



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3387 - PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES: ABORDAJE INTEGRAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Castillo Biscari^a, G. Mora Navarro^b, M. López Fernández de Santos^a, A. Imbernón Moya^c, P. Walo Delgado^d, Á. Carrasco Sayalero^e, S. Madero Velázquez^a, L. de Elera Tapia^a, D.E. González Falcón^a y V. Vallmitjana Fernández^a

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Tutor. Centro de Salud. Los Alpes. Madrid. ^cDermatólogo. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ^dMédico Residente de Inmunología; ^eInmunóloga. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años. HTA esencial, cardiopatía hipertensiva, vasculopatía periférica, flutter auricular. Diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica estadio IIIb con nefropatía diabética (microalbuminuria). Obesidad grado I. No hábitos tóxicos. Tratamiento: olmesartán, nifedipino, acenocumarol, amiodarona, omeprazol, metformina, glipizida. Ante el empeoramiento del control metabólico y renal, se cambió metformina y glipizida por repaglinida y linagliptina. A las 6 semanas del cambio, presentó erupción cutánea que requirió corticoides orales (y por ello, insulinización) mejorando parcialmente.

Exploración y pruebas complementarias: Erupción cutánea en amplias placas eritematosas, erosionadas por excoriación, sobre base urticariforme y ampollas tensas de contenido seroso que afectan a tronco y extremidades; signo de Nikolsky negativo; No afectación mucosa, ni necrosis ni impetiginización. Biopsia cutánea: punch 3 mm, con leve infiltrado perivascular linfocitario escasos eosinófilos. Epidermis desprendida sugiriendo ampolla por despegamiento dermoepidérmico. IFD negativo. IFI y ELISA positivos para Ac antiBP180.

Juicio clínico: Penfigoide ampolloso.

Diagnóstico diferencial: Lupus eritematoso buloso. Pénfigo vulgar. Dermatitis herpetiforme. Eritema multiforme ampolloso.

Comentario final: Se trata de un PA probablemente inducido por linagliptina. La asociación iDDP4-PA está descrita (sobre todo vildagliptina) no quedando claro si la relación es asociada a Metformina o solos. En este caso, no podemos asegurar la relación causa-efecto entre IDPP4-PA ya que aunque la mejoría clínica se produjo al retirar el fármaco, se había iniciado la corticoterapia al mismo tiempo. Causalidad mediante escala de Naranjo: probable. Nuestro caso corroboraría la posibilidad de PA en relación con linagliptina sin metformina. Se trata de un caso que revela el importante papel del Médico de Atención Primaria en el abordaje de procesos multifactoriales en pacientes complejos: Si bien en el PA se suele precisar la intervención del Dermatólogo e Inmunólogo para confirmar diagnóstico, el papel del MAP ha sido crucial en: 1. Diagnóstico etiológico. 2. Manejo de la polimedicación-adherencia: se simplificó la pauta de tratamiento del

paciente. 3. Control de corticoterapia oral. 4. Pauta de insulina adecuada en corticoterapia.

Bibliografía

1. Bastuji-Garin S, et al. Drugs associated with bullous pemphigoid. A case-control study. Arch Dermatol. 1996;132:272-76.
2. Fellner M. Drug-induced bullous pemphigoid. Clin Dermatol. 1993;11:515-20.
3. Skandalis K. Drug-induced bullous pemphigoid in diabetes mellitus patients receiving dipeptidyl peptidase-IV inhibitors plus metformin. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011.

Palabras clave: *Penfoigoide ampolloso. Inhibidores de DDP4. Diabetes. Atención Primaria.*