



Dermatitis autoinmune por progesterona: un diagnóstico a tener en cuenta

Autoimmune progesterone dermatitis: a diagnosis to consider

Felipe Tavares-Rodrigues¹, Mariana Araujo-Barbosa¹, Antonio Macedo-D'Acri²

RESUMEN

La dermatitis autoinmune por progesterona (DPA) es una reacción de hipersensibilidad a la progesterona que surge durante el ciclo menstrual. Pacientes con DPA con frecuencia reciben diagnósticos equivocados durante años, debido a la variabilidad del ciclo menstrual en cada mujer, dificultando esta correlación. Es importante tener en cuenta la DPA en contraposición de una erupción recalcitrante y recurrente en mujeres. La historia clínica es una herramienta fundamental para sugerir este diagnóstico. Dermatólogos, ginecólogos y obstetras deben conocer esta entidad rara, y altamente invalidante.

PALABRAS CLAVE: enfermedades autoinmunes, dermatitis, progesterona.

Dermatol Peru 2020;30 (2): 154-156

ABSTRACT

Autoimmune progesterone dermatitis (APD) is a hypersensitivity reaction to the progesterone that surge during a woman's menstrual cycle. Patients with APD often are misdiagnosed for years due to the variability of each woman's menstrual cycle, making the correlation difficult. It is important to keep APD in mind for any recalcitrant or recurrent rash in females. A thorough history is critical when formulating a diagnosis. Dermatologists, gynecologists and obstetricians should be aware of this rare but highly invalidating entity

KEY WORD: autoimmune diseases, dermatitis, progesterone.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis autoinmune por progesterona (DAP) es una condición dermatológica poco común, cuya fisiopatología es aún poco conocida, caracterizándose por hipersensibilidad a la progesterona y manifestaciones cutáneas variables y recurrentes.¹ La DPA es considerada una manifestación precoz de la enfermedad autoinmune.² La prevalencia de esta dermatosis no está estimada, más cerca de 90 casos ya fueron publicados.³

RELATO DE UN CASO

Paciente femenina, 21 años, estudiante, natural de Río de Janeiro, busco atención en dermatología por una erupción eritemato-pruriginosa difusa cerca de 5 meses atrás (Figuras Nº 1 y 2), que se acentuaba en el período menstrual. Tratada previamente con anti-histamínicos orales y corticoterapia tópica sin mejora clínica. Los exámenes en sangre fueron negativos, excepto por aumento del dosaje de la progesterona sérica. La biopsia cutánea evidenció una histopatología inespecífica. Es orientada a realizar un test intradérmico con progesterona, para elucidación diagnóstica, la paciente no regreso a la consulta.

1. M. D., Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. MD.
2. Professor at Dermatology Departament - Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. MD, PhD.



Figura N° 1. Extensa erupción urticariforme en el flanco derecho de la paciente.



Figura N° 2. Detalle de la erupción urticariforme, mostrando el aspecto pomposo de la lesión cutánea.

DISCUSIÓN

La dermatitis autoinmune por progesterona (DAP) es una rara condición clínica que afecta mujeres jóvenes en edad reproductiva.^{2,3} Se caracteriza por erupción cutánea, de ocurrencia cíclica, deflagrada muchas veces, durante el ciclo menstrual, que deja de ocurrir en la menopausia, causada por reacción autoinmune a la progesterona endógena.^{1,3,4} Raramente, los primeros síntomas se pueden originar precozmente en la menarquia, siendo también descrita la manifestación durante la gestación o debido a terapia hormonal.¹

Se cree que la exposición previa a la progesterona (p.e., anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos con progesterona, menarquia, embarazo) pueden llevar a la sensibilización y provocar una reacción de hipersensibilidad en pacientes predispuestas.^{3,4} Adicionalmente, hay registros de reacción cruzada con glucocorticoides (cortisol) y mineralocorticoides (aldosterona), en la ausencia de exposición previa a la progesterona endógena.²

