

Mucinosi s cutánea en placa relacionada con el embarazo

Ana Belén Rodrigo Sánchez, Ricardo Juan Bosch García, Matilde Mendiola Fernández, Blanca Cabra de Luna, María Victoria de Gálvez Aranda y Enrique Herrera Ceballos

Cátedra y Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina. Hospital Universitario. Málaga.

.....

Resumen.—Las mucinosi s cutáneas son dermatosis caracterizadas por el depósito de cantidades anormales de mucopolisacáridos ácidos en la dermis. En ocasiones acompañan a trastornos de la función tiroidea, pero en general no se las relaciona con las hormonas esteroideas sexuales. Presentamos el caso de una paciente que durante sus dos embarazos desarrolló una alteración cutánea clínica e histopatológicamente compatible con mucinosi s en placa. El proceso no se acompañó de alteraciones en las determinaciones hormonales, que resultaron compatibles con su situación de embarazo, ni de desórdenes inmunológicos. La estricta relación del cuadro con el embarazo, pues apareció al final del primer trimestre y se resolvió tras el parto, sugiere una clara influencia de esta situación sobre el proceso.

Palabras clave: mucinosi s cutánea en placa, embarazo.

Rodrigo Sánchez AB, Bosch García RJ, Mendiola Fernández M, Cabra de Luna B, de Gálvez Aranda MV, Herrera Ceballos E. Mucinosi s cutánea en placa relacionada con el embarazo. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(9):533-6.

.....

.....

PREGNANCY-RELATED CUTANEOUS PLAQUE-LIKE MUCINOSIS

Abstract.—The cutaneous mucinoses are dermatoses characterized by the deposition of abnormal quantities of acid mucopolysaccharides in the dermis. They may appear in association with thyroid dysfunction, and often there is no relation with sexual steroid hormones. We present a patient who showed a clinical and histopathological plaque-like mucinosi s during her two pregnancies. The patient did not show any alteration in hormonal or immunological studies. The strict parallelism among clinical chart and pregnancy, starting at the end of the first quarter of evolution and resolving shortly after delivery, suggests a close relationship between both processes.

Key words: cutaneous plaque-like mucinosi s, pregnancy.

.....

INTRODUCCIÓN

El embarazo comporta una situación hormonal peculiar que interviene en la aparición de una serie de procesos dermatológicos propios de este período¹. En dermatología también es conocido el papel de las hormonas dentro del grupo de las mucinosi s difusas², especialmente su asociación con ciertas alteraciones tiroideas, pero estos cuadros no se relacionan en general con el embarazo.

En este trabajo exponemos el caso de una paciente que en sus dos embarazos ha presentado lesiones cutáneas asintomáticas cuyo rasgo histopatológico fundamental era un depósito dérmico de mucina. Su estricta relación con el embarazo y la ausencia de alteraciones hormonales son los datos fundamentales que manejamos en la interpretación de este cuadro.

Correspondencia:
Enrique Herrera Ceballos. Facultad de Medicina. Cátedra de Dermatología. Campus de Teatinos, s/ n. 29010 Málaga.
Correo electrónico: dermafacc@uma.es

Aceptado el 26 de julio de 2002.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente atendida por primera vez cuando contaba 26 años de edad y estaba en la decimocuarta semana de su primer embarazo. No refería antecedentes familiares ni personales de interés. Consultó por la aparición, en las dos últimas semanas, de lesiones eritemato-edematosas en abdomen, glúteos y zona proximal de extremidades, que confluían formando grandes placas de aspecto urticariforme, pero que eran estables y no producían ninguna sintomatología subjetiva (fig. 1).

El hemograma, la bioquímica sanguínea, el proteinograma, la cuantificación de inmunoglobulinas, los anticuerpos antinucleares y las determinaciones hormonales mostraron resultados negativos o valores dentro de la normalidad. El examen con hematoxilina-eosina de una biopsia cutánea practicada en una lesión del muslo demostró una epidermis completamente normal, mientras que en la dermis, además de un discreto infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular, llamaba la atención la presencia de haces colágenos engrosados y separados por espacios más amplios de lo normal ocupados por un material discretamente basófilo con granulaci3n fina (fig. 2). Con las tinciones de Azul Alcían a pH 2,5 y de hierro coloi-



Fig. 1.—Detalle de las placas eritematosas totalmente asintomáticas en el muslo.

