

**“Psoriasis, primeras manifestaciones en mujer gestante: Reporte de caso”**

**“Psoriasis, first manifestations in a pregnant woman: Case report”**

Melissa Gómez Garzón<sup>1</sup>, Ana María Mejía Giraldo<sup>2</sup>, Melissa Navarro Holguín<sup>3</sup>, Nataly García Correa<sup>4</sup>, Juan Camilo Saldarriaga Giraldo<sup>4</sup>, Sara Orozco Jiménez<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de medicina. Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia

<sup>2</sup>Dermatóloga, Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup>Servicio de pediatría, Universidad CES, Medellín, Colombia.

<sup>4</sup>Servicio de dermatología. Universidad CES, Medellín, Colombia.

Declaro que este artículo es inédito y no ha sido publicado anteriormente en otros medios electrónicos o impresos.

**Consideraciones éticas:** Se obtuvieron todos los formularios de consentimiento informado para la toma de fotografías y la recolección de información de la historia clínica, con el propósito de ser publicadas y divulgadas en la comunidad científica.

***Autor de correspondencia:***

Melissa Gómez Garzón

Correo electrónico: melissagomezgarzon123@gmail.com

Dirección postal: Calle 10a #22 – 04.

Teléfono: +57 3116310961

## Resumen

**Introducción:** La psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria y multifactorial que afecta principalmente la piel, con una prevalencia mundial del 2% al 3%. En Colombia, aunque no hay datos poblacionales exactos, algunos estudios la estiman en un 3%. Existe poca información sobre la relación entre psoriasis y embarazo, a pesar de que la mayoría de las mujeres diagnosticadas están en edad fértil. En gestantes, se asocia con factores de riesgo como sobrepeso, tabaquismo y depresión, lo que puede provocar complicaciones durante el embarazo. Describimos el caso de una paciente gestante, la cual presenta múltiples placas escamosas y eritematosas en diversas partes del cuerpo, cuya evolución clínica corresponde a psoriasis.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una gestante de 15 semanas más 3 días, por ecografía temprana, por presentar múltiples placas escamosas y eritematosas a nivel de tórax, abdomen, espalda y miembros superiores e inferiores, la clínica y hallazgos histológicos corresponden a psoriasis.

**Conclusiones:** La psoriasis en el embarazo puede ser desencadenada por los cambios hormonales, los cuales afectan directamente al sistema inmunitario materno. Aunque los estudios son limitados, y se tiene poca información sobre la psoriasis en el embarazo, se ha estudiado factores de riesgo como sobrepeso, tabaquismo y depresión que podrían estar relacionados con el desarrollo de la psoriasis y complicaciones en el embarazo.

**Palabras clave:** Psoriasis y Embarazo

## Abstract

**Background:** Psoriasis is a chronic, inflammatory and multifactorial disease that mainly affects the skin, with a worldwide prevalence of 2% to 3%. In Colombia, although there is no exact population data, some studies estimate it at 3%. There is little information on the relationship between psoriasis and pregnancy, despite the fact that most of the women diagnosed are of childbearing age. In pregnant women, it is associated with risk factors such as overweight, smoking and depression, which can lead to complications during pregnancy. We describe the case of a pregnant patient who presented multiple scaly and erythematous plaques on various parts of the body, whose clinical course corresponds to psoriasis.

**Clinical Case:** We present the case of a pregnant woman of 15 weeks plus 3 days, with multiple scaly and erythematous plaques on the thorax, abdomen, back and upper and lower limbs, the clinical and histological findings correspond to psoriasis.

**Conclusions:** Psoriasis in pregnancy may be triggered by hormonal changes, which directly affect the maternal immune system. Although studies are limited, and little information is available on psoriasis in pregnancy, risk factors such as overweight, smoking and depression have been studied and may be related to the development of psoriasis and complications in pregnancy.

**Keywords:** Psoriasis and Pregnancy

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica, multifactorial e inflamatoria que afecta primordialmente la piel, caracterizada por la aparición de placas escamosas y eritematosas, tiene una prevalencia entre el 2% y el 3% en la población mundial. En Colombia, si bien no se cuentan con datos de prevalencia poblacional, algunos estudios estiman una prevalencia del 3% (1,2).

