



Revista GICOS
ISSN: 2610-797X
gicosrevista@gmail.com
Universidad de los Andes
Venezuela

Molina, Roselyn; Noguera, María; Pérez, Karelys; Ramírez, Carlos
Alteraciones estéticas más frecuentes durante el embarazo desde la visión de la cosmiatria
Revista GICOS, vol. 8, núm. 3, 2023, Septiembre-Diciembre, pp. 133-146
Universidad de los Andes
Venezuela

- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Alteraciones estéticas más frecuentes durante el embarazo desde la visión de la cosmiatria

Most frequent aesthetic alterations during pregnancy from the vision of cosmiatrics

MOLINA, ROSELYN¹; NOGUERA DE AVENDAÑO, MARÍA¹; PÉREZ, KARELYS¹; RAMÍREZ, CARLOS¹

¹Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Autor de correspondencia
mnogueraaltuve@gmail.com

Fecha de recepción

12/08/2023

Fecha de aceptación

29/09/2023

Fecha de publicación

26/10/2023

Autores

Molina, Roselyn
Estudiante del Diplomado de estética y cosmiatria facial y corporal.
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela
Correo-e: mahely89@hotmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-3547-8629>

Noguera, María
Profesora Titular del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Estudiante del Diplomado de estética y cosmiatria facial y corporal.
Universidad de Los Andes
Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.
Correo-e: mnogueraaltuve@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0000-2522-03948>

Pérez, Karelys
Médico Cirujano. Estudiante del Diplomado de estética y cosmiatria facial y corporal.
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela
Correo-e: karelysperez30@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0001-2005-7739>

Ramírez, Carlos
Estudiante del Diplomado de estética y cosmiatria facial y corporal.
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela
Correo-e: carlosjavierramirezbermudez1@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-6904-5395>

Citación:

Molina, R.; Noguera de Avendaño, M.; Pérez, K. y Ramírez, C. (2023). Alteraciones estéticas más frecuentes durante el embarazo desde la visión de la cosmiatria. *GICOS*, 8(3), 133-146

DOI:



RESUMEN

Belleza y salud, una cualidad y un estado que siempre han ido de la mano. La mayoría de las mujeres embarazadas desarrollan cambios en la piel, incluidos cambios fisiológicos u hormonales, empeoramiento de afecciones cutáneas preexistentes o aparición de nuevas dermatosis durante el embarazo. Bajo la influencia de las hormonas del embarazo, el tejido cutáneo sufre varias modificaciones, estas manifestaciones en la piel pueden incluir: prurito, cloasma, estrías, rosácea y telangiectasias vasculares, que son motivo de preocupación, y las coloca en una situación de incertidumbre para escoger, en la diversidad de opciones de tratamientos, el que tenga buen perfil de seguridad, para mantener su apariencia y salud. En el artículo de revisión narrativa se busca especificar las principales alteraciones dermatológicas en las embarazadas, así como el diagnóstico y tratamiento de cada una de ellas desde la perspectiva de la cosmiatría. Metodología: búsqueda de la literatura científica en bases de datos médicas Pubmed, Elsevier, Cochrane, Revencyt, también en buscadores como Google y Google Académico y bibliotecas virtuales utilizando palabras clave. De acuerdo a los datos recopilados se identificaron y clasificaron las alteraciones dermatológicas más importantes en mujeres embarazadas, analizar los tratamientos empleados en cosmiatría para cada alteración dermatológica, incluyendo sus beneficios, riesgos y consideraciones especiales durante el embarazo. Aunque la mayoría de los tratamientos, inexactamente se recomiendan para ser utilizados después del parto, existen algunas alternativas para prevenir y tratar las lesiones cutáneas durante el embarazo, por lo que es necesaria información actualizada y completa sobre la cosmiatría durante el embarazo.

Palabras clave: dermatología, ginecología y obstetricia, embarazo, estética.

ABSTRACT

Beauty and health, a quality and a state that have always gone hand in hand. Most pregnant women develop skin changes, including physiological or hormonal changes, worsening of pre-existing skin conditions, or the appearance of new dermatoses during pregnancy. Under the influence of pregnancy hormones, the skin tissue undergoes several modifications, these skin manifestations can include: pruritus, chloasma, stretch marks, rosacea and vascular telangiectasias, which are cause for concern, and place them in a situation of uncertainty for Choose, among the diversity of treatment options, the one that has a good safety profile, to maintain your appearance and health. This study seeks to list the most important dermatological alterations in pregnant women, as well as the diagnosis and treatment of each of them from the perspective of Cosmiatry. Methodology: search of scientific literature in medical databases (Pubmed, Elsevier, Cochrane, Revencyt, also in search engines such as Google and Google Academic) and virtual libraries using keywords. According to the data collected, it is proposed to identify and classify the most important dermatological alterations in pregnant women, analyze the treatments used in cosmiatry for each dermatological alteration, including its benefits, risks and special considerations during pregnancy. Although most treatments are inaccurately recommended to be used after childbirth, there are some alternatives to prevent and treat skin lesions during pregnancy, which is why updated and complete information on Cosmiatry during pregnancy is necessary.

Keywords: dermatology, gynecology and obstetrics, pregnancy, aesthetics.

INTRODUCCION

El embarazo se asocia con múltiples cambios fisiológicos que involucran diferentes sistemas de organismo como el sistema endocrino, vascular, metabólico e inmunológico de las mujeres grávidas, lo que resulta en varios cambios cutáneos que pueden ser fisiológicos o patológicos. La incidencia de estas alteraciones podría variar según el biotipo y fototipo cutáneo, ya que existen diferentes factores que llegan a influir en la piel (Cerrola, 2005; Motosko, 2017).

