



P-205 - ASOCIACIÓN ENTRE PENFIGOIDE AMPOLLOSO E INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDILPEPTIDASA-4

E. Torrecillas del Castillo^a, R. Guerrero Vázquez^a, J.J. García González^a, J. Machuca Aguado^b, M. Peinado Ruiz^a y M.A. Martínez Brocca^a

^aServicio de Endocrinología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es caracterizar la asociación entre el desarrollo de penfigoide ampolloso y el tratamiento con inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4 a través de una serie de casos. Reporte de dos casos clínicos reclutados de las consultas monográficas de diabetes mellitus 2 del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Casos clínicos: Caso 1: paciente mujer de 85 años que presentaba diabetes mellitus tipo dos de más de treinta años de evolución, insulinizada al poco tiempo del diagnóstico con buen control glucémico (HbA1C 7%) que acudió a nuestras consultas para ajuste de tratamiento antidiabético tras haber presentado una posible reacción adversa medicamentosa a linagliptina. El tratamiento con linagliptina se había iniciado un año antes. La paciente empezó con prurito y la aparición de pústulas pruriginosas que evolucionaron a ampollas vesiculosas acompañadas de sensación dolorosa. Acudió al servicio de dermatología desde donde se decidió retirar la linagliptina y se le añadió prednisona oral a dosis de 30 mg al día y fluticasona tópica 500 mg/g. Se indicó biopsia de la lesión que confirmó el diagnóstico de penfigoide ampolloso. En la revisión realizada a los diez días se observó una mejoría notable del cuadro. Caso 2: mujer de 69 años con los antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 de ocho años de evolución con buen control glucémico con HbA1C de 6,7% controlada con glicazida y vildagliptina/metformina que acudió a su médico de atención primaria por la aparición de placas eritematosas junto a lesiones vesiculares ampollas. Llevaba en tratamiento con vildagliptina/metformina desde hacía un año. En las consultas de dermatología, se indicó biopsia de lesión y se inició tratamiento con propionato de clobetasol tópico a dosis de 500 µg por gramo tras la realización de la misma. Se le recomendó retirar vildagliptina. Los resultados de la biopsia confirmaron el diagnóstico de PA. Se constató que el cuadro se había resuelto a los 6 meses. La paciente requirió atención por parte del servicio de Endocrinología por presentar clínica de descompensación hiperglucémica.

Discusión: A pesar de ser una enfermedad que afecta en gran medida a la calidad de vida de los pacientes se observa una gran mejoría con la retirada del fármaco causante y el tratamiento disponible, por lo que es una labor primordial del médico sospechar la enfermedad ante la aparición de las lesiones típicas en pacientes que toman algún fármaco catalogado como posible agente causante para así poder tratarlos de la forma correcta.