



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

## 212/3604 - Doctor, me pica el cuerpo

Á.L. Díaz Alvarado<sup>a</sup>, L.E. Ojeda Carmona<sup>b</sup>, I. Galán López<sup>c</sup>, N. Guelai<sup>d</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>a</sup>, C. Fernández Galache<sup>e</sup>, F.R. Francisco González<sup>b</sup>, M. Gutiérrez Parra<sup>f</sup>, I. Abascal Sañudo<sup>g</sup> y B. Martínez Sanz<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Saja. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia; <sup>g</sup>Médico Residente. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años, NAMC, DM 2, HTA, hipotiroidismo, tratamiento habitual: AAS, atorvastatina, insulina, metformina + sitagliptina, dobesilato cálcico, inicia con manidipino medio comp de 10 mg por persistencia TA elevada. Cuando acude a control de TA, se decide aumentar a 10 mg/día presentando 1 semana después prurito generalizado a predominio de extremidades superiores y tronco. Acompañándose a la semana siguiente de lesiones ampollosas en extremidades superiores y tronco.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, hidratada, con lesiones ampollosas tensas pruriginosas en extremidades superiores y tronco, que aparecen sobre piel sana, algunas en fase de sequedad y costra. Que no dejan cicatriz. Nikolsky negativo. Sin compromiso mucoso. Se decide retirar el fármaco y se envía preferente a Dermatología. Estudio histológico: ampolla subepidérmica, con infiltrado inflamatorio de predominio eosinófilo. ME: muestra una hendidura a nivel de las células basales. IFD: depósitos de IgG en la unión dermoepidérmica en ocasiones acompañándose de C3 y menos frecuentemente de IgA, y IgM. IFI: depósitos de anticuerpos circulantes en el 70% de los pacientes.

**Juicio clínico:** Dermatosis ampollar IgA lineal medicamentosa.

**Diagnóstico diferencial:** Penigoide ampolloso, penigoide de mucosas, epidermolisis bullosa lineal, liquen plano penigoide,

**Comentario final:** La dermatosis por depósito lineal de inmunoglobulina A (DLA) es un proceso mucocutáneo crónico e infrecuente de origen autoinmune, caracterizado por depósitos lineales de inmunoglobulina A (IgA) a lo largo de la membrana basal. Es levemente más frecuente en mujeres y suele afectar a individuos mayores a 60 años, aunque puede aparecer en personas más jóvenes. El diagnóstico se basa en tres pilares fundamentales: clínico, histológico e inmunológico. El tratamiento de elección es la dapsona o la sulfapiridina. En casos resistentes puede ser necesario añadir corticoides orales como adyuvantes o inmunosupresores sistémicos, tales como micofenolato de mofetilo o ciclosporina A. En los casos inducidos por drogas, las lesiones pueden involucionar con la suspensión de la droga, a veces sin la necesidad de recurrir a una terapéutica sistémica.

### Bibliografía

1. Fortuna G, Marinkovich MP. Linear immunoglobulin A bullous dermatosis. *Clin Dermatol*. 2012;30:38-50.
2. Venning VA. Linear IgA disease: clinical presentation, diagnosis, and pathogenesis. *Dermatol Clin* 2011;29:453-8.

*Palabras clave:* *Dermatosis ampollar. Prurito. Manidipino. Ampollas.*