.

En el escenario de la alergología, conocer este diagnóstico diferencial puede ser clave al realizar pruebas cutáneas y de provocación, que eviten restricciones innecesarias de medicamentos y disminuyan la ansiedad.

Referencias

1. Brandão P, Sousa-Faria B, Marinho C, Vieira-Enes P, Melo A, Mota L. Polymorphic eruption of pregnancy: review of literature. *J Obstet Gynaecol.* 2017;37(2):137-140. DOI: 10.1080/01443615.2016.1225019
2. Rudolph CM, Al-Fares S, Vaughan-Jones SA, Müllegger RR, Kerl H, Black MM. Polymorphic eruption of pregnancy: clinicopathology and potential trigger factors in 181 patients. *Br J Dermatol.* 2006;154(1):54-60. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2005.06856.x
3. Taylor D, Pappo E, Aronson IK. Polymorphic eruption of pregnancy. *Clin Dermatol.* 2016;34(3):383-391. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2016.02.011

4. Borrego-Hernando L, Iglesias-Díez L. Dermatosis específicas del embarazo. Actualización. Actas Dermosifiliográficas. 2002;93(3):159-167.
5. Dehdashti AL, Wikas SM. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy occurring postpartum. Cutis. 2015;95(6):344-347. DOI: 10.1159/000473874
6. Aronson IK, Bond S, Fiedler VC, Vomvouras S, Gruber D, Ruiz C. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: clinical and immunopathologic observations in 57 patients. J Am Acad Dermatol. 1998;39(6):933-939. DOI: 10.1016/s0190-9622(98)70265-8
7. Massone C, Cerroni L, Heidrun N, Brunasso AMG, Nunzi E, Gulia A, et al. Histopathological diagnosis of atopic eruption of pregnancy and polymorphic eruption of pregnancy: a study on 41 cases. Am J Dermatopathol. 2014;36(10):812-821. DOI: 10.1097/DAD.0000000000000067