La presentación clínica de la DAP es muy variable, lo que contribuyó para retardar el diagnóstico.³ Son más

comunes las erupciones eczematosas o urticariformes, más se puede observar un amplio espectro de manifestaciones desde exantema morbiliforme, macular, papular, vesicular, eritema multiforme-like, angioedema-like e inclusive lesiones purpúricas, así como lesiones desidrosiformes palmo-plantares.^{1,4,5} Algunas pacientes, muestran reacciones discretas y tenues en cuanto otras exhiben un cuadro extenso, progresivo, que puede evolucionar para anafilaxia.⁴ Las áreas más afectadas son el tronco y las extremidades, siendo más raras las erupciones en la cara, mucosa oral y genital.³

Debido a su rareza, el diagnóstico de DPA debe ser de exclusión. No hay exámenes laboratoriales definitivos para el diagnóstico o hallagos histopatológicos específicos.^{1,3} Los criterios diagnósticos para DPA propuestos por Warin, incluyen: (1) Historia de lesiones cutáneas relacionadas con el ciclo menstrual; (2) Respuesta positiva al test intradérmico con progesterona y (3) mejoramiento de los síntomas después de la inhibición de la secreción de la progesterona, por la supresión de la ovulación.^{3,4,6}

La sospecha de DPA puede ser confirmada por el test cutáneo intradérmico con progesterona en la fase folicular del ciclo

menstrual. A veces, una reacción urticariforme inmediata es observada en 20 a 30 minutos, más generalmente ocurre la reacción de hipersensibilidad tardía después de 48 a 72 horas. Este test precisa ser realizado bajo monitoreo cardiorrespiratorio por el riesgo de anafilaxia.^{2,3,4}

Una prueba alternativa sería la aplicación intramuscular de progesterona, que generalmente lleva a la recurrencia de la erupción cutánea después de 6 a 8 horas e igualmente existe riesgo de anafilaxia.³ El test de contacto con progesterona es la detección de anticuerpos anti-progesterona IgG circulantes son también propuestos, pero presentan menor sensibilidad.²

El tratamiento de la DPA con antihistamínicos orales asociados a corticosteroides tópicos y sistémicos, habitualmente, producen discreto alivio de los síntomas. La terapia efectiva, en general, consiste en la supresión de la ovulación usando diferentes estrategias, desde anticonceptivos orales, con resultados variables, a análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, tamoxifeno o danazol. En los casos refractarios fue sugerida una desensibilización a la progesterona y, como último recurso, la ooforectomía bilateral.^{1,2,3,4,5}

El caso en cuestión, a partir de su historia clínica sugestiva, ilustra perfectamente la dificultad para una elucidación diagnóstica concluyente. Dermatólogos, ginecólogos y obstetras deben estar conscientes de esta rara entidad, que debe ser incluida en diagnóstico diferencial de mujeres con erupción cutánea recurrente, cíclica o recalcitrante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montoro J, Miquel FJ, Quecedo E, Martínez M, Orduña A, Gimeno E, Valverde A. Autoimmune Progesterone Dermatitis: A Complex Case. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2018;28(5):348-50.
2. Detrixhe A, Nikkels AF, Dezfoulian B. Autoimmune progesterone dermatitis. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;296(5):1013-4.
3. Özdemir Ö, Yahşi GG, Atalay CR. Autoimmune Progesterone Dermatitis: A Case Report. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(3):203-5.
4. DeRosa I, Bender B, Centilli M. Autoimmune progesterone dermatitis. *Cutis*. 2018;102(4):E12-4.
5. Nguyen T, Razzaque Ahmed A. Autoimmune progesterone dermatitis: Update and insights. *Autoimmun Rev*. 2016;15(2):191-7.
6. Warin AP. Case 2. Diagnosis: erythema multiforme as a presentation of autoimmune progesterone dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2001;26(01):107-8.

Correspondencia: Dr. Felipe Tavares Rodrigues
Email: medfr@yahoo.com.br

Recibido: 14-05-2020
Aceptado: 05-06-2020



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA