

424/304 - AMPOLLAS RESISTENTES Y FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS

P. Madrigal Laguía¹, S. Serrano Porta², J. Melero Abellán³ y C. Ariza Copado⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Murcia. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años que acude junto a su cuidadora al centro de salud refiriendo que hace un par de meses comienza con lesiones eritematosas pruriginosas seguido de la aparición de ampollas en miembros superiores e inferiores y en espalda. No lo relacionaba con ningún factor desencadenante. No fiebre ni otra sintomatología. AP: Esquizofrenia paranoide. Incapacidad legal. Tratamiento: risperidona, paliperidona, lormetazepam.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Afebril. Presenta múltiples ampollas tensas de 2-3 cm de contenido seroso junto a otras áreas denudadas de ampollas rotas, predominando en tronco y extremidades. Asocia extensas áreas eritemato-escamosas con lesiones residuales. Signo de Nikolsky negativo. No lesiones en mucosas. Ante la sospecha de un penfigoide ampolloso se decide derivar a Dermatología de forma preferente, donde finalmente ingresa. Allí se solicita analítica (mínima leucocitosis con desviación izquierda sin alteración de otros parámetros, incluyendo autoinmunidad negativa), radiografía de tórax sin hallazgos significativos y biopsia de piel que confirma la sospecha de penfigoide ampolloso ante la presencia de ampollas subepidérmicas e inmunofluorescencia positiva. Se comienza con cura de las heridas y metilprednisolona intravenosa a dosis de 1 mg/kg/día que se tiene que aumentar a la semana a 1,5 mg/kg/día con escasa mejoría. Ante la pobre respuesta, se valora la posibilidad de un penfigoide ampolloso producido por medicamentos, constatando que existen casos descritos inducidos por risperidona, por lo que junto a Psiquiatría se realiza cambio a olanzapina, experimentando el paciente mejoría progresiva, siendo dado de alta.

Orientación diagnóstica: Penfigoide ampolloso.

Diagnóstico diferencial: Pénfigo vulgar, pénfigo iatrogénico, pénfigo paraneoplásico, dermatitis IgA.

Comentario final: La aparición de un cuadro pruriginoso con múltiples ampollas tensas de contenido seroso tanto sobre piel sana como eritematosa, nos debe orientar hacia un penfigoide ampolloso, siendo la enfermedad ampollosa más frecuente en mayores de 60 años con predominio en varones. Su etiología es autoinmune y puede ser desencadenado por los inhibidores de la dipeptil-peptidasa u otros fármacos como la risperidona, habiéndose asociado también con enfermedades neurológicas. Dentro del diagnóstico diferencial debemos incluir el grupo de los pénfigos cuya diferencia básica con el penfigoide es que las ampollas cutáneas son flácidas al encontrarse éstas a nivel intraepidérmico.

Palabras clave: Ampollas. Fármacos. Penfigoide.