El estereotipo de belleza ha ido variando con el tiempo, el canon de belleza actual se basa en aparentar juventud y tener una figura saludable. El ejercicio físico y la buena alimentación son las claves para alcanzar esta meta y a estas características, se agrega también el cuidado del cuerpo cada vez más frecuente, preocupación por la piel, el cabello; es por ello que, tanto hombres como mujeres, pasan horas en el gimnasio, siguen dietas para mantener su cuerpo y muchos recurren al uso de cosméticos y tratamientos de estética (Cingolani, 2020; Vásquez, 2023; Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [AESAN], 2020).

Las preguntas más frecuentes de las embarazadas son: ¿qué puedo comer y qué debo evitar? ¿puedo hacer deporte como antes? ¿me puedo teñir el pelo?, ¿puedo continuar con mis rutinas de *skincare*? En realidad, todos los tratamientos de belleza son puestos en jaque. Por eso, muchas mujeres deciden abandonarlos durante los nueve meses de gestación, mientras que otras buscan la respuesta, o consultan a su *cosmiatra* o médico antes de hacerlo. Los productos químicos con los que se realizan son los que nos hacen preguntarnos si tendrán o no consecuencias en el desarrollo del feto. Los tratamientos estéticos pueden ser muy eficaces porque se trabaja con máquinas potentes y activos vanguardistas, pero algunas energías y algunos activos cosméticos pueden ser perjudiciales para el embarazo y el feto (Mayo Clinic, 2019).

En el embarazo se evidencian alteraciones estéticas a nivel facial y corporal que deben tratarse de forma correcta para evitar complicaciones; para mantener un estado óptimo de salud y una buena apariencia física, se debe realizar una correcta rutina de tratamiento, teniendo la seguridad de no perturbar ni a la madre ni al feto, es decir, cualquier tratamiento debe garantizar la seguridad materna y fetal (Paucar, 2017).

El embarazo provoca modificaciones fisiológicas adaptativas y únicas, siendo los cambios cutáneos posiblemente los más notables. Estos cambios cutáneos son de interés para el personal de salud, médicos y *cosmiatras*, ya que deben diagnosticarse como cambios fisiológicos normales o potencialmente dañinos y tratarse en consecuencia. Los niveles alterados de hormonas circulantes, el aumento del volumen intravascular y la compresión del útero en crecimiento son la base de las complejas adaptaciones fisiológicas que son esenciales para el desarrollo del feto. Estos factores también contribuyen a la variedad de cambios cutáneos que pueden preocupar a pacientes y equipo de salud (Guamán, 2017).

En relación con el embarazo y las alteraciones que se presentan en la piel, Barnawi (2021), en su estudio presenta las principales manifestaciones cutáneas fisiológicas y patológicas durante el embarazo. El investigador revisó bases de datos de literatura médica incluida en PubMed y Google desde 2015 hasta 2021. Incluyó términos

de búsqueda combinados, como «Cambios cutáneos y embarazo», “Condiciones dérmicas y embarazo”, «Condiciones dérmicas asociadas al embarazo» y «Cambios dermatológicos y mujeres embarazadas “y como criterios de inclusión todos los artículos originales realizados sobre mujeres embarazadas y artículos de texto completo. De un total de 134 artículos, 11 artículos fueron elegibles para los criterios de inclusión, que corresponden a un total de 14.813 mujeres embarazadas en cuatro países (Nigeria, Libia, Brasil y la India). Las afecciones cutáneas más comunes experimentadas por las mujeres embarazadas fueron principalmente cambios fisiológicos de la piel, dermatopatologías específicas del embarazo y exacerbaciones de otras enfermedades cutáneas comunes. Con todo, esta revisión sistemática concluyó que las mujeres embarazadas son más vulnerables a diversas afecciones dermatológicas. Estos cambios eran más comúnmente fisiológicos, como las hiperpigmentaciones. Sin embargo, también se informaron afecciones cutáneas patológicas específicas del embarazo y exacerbaciones de dermatosis preexistentes, como erupciones atópicas.

De igual manera, otra alteración estética frecuente que ha sido estudiada en la Duke University Medical Center en Estados Unidos es la celulitis, la cual se presenta durante el embarazo, como un edema fisiológico, secundario a la retención de líquidos y de sodio inducida por los cambios hormonales (Geeta y Phillip, 2018).

Así mismo, el melasma que se presenta en el estado de gestación es provocado por cambios endocrinos que causa el aumento de la concentración sanguínea de la hormona estimulante de los melanocitos (Marks y Motley, 2015). Es evidente, que al aumentar la actividad celular a nivel de la dermis se pigmenta la piel produciendo una sensibilidad y cambios fisiológicos.

Es de resaltar, que la presentación de muchas enfermedades dermatológicas durante el embarazo puede variar y pueden tener una presentación atípica; por ejemplo, la picazón puede ocurrir en uno de cada cinco embarazos normales, pero puede ser el síntoma de presentación de varias dermatosis del embarazo. Por lo tanto, el diagnóstico preciso de diversas afecciones dérmicas durante el embarazo puede resultar difícil. Además, el embarazo puede cambiar el manejo de estas afecciones cutáneas comunes y hacerlo más desafiante, las pacientes no tienen un conocimiento adecuado de cómo deben cuidar su piel en el embarazo. Estos desafíos están relacionados principalmente con la seguridad y el daño de los medicamentos y otras intervenciones para el feto en desarrollo (Huerta, 2003).