El conocimiento sobre la relación de la psoriasis en el embarazo es escaso y se deriva de muy pocos estudios, a pesar de la alta frecuencia de la enfermedad en la población general (3). La edad promedio de inicio de la enfermedad en las mujeres se sitúa alrededor de los 28 años, por lo que la mayoría de mujeres se encuentran en edad fértil en el momento del diagnóstico. En pacientes gestantes, también está relacionada con factores de riesgo como sobrepeso, tabaquismo y depresión, lo que puede llevar a complicaciones gestacionales, perinatales y del recién nacido debido a la inflamación sistémica (4).

Presentamos el caso de una gestante de 15 semanas más 3 días por ecografía del primer trimestre, por presentar múltiples placas eritematosas y descamativas a nivel de tórax, abdomen, espalda y miembros superiores e inferiores.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina 21 años de edad, con embarazo de 15+3 semanas por ecografía temprana, sin antecedentes de importancia, peso: 76,4 Kg, Talla: 1,53 cm, IMC:32,64, esquema de vacunación completo, perfil infeccioso negativo. Consulta al servicio de urgencias ginecológicas por presentar sangrado vaginal, asociado a dolor en hipogastrio, realizan cervicometría, la cual reporta placenta de inserción baja oclusiva total, fetocardia positiva, tacto vaginal sin cambios cervicales.

Solicitan valoración por dermatología debido a la presencia de múltiples lesiones en diferentes partes de la piel, las cuales iniciaron simultáneamente al embarazo, estas lesiones son placas eritematosas y descamativas, con bordes bien definidos, asimétricos en tórax anterior, abdomen (imagen 1a), espalda (imagen 1b), extremidades superiores y muslos (imagen 1c), en forma de gota, algunas con tendencia a confluir, acompañadas de prurito.

De acuerdo a los hallazgos clínicos e histológicos, se diagnosticó psoriasis en el embarazo, por las características de las lesiones, se concluye que la gestante presenta psoriasis guttata, se descartaron complicaciones materno fetales, se indicó seguimiento clínico ambulatorio, manejo con esteroides tópicos y fototerapia.

Reporte de patología: Los hallazgos histológicos descritos corresponden a una dermatitis psoriasiforme, la cual favorece el diagnóstico de una psoriasis en un contexto clínico adecuado. No se reconocen criterios para granuloma elastolítico anular ni dermatitis pitiriasiforme.

## **DISCUSIÓN**

La psoriasis en el embarazo es un tema importante a tratar debido a su potencial impacto tanto en la salud de la madre como en la del feto. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, compleja y multifactorial. La edad promedio de inicio de la enfermedad en las mujeres se sitúa alrededor de los 28 años, y en el 75% tiene lugar antes de los 40, por lo que la mayoría de mujeres se encuentran en edad fértil en el momento del diagnóstico (5).

Se cree que la patogenia de la psoriasis tiene una base inmunomediada entre el sistema innato y adaptativo, y factores de riesgo que pueden estar implicados en su patogenia. Durante el embarazo, el sistema inmunitario materno se adapta para generar una tolerancia feto-materna. Esto es impulsado por hormonas como estrógenos, progesterona y cortisol, que favorecen una respuesta inmunitaria de tipo Th-2 (IL-4, IL-5 e IL-13) favorecen la respuesta humoral y la producción de anticuerpos e inhiben la respuesta Th-1 (IL-2, IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ ) están asociadas con enfermedades autoinmunes, como la psoriasis. Este equilibrio de citocinas cambia a lo largo del embarazo, promoviendo un ambiente antiinflamatorio durante los primeros trimestres y una respuesta Th-1 hacia el final del embarazo. La interrelación entre hormonas y citocinas es clave, con efectos como la mejora de la psoriasis durante el embarazo debido a la inmunotolerancia promovida por las hormonas(4). Las citocinas producidas por los linfocitos Th-2 al parecer promueven el anclaje del trofoblasto favoreciendo el mantenimiento de la gestación, pero un desbalance en las citocinas puede llevar a complicaciones como abortos espontáneos, partos prematuros y preeclampsia. El TNF- $\alpha$ , por ejemplo, tiene un papel dual en el desarrollo embrionario, protegiendo contra anomalías estructurales, pero también asociándose con defectos congénitos en algunos casos(6,7).

