



## SITUACIONES CLÍNICAS

# Epidermólisis ampollosa adquirida relacionada con el estrés

M.C. Mateo-Pascual<sup>a,\*</sup>, M.P. Pérez-Unanua<sup>a</sup>, Y. Muñoz-González<sup>a</sup> y N. Alert Flo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Dr. Castroviejo, Área 5, Madrid, España

<sup>b</sup> Enfermería, Centro de Salud Dr. Castroviejo, Área 5, Madrid, España

Recibido el 9 de noviembre de 2010; aceptado el 4 de mayo de 2011  
Disponible en Internet el 27 de julio de 2011

### PALABRAS CLAVE

Epidermólisis  
ampollosa adquirida;  
Estrés;  
Colchicina

### KEYWORDS

Acquired  
epidermolysis  
bullosa;  
Stress;  
Colchicine

**Resumen** La epidermólisis ampollosa adquirida (EAA) es una enfermedad ampollosa rara, cuyas lesiones se desarrollan sobre piel no inflamada en relación a roces o traumatismos. Presentamos el caso de un varón de 53 años con brotes de ampollas en ambas piernas, probable relacionada con el estrés laboral. El diagnóstico de EAA fue establecido por estudio histológico y el paciente fue tratado con corticoides primero y después con colchicina.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Acquired epidermolysis bullosa associated with stress

**Abstract** Acquired epidermolysis bullosa is a rare bullous disorder, with lesions in non-inflamed skin in relationship with grazes or traumas. We present the case of a 53 year-old man with blisters in both legs, probably due to an occupational stress. The diagnosis of acquired epidermolysis bullosa was established by histological study and firstly the patient was initially treated with steroids and then with colchicine.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

## Introducción

Hay multitud de enfermedades, tanto hereditarias como adquiridas, que por diferentes mecanismos de producción tienen como lesión clínica principal la ampolla (tabla 1)<sup>1</sup>. El diagnóstico se basa en criterios clínicos e histopatológicos. Ante la sospecha clínica de cualquiera de ellas se debe completar el estudio con una biopsia cutánea, para confirmar el diagnóstico y valorar el tratamiento más adecuado<sup>1</sup>.

## Caso clínico

Varón de 53 años, no fumador, con obesidad grado 2 e hipertensión en buen control con enalapril, 20 mg al día, sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta por presentar desde hace una semana lesiones ampollosas en región pretibial de ambas piernas, que él relaciona con una situación de estrés importante en el trabajo.

Al interrogarle, refiere varios episodios similares a lo largo de su vida, siempre en relación con situaciones estresantes, y por los que nunca había consultado al médico. Las lesiones siempre curaron espontáneamente, dejando extensas cicatrices de color marrón. El último brote había sido hacía más de 10 años.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmen.mateopascual@gmail.com  
(M.C. Mateo-Pascual).

**Tabla 1** Clasificación etiológica y nivel de despegamiento de las enfermedades ampollosas

Etiología	Despegamiento
<b>Hereditarias</b>	
<i>Epidermolísis ampollosas hereditarias (EAH)</i>	
Epidermolísis ampollosas simples	Basal
Epidermolísis ampollosas de la unión	Lámina lúcida
Epidermolísis ampollosas distróficas	Lámina densa
<i>Pénfigo benigno familiar o enfermedad de Hailey-Hailey</i>	Suprabasal
<i>Incontinencia pigmentaria</i>	Espinosa
<b>Adquiridas</b>	
<i>Enfermedades ampollosas autoinmunes (EAAI)</i>	
Grupo de los pénfigos	
Vulgar	Suprabasal
Vegetante tipo Neumann	Suprabasal
Vegetante tipo Hallopeau	Suprabasal
Foliáceo	Subcórnea
Foliáceo endémico ( <i>fogo selvagem</i> )	Subcórnea
Eritematoso de Senear-Usher	Subcórnea
Paraneoplásico	Suprabasal
Herpetiforme	Espinosa
Pénfigo IgA tipo dermatosis pustulosa subcórnea	Subcórnea
Pénfigo IgA tipo dermatosis neutrofílica intraepidérmica	Espinosa
Pénfigo medicamentoso	Subcórnea (variable)
<i>Grupo de los penfigoides</i>	
Ampollosa	Lámina lúcida
Cicatricial	Lámina lúcida
De Brunsting-Perry	Lámina lúcida
Gestacional	Lámina lúcida
<i>Otras EAAI subepidérmicas</i>	
Dermatitis herpetiforme	Lámina densa
Dermatitis IgA lineal	Lámina lúcida y/o densa
Dermatitis ampollosa crónica benigna infantil	Lámina lúcida y/o densa
Epidermolísis ampollosa adquirida	Lámina densa
Liquen plano penfigoide	Lámina lúcida
Lupus eritematoso ampollosa	Lámina densa
<i>Infeciosas</i>	
Impétigo ampollosa	Subcórnea
Síndrome de la piel escaldada estafilocócica	Subcórnea
<i>Otras causas</i>	
Necrólisis epidérmica tóxica	Basal
Quemaduras	Subepidérmica
Porfirias	Lámina densa
Ampollas por fricción	Espinosa
Ampollas por succión	Lámina lúcida
Ampollas de los diabéticos	Variable
Picaduras de insectos	Subepidérmica
Eccema ampollosa/dishidrosis	Espinosa