Por estas razones, realizamos esta revisión de la literatura para evaluar y discutir las diversas condiciones dermatológicas relacionadas con el embarazo, nos centraremos en la caracterización y presentación clínica de cambios fisiológicos benignos en la pigmentación, los nevos, la mucosa, el tejido conectivo, el cabello, las uñas y las mamas, así como en la vasculatura y las glándulas; excluyendo las patologías dermatológicas específicas del embarazo y otras afecciones cutáneas existentes, como la psoriasis y la dermatitis atópica, que pueden presentarse con brotes durante el embarazo, con mejoría o empeoramiento. La investigación es de relevancia académica, porque se realiza la recolección y análisis de datos sobre la mujer embarazada, además servirá como aporte a la cosmiatría para que los profesionales amplíen su conocimiento acerca de los cuidados específicos y adecuados que la gestante debe tener durante este periodo junto con un diagnóstico y recomendaciones pertinentes.

MÉTODOLÓGIA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica, en bases de datos y motores de búsqueda: Pubmed, Elsevier, Cochrane, Revencyt, Google Académico. La metodología utilizada consistió en la revisión sistemática de las publicaciones de mayor relevancia para identificar todos los artículos relacionados con alteraciones dermatológicas en mujeres embarazadas, métodos de diagnóstico y tratamientos empleados en Cosmiatría con la utilización de palabras clave: “alteraciones dermatológicas”, “embarazada”, “cosmiatria”, “tratamiento”, “diagnóstico”, “cuidado de la piel”. La búsqueda produjo 1300 artículos en total, luego se filtraron por fecha y se incluyeron los publicados entre el 1 de julio de 2013 y el 1 de julio de 2023. Al final de esta selección, 22 manuscritos se consideraron elegibles para su inclusión (artículos de revisión, estudios o informes de casos clínicos) relacionados con alteraciones dermatológicas fisiológicas, estéticas durante el embarazo. Se evaluaron los estudios y los hallazgos se clasificaron según el tipo de alteración. Una vez obtenida la información documental esta fue leída a profundidad, analizada y plasmada en diferentes secciones del trabajo.

RESULTADOS

Cambios fisiológicos durante el embarazo

Durante el embarazo, ocurren varios cambios para optimizar el bienestar fetal y materno que eventualmente debería resultar en el nacimiento de un bebé sano. Estos cambios incluyen cambios en la función del sistema endocrino para regular las diversas secreciones hormonales, el sistema inmunológico y las diversas vías metabólicas que aseguran la entrega de nutrientes y combustible metabólico al feto. Algunos de estos cambios contribuyen a un espectro de cambios físicos fisiológicos y patológicos que se observan durante el embarazo, como el desarrollo de diversas afecciones de la piel. Los hallazgos cutáneos pueden ser más notorios y, a menudo, preocupantes tanto para los médicos o cosmiatras como para los pacientes. Los obstetras, dermatólogos y cosmiatras deben poder diferenciar entre cambios benignos y aquellos que pueden ser patológicos. La mayoría reconocen los cambios benignos que se describen comúnmente en la literatura, como hiperpigmentación, melasma, estrías gravídicas y efluvio telógeno; sin embargo, es posible que no estén al tanto de cambios que tienden a discutirse con menos frecuencia (Vásquez, 2023; Motosko, 2017).

Los cambios fisiológicos dermatológicos en el embarazo implican cambios pigmentarios como la hiperpigmentación, que ocurre en el 90% de las mujeres embarazadas. Una línea oscura que se forma desde el área suprapúbica media hasta el ombligo llamada línea negra también es un hallazgo común en mujeres embarazadas. El melasma, conocido como la máscara del embarazo, es una pigmentación común y específica del embarazo causada por el exceso de estrógeno (Anzelc, 2023).

Algunas de las condiciones pueden persistir más tiempo de lo esperado durante o después del embarazo, y por lo tanto, requieren más estudios para detectar una afección subyacente, incluyen efluvio telógeno, hirsutismo grave, eritema palmar y estrías (Anzelc, 2023; Mark, 2015).

La pigmentación anormal de la piel relacionada con el embarazo es el signo dermatológico fisiológico más reconocido durante el embarazo (87,6%-98,05%), seguido de la hiperpigmentación con línea negra (82%), y melasma (54,03%) (Tyler, 2015; Motosko, 2017, Bieber, 2017). No se comprende bien el mecanismo exacto de la hiperpigmentación de la piel; sin embargo, comúnmente se atribuye a una combinación de factores hormonales, predisposición genética y exposición a los rayos ultravioleta (Bieber, 2017).

Los melanocitos pueden ser más sensibles a los niveles elevados de hormona estimulante de los melanocitos, estrógeno, progesterona y endorfinas β . Es probable que estas hormonas estimulen la producción de melanina, que es la base de la hiperpigmentación que se observa clínicamente (Bieber, 2016). La regulación positiva de la tirosinasa por los lípidos placentarios humanos puede potenciar aún más la síntesis de melanina (Bieber, 2017; Tyler, 2015). Suele ocurrir en un área localizada, sin embargo, ocasionalmente puede ocurrir hiperpigmentación generalizada (Crespo, 2018).

Aunque puede ocurrir hiperpigmentación generalizada, las más comúnmente afectadas son aquellas áreas que ya son fisiológicamente más oscuras, como las areolas (denominadas areolas secundarias, los pezones, los genitales, las axilas, el área periumbilical y la parte interna de los muslos. Las áreas intertriginosas y los pliegues de la piel también pueden oscurecerse. Los pacientes pueden desarrollar nueva acantosis nigricans o exacerbar lesiones preexistentes (Bieber, 2017).

