Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):729

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3983 - A PROPÓSITO DE UNA ENFERMEDAD AMPOLLOSA AUTOINMUNE

M. Montes Belloso[1], P. Morán Oliva[2], M. Rivera Teijido[1] y A. Domínguez Teba[3]

[1]Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Madrid. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid. [3]Médico Rural. Centro de Salud Ciempozuelos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, enfermedad renal crónica estadio IV, hiperparatiroidismo secundario en tratamiento con manidipino, torasemida y doxazosina, alopurinol, simvastatina, bicarbonato y cinitaprida, que consulta por lesiones pruriginosas en miembros superiores de aparición progresiva en los últimos 17 días, que progresan hacia tronco, espalda y miembros inferiores, respetando cabeza, cuello y mucosas. Se inician como lesiones vesiculares que progresivamente dan paso a costras sero-hemáticas, que desaparecen sin dejar lesión residual. No asocian sintomatología a otros niveles en anamnesis por aparatos. La paciente niega fiebre e inicio de nuevos fármacos recientemente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, TA 110/70 mmHg, SatO2 98%, FC 74 lpm. Afebril. Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Auscultaciones cardiaca y pulmonar sin alteraciones. Abdomen sin hallazgos reseñables. En miembros superiores y en menor medida en tronco se aprecian lesiones erosivas de morfología ovalada, cubiertas con costra sero-hemática de un máximo de 15 mm de diámetro, alguna de ellas denudada, observándose únicamente una lesión vesicular en región dorsal de mano derecha. En analítica urgente: creatinina 2,5 mg/dL; leucocitos 6,57 × 10^3/µL; neutrófilos 59,3%; linfocitos 19,5%; monocitos 9,4%; hemoglobina 11,8 g/dL; hematocrito 37,3%; 204.000 plaquetas. Sin alteraciones en los parámetros de la coagulación. Dada sospecha diagnóstica se deriva para valoración por dermatología antes de comenzar tratamiento de elección de dicha patología.

Orientación diagnóstica: Probable enfermedad ampollosa autoinmune: penfigoide ampolloso (PA).

Diagnóstico diferencial: Dermatitis herpetiforme. Dermatosis IgA lineal. Penfigoide de mucosas. En formas iniciales: urticaria, eccema, eritema multiforme, toxicodermia.

Comentario final: El PA es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente en los países desarrollados en la población adulta. Suele ser una enfermedad autolimitada. Aunque no existen criterios diagnósticos establecidos, ante sospecha clínica deben solicitarse previamente al inicio del tratamiento, analítica con perfil hepático, renal, serologías víricas, radiografía de tórax y test de Mantoux y actividades enzimáticas según el tratamiento que vayamos a emplear (corticoides tópicos, corticoides sistémicos, azatioprina, micofenolato, ciclofosfamida, metotrexato). El PA debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencia de los casos de prurito crónico en ancianos.

Bibliografía

1. Fuertes de Vega I, Iranzo-Fernández P, Mascaró-Galy JM. Penfigoide ampolloso: guía de manejo práctico. Actas Dermosifiliogr. 2014;105(4):328-46.

Palabras clave: Enfermedades ampollosas autoinmunes. Penfigoide ampolloso. Corticosteroides.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.