La psoriasis se presenta en varios tipos, cada uno con características clínicas específicas, la psoriasis en placas, es la forma más común, la psoriasis guttata, lesiones en forma de gotas, a menudo desencadenada por infecciones estreptocócicas, la psoriasis pustulosa, caracterizada por pústulas estériles, la psoriasis inversa, se presenta en los pliegues del cuerpo como lesiones lisas y rojas sin las típicas descamación y por

último la psoriasis eritrodérmica, una forma grave que implica inflamación generalizada y exfoliación de la piel en grandes áreas del cuerpo (8,9). En la gestación los tipos más frecuentes son, la psoriasis en placas, la psoriasis pustulosa generalizada y la psoriasis en gotas, esta última es la más frecuente en mujeres jóvenes embarazadas (10).

La gravedad de la psoriasis puede variar de leve, moderada o grave, existen múltiples herramientas para medirla, las escalas más utilizadas actualmente para evaluar severidad de la enfermedad y calidad de vida, son el Índice de área y gravedad de la psoriasis (PASI), Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI), área de superficie corporal (BSA), Evaluación global del investigador (IGA), evaluación global del médico (PGA) en la actualidad, es prudente combinar dos o más escalas (11).

Existe una relación entre la psoriasis en la gestación y factores de riesgo modificables, como el sobrepeso, el tabaquismo y la depresión, que también pueden complicar tanto el embarazo como el bienestar materno y neonatal. En un estudio de cohorte realizado en Dinamarca y Suecia incluyó 8.097 nacimientos en 6.103 mujeres con psoriasis. En este estudio, la psoriasis se asoció con un mayor riesgo de diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia, parto por cesárea, mayor riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro (12). No se cuenta con estudios en nuestra población sobre la psoriasis en embarazo, en especial si esta inicia en la gestación, y sin tener antecedentes previos, por lo cual se desconoce su evolución clínica, la mayoría de los estudios están a favor de la mejoría clínica de psoriasis en el embarazo (7).

El diagnóstico de la psoriasis es fundamentalmente clínico, se utiliza una prueba sencilla, el raspado metódico de Brocq consiste en raspar la placa de psoriasis con un objeto romo, con lo que se obtiene inicialmente la formación de pequeñas escamas blanquecinas en forma de virutas (Signo de la bujía o de la mancha de cera), tras lo cual se observa la presencia de una fina membrana epidérmica que se desprende en bloque (membrana de Duncan Buckley) y que deja una superficie eritematosa exudativa en la que aparecen unos pequeños puntos hemorrágicos -Signo de Auspitz-, que reflejan la presencia de capilares dilatados ocupando las papilas dérmicas. Se utiliza la biopsia para confirmar la sospecha clínica o para diagnósticos diferenciales (13).

Es importante tener en cuenta los diagnósticos diferenciales, como lo es dermatitis atópica, dermatitis de contacto, liquen plano, sífilis secundaria, micosis fungoide, tiña corporal y pitiriasis rosada (14).

El manejo de la psoriasis en el embarazo representa un reto, ya que muchas de las terapias utilizadas para tratar la enfermedad, como los medicamentos sistémicos o biológicos, pueden no estar recomendados durante la gestación debido a preocupaciones sobre la seguridad fetal. En la guía de práctica clínica Colombiana de

psoriasis recomienda el uso de tópicos como los corticosteroides o el calcipotriol, como primera línea de tratamiento en mujeres gestantes con psoriasis leve a moderada, la fototerapia UVB como tratamiento de la psoriasis moderada a grave en gestantes como primera opción, se puede considerar ciclosporina como segunda línea en la psoriasis moderada a grave (15). El uso de medicamentos biológicos, como los inhibidores del TNF-alfa, debe evaluarse cuidadosamente, sopesando los beneficios para la madre y los posibles riesgos para el feto (4).