La línea negra describe el oscurecimiento de la línea alba, que es una línea que corre a lo largo de la línea media de la parte inferior del abdomen y el área suprapúbica. El oscurecimiento aquí se ve más comúnmente desde el ombligo hasta la sínfisis púbica (Bieber, 2017; Tyler, 2015).

El melasma, también llamada máscara del embarazo, ocurre supuestamente en hasta el 70% de las mujeres embarazadas típicamente con piel más oscura y ocurre en áreas topográficas como las mejillas, el labio superior y la frente (Tyler, 2015). Aparece principalmente en el segundo trimestre del embarazo (Crespo, 2018) y puede afectar hasta entre el 50% y el 70% de las mujeres, pero la prevalencia puede variar dependiendo de varios factores (Crespo, 2018).

Líneas pigmentarias de demarcación que se conocen como líneas de Voigt o Fletcher, son fenómenos raros que se caracterizan por límites lineales abruptos entre áreas de piel más clara y más oscura. Suelen seguir la distribución de los nervios cutáneos periféricos (Bieber, 2017; Tyler, 2015). Históricamente, se pensaba que los nevos melanocíticos se oscurecían durante el embarazo; sin embargo, los estudios han revelado que este fenómeno es poco común durante el embarazo (Bieber et al., 2016). Aunque los cambios de color son poco comunes, es probable que los nevos experimenten cierto ensanchamiento de diámetro cuando se ubican en áreas afectadas por el estiramiento de la piel y particularmente en el pecho y el abdomen (Bieber, 2016; Goldberg, 2013).

El diagnóstico se lleva a cabo por parte del dermatólogo y el cosmíatra, a través del uso de la lámpara de Wood

el cual es un equipo de análisis dérmico basado en el fenómeno de la fluorescencia que producen determinadas sustancias al incidir sobre ellas una emisión de rayos de luz ultravioleta, se manda al paciente a cerrar los ojos durante 3 a 4 minutos en una habitación oscura con una distancia de 20 a 25 cm de la zona a estudiar, observándose de acuerdo a la coloración emitida por la lámpara si la profundidad de la pigmentación se ubica en la epidermis o dermis (Fernandes y Amaral, 2015; Vásquez, 2023).

Durante el embarazo, la piel puede volverse más sensible al sol por lo que es importante limitar la exposición a los rayos UV, especialmente durante el primer trimestre. Se debe aplicar protección solar de amplio espectro, con SPF de 30 a 50, cada dos horas y usar filtros minerales –como el óxido de zinc y el dióxido de titanio–, ya que ejercen de pantalla en la superficie de la piel en lugar de absorberse. En segundo lugar, la Vitamina E, que ayuda a contrarrestar las arrugas y manchas (Batlle, 2005).

Para Levey (2020), esta vitamina es beneficiosa para la piel ya que la protege de los radicales libres, los cuales causan daño en las células y provocan un envejecimiento prematuro. Cabe mencionar que en la etapa de gestación el aporte de esta vitamina es útil para evitar agravar alteraciones pigmentarias como el melasma, protegiéndola del daño oxidativo. Para el tratamiento es mejor esperar para después del parto, se procede a realizar los peeling químicos en estos casos aquellos que actúen en áreas superficiales de estrato corneo como el ácido salicílico al 10-20%, ácido glicólico al 10/20%, ácido láctico al 10/30%, ácido azelaico 20% y ácido mandélico al 30% el cual será usado de manera individualizada en varias sesiones según el tipo de pigmentación, también se recomienda el uso de cremas con ácido tranexámico ya que estimula el traspaso de la melanina al queratinocito en los casos de melasma, siempre recordándole a la paciente el uso obligado de protección solar diariamente (Instituto Médico Ricart [IMR], 2020).

Celulitis

La celulitis se encuentra a nivel del tejido subcutáneo, Mancilla (2017) afirma que es una alteración estética de la hipodermis caracterizada por edema intersticial y aumento del tejido graso. Es provocada por la acumulación de grasa en la hipodermis y una mala circulación sanguínea. Es frecuente en mujeres embarazadas por los cambios hormonales que se desencadenan. No se puede realizar un tratamiento estético sin antes analizar la gravedad en la que se encuentra la piel frente a esta alteración (Benaiges, 2003; Alcalde, 2009).

Vasculatura

El aumento de la presión hidrostática venosa puede provocar un edema sin fóvea, que afecta con mayor frecuencia a las extremidades inferiores, pero también se ha descrito afectación de la cara y las manos. Este edema benigno puede aliviarse con reposo en cama, elevación de las piernas, medias de compresión o durmiendo en decúbito lateral izquierdo (Soutou y Aractingi, 2015).

Las varicosidades pueden surgir en todo el cuerpo y más comúnmente involucran la vena safena. El útero grávido puede comprimir los vasos femorales y pélvicos, aumentando así la presión venosa y contribuyendo al desarrollo de venas varicosas. La dilatación venosa normalmente vuelve al valor inicial en el período posparto

y no está relacionada con el número de embarazos. (Fernandes y Amaral, 2015; Tyler, 2015).

Los niveles elevados de estrógeno durante la gestación pueden aumentar el número y la apariencia de telangiectasias, incluidos los angiomas en araña, y telangiectasias nevoides unilaterales. Estos pueden ser particularmente notables en pacientes con piel más clara. Aparecen en áreas drenadas por la vena cava superior, que incluyen la cara, el cuello, la parte superior del pecho y los brazos (Fernandes y Amaral, 2015).

