

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

347/3632 - ESTALLIDO DIABÉTICO

A. Alarcón Escalonilla^a, M. Muñoz Martín^b, J. Cabañas Morafraile^c y A. Arcega Baraza^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Benquerencia. Toledo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olías del Rey. Toledo. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Burguillos. Toledo. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años con: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, obesidad mórbida, hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica e intervenida quirúrgicamente por carcinoma basocelular frontal. Tratamiento habitual: enalapril, atenolol, levotiroxina, furosemida, sevelamer, atorvastatina, pentoxifilina, linagliptina, insulina y pantoprazol. Acude a consulta por prurito generalizado de 4 meses de evolución con lesiones vesiculosa que dejan herida, importante rascado secundario. Interrogando sobre factores desencadenantes, la paciente relata modificación de tratamiento habitual iniciando pentoxifilina hace 4 meses y linagliptina hace 6 meses.

Exploración y pruebas complementarias: Tronco: lesiones tipo pápula-placa, eritematosas, bien delimitadas con lesiones erosivo-costrosas hemáticas gruesas. No ampollas, no vesículas. Nickolsky negativo. Siguen trayectos muy lineales. Abdomen: placa gigante eritematosa, engrosada, liquenificada, bien delimitada, con erosiones profundas necróticas y supurativas. Región distal de piernas: placas eritematosas con engrosamiento epidérmico, papilomatosas, con zonas costrosas marronáceas y verdosas. Intensas ampollas tensas de contenido seroso y base eritematosa.

Orientación diagnóstica: Se inició tratamiento antibiótico, borato de sosa 2% en zonas exudativas y clobetasol. Ante sospecha diagnóstica se deriva a Dermatología para completar estudio. Añadieron al tratamiento prednisona e hidroxicina, tomando biopsia cutánea que confirmándose penfigoide ampolloso secundario a linagliptina.

Diagnóstico diferencial: Penfigoide ampolloso. Dermatitis de estasis. Dermatitis artefacta.

Comentario final: El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune debida a la producción de anticuerpos contra la membrana basal de la piel. Existen múltiples fármacos relacionados con el desencadenamiento de esta patología, como por ejemplo, en el caso de nuestra paciente, los inhibidores de la DPP-IV. El mecanismo de producción concreto no es conocido actualmente pero sí se ha visto que se desarrolla con mayor frecuencia secundario a vildagliptina. El diagnóstico se realiza a través de biopsia cutánea. Por lo general los pacientes suelen responder correctamente al tratamiento corticoideo. De este modo, el penfigoide ampolloso es una patología que debemos tener en cuenta como efecto secundario del grupo de antidiabéticos comentado.

Bibliografía

1. García-Diez I, Ivars-Lleó M, López-Aventín D, et al. Bullous pemphigoid induced by dipeptidyl peptidase-4 inhibitors. Eight cases with clinical and immunological characterization. *Int J Dermatol*. 2018;57(7):810-6.
2. Esposito I, Moretta G, Peris K, et al. Linagliptin-induced bullous pemphigoid. *Int J Dermatol*. 2017;56(12):1467-9.

Palabras clave: Penfigoide ampolloso. Linagliptina.