## CONCLUSIONES

La psoriasis en el embarazo puede ser desencadenada por los cambios hormonales, los cuales afectan directamente al sistema inmunitario materno. Aunque los estudios son limitados, y se tiene poca información sobre la psoriasis en el embarazo, se ha estudiado factores de riesgo como sobrepeso, tabaquismo y depresión que podrían estar relacionados con el desarrollo de la psoriasis y complicaciones en el embarazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castro, J. R., Manuel, A., Franco, D., César, F., González, F., Ángela, A., & Londoño García, M. (2022). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia ACTUALIZACIÓN 2022 EDITORES. Retrieved from <http://doi.org/10.29176/issn.2590843X.1719>
2. Egeberg, A., Andersen, Y. M. F., & Thyssen, J. P. (2019). Prevalence and characteristics of psoriasis in Denmark: Findings from the Danish skin cohort. *BMJ Open*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028116>
3. Vena, G. A., Cassano, N., Bellia, G., & Colombo, D. (2015). Psoriasis in pregnancy: challenges and solutions. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 83. <https://doi.org/10.2147/ptt.s82975>
4. Ruiz, V., Manubens, E., & Puig, L. (2014, November 1). Psoriasis in pregnancy: A review (II). *Actas Dermo-Sifiliograficas*. Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2013.06.005>
5. AlBalbeesi, A. O., & Qadoumi, T. A. (2021). Papulosquamous Disorders and Pregnancy. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.18762>
6. Zen, M., Ghirardello, A., Iaccarino, L., Tonon, M., Campana, C., Arienti, S., Rampudda, M., Canova, M., & Doria, A. (2010). Hormones, immune response, and

pregnancy in healthy women and SLE patients. *Swiss medical weekly*, 140(13-14), 187–201. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.12597>

7. Im S, Lee ES, Kim W, Song J, Kim J, Lee M, Kang WH. Expression of progesterone receptor in human keratinocytes. *J Korean Med Sci*. 2000 Dec;15(6):647-654. <https://doi.org/10.3346/jkms.2000.15.6.647>
8. Twelves, S., Mostafa, A., Dand, N., Burri, E., Farkas, K., Wilson, R., Cooper, H. L., Irvine, A. D., Oon, H. H., Kingo, K., Köks, S., Mrowietz, U., Puig, L., Reynolds, N., Tan, E. S., Tanew, A., Torz, K., Trattner, H., Valentine, M., Wahie, S., ... Capon, F. (2019). Clinical and genetic differences between pustular psoriasis subtypes. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 143(3), 1021–1026. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.06.038>
9. Raharja, A., Mahil, S. K., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis: a brief overview. *Clinical medicine (London, England)*, 21(3), 170–173. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0257>
10. Simionescu, A. A., Danciu, B. M., & Stanescu, A. M. A. (2021). State-of-the-Art Review of Pregnancy-Related Psoriasis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(8), 804. <https://doi.org/10.3390/medicina57080804>
11. Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV. ¿Cómo se mide la gravedad de la psoriasis? Disponible en: <https://aedv.es/wpcontent/uploads/2016/07/Indices-de-medicio%CC%81n-depsoriasis.pdf>.
12. Bröms, G., Haerskjold, A., Granath, F., Kieler, H., Pedersen, L., & Berglind, I. A. (2018). Effect of Maternal Psoriasis on Pregnancy and Birth Outcomes: A Population-based Cohort Study from Denmark and Sweden. *Acta dermato-venereologica*, 98(8), 728–734. <https://doi.org/10.2340/00015555-2923>
13. Sociedad Argentina de Dermatología. (2018). De Psoriasis Guía De Tratamiento. Retrieved from <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/09/Consenso-Psoriasis-2018-FINAL-14122018.pdf>
14. Kim, W. B., Jerome, D., & Yeung, J. (2017). Diagnosis and management of psoriasis. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 63(4), 278–285.

15. Castro Ayarza, J. R., Franco Franco, M. D., González Ardila, C. F., Londoño García, Á. M., & Hernández Mantilla, N. (2022). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia. Revista de La Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. <https://doi.org/10.29176/2590843x.1719>

## ANEXOS



**Figura 1a.** Múltiples placas eritematosas y descamativas, con bordes bien definidos, asimétricos en tórax anterior y abdomen, en forma de gota, algunas con tendencia a confluir.





**Figura 1b.** Múltiples placas eritematosas y descamativas, con bordes bien definidos, asimétricos a nivel de la espalda en forma de gota



**Figura 1c.** Múltiples placas eritematosas y descamativas, con bordes bien definidos, asimétricos a nivel del tercio superior de los muslos en forma de gota