

## RECORDEMOS EL PENFIGOIDE AMPOLLOSO DEL ANCIANO

Autores: Puche López, Natividad<sup>1</sup>; Tortosa de Lucas, Carlos<sup>1</sup>; Gordillo López, Francisco Javier<sup>2</sup>.

1: CS La Chopera (Alcobendas). 2 : CS Sanchinarro (Madrid).

Ámbito del caso: atención primaria domiciliaria.

Motivo de consulta: lesiones cutáneas.



Historia clínica:

Caso 1: varón de 96 años con lesiones eritematosas y ampollosas en miembros inferiores que van extendiéndose durante meses a miembros superiores, a pesar de administrar metilprednisolona tópica, desarrollando erosiones con exudado serohemático y costras. Ante la sospecha de penfigoide ampolloso, que confirma Dermatología (e-consulta), se inicia tratamiento con prednisona 60 mg/día por vía oral y ebastina varias semanas con mejoría de las lesiones.

Caso 2: mujer de 92 años con exantema ampolloso en miembros superiores, inferiores y mentón, con lesiones que aumentan progresivamente con erosiones y costras, y prurito; ante probable penfigoide ampolloso se pauta clobetasol tópico y prednisona 40 mg/d. Se realiza e-consulta a Dermatología para confirmación, y se mantiene tratamiento 6 meses con lenta mejoría progresiva y reducción de la dosis hasta su retirada.



El penfigoide ampolloso es un trastorno autoinmune que se presenta como un exantema ampolloso crónico, generalmente en pacientes de avanzada edad. Aparecen ampollas tensas y grandes que se desarrollan rápidamente, con frecuencia sobre un rash eritematoso, y prurito. Las zonas más afectadas son las extremidades. Las ampollas son subepidérmicas y persistentes, con depósitos de anticuerpos en la unión dermoepidérmica.

Desde el punto de vista inmunológico, está ocasionado por autoanticuerpos, con depósitos de IgG fijados a lo largo de la capa superior de la membrana basal en la unión dermoepidérmica, con una reacción inflamatoria subyacente que ocasiona las ampollas.

Su diagnóstico es clínico, confirmado por histología e inmunología. Mediante inmunofluorescencia indirecta se detectan autoanticuerpos IgG circulantes, también se debe obtener una biopsia para inmunofluorescencia directa.

Se trata con propionato de clobetasol en crema, una o dos veces al día, hasta que se haya logrado el control de la actividad de la enfermedad. Luego se disminuye progresivamente la cantidad en meses. Se recomienda una dosis oral inicial de 0,5 mg de prednisona/kg al día. Suspender el tratamiento en pacientes que estén libres de síntomas durante al menos de uno a 6 meses bajo terapia mínima. Se puede asociar azatioprina, que ayuda a la remisión.

Conclusiones y aplicabilidad: el penfigoide ampolloso es una entidad que aunque poco frecuente debemos tener en cuenta ante cualquier rash eritemato-ampolloso sobre todo en ancianos, ya que además su evolución es insidiosa y su tratamiento largo.

Palabras clave: penfigoide ampolloso, penfigoide bulloso, ampollas.