Durante el primer trimestre, el eritema palmar puede presentarse como una apariencia moteada difusa de las palmas. La inestabilidad vasomotora puede manifestarse como enrojecimiento, palidez, sensaciones de frío y calor y cutis marmorata (Soutou y Aractingi, 2015).

Los cambios en las mucosas aparecen en un plazo de 4 a 8 semanas, el aumento del flujo sanguíneo, la vascularización y el edema producen un tono azulado y suavizado en la vagina y el cuello uterino, lo que se denomina signos de Goodell y Chadwick y el signo de Jacquemier, que describe las varicosidades de la vagina y la vulva. El estreñimiento y el esfuerzo prolongado durante el parto pueden predisponer a las mujeres grávidas a sufrir hemorroides. El diagnóstico de las varices consiste en realizar una valoración clínica con la mujer de pie y efectuar una historia clínica. Se puede comprobar mediante ultrasonido doppler y resonancia magnética (Soutou y Aractingi, 2015).

En las gestantes el manejo del tratamiento de primera línea para venas varicosas durante el embarazo es conservador. Primero: se recomienda el uso de medias compresivas, tienen el rol de aliviar la hinchazón en miembros inferiores asociada a venas varicosas y el prurito. Segundo: consisten en elevar las extremidades por la noche y durante los periodos de descanso durante el día, de modo que se evite la dependencia estática de las piernas y el control del peso corporal. Es importante resaltar que las mujeres descansen sobre su lado izquierdo ya que la vena cava inferior está a la derecha, por lo que al descansar sobre su lado izquierdo alivia la compresión del peso del útero y disminuye la presión sobre las venas de las piernas y los pies, además de que realicen ejercicios de flexión suave del pie para estirar los músculos de la pantorrilla, así como practicar la reflexología (Tyler, 2015).

Para finalizar, la inmersión en el agua fría es otro tratamiento que se ha utilizado ampliamente ya que ayuda a reducir el edema de la pierna, dado que esta práctica puede ayudar a mejorar el retorno venoso y linfático, el masaje de pies es otro ejemplo de intervención no farmacológica que ayuda a reducir el edema, funciona moviendo el líquido extravascular -sin alterar el intravascular- mediante un masaje en pies y piernas (Soutou y Aractingi, 2015).

El Aloe vera o sábila tiene acción cicatrizante, antiinflamatoria, protectora de la piel (Rodríguez, 2006). Este principio activo tiene varios beneficios, se encuentra en lociones y productos dermocosméticos, puede ser usado en tratamientos faciales y corporales, en el embarazo ayuda si la gestante presenta algún edema. Específicamente para la mujer embarazada no se recomienda ningún tratamiento intervencionista solo en casos excepcionales: los tratamientos invasivos solo después de tres o cuatro meses después del nacimiento.

Glándulas

Glándulas sudoríparas ecrinas: Aumentan su actividad. Clínicamente puede haber hiperhidrosis, dishidrosis, sudamina e intertrigos, el aumento de la actividad de las glándulas ecrinas ocurre en todo el cuerpo excepto en las palmas (Higgins, 2013; Tyler, 2015).

Las glándulas sudoríparas apócrinas: disminuyen su actividad, por ejemplo, las pacientes que tienen hidrosadenitis mejoran. Glándulas sebáceas: la mayor actividad de las glándulas sebáceas promueve el agrandamiento de los tubérculos de Montgomery, que son pequeñas pápulas en las areolas que lubrican los pezones y las areolas durante la lactancia (Tyler, 2015). Aumentan generalmente su actividad en el 3er. trimestre, siendo variable la influencia sobre el acné. El acné vulgar es una afección dermatológica crónica que afecta a las personas durante el embarazo y la lactancia. Éste puede mejorar o empeorar durante el embarazo, el empeoramiento está posiblemente relacionado con una respuesta individual al hiperandrogenismo (Vásquez, 2023; Soutou y Aractingi, 2015; Chien, 2023; Hoefel, 2020).

Varios tratamientos eficaces para el acné que se prescriben habitualmente en la población general están contraindicados durante el embarazo o la lactancia. El tratamiento del acné durante el embarazo y la lactancia debe seguir un enfoque gradual basado en la gravedad para minimizar el riesgo. Se pueden utilizar terapias tópicas, como peróxido de benzoílo, ácido azelaico o queratolíticos, para tratar la enfermedad de leve a moderada. El acné de moderado a severo puede requerir tratamientos sistémicos, incluyendo penicilina, amoxicilina, cefalexina y eritromicina, con especial consideración por la teratogenicidad de los medicamentos específica del trimestre y el historial médico relevante de la madre y el bebé. (Vásquez, 2023; Soutou y Aractingi, 2015; Chien, 2023; Hoefel, 2020).

