

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Editor:

En respuesta a la carta al editor citando nuestro artículo¹, que-remos hacer varias consideraciones: El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente en los países desarrollados, con un aumento exponencial de su incidencia con la edad, afectando predominantemente a pacientes por encima de la 8.ª década². Publicaciones recientes sugieren un aumento de la incidencia de 1,9 a 4,3 veces, en países como Reino Unido, Francia, Alemania o Israel², alcanzándose una incidencia en mayores de 80 años de hasta 19–30 casos/100.000 habitantes/año. Se plantean varias hipótesis ante este incremento de incidencia. Por un lado, la mejoría de la sospecha clínica y las técnicas diagnósticas han reducido el infradiagnóstico del PA, relacionado clásicamente con fenómenos friccionales más que con enfermedades autoinmunes^{2,3}. Por otro lado, el incremento real de la incidencia de PA y enfermedades neurológicas (EN), relacionadas con el aumento de la esperanza de vida, así como el uso de fármacos como inhibidores de la dipeptidil-peptidasa, anticuerpos monoclonales, fenotiazinas², y también como indicáis, diuréticos y neurolépticos, como posibles factores de riesgo para desarrollar un PA.

Aunque la relación inmunopatogenética del PA y las EN no se ha dilucidado completamente, el sustrato común son las proteínas (BP180 y/o BP230) y sus isoformas, presentes en la piel donde se produce una dermatosis ampollosa mediada por anticuerpos y en el tejido neuronal, donde la proteína transmembrana BP180 favorece la estabilización sináptica, y la BP230 interviene en el mantenimiento del citoesqueleto⁴, pero deberían plantearse más estudios en este sentido.

Estudios sobre la incidencia de enfermedades neurológicas en pacientes con PA en Reino Unido, Francia, Polonia, República Checa y Brasil, muestran una importante variabilidad 22–46%^{4–8}. Esta dispersión puede deberse a factores genéticos, geográficos y posiblemente al infradiagnóstico del binomio EN/PA por falta de concienciación de esta asociación y la dificultad del diagnóstico en profesionales no habituados.

El estudio de Langan et al.⁵ informa de un triple riesgo de desarrollar PA en pacientes con enfermedad de Parkinson y demencia, y el doble en pacientes con accidente cerebrovascular y epilepsia, en comparación con la población sana. Un estudio británico recoge que en el 72% de los pacientes con PA, la enfermedad neurológica precedió a la dermatológica una media de 5,5 años⁷.

El progresivo envejecimiento de la población con un índice del 113,9%, una esperanza de vida de 83,4 años, con un incremento del 35,7% anual, ha provocado un cambio drástico en el panorama hospitalario, donde el grupo etario más frecuente son personas de

80–85 años. Enfermedades ligadas a la edad como el PA y las EN aumentarán su incidencia², y los pacientes deberán someterse a pruebas para detectar una enfermedad neurológica subyacente o concomitante. Por otro lado, los pacientes con EN deberán controlarse por el riesgo de desarrollar un PA⁸.

La complejidad del abordaje de estos pacientes en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, psicológicos y sociales, requiere unos conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional⁹.

Bibliografía

1. Parras García de León N, Martínón Torres G, Gil Moreno J, González Ruiz L, Sánchez Caminero MP. Asociación entre demencia y penfigoide ampolloso como paradigma de una atención multidimensional e interdisciplinaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53:236–7.
2. Kridin K, Ludwig RJ. The Growing Incidence of Bullous Pemphigoid: Overview and Potential Explanations. *Front Med (Lausanne)*. 2018;5:220.
3. Poliakova K, Adebola A, Leung CL, Favre B, Liem RK, Schepens I, et al. BPAG1a and b associate with EB1 and EB3 and modulate vesicular transport, Golgi apparatus structure, and cell migration in C2.7 myoblasts. *PLoS One*. 2014;9:e107535.
4. Stinco G, Codutti R, Scarbolo M, Valent F, Patrone P. A retrospective epidemiological study on the association of bullous pemphigoid and neurological diseases. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:136–9.
5. Langan SM, Groves RW, West J. The relationship between neurological disease and bullous pemphigoid: A population-based case-control study. *J Invest Dermatol*. 2011;131:631–6.
6. Taghipour K, Chi CC, Vincent A, Groves RW, Venning V, Wojnarowska F. The association of bullous pemphigoid with cerebrovascular disease and dementia: A case-control study. *Arch Dermatol*. 2010;146:1251–4.
7. Tarazona MJ, Mota AN, Gripp AC, Unterstell N, Bressan AL. Bullous pemphigoid and neurological disease: Statistics from a dermatology service. *An Bras Dermatol*. 2015;90:280–2.
8. Pietkiewicz P, Gornowicz-Porowska J, Bowszyc-Dmochowska M, Bartkiewicz P, Dmochowski M. Bullous pemphigoid and neurodegenerative diseases: A study in a setting of a Central European university dermatology department. *Aging Clin Exp Res*. 2016;28:659–63.
9. Verdejo Bravo C. El equipo interdisciplinario como metodología de trabajo. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. *Atención al anciano en el medio sanitario*. Madrid: Editores Médicos S.A.; 1998. p. 39–43.

Nieves Parras García de León^{a,*}, Georgina Martínón Torres^a,
Javier Gil Moreno^a, Lucía González Ruiz^b
y M^a Prado Sánchez Caminero^b

^a Servicio de Geriatria, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nparrasgarcialeon@gmail.com
(N. Parras García de León).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.01.001>

0211-139X/

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.