

Impetigo herpetiforme: reporte de un caso

Impetigo herpetiformis: A case report.

Luis Lazo-Villaverde¹, Mirtha Pacheco-Tejeda², Antonio Paredes-Arcos², Gadwyn Sánchez-Félix², Celia Moisés², María Pajuelo-Levano², Jorge Coronado-Portocarrero², Hugo Monroy-Gálvez², Janet Quispetira-Mosqueira¹, Verónica Vilcahuamán-Rivera¹, Brady Beltrán³, Pilar Quiñones⁴, Tomás Carbajal⁴, Francisco Bravo⁵.

RESUMEN

El impétigo herpetiforme es una rara dermatosis pustular no infecciosa que se presenta en el embarazo especialmente en el último trimestre. Describimos el caso de una gestante primigesta, de 21 años quien presentó en el último trimestre compromiso cutáneo, que inicia en palma de manos, antebrazo, miembros inferiores y abdomen, tratado con prednisona a 30 mg/día con buena evolución tanto para la madre y el producto. Se presenta el caso por ser inusual y se revisa la literatura.

Palabras Clave: Impétigo Herpetiforme; Dermatitis Pustular del Embarazo.

Dermatol Perú 2009; 19(4) 350-353

ABSTRACT

Impetigo herpetiformis is a rare non-infectious pustular dermatosis that occurs in pregnancy, especially in the last quarter. We describe the case of a pregnant primigravida, aged 21 who presented in the last quarter cutaneous involvement, which began in palm of hands, forearms, lower limbs and abdomen, treated with prednisone at 30 mg / day with a good outcome for both mother and the product.

Keywords: Impetigo herpetiformis; Pustular Dermatitis of Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El impétigo herpetiforme es una rara dermatosis pustulosa del embarazo. Fue descrito por primera vez por Hebra en 1872⁽¹⁾. Algunos lo clasifican como psoriasis pustulosa generalizada del embarazo, mientras que otros lo consideran como una entidad distinta de la psoriasis. Un diagnóstico temprano es esencial ya que la enfermedad es mortal y está asociada con la insuficiencia placentaria y alteración de

¹ Médico Residente del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM). Lima-Perú.

² Médico Asistente del Servicio de Dermatología del HNERM. Lima-Perú.

³ Médico Asistente del Servicio de Oncología del HNERM. Lima-Perú.

⁴ Médico Asistente del Servicio de Anatomía Patológica del HNERM.

⁵ Médico Consultor y Docente de la Universidad Particular Cayetano Heredia. Lima-Perú.

Recibido: 06-01-2010

Aceptado: 19-02-2010



Figura 1. Placas eritematosas con pústulas periféricas.



Figura 2. Placas eritematosas con descamación central y pústulas periféricas.

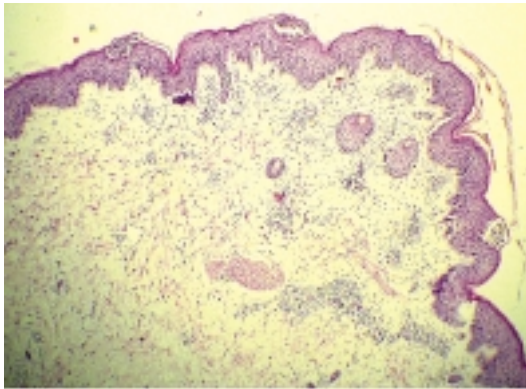


Figura 3. Vista panorámica con presencia de pústulas subcorneales.