Existen terapias para el acné que están absolutamente contraindicadas durante la etapa previa a la concepción y durante el embarazo, como son la isotretinoína, la espironolactona, tazaroteno y otros retinoides tópicos (p. ej., adapaleno, tretinoína, trifaroteno), El ácido azelaico es un tratamiento tópico común para el acné que se absorbe mínimamente (4 a 8%) a través de la piel, tiene propiedades antioxidantes, antiinflamatorias y comedolíticas, se utilizan para el acné inflamatorio y no inflamatorio leve, así como para el tratamiento de la hiperpigmentación posinflamatoria, no se han informado efectos adversos fetales y se considera seguro durante todos los trimestres. El uso dos veces al día y una concentración máxima del 20% son aceptables durante el embarazo y la lactancia. El peróxido de benzoílo al 1 o 2 por ciento, el ácido salicílico, el ácido glicólico y la vitamina C son ingredientes magníficos para aplacar en la piel el efecto de las hormonas. (Vásquez, 2023; Kutlu, 2020; Sophia Ly y Chien, 2023)

Tejido Conectivo

Las influencias hormonales, la genética y el estiramiento físico de la piel pueden alterar el tejido conectivo dérmico y provocar el desarrollo de estrías llamadas estrías distensas. Las estrías se observan en el 90% de los embarazos, con frecuencia al final de la gestación, donde ocurre la mayor ganancia de peso y los efectos de las hormonas elevadas sobre la integridad del colágeno y otros componentes de la piel. Se presentan como bandas

atróficas rosadas o de color púrpura. Las estrías distensas son lesiones dérmicas comunes que progresan a través de dos etapas diferentes: la estría rubra, que parece eritematosa, y la estría alba, que se caracteriza por un rasgo hipopigmentado (Fernandes y Amaral, 2015; Soutou y Aractingi, 2015).

Aparecen generalmente en los senos, el abdomen, las caderas, las nalgas y los muslos. Con el tiempo, las estrías se vuelven más pálidas y menos notorias, pero no desaparecen por completo. El estiramiento físico de la piel y las mucosas durante este tiempo también puede afectar el cuero cabelludo y producir prurito abdominal, anal o vulvar (Vásquez, 2023; Bogdan et al., 2017; Fernandes y Amaral, 2015; Soutou y Aractingi, 2015).

El ejercicio diario ayuda a la tonificación de los músculos, evitando la flacidez y celulitis, de esta manera se mantiene una piel firme, tonificada con aspecto saludable. La utilización de urea, como principio activo, según refiere Rodríguez (2018) es ideal como hidrante ya que penetrar a la epidermis y su polaridad la hace muy afín al agua, por lo que aumenta la hidratación, es un activo fundamental para aportar humectación e hidratación (Bogdan, 2017; Rodríguez, 2018; Tyler, 2015).

El diagnóstico se basa en el examen físico por parte del personal de salud y cosmiatras; para el tratamiento se utiliza un conjunto de técnicas manuales: micromasajes estimulantes de la circulación. Técnicas mecánicas: microdermoabrasión para estimular la regeneración celular, para aumentar el número de fibroblastos jóvenes, neovascularización, retorno de sensibilidad, mejora aspecto de la piel y reorientación de las fibras colágenas. Se recomienda en la fase inflamatoria el uso de cremas descongestivas y en la fase cicatrizal el uso de nutritivas y emolientes. Para que la piel vaya adaptándose al aumento de volumen, exfoliaciones periódicas con extra de hidratación y si se acompaña de masaje relajante los activos hidratantes y nutritivos penetrarán mejor. Es importante la ingesta de agua diariamente de la gestante para asegurar la hidratación de la piel (Rodríguez, 2006, Purizaca, 2010).

Cabello

La mayoría de las mujeres grávidas sufren algún grado de hirsutismo y/o hipertrichosis. Las mujeres con cabello más oscuro parecen tener un mayor grado de hirsutismo con un crecimiento de vello más pronunciado en el labio superior, el mentón y las mejillas. También se puede observar hipertrichosis a lo largo del área suprapúbica de la línea media. Los pelos nuevos, suaves y finos pueden desaparecer alrededor de 6 meses después del parto, pero el pelo áspero suele persistir (Soutou y Aractingi, 2015).

El cabello puede parecer más grueso durante el embarazo y los estudios han confirmado un mayor diámetro del tallo del cabello. El engrosamiento del cabello también puede ser el resultado de una menor caída porque algunos folículos permanecen en la fase anágena del ciclo capilar más tiempo de lo normal durante el embarazo. Esto se evidencia por el mayor número de pelos en la fase anágena al final del embarazo en comparación con los pelos al comienzo del embarazo (Gizlenti y Ekmekci, 2014; Tyler, 2015).

Las alteraciones hormonales que se producen tras el parto hacen que estos pelos pasen a la fase telógena simultáneamente. Posteriormente, la caída difusa del cabello puede ocurrir desde varios meses hasta incluso un

año después del embarazo (Gizlenti y Ekmekci, 2014; Tyler, 2015). Este fenómeno, llamado efluvio telógeno, puede resultar angustiante para el paciente; sin embargo, el cabello vuelve a crecer en 6 a 15 meses, momento en el cual el ciclo del cabello vuelve a la asincronía (Gizlenti y Ekmekci, 2014).

En el tratamiento de la caída del cabello postparto se recomienda estimular el funcionamiento del folículo piloso a través del uso de Biotina para fortalecer el cabello, uso de minoxidil al 2,5% para apertura en el folículo para que ingresen los nutrientes, melatonina, magnesio, zinc, selenio, vitaminas B, C, D. En el uso de aparatología la alta frecuencia está recomendada ya que aumenta la circulación sanguínea aumentando el crecimiento y también estimula la producción de colágeno y elastina mejorando la textura del cabello y del cuero cabelludo (Gizlenti y Ekmekci, 2014; AESAN, 2020).