En la exploración física el paciente se encuentra afebril, con buen estado general. Se aprecian varias ampollas en cara anterior de ambas piernas, de tamaño variable de 1 a 4-5 cm de diámetro y de contenido transparente (fig. 1). Resto de piel y mucosas normales. Las ampollas más grandes son drenadas, lavadas con solución salina y pomada cicatrizante. En los días y semanas posteriores algunas ampollas se abren por sí solas y van curando a la vez que salen otras nuevas.

Dada la sintomatología actual y la historia anterior del paciente, se procedió a realizar biopsia de las lesiones,

analizando un huso irregular de piel de 7 x 6 mm y 9 mm de espesor. Se observa una ampolla subepidérmica bajo la cual hay un infiltrado inflamatorio escaso, linfocitario y perivascular, y en la que se conservan las papilas dérmicas. Con inmunofluorescencia directa hay un depósito granular en el suelo de la ampolla de inmunoglobulinas G, inmunoglobulinas M y complemento. Todo ello compatible con el diagnóstico de epidermolísis ampollosa adquirida. Se instaura tratamiento primero con corticoides por vía oral en pauta descendente y, tras confirmar el diagnóstico,



**Figura 1** Ampollas en cara anterior de ambas piernas, de tamaño variable de 1 a 4-5 cm de diámetro y de contenido transparente.



**Figura 2** Lesiones cicatriciales residuales, de aspecto marronáceo y atrófico que ocupan gran superficie de las extremidades.

colchicina como tratamiento de mantenimiento. A lo largo de los siguientes meses, el enfermo va mejorando, las ampollas van curando quedando en su lugar lesiones cicatriciales residuales, de aspecto marronáceo y atrófico que ocupan gran superficie de las extremidades (fig. 2), y alguna vez

sale alguna ampolla nueva, más pequeña y aislada, siempre en la misma zona.

## Discusión

La EAA es una enfermedad ampollosa rara, de localización subepidérmica de la ampolla. Se estima una incidencia anual en Europa de 0,25 casos por millón<sup>2</sup>. Se presenta mayormente en la edad adulta, en general a partir de los 50 años, en todos los grupos étnicos y en ambos sexos por igual<sup>3</sup>. Clásicamente las lesiones se producen por roces o traumatismos sobre piel no inflamada, en zonas acras o pronas, y se curan con cicatrización atrófica, presencia de milia y trastornos de pigmentación<sup>3</sup>. En ocasiones pueden producirse mutilaciones, sindactilia o pérdida de las uñas. También puede afectarse el cuero cabelludo con la subsiguiente alopecia cicatricial<sup>3</sup>. En nuestro caso no hay traumatismo previo sino una situación de tensión emocional que acompaña a los brotes. Las mucosas pueden afectarse estando descritas lesiones en boca, esófago, laringe y membranas oculares<sup>4</sup>. La aparición en una edad tardía y la falta de antecedentes familiares permite diferenciarla del grupo de enfermedades ampollosas congénitas<sup>2</sup>. Sin embargo, la histopatología es necesaria para distinguirla del extenso número de dermatosis ampollosas adquiridas, sobre todo de los penfigoides y las porfirias.

La EAA suele ser crónica, de pronóstico variable, aunque sin peligro para la vida. El tratamiento es difícil y poco satisfactorio. Se han empleado corticoides sistémicos y otros agentes inmunosupresores con diferentes resultados<sup>2</sup>. La colchicina ha dado buenos resultados con mínimos efectos secundarios por lo que se considera de elección<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Martínez D, Valdivielso M, Suárez R. Protocolo- Diagnóstico diferencial de las lesiones ampollosas. *Medicine*. 2002;8: 4887-9.
2. Herrera E, Fernández A, Sanz A. Dermatopatología: correlación clínico-patológica. Tema 38. Disponible en: e-dermatosis.com.
3. Castillo Romero E, López Benítez H, Fernández Barrera R, Cordovés Jerez M. *Rev Ciencias Médicas*. 2009;13:1561-3194.
4. Pérez Hernández M, Navarro Domínguez R. En: Manssur Katrib J, Díaz Almeida JG, editores. *Enfermedades ampollares*, 135. *Der-mat Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 145-6.*