Semergen. 2018;44(Espec Congr 1):6

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

349/15 - ¿QUÉ ERA ESA COSTRA ANTES?

P. Vivancos Ureña[1]; M. Quesada Costilla[2]; R. de Mena Poveda[3]; M. Cano Torrente[4]; T. Parra Alonso[4]; S. Medellin Pérez[5].

[1]Punto de Atención Continuada. Centro de Salud Puerto Lumbreras. Murcia.; [2]Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.; [3]Médico de Familia. Centro de Salud San Andrés. Murcia.; [4]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.; [5]Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 89 años con antecedentes de HTA, Dislipemia, Fibrilación auricular paroxística, Enfermedad renal crónica estadio I-II, cardiopatía isquémica estable. Consulta por prurito de 1 semana de evolución en miembros superiores y espalda sin lesiones, iniciamos tratamiento con antihistamínico y revisamos en 1 semana. Acude en 4 días persistiendo el cuadro y apareciendo en tronco y miembros superiores lesiones eritematosas en placas de 4 cm confluentes con algunas costrosas por rascado y eccematosas con leve descamación; sustituimos antihistamínico e iniciamos antibiótico tópico citando en 5 días para revisión. En 3 días consulta por aparición de lesiones ampollosas de 1 cm de grosor la mayoría de aspecto tenso, algunas con aspecto flácido, la mayoría con signo de Nikolsky negativo. Ante Sospecha de Penfigoide ampolloso iniciamos corticoide con mejoría, disminuimos dosis de mantenimiento con recaída del cuadro, derivando a Dermatología, confirmándose por Biopsia el Penfigoide ampolloso e iniciándose tratamiento con Azatioprina quedando en remisión el paciente.

Exploración y pruebas complementarias: De inicio no presentaba lesiones, tras esto aparecieron lesiones eritematosas en placas confluentes con lesiones costrosas de rascado y eccematosas que evolucionaron a ampollas en su mayoría flácidas y con Nikolsky negativo, presentando analítica con valores de bioquímica, hemograma, PCR, LDH y serología de sífilis negativa con VSG 70. Tras esto y ante el empeoramiento con la disminución del corticoide, se deriva a dermatología para biopsiar confirmando el diagnóstico inicial.

Juicio clínico: Penfigoide ampolloso

Diagnóstico diferencial: Penfigoide ampolloso vs Pénfigo Vulgar

Comentario final: Las lesiones ampollosas son frecuentes en las edades avanzadas de la vida y con una correcta anamnesis y evolución de las lesiones es posible un acercamiento diagnóstico correcto a estas entidades, en este caso de inicio se pensó en Penfigoide ampolloso por tipo de ampolla, franja de edad y localización de las lesiones, pero tras la mala respuesta al tratamiento se decidió biopsiar para descartar el Pénfigo vulgar de peor pronóstico.

Bibliografía

Wolf K, Johnson RA, Suurmond D. Fitzpatrick Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. 6ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.