



242/343 - ENFERMEDAD AMPOLLOSA EN ANCIANO ONCOLÓGICO

E. Carrasco Cavia^a, S. Bel Pla^b, I. Vázquez Caballero^c, R. Genique Martínez^a, C. Caldach Noll^a y A. Tardy Martorell^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Alcanar. Tarragona. ^bDermatóloga. Hospital Comarcal de Amposta. Tarragona. ^cMédico de Familia. Área Básica de Salud Sant Carles de la Ràpita-Alcanar. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años, hipertenso y diabético con adenocarcinoma de colon estadio III, Neoplasia de próstata Gleason 7 y linfoma no Hodgkin (LNH) de bajo grado. Acude por lesiones ampollosas tensas de cuatro días de evolución en ingles y antebrazos que se rompen fácilmente en las zonas de fricción. Refiere prurito en los días previos y molestias oro-faríngeas por las que no había consultado.

Exploración y pruebas complementarias: Biopsia: dermatosis acantolítica compatible con pénfigo. Podría orientarse a un pénfigo vulgar (PV) pero falta la correlación clínico patológica para descartar pénfigo para neoplásico (PPN). No hubo acceso a inmunofluorescencia directa (prueba de mayor especificidad y sensibilidad diagnóstica en los pénfigos). TC: incremento de las lesiones compatibles con linfoma en situación retrocrural derecha; de la masa de partes blandas retro-peritoneal y de las adenopatías retro-peritoneales respecto a TC previas.

Juicio clínico: Pénfigo vulgar.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial basado en la clínica incluye: PV, PPN, penfigoide ampolloso, dermatitis herpetiforme, eritema multiforme, Stevens Johnson y epidermolisis ampollosa adquirida; descartamos las tres últimas al ser más frecuentes en gente joven. El ser una ampolla epidérmica descarta el penfigoide, persistiendo la duda entre el PV y el PPN. El paciente responde favorablemente al tratamiento con corticoides lo que orienta a un PV. A pesar de la progresión del LNH y que éste es el tumor que se asocia con más frecuencia al PPN, nos orientamos a un PV ya que los PPN sobre todo responden a la extirpación del tumor.

Comentario final: En Atención Primaria carecemos de algunas pruebas imprescindibles para diagnosticar enfermedades cutáneas, el reconocimiento de la distribución de las lesiones ampollosas es muy útil para el diagnóstico diferencial. Una historia clínica completa y la anatomía patológica son esenciales. A pesar de ello, ante las enfermedades ampollosas en un paciente oncológico deberíamos investigar si existe progresión en su enfermedad, como ocurre en el presente caso clínico.

Bibliografía

1. Vasileva S, Drenovska K, Manuelyan K. Autoimmune blistering dermatoses as systemic

diseases. Clin Dermatol. 2014;32(3):364-75.

Palabras clave: Ampollosas. Pénfigo. Paraneoplásico.