Uñas

Durante el embarazo aumenta el índice de crecimiento de las uñas, por lo tanto, se ve un crecimiento en longitud y mayor brillo. Los estudios informan que las alteraciones de las uñas ocurren entre el 2% y el 40% de las mujeres grávidas (Erpolat, 2016). Los cambios que ocurren con mayor frecuencia uñas encarnadas y puede haber cambio de coloración llamado melanoniquia; esta se caracteriza por una coloración pardo negruzca de la lámina ungular que puede presentarse en forma difusa en bandas múltiples, con desvanecimiento después del parto. (Erpolat, 2016; Tyler, 2015; Bieber, 2017); sin embargo, la pigmentación irregular con afectación de la cutícula debe derivarse a un dermatólogo para una evaluación de un posible melanoma. Los estados carenciales son importantes responsables de las uñas frágiles y quebradizas durante la gestación.

Mama

El desarrollo de los senos durante el embarazo puede resultar en agrandamiento, sensibilidad, aumento de la prominencia de las venas, estrías, agrandamiento areolar, pezones eréctiles y/o sensibilidad del pezón (Higgins, 2013). Como se analizó anteriormente, el pezón y la areola pueden sufrir hiperpigmentación, desarrollo de una areola secundaria y agrandamiento de las glándulas o tubérculos de Montgomery (Higgins, 2013; Soutou y Aractingi, 2015). La hiperqueratosis del pezón y la areola asociada al embarazo también puede ocurrir y aparecer como pápulas bilaterales, de color amarillo a tostado, hiperqueratósicas y/o verrugosas que generalmente afectan la parte superior del pezón, la lesión puede persistir en el posparto y el tratamiento es un desafío (Higgins, 2013).

En el tratamiento de estas afecciones se requiere de cuidados especiales sobre todo la aplicación de productos hidratantes, humectantes y oleos en la piel dos veces al día para mantener la elasticidad de la piel durante el embarazo.

CONCLUSIONES

Las mujeres embarazadas son más propensas a varias afecciones cutáneas durante el embarazo, debido a los cambios fisiológicos de la piel, los cuales son el resultado de adaptaciones hormonales y metabólicas que son necesarias para apoyar al feto en desarrollo, dentro de los más comunes están los hiperpigmentarios, melasma,

las estrías y en menor porcentaje celulitis.

El reconocimiento de los cambios cutáneos normales permite a los obstetras, médicos y cosmiatras ofrecer la tranquilidad adecuada y prevenir ansiedad e intervenciones innecesarias, por ello, el tratamiento de los cambios benignos es predominantemente cosmético, pero muchos de sus tratamientos no han sido estudiados durante el embarazo o la lactancia y suelen resolverse en el posparto.

RECOMENDACIONES

Se recomienda obtener conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la piel durante el embarazo, ya que puede ser desafiante y se debe garantizar la seguridad materna y fetal.

Educar a los pacientes sobre la naturaleza fisiológica de estos cambios en la piel y estructuras relacionadas a menudo puede aliviar la angustia que los pacientes pueden experimentar.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, (AESAN, 2020). Alimentación segura durante el embarazo. *Ministerio de consumo*. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/noticias/2020/embarazadas_paginas_sueltas.pdf
- Alcalde, M. (2009). Celulitis. Asesoramiento integral desde la oficina de farmacia. *Revista Offarm*, 28, 107-114. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-celulitis-asesoramiento-integral-desde-oficina-13139755>.
- Anzelc, M. J. y Bechtel, M. A. (2023). Considerations for cutaneous physiologic changes of pregnancy that fail to resolve postpartum. *International journal of dermatology*, 62(2), 190–196. <https://doi.org/10.1111/ijd.16105>
- Batlle, C. (2005). Factor de protección solar. *Revista Offarm*, 24, 65-67. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-factor-proteccion-solar-13076818>.
- Benaiges, A. (2003). Concepto, clasificación y tratamiento de la celulitis. *Revista Offarm*, 22, 78-88. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-concepto-clasificacion-tratamiento-celulitis-13047748>.
- Bieber, A.K., Martires K.J., Driscoll M.S., Grant-Kels J.M., Pomeranz M.K. y Stein, J.A. (2016). Nevi and pregnancy. *J Am Acad Dermatol*, 75, 661–666.
- Bieber A.K., Martires K.J., Stein J.A., Grant-Kels J.M., Driscoll M.S. y Pomeranz, M.K. (2017). Pigmentation and pregnancy: Knowing what is normal. *Obstet Gynecol*, 129, 168–173
- Bogdan, C., Iurian S., Tomuta I. y Moldovan, M. (2017) Improvement of skin condition in striae distensae: Development, characterization and clinical efficacy of a cosmetic product containing Punica granatum seed oil and Croton lechleri resin extract. *Drug Des Devel Ther*, 11, 521–531.
- Cerrolaza, E. (2005). *Biotipo y fototipo*. Centro Médico de Nutrición e Inesteticismo corporal. <https://institutomedicodracerrolaza.com/BIOTIPO-Y-FOTOTIPO/>.
- Cingolani, P. (2020). Actividad física y ejercicio durante el embarazo y el posparto. Comité de práctica Obstetricia. http://www.fasgo.org.ar/images/Actividad_fisica_y_ejercicio_durante_el_embarazo_y_el_posparto
- Crespo, G. (2018). Índice de severidad y área de afectación como factores de influencia en la calidad de vida de los pacientes con melasma. [Trabajo de Titulación, Universidad Católica Santiago de Guayaquil]. <http://192.188.52.94/bitstream/3317/12009/1/T-UCSG-POS-EGM-DER-26.pdf>.

