

## 424/211 - LA PIEL TENÍA LA CLAVE

J. Pérez Saugar, G. Tanoira Carballo y R. Genovés Muñoz

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que consulta por aparición súbita de lesiones cutáneas intensamente pruriginosas. Además, refiere dolor abdominal, de más de 3 meses de evolución, tipo cólico, sin irradiación, de inicio posprandial que alivia con las deposiciones, en número de 3 al día, de consistencia semisólida sin productos patológicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se observan, entre escoriaciones de rascado, lesiones polimorfas de aspecto eccematoso, urticariforme y vesicoampollosas, arracimadas, con áreas de pigmentación residual asociada, de distribución simétrica en áreas extensoras de extremidades y nalgas. La exploración abdominal es completamente anodina. Se fotografían las lesiones y, mediante teledermatología, se indica biopsia lesional mediante tru-cut y analítica completa con serología frente anticuerpos antigliadina, antiendomisio y antitransglutaminasa tisular. Obtuvo confirmación histológica para dermatitis herpetiforme y positividad serológica para anticuerpos antiendomisio y antitransglutaminasa tisular. Se inició tratamiento con dapsona oral a dosis crecientes y dieta exenta de gluten, con mejoría significativa en las siguientes semanas. Posteriormente confirmamos enfermedad celiaca con estudio histológico de la mucosa duodenal.

**Orientación diagnóstica:** Dermatitis herpetiforme.

**Diagnóstico diferencial:** Deben considerarse afecciones intensamente pruriginosas que se presentan con excoriaciones y pápulas inflamatorias, como dermatitis atópica y sarna. Enfermedades vesiculares subepidérmicas como el penfigoide ampolloso, la dermatosis IgA lineal y el lupus. Las ampollas tienden a ser más prominentes en estas condiciones que en la dermatitis herpetiforme. La confirmación diagnóstica se basa en los hallazgos inmunohistoquímicos con depósito granular de IgA a lo largo de la membrana dermoepidérmica.

**Comentario final:** Cerca del 90% de los pacientes afectos de dermatitis herpetiforme presentan datos clínicos relacionados con enteropatía sensible al gluten. Esto es debido a que la celiaquía y la dermatitis herpetiforme tienen un mismo mecanismo fisiopatológico, base genética común y un mismo desencadenante ambiental: el gluten. La dermatitis herpetiforme constituye una manifestación más de la enfermedad celiaca, siendo razonable iniciar estudios de celiaquía y seguimiento en aquellos pacientes afectos de esta enfermedad cutánea.

### Bibliografía

1. Caio G, De Giorgio R, Volta U. Coeliac disease and dermatitis herpetiformis. Lancet. 2018;392:916-7.
2. Sarolta K. Dermatitis herpetiformis. Clinics in Dermatology. 2012;30:56-9.

**Palabras clave:** Dermatitis. Celiaquía. Prurito.