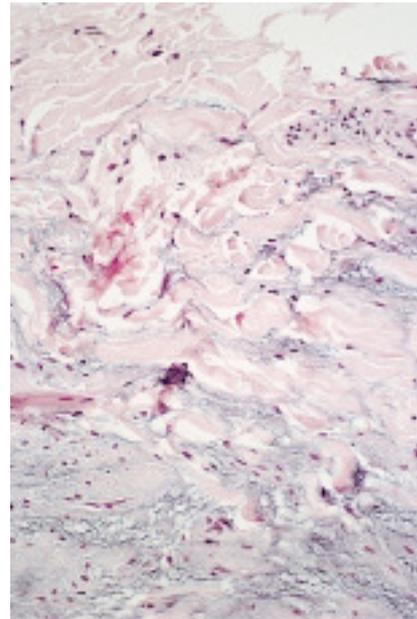


Fig. 3.—Presencia de abundante mucina en dermis (Azul Alcian × 300).

dal se apreció un marcado depósito de mucina en toda la dermis (fig. 3).

Dada la ausencia de molestias, no se instauró ningún tratamiento. Las lesiones persistieron e incluso aumentaron durante toda la gestación y se produjo su resolución espontánea y paulatina en las cuatro semanas siguientes al parto. La paciente permaneció asintomática durante cuatro años hasta que, en la deci-

mo sexta semana de una nueva gestación, comenzaron a aparecer lesiones cutáneas absolutamente idénticas a las que había presentado en el primer embarazo (fig. 4). Tampoco se acompañaba de ningún tipo de sintomatología y los estudios analíticos, hormonales e inmunológicos resultaron nuevamente normales. El estudio histopatológico demostró los mismos cambios que en el episodio anterior.



Fig. 2.—Haces colágenas engrosados y separados por espacios mayores de lo habitual junto a discreto infiltrado inflamatorio linfocitario (HE × 50).



Fig. 4.—Placas eritematosas en piernas en el brote del segundo embarazo.

También en este brote las lesiones se fueron haciendo más evidentes con el desarrollo de la gestación y desaparecieron espontáneamente después del parto. La paciente no presentó ninguna complicación, aparte de la erupción cutánea, durante las dos gestaciones y los niños, ambos varones, nacieron sanos.

DISCUSIÓN

La presencia de gran cantidad de mucina en la dermis superficial y media es el dato más significativo de las lesiones de la paciente y lo que motiva su inclusión en el heterogéneo grupo de las mucinosi s cutáneas. La mucina es una sustancia compuesta por mucopolisacáridos ácidos, actualmente denominados glucosaminoglicanos, que están constituidos esencialmente por ácido hialurónico y dermatán sulfato, y producidos por los fibroblastos. Estas sustancias tienen capacidad de captar gran cantidad de agua y minerales.

El mecanismo patogénico de las mucinosi s es mal conocido. En muchos casos parece haber un aumento de la producción de glucosaminoglicanos por parte de los fibroblastos, mientras que en otros la acumulación de mucina en la dermis se produce por una degradación deficiente de los mismos. Entre las mucinosi s primarias, es decir, no acompañadas de otras alteraciones cutáneas, se distinguen formas difusas y focales, según la afectación sea más o menos extensa. La distribución de la mucina a nivel dérmico no permite generalmente un diagnóstico específico³, lo que obliga a realizar una correlación clinicopatológica. Algunas de estas formas pueden estar asociadas a alteraciones tiroideas (mixedema generalizado y mixedema pretibial), mientras que otras se relacionan con la existencia de una paraproteína, una infección previa o la administración de ciertos medicamentos.

Por otro lado, la aparición del cuadro en nuestra paciente en las dos ocasiones en íntima relación con el embarazo obliga a considerar los distintos procesos cutáneos propios de este estado. Clínicamente algunas de las lesiones que presentaba podrían sugerir la actualmente denominada erupción polimorfa del embarazo, término propuesto por Holmes y Black⁴ para englobar la erupción toxémica del embarazo⁵, el prurigo del embarazo de inicio tardío⁶ y las pápulas y placas urticariformes pruriginosas del embarazo⁷. Este proceso es intensamente pruriginoso y suele presentarse en el tercer trimestre del embarazo. Histopatológicamente, a diferencia de nuestra paciente, muestra edema dérmico ligero o moderado, respuesta inflamatoria de predominio linfocitario que se dispone generalmente en relación con el plexo superficial y afectación epidérmica inconsistente en forma de acantosis, espongiosis que puede llegar a la formación de vesículas espongióticas y paraqueratosis⁸.

