

## Penfigoide ampolloso

Dra S. Rivarola, Dra L. Ledesma, Dra E. Thomas, Dra N. Reyes  
Clínica Médica 1, Hospital Maciel.



Sexo femenino, 84 años. Dependiente, Parkinson, Hipertensa. Lesiones de 1 mes de evolución de piel tipo ampollas grandes, tensas, contenido seroso, pruriginosas en tronco y miembros con distribución simétrica. Evolucionan a la ruptura con erosión y formación de costras. Al examen lesiones descritas en distintos estadios evolutivos, sin compromiso de mucosas y signo de Nikolski negativo. Leucocitos 10100/mm<sup>3</sup>, eosinófilos 2300/mm<sup>3</sup>. Se inicia tratamiento con corticoides orales y tópicos. No se realiza biopsia cutánea dado mal estado funcional y buena respuesta terapéutica.

Las enfermedades vesículo-ampollosas comprenden un grupo heterogéneo con características clínicas comunes, pero diferentes mecanismos etiopatogénicos: hereditario, autoinmunitario, secundario a fármacos etc. Tienen una baja incidencia pero elevada morbilidad. Del punto de vista clínico es importante determinar si la alteración se encuentra a nivel de la unión intercelular o dermoepidérmica, produciéndose ampollas intraepidérmicas o subepidérmicas respectivamente. El signo de Nikolski confirma el origen intraepidérmico de la lesión, considerándose positivo al aplicar una presión tangencial sobre la piel y constatar la separación de sus capas. La biopsia cutánea cumple un rol fundamental en el diagnóstico de estas enfermedades. Presentamos un caso clínico típico de penfigoide ampolloso, una enfermedad ampollosa autoinmune subepidérmica, que genera activación de neutrófilos y eosinófilos provocando daño a nivel de los hemidesmosomas.

### BIBLIOGRAFÍA

- Lapeyre-Liénard H., Joly P. Dermatitis ampollosas. EMC.Tratado de medicina. 2009: 2-0715.
- España A., del Olmo J., Marquina M. Enfermedades ampollosas.Medicine. 2016;9(47): 3090-3098.
- Pulido A., Suárez R. Enfermedades Bullosas.Medicine. 2014;11(47): 2774-82.