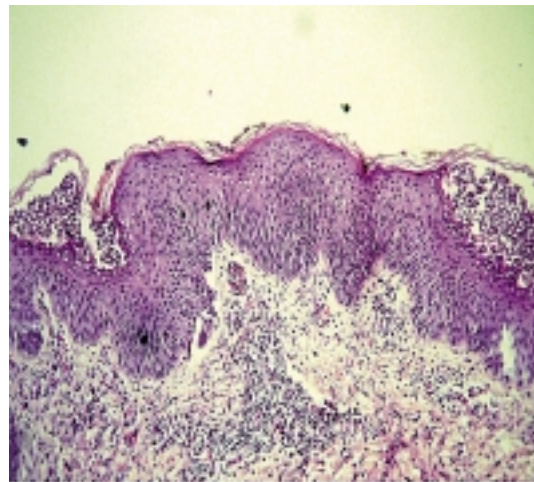


Figura 4. Pústulas subcorneales con infiltrado neutrofilico.



Figura 5. Recién nacido. Cesárea sin complicaciones.

electrolitos especialmente el calcio y los niveles sericos de vitamina D. La erupción se desarrolla generalmente en el tercer trimestre, pero también puede ser visto en los primeros trimestres. La complicación más frecuente es la insuficiencia placentaria ocasionando muerte neonatal o anomalías fetales. La inmensa mayoría de los casos se resuelven después del parto, los casos persistentes se han reportado, y pueden estar asociados con el uso de anticonceptivos.

CASO CLINICO

Paciente mujer primigesta de 21 años de edad, natural de Lima, quien es referida del servicio de emergencia del HNERM por presentar lesiones cutáneas catalogadas como celulitis. Según refiere la paciente tiene un tiempo de enfermedad de 2 semanas donde las lesiones iniciales fueron conglomerados de papulas en palmas de manos que luego se rodean de pústulas, dejando una descamación en su parte central, luego se diseminan a miembros inferiores y abdomen, acompañado de leve prurito y sensación de quemazón.

Al examen físico, se evidencia placas eritematosas con pústulas pequeñas hacia el borde de la lesión, dejando una descamación residual e hiperpigmentación en palmas, tronco, abdomen y miembros inferiores. No existe antecedentes familiares ni personales.

Se realizaron 2 biopsias cutáneas en abdomen y muslo, donde se observa una epidermis acantótica, paraqueratosis focal, pústula subcorneal con infiltrados neutrofilicos y focos de espongirosis. En dermis superficial dilatación capilar con infiltrado linfomonocitario perivascular.

Entre los exámenes auxiliares se encontró un hemograma de 14,780 leucocitos con

abastados en 4%; Proteínas totales: 5.04 (VN: 6.0-8.7); el calcio serico en 4.02 (VN: 4.3-5.19); y la albumina en 2.06 (VN: 2.42-2.65); el Fosforo en 5.12 (VN: 2.7-4.5); la VSG: 86 mm; el examen de orina resultó patológico; sin embargo el urocultivo fue negativo.

Durante su estancia en nuestro servicio presentó signos de insuficiencia placentaria por lo que fue transferida al servicio de Ginecología. El tratamiento incluyó prednisona a 30mg/día, teniendo buena respuesta. Se programó una cesárea de urgencia con recién nacido sin complicaciones.

DISCUSION

El impétigo es una rara dermatosis pustular estéril del embarazo, aparece comúnmente en el tercer trimestre del embarazo⁽⁴⁾. También se reportan durante el primer trimestre o durante el puerperio⁽⁵⁾. Puede ocurrir en embarazos posteriores. La etiología es desconocida. Entre los factores desencadenantes se incluyen hipocalcemia e hipoparatiroidismo; así como la infección bacteriana. La mayoría de los pacientes no tienen una historia personal ni familiar de psoriasis.

Se observa en el 4,25% de las dermatosis del embarazo⁽⁸⁾. La erupción comienza típicamente en las zonas intertriginosas y se extiende centrífugamente⁽²⁾. Las lesiones son placas eritematosas o placas con pústulas estériles agrupadas y de ampliación hacia la periferie. Los síntomas sistémicos como fiebre, sudoración, diarrea, vómitos, delirio y tetania pueden ocurrir⁽⁹⁾. Las complicaciones incluyen alteraciones de líquidos y electrolitos, sepsis, hipocalcemia e insuficiencia placentaria que resulta en un retraso del crecimiento intrauterino y muertes neonatales⁽¹⁰⁾.