La mucinosi s cutánea autorresolutiva ocurre generalmente en niños y, por tanto, no tiene relación con el embarazo; suelen existir lesiones nodulares y el depósito se sitúa en la dermis reticular^{9,10}. El cuadro clínico y la normalidad de las hormonas tiroideas en todo momento descarta que nuestra paciente padeciera un mixedema durante el embarazo¹¹. La presencia de depósitos cutáneos localizados de mucina en la dermis superficial, junto al engrosamiento y separación de los haces colágenos y al infiltrado linfocitario perivascular que existían, hacen que sea compatible con la actualmente denominada mucinosi s eritematosa reticulada. En 1960 Perry et al¹² describieron una nueva entidad con el nombre de mucinosi s en placa, denominación que describe mejor las lesiones que presentaba nuestra paciente, y en 1970 Steigleder¹³ describió casos similares en los que existían máculas coalescentes, por lo que propuso el nombre de mucinosi s eritematosa reticulada. Rongioletti y Rebora¹⁴ las consideran como dos formas de presentación de una misma entidad, que denominan síndrome REM (Reticulé Erythémateuse Mucinosé); afecta a mujeres de edad media y se manifiesta como pápulas y máculas eritematosas que confluyen formando placas o adquieren una morfología reticular o anular, especialmente en zona mediotorácica o mediodorsal, aunque también puede afectar otras zonas. En este síndrome no se evidencia sintomatología subjetiva cutánea, salvo discreto prurito ocasional, y no se asocian manifestaciones sistémicas. Se han descrito algunas asociaciones a hipertiroidismo, lupus eritematoso sistémico, carcinomas de colon y pulmón, diabetes y púrpura trombocitopénica, y casos de empeoramiento con la menstruación, tratamiento con anticonceptivos orales y embarazo¹⁴. Nosotros no hemos podido encontrar en la literatura revisada ninguna referencia a casos de relación tan estricta con el embarazo como el de nuestra paciente. En ella el cuadro, clínica e histopatológicamente compatible con mucinosi s en placas, ha ocurrido en sus dos embarazos, iniciándose en ambos casos hacia el final del primer trimestre y desapareciendo de forma rápida tras el parto. Los estudios realizados no han podido demostrar alteraciones inmunológicas ni hormonales, cuyas determinaciones eran concordantes con la situación de embarazo. No cabe duda de que algún factor ligado al embarazo, que actúe sobre una situación de predisposición, ha sido determinante en la aparición del cuadro dermatológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bordas X. Dermatosi s específicas del embarazo. *Piel* 1987;3:76-86.
2. Black MM, Gawkrödger DJ, Seymour CA, Weismann K. Metabolic and nutritional disorders. En: Rook A, Wilkenson DS, Ebling FJG, editores. *Textbook of Dermatology*. 5.ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ; 1992. p. 2325-33.

3. Matsuoka LY, Wortsman J, Dietrich JG, Kupchella CE. Glycosaminoglycans in histologic sections. *Arch Dermatol* 1987;123:862-3.
4. Holmes RC, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:405-12.
5. Bourne G. Toxaemic rash of pregnancy. *Proc R Soc Med* 1962;55:468-74.
6. Nurse DS. Prurigo of pregnancy. *Aus J Dermatol* 1968;9:258-67.
7. Lawley TJ, Hertz KC, Wade TR, Ackerman AB, Katz SJ. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. *JAMA* 1979;241:1696-9.
8. Moreno A, Noguera J, Moragas JM. Polymorphic eruption of pregnancy. Histopathologic study. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1985;65:313-8.
9. Bonerandi JJ, Andrac L, Follana J, Moreau S, Aubert L. Mucinosi cutanée juvenile spontaneament resolutive. Étude anatomo-clinique et ultrastructurale. *Ann Dermatol Venereol* 1980;107:51-7.
10. Pucevich MV, Latour DL, Bale GF, King LE Jr. Self-healing cutaneous mucinosis. *J Am Acad Dermatol* 1984;11:327-32.
11. Lachelin C. Myxoedema and pregnancy. A case report. *J Obstet Gynaecol Br Common* 1970;77:77-9.
12. Perry HO, Kierland RR, Montgomery H. Plaque-like form of cutaneous mucinosis. *Arch Dermatol* 1960;82:980-5.
13. Steigleder GK, Gartmann H, Linker U. REM syndrome: reticular erythematous mucinosis (round-cell erythematosis). A new entity? *Br J Dermatol* 1974;91:191-9.
14. Rongioletti F, Rebora A. Les mucinoses cutanées. *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:75-87.

Respuestas correctas a las preguntas correspondientes a la Revisión de Formación Médica Continuada del número 8, octubre 2002.

María Jones-Caballero y Pablo F. Peñas. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(8):481-9

1b	8b	15b
2c	9d	16e
3e	10e	17c
4d	11d	18e
5b	12e	19a
6a	13e	20b
7c	14a	