



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/13 - ¿POR QUÉ ME PICA TANTO?

A.B. Marín García^a, N. Martín Díaz^a, A.L. Hernández Olivares^a, A. Vázquez Ballesta^b, A. Lueje Saorín^b y J. Alcántara Nicolás^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia.

^cMédico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años con antecedentes de HTA y neoplasia maligna de próstata intervenida hace 1 año. Acude por prurito en miembros inferiores y espalda, de 3 semanas de evolución. Prescribimos Atarax. A los 2 meses el paciente vuelve a consultar ya que tras varios intentos de dejar la medicación el prurito vuelve a aparecer. Además nos comenta que hace ya varias semanas le aparecieron unas lesiones ampollas en la pierna, tronco y cuello que “le pican mucho y no se curan”. Decidimos hacer interconsulta a dermatología para biopsia de la lesión.

Exploración y pruebas complementarias: ACP normal, abdomen sin masas ni irritación peritoneal, miembro inferior derecho: mácula eritematosa de 3 × 3 cm en cara anterior de pierna, sin bordes sobreelevados, no descamativa, con lesiones de rascado. Analítica general: bilirrubina y enzimas hepáticas normales; PSA < 0,05; resto normal. Biopsia: penfigoide ampolloso.

Juicio clínico: Penfigoide ampolloso.

Diagnóstico diferencial: Prurito idiopático vs pénfigo paraneoplásico vs penfigoide ampolloso.

Comentario final: Es la enfermedad cutánea ampollas autoinmune más frecuente, predomina en personas de edad avanzada. Su curso es crónico, con periodos de exacerbación y remisión. Las lesiones son típicamente ampollas localizadas en tronco y superficies flexoras de extremidades y, en ocasiones afectan también a mucosas. El diagnóstico está basado en la combinación de hallazgos clínicos, histológicos e inmunopatológicos. El tratamiento son los corticoides tópicos o sistémicos. En este caso se puede observar cómo, a pesar de que las circunstancias de un paciente nos pueden llevar a pensar que la causa de sus síntomas sea otra (pénfigoide paraneoplásico en nuestro caso), además siempre hay que tener en cuenta también la causa más frecuente de dicha sintomatología (penfigoide ampolloso en nuestro caso), ya que su incidencia sigue siendo la misma que en una persona sana. El paciente fue tratado con una pauta descendente de prednisona 30 mg vía oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrándiz Foraster C. Dermatología clínica. 3^a ed. Barcelona: Harcourt, S.A.; 2004.
2. Iglesias Díez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL, eds. Tratado de Dermatología, 2^a ed. McGraw-

Hill/Interamericana de España, S.A.U; 2004.

3. García Pérez A. Dermatología clínica, 5ª ed. Salamanca: Gráficas Cervantes, SA; 1997.