

EL PENFIGOIDE AMPOLLOSO

Dña. Lorena Chavarrías Izquierdo¹ / Dr. Joan Izquierdo Alabau² / Dr. Adrián Ballano Ruiz³

¹ Enfermera Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ensanche. Teruel

³ FEA Servicio de Dermatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

El Penfigoide Ampolloso (PA) es una enfermedad autoinmune debida a la presencia de autoanticuerpos circulantes frente proteínas que conforman los hemidesmosomas de la unión dermoepidérmica (Ag BP180 y BP230), específicas de la zona de la membrana basal, con infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos y neutrófilos^{1,2}.

El PA es una enfermedad encontrada principalmente en edad avanzada, siendo la mayoría de los casos en personas mayores de 75 años, con una incidencia similar en hombres y mujeres^{1,3}.

No se ha demostrado una causa del PA, aunque puede estar desencadenado por fármacos como furosemida o espironolactona, traumatismos físicos o trastornos de la piel como psoriasis o liquen plano⁴.

Las lesiones iniciales son en forma de urticaria o eccema, muy pruriginosas, siendo la base sobre las que con el tiempo aparecerán vesículas que evolucionarán a grandes ampollas tensas con contenido seroso o hemorrágico^{1,3}. Algunas veces, solo cursa con estas lesiones iniciales, sin la aparición de ampollas, por lo que cualquier lesión de estas características con prurito intenso, deberá tenerse en cuenta como penfigoide¹.

Las zonas afectadas que encontramos en su mayoría son la cara interna de los muslos, zonas flexoras de las extremidades, zona inguinal, abdomen y cuello^{1,3}.

Las ampollas suelen permanecer intactas⁴, no se deforman con la presión, y evolucionan sin cicatriz, pudiendo dejar en todo caso una hiperpigmentación postinflamatoria.

A tener en cuenta, es que, su ruptura puede formar erosiones, pruriginosas o no, que evolucionan a costras, con el riesgo de ser invadidas por bacterias patógenas¹.



Fig. 1. Imagen de las lesiones del tronco.



Fig. 2. Imagen de las lesiones de las piernas.

Diagnóstico por imagen



Fig. 3. Imagen de las lesiones del brazo

No existen criterios diagnósticos como tal, para su diagnóstico, nos basaremos en datos clínicos, histológicos e inmunológicos. Ante una sospecha de PA tomaremos 2 biopsias cutáneas.

La primera, de una ampolla reciente, donde se observaría la infiltración de eosinófilos hacia la zona de la membrana basal y otras células inflamatorias, no afectando, por lo general, a la dermis reticular profunda^{1,3}.

La segunda biopsia será de la piel perilesional, para la inmunofluorescencia directa, donde aparecerán depósitos de IgG en la zona de la membrana basal en la mayoría de los casos².

El objetivo del tratamiento es la cicatrización de las lesiones, así como la prevención de nuevas, para el bienestar del paciente, teniendo en cuenta su edad y posibles patologías añadidas. El PA se abordaría con terapia sistémica de antiinflamatorios, siendo de principal elección los corticoesteroides, o antibióticos con acción antiinflamatoria como tetraciclinas disminuyendo así la producción de anticuerpos patógenos.

Otros tratamientos que han resultado efectivos han sido la plasmáferesis o la administración de altas dosis de IgG^{1,3}.

El curso del PA es variable, resolviéndose normalmente en 5 años desde su diagnóstico^{1,3}.

BIBLIOGRAFIA

1. I. Fuentes de Vega, P. Iranzo-Fernández, J.M. Mascaró- Galy. Penfigoide ampolloso: guía de manejo práctico. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105(4):328-346
2. Magdaleno-Tapiál J, Valenzuela-Oñate C, Esteban Hurtado Á, Ortiz-Salvador JM, Subiabre-Ferrer D, Ferrer-Guillen B, et al. Association Between Bullous Pemphigoid and Dipeptidyl Peptidase 4 Inhibitors: A Retrospective Cohort Study. *Actas Dermosifiliogr.* 18 de diciembre de 2019
3. D.S. Vera-Izaguirre, M. Karam-Orantes, E. Vega-Memije. Penfigoide ampolloso. *Rev Hosp Gral Dr M Gea Gonzalez.* Enero-Abril 2006. Vol7, nº1: 27-32
4. D.M. Peraza, MD. Penfigoide ampolloso. Geisel School of Medicine at Dartmouth University. Marzo 2018