Los hallazgos de laboratorio incluyen leucocitosis, velocidad de sedimentación globular elevada, hipocalcemia, hipoalbuminemia y bajo nivel de hormona paratiroidea^(7,10). Las pústulas son estériles, pero pueden ser secundariamente infectadas.

Los hallazgos histopatológicos son similares a la psoriasis pustulosa consistente en paraqueratosis, acantosis, y pustulas subcorneales intraepidérmicas con neutrófilos. En la dermis papilar, se observa infiltración de linfocitos y neutrófilos.

El diagnóstico se establece por el cuadro clínico típico, pústulas estériles con la prueba de la bacteriología negativa y los cambios histopatológicos en la biopsia de la piel. El diagnóstico diferencial incluye la erupción pustular a drogas, penfigoide gestacional, pénfigo IgA, dermatitis herpetiforme y dermatosis pustular subcorneal⁽³⁾.

En cuanto al tratamiento el Impétigo herpetiforme generalmente puede tratarse exitosamente con corticoides tópicos y sistémicos. Los antibióticos pueden estar indicados en casos de infección bacteriana secundaria.

El manejo incluye monitoreo de fluidos y electrolitos, el cual debe ser controlado y normalizado⁽⁹⁾. Como primera línea de tratamiento están los corticoides sistémicos y no hay respuesta se puede dar la ciclosporina^(7,11). En el puerperio están indicados los retinoides⁽¹²⁾ y el metotrexate.

Nuestra paciente presentó las típicas lesiones clínicas e histopatológicas del

impétigo herpetiforme, y durante su evolución desarrolló insuficiencia placentaria que precipitó la cesárea con recién nacido sin complicaciones.

La paciente respondió a la prednisona a dosis de 0.5mg/kg/día con muy buena respuesta de las lesiones cutáneas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Von Hebra F. Ueber einzelne, während der Schwangerschaft am Wochenbette und bei Urinalkraheiten der Frauen zu beobachtende hautkrankheiten. Wien Med Wochenschr 1872; 22: 1197-1202.
2. Oumeinisch OY, Farraj SE, Bataineh AS. Some aspects of impetigo herpetiformis. Arch Dermatol 1982; 118: 103-105.
3. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Seventy edition, pag 960
4. Gligora M, Kolacio Z. Hormonal treatment of impetigo herpetiformis (letter). Br J Dermatol 1982;107:253.
5. Katsambas A, Stavropoulos PG, Katsiboulas V, et al. Impetigo herpetiformis during the puerperium. Dermatology. 1999;198:400-2.
6. Lotem M, Katzenelson V, Rotem A, et al. Impetigo herpetiformis: a variant of pustular psoriasis or a separate entity? J Am Acad Dermatol. 1989;20:338-41
7. Valdés E, Núñez T, Pedraza D, Muñoz H. Impétigo herpetiforme recurrente: manejo exitoso con ciclosporina. Rev Méd Chile. 2005 Sep;133(9): 1070-4.
8. Samdani AJ. Pregnancy dermatoses: A three-year study, Pak L Med Sci. 20(4): 292-5, 2004.
9. Arslanpence I, Dede S, Gokcu M, Gelisen O, Impetigo herpetiformis unresponsive to therapy in a pregnant adolescent, J Pediatr Adolesc Gynecol. 16: 129-32, 2003.
10. Oumiesh YO, Parish JL, Impetigo herpetiformis, Clinics in Dermatology. 24: 101-4, 2006
11. Imai N, Watanabe R, Fujiwara H, Ito M, Nakamura A, Successful treatment of impetigo herpetiformis with oral cyclosporine during pregnancy, Arch Dermatol . 138: 128 - 9, 2002
12. Bukhari IA, Impetigo herpetiformis in a primigravida: successful treatment with etretinate, J Drugs Dermatol. 3: 449 - 51, 2004.