



Autoevaluación y Formación Médica Continuada en ACTAS DERMO-SIFILIOGRÁFICAS



TEMA: «Dermatosis específicas del embarazo. Actualización»

Leopoldo Borrego Hernando y Luis Iglesias Díez. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93:159-67

1

Con respecto a la clasificación de las dermatosis específicas del embarazo debemos considerar en el momento actual:

- Existe una clasificación clínica cerrada.
- Realizando una adecuada correlación de los datos clínicos, histológicos y de inmunofluorescencia siempre se llega a un diagnóstico de certeza.
- Pudiera haber cuadros que todavía no estén incluidos en las actuales clasificaciones.
- Se ha logrado un acuerdo terminológico entre los grupos de estudio europeos y americanos.

2

Un hecho clínico presente en todas las dermatosis específicas del embarazo es:

- La eosinofilia.
- El prurito.
- Histología de las lesiones concluyentes.
- Aparición preferente en el último trimestre del embarazo.

3

Los factores genéticos desempeñan un papel preponderante en:

- Prurito del embarazo.
- Colestasis del embarazo.
- Herpes *gestationis*.
- Erupción polimorfa del embarazo.

4

¿Cuál de los siguientes procesos acarrea mayor riesgo neonatal?

- Erupción polimorfa del embarazo.
- Prurito gestacional.
- Colestasis del embarazo.
- Herpes *gestationis*.

5

El criterio mayor para diagnosticar un herpes *gestationis*:

- Inmunofluorescencia directa positiva.
- Lesiones ampollosas tensas en una mujer embarazada.

- Presencia de ampollas subepidérmicas en el estudio histológico.
- Todas las anteriores son necesarias.

6

Se ha diagnosticado herpes *gestationis* en los siguientes casos, excepto:

- Primigestas.
- Coriocarcinoma.
- Tras la toma de anticonceptivos orales sin embarazo previo.
- Mola hidatiforme.

7

La inmunofluorescencia directa del herpes *gestationis* debe mostrar:

- Depósito lineal en unión dermoepidérmica de IgG con C3 negativo.
- Depósito granular en unión dermoepidérmica de IgG y C3.
- Depósito lineal en unión dermoepidérmica de C3.
- Depósito de herpes *gestationis* factor en unión dermoepidérmica.

8

La evolución más probable de una mujer que haya padecido herpes *gestationis* es:

- Recurrencia en embarazos posteriores, cada vez con menor intensidad.
- No presentar recurrencias.
- Recurrencias tras la toma de anticonceptivos orales.
- Recurrencia en embarazos posteriores cada vez con mayor intensidad.

9

Los anticuerpos detectables en el herpes *gestationis* se dirigen contra:

- El antígeno mayor del penfigoide ampolloso (230 Kd).

- b. El antígeno menor del penfigoide ampolloso (180 Kd).
- c. El antígeno del pénfigo foliáceo.
- d. El antígeno de la epidermólisis ampollosa adquirida.

10

El pronóstico para los recién nacidos de madres que padecen herpes gestationis con respecto a los de madres sin patología cutánea es:

- a. Aumento de mortalidad fetal.
- b. Tendencia a ser pequeños para la edad gestacional con mortalidad fetal normal.
- c. Aumento de riesgo de sufrimiento fetal durante el parto.
- d. No existe ningún riesgo para los recién nacidos.

11

En la erupción polimorfa del embarazo no se han descrito lesiones:

- a. Foliculares.
- b. Anulares.
- c. Policíclicas.
- d. En mucosas.

12

La incidencia de erupción polimorfa del embarazo se describe en:

- a. Uno en cada 50 embarazos.
- b. Uno en cada 150 embarazos.
- c. Uno en cada 750 embarazos.
- d. Uno en cada 10.000 embarazos.

13

La evolución más probable de una mujer que haya padecido una erupción polimorfa del embarazo es:

- a. Recurrencia en embarazos posteriores cada vez con menor intensidad.
- b. No presentar recurrencias.
- c. Recurrencias tras la toma de anticonceptivos orales.
- d. Recurrencia en embarazos posteriores cada vez con mayor intensidad.

14

El pronóstico para los recién nacidos de madres que padecen erupción polimorfa del embarazo con respecto a los de madres sin patología cutánea es:

- a. Aumento de mortalidad fetal.
- b. Tendencia a ser pequeños para la edad gestacional con mortalidad perinatal normal.
- c. Aumento de riesgo de sufrimiento fetal durante el parto.
- d. No existe ningún riesgo para los recién nacidos.

15

El tratamiento de elección en la erupción polimorfa del embarazo consiste en:

- a. Corticoides «tópicos» a demanda.
- b. Prednisona a bajas dosis.
- c. Prednisona a altas dosis asociada, o no, a inmunosupresores.
- d. Antihistamínicos tópicos.

16

Los hallazgos histológicos encontrados en la erupción polimorfa del embarazo dependen mayoritariamente:

- a. Del prurito que padece la paciente.
- b. De la lesión biopsiada y del tiempo de evolución de ésta.
- c. Del tiempo de evolución de la enfermedad.
- d. De la toma previa de anticonceptivos orales.

17

La hipótesis más consistente con respecto a la patogenia de la foliculitis del embarazo corresponde a:

- a. Un proceso por hipersensibilidad.
- b. Una sobreinfección por *Pityrosporum*.
- c. Una erupción acneiforme.
- d. Una forma de dermatitis autoinmune por progesterona.

18

Con respecto al prurigo del embarazo es cierto que:

- a. Presenta lesiones anulares y policíclicas.
- b. El riesgo materno es normal, pero el fetal es malo.
- c. Se ha asociado con atopia.
- d. Se presenta predominantemente en el tercer trimestre del embarazo.

19

El estudio histológico del prurigo en el embarazo muestra:

- a. Inmunofluorescencia directa positiva.
- b. Presencia de eosinófilos de disposición perivascular y unión dermoepidérmica.
- c. Signos inespecíficos de rascado.
- d. Aumento de macrófagos vacuolados.

20

El impétigo herpetiforme debe ser considerado:

- a. Una enfermedad infecciosa.
- b. Una enfermedad autoinmune.
- c. Una forma de psoriasis pustulosa.
- d. Una dermatosis específica del embarazo.