



Penfigoide gestacional



◀ 19.1. Placas eritemato-marrónáceas urticariformes que comienzan en abdomen en una embarazada de 30 semanas.



▲ 19.2. Las lesiones pueden generalizarse al resto del tronco y a extremidades y suelen respetar polo cefálico, palmas y plantas.



▲ 19.3. Lesiones elementales de la fase urticariforme del penfigoide gestacional. Placas habonosas con pequeñas vesículas puntiformes de contenido seroso.



▲ 19.4. Las lesiones urticariformes evolucionan a ampollas tensas que suelen remitir sin dejar cicatriz residual.

Características específicas de las lesiones

Placas urticariformes pruriginosas localizadas en la región periumbilical y el abdomen, que progresan en pocos días o semanas a vesículas herpetiformes o ampollas tensas, en mujeres gestantes o en el puerperio. Las lesiones pueden extenderse al resto de la superficie corporal, respetando las palmas, las plantas y el polo cefálico.

Suele aparecer a partir del segundo trimestre de gestación o en el posparto inmediato; en los siguientes embarazos puede aparecer de forma más temprana y con un curso más severo.

Síntomas de alarma

La aparición de la sintomatología clínica descrita puede condicionar el desarrollo final del feto. Existe riesgo fetal de prematuridad y bajo peso al nacer. Además, hasta en el 10% de los recién nacidos puede haber afectación cutánea por el paso trasplacentario de anticuerpos¹.

Puntos clave para el diagnóstico diferencial

- Mujeres gestantes o en el puerperio que presentan de forma abrupta lesiones urticariformes pruriginosas en la región periumbilical y el resto del abdomen, con desarrollo posterior de ampollas tensas. Puede ocurrir también en relación con tumores trofoblásticos, como una mola hidatiforme o un coriocarcinoma².
- Se trata de una dermatosis ampollosa autoinmune con autoanticuerpos dirigidos contra la proteína transmembrana B180 de los hemidesmosomas.
- Histológicamente se caracteriza por la presencia de ampollas subepidérmicas. En la inmunofluorescencia directa de la piel perilesional se observa un depósito lineal de IgG y C3 en la membrana basal³.
- En la mayoría de las pacientes las lesiones curan sin dejar cicatriz transcurridas unas 6 semanas tras el parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ambros-Rudolph CM. Pregnancy dermatoses. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatology*. 4.ª ed. Filadelfia: Elsevier, 2018; 472-482.
2. Amber KT, Murrell DF, Schmidt E, Joly P, Borradori L. Autoimmune subepidermal bullous diseases of the skin and mucosae: clinical features, diagnosis, and management. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018; 54(1): 26-51.
3. España Alonso A, Mascaró Galy JM. *Enfermedades ampollosas*, 1.ª ed. Madrid: Aula Médica, 2004.