- Chien, A. L., Qi, J., Rainer, B., Sachs, D. L. y Helfrich, Y. R. (2016). Treatment of Acne in Pregnancy. *J Am Board Fam Med. Junta Estadounidense de Medicina Familiar*. 29(2), 254–262. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.02.150165>
- Erpolat, S., Eser, A., Kaygusuz, I., Balci, H., Kosus, A., Kosus, N. (2016) Alteraciones de las uñas durante el embarazo: un estudio clínico. *Int J Dermatol*, 55, 1172-1175.
- Fernandes, LB, y Amaral, WN. (2015) Estudio clínico de cambios cutáneos en gestantes de bajo y alto riesgo. *Un Bras Dermatol*, 90, 822–826.
- García, E., Páez, E. y Rondón, A. (1998) Dermatología Cosmiatrica. *Dermatología Venezolana*, 36(1), 5-12.
- Geeta, K. y Phillip, R. (2018). Edema en los miembros inferiores en la segunda mitad del embarazo. Manual MSD para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/edema-en-los-miembros-inferiores-en-la-segunda-mitad-del-embarazo>.
- Gizlenti, S. y Ekmekci, T.R. (2014) The changes in the hair cycle during gestation and the post-partum period. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 28, 878–881.
- Goldberg, D. y Maloney, M. (2013). Dermatologic surgery and cosmetic procedures during pregnancy and the post-partum period. *Dermatol Ther*, 26, 321–330.
- Guamán, S. (2017). Prevalencia de las principales enfermedades dermatológicas en Gestantes atendidas por consulta externa. [Trabajo de Titulación, Universidad Católica de Cuenca]. <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7482/1/9BT2017-MTI17.pdf>
- Higgins, HW, Jenkins, J., Horn, TD, Kroumpouzos, G. (2013) Hiperqueratosis del pezón asociada al embarazo: informe de 25 casos. *JAMA Dermatol*, 149, 722–726.
- Hoefel, I. D. R., Weber, M. B., Manzoni, A. P. D., Lovato, B. H. y Bonamigo, R. R. (2020). Striae Gravidarum, Acne, Facial Spots, and Hair Disorders: Risk Factors in a Study with 1284 Puerperal Patients. *Journal of pregnancy*, 2020, 8036109. <https://doi.org/10.1155/2020/8036109>
- Huerta, M., Avilés, J., Martínez, D., Valdivielso, Suárez, M., y Lázaro, P., (2003). Embarazo y piel. *Revista Offarm*, 41, 79-87. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-embarazo-piel-13045399>.
- Instituto Médico Ricart (2020). *Cosmética dermatológica y sus principios activos*. <https://institutomedicoricart.com/cosmetica-dermatologica/>.
- Kutlu, Ö., Karadağ, A. S., Ünal, E., Kelekçi, K. H., Yalçinkaya İyidal, A., Topaloğlu Demir, F., Aksoy, B., Çölgeçen, E., Tosun, M., Emre, S., Tatlıparmak, A., Demirseren, D. D., Kaya Özden, H., Öztürk, M., Özlü, E. y Chen, W. (2020). Acne in pregnancy: A prospective multicenter, cross-sectional study of 295 patients in Turkey. *International journal of dermatology*, 59(9), 1098–1105. <https://doi.org/10.1111/ijd.14999>
- Levey, D. (2020). ¿Cuáles son los beneficios de la vitamina E para mi piel? <https://es.neutrogena.com/the-bar/the-benefits-of-vitamin-e.html>.
- Mancilla, M. (2017). *Libro Cosmetología y Patologías de la piel*. Bogotá. Editorial Areandino. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1248/Cosmetolog%C3%ADa%20y%20patolog%C3%ADas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Massinde, A., Salvatore, N. y Moke, M. (2011) Extensive hyperpigmentation during pregnancy: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 5,464. doi:10.1186/1752-1947-5-464
- Marks, R. y Motley, R. (2015). *Dermatología. El Manual Moderno*. Bogotá 2020 https://elibro.net/es/ereader/unibe/39652?as_all=dermatologias_all_op=unaccent__icontainsyprev=asypage=271.
- Mayo Clinic (2019). *Embarazo semana a semana*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy-and-exercise/art-20046896>.
- Motosko, C. C., Bieber, A. K., Pomeranz, M. K., Stein, J. A. y Martires, K. J. (2017). Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. *International journal of women's dermatology*, 3(4), 219–224. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.003>
- Paucar, A. y Pañi, K. (2017). Nivel de conocimientos y prácticas sobre los cuidados durante el embarazo de las madres gestantes que acuden al centro de salud Carlos Elizalde. [Trabajo de Titulación, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26473/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones Fisiológicas en el embarazo. *Revista Ginecología y Obstetricia*. 56, 57-69. <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428195010.pdf>

- Rodríguez, L. (2018). ¿Qué hace la urea en la piel? <https://www.hautboutique.com/que-hace-la-urea-en-la-piel/>
- Rodríguez, I., Santana, O., Recio, O. y Fuentes, M. (2006). Beneficios del Aloe Vera. *Revista Cubana Enfermer*. 5. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n3/enf04306.pdf>.
- Soutou, B. y Aractingi, S. (2015) Enfermedades de la piel durante el embarazo. Mejores prácticas e investigación. *Clin Obstet Gynecol*; 29, 732–740.
- Tyler, KH. (2015). Cambios fisiológicos de la piel durante el embarazo. *Clin Obstet Gynecol*, 58(1), 119-124. doi: 10.1097/GRF.0000000000000077.
- Vásquez, A. y Vásquez, B. (2002). Piel y embarazo. *MedUNAB*, 5(14), 83-94.