



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2937 - ESPECIAL CUIDADO EN LESIONES DERMATOLÓGICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO

M. Contreras Carrasco<sup>a</sup>, A. Manzano de Alba<sup>b</sup> y L. Narváez Gómez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** AP: DM2. Dislipemia. Deterioro cognitivo. Vértigo. Mujer de 79 años acude a su Médico de familia por presentar erupciones y prurito en dorso de espalda. Niega fiebre. Se indica tratamiento con antihistamínicos y clindamicina. Acude de nuevo por progresión de las lesiones en cara, plantas y palmas. Se añade clindamicina. Tras tres semanas de tratamiento acude a urgencias de su centro de salud. Niega cambio reciente de su medicación habitual. Se observan lesiones eritematocostrosas y ampollas en diferentes estadios evolutivos distribuidas en espalda, tronco, región facial, auricular y miembros sin respetar palmas ni plantas. Nikolsky positivo. Impresiona de penfigoide ampolloso. Se prescribe tratamiento con deflazacort 30 mg pauta descendente quince días, mupirocina tópico/8h, bilastina 20m/24h, terminar pauta antibiótica actual, evitar exposición solar y suspender AAS temporalmente. Se advierten de los signos de alarma y control por su médico en varias semanas. Su médico de familia la deriva a CCEE de Dermatología y le realiza analítica completa. En consulta de Dermatología se observan múltiples ampollas a tensión, algunas en resolución. Eritema bajo las lesiones ampollosas y aftas en paladar duro. Se solicita biopsia cutánea y se pauta prednisona 30 mg/24h. Al mes es revisada por Dermatología donde se confirma la sospecha diagnóstica y se indica pauta descendente corticoidea y se cita para nuevo control y ampliar estudios de imagen así como marcadores tumorales y de enfermedades neurológicas que puedan justifiquen el cuadro.

**Exploración y pruebas complementarias:** Bioquímica: eosinófilos 13,8%. PCR 4,11. Biopsia cutánea en piel de escápula izquierda: ampolla subepidermoide con muy aislado eosinófilo compatible con el diagnóstico clínico de penfigoide ampolloso.

**Juicio clínico:** Penfigoide ampolloso.

**Diagnóstico diferencial:** Dermatopatía bullosa lineal IgA. Epidermolisis bullosa adquirida. Penfigoide vegetans. Penfigoide ampollo vesicular. Pénfigo vulgar. Liquen plano.

**Comentario final:** Es importan para el médico de Atención primaria reconocer determinadas lesiones dérmicas que pueden estar relacionadas con cuadros de malignidad tumoral, neurológicos, afectaciones de vías respiratorias potencialmente mortales y afectación ocular, como es el caso del penfigoide ampolloso. Ya que con una buena exploración física, analíticas dirigidas y derivar tanto a Dermatología como Neurología se puede llegar a un diagnóstico certero. Al mismo tiempo informar al paciente de determinados signos de alarma a tener en cuenta y conductas a evitar para no exacerbar el cuadro.

### Bibliografía

1. Leiferman KM. Clinical features and diagnosis of bullous pemphigoid and mucous membrane pemphigoid. Uptodate, 2017.

**Palabras clave:** Ampollas. Penfigoide. Prurito.