

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 20, Núm. 2)
(Med fam Andal 2019; 20: 193-194)

Respuestas razonadas

Las ampollas de la rodilla

Soluciones: pregunta 1, 5 (Penfigoide Ampolloso); pregunta 2, 5 (Fomento de Permanganato de Potasio a 1:1000, dejando secar, tras lo cual se aplica crema de Propionato de Clobetasol ocluyendo este durante la noche, además de Prednisona 10 mg/24h, durante 5 días, dejando una dosis de mantenimiento de 5 mg/24 durante 2 semanas y reevaluando la refractariedad de ésta).

Argumentación de la pregunta número 1: las lesiones de rascado de una manera crónica como la de esta paciente, presentaría un endurecimiento difuso de la piel, presentando liquenificación. Esta lesión elemental de liquenificación no está presente en nuestra paciente. En cuanto al eritema multiforme, es frecuente que pueda estar causado por una infección viral (Virus Herpes Simple). Además es muy frecuente su actividad en mucosas. La lesión elemental es; placas, no ampollas como en este caso, de color rojo creando una diana con el centro gris y estas se diseminan al resto del cuerpo. El Síndrome de Stevens-Johnson es una reacción de hipersensibilidad de carácter grave, también puede estar causada por fármacos. Esta presenta signo de Nikolsky positivo. Son dolorosas y además presenta un pródromo de fiebre y mal estar general. Se crean máculas, que diseminan rápidamente y coalescen, creando ampollas epidérmicas, necrosis y desprendimiento. La lesión fundamental de nuestra paciente eran ampollas. La epidermolisis ampollosa, es una patología crónica que se caracteriza por formación de ampollas ante mínimos traumatismo desde que el paciente es muy joven, se transmite con carácter Autosómico Dominante. Penfigoide Ampolloso (pregunta correcta), tiene signos de Nikolsky negativo, no tiene afectación de la mucosas, tiene un desarrollo subcrónico, las lesiones pueden ser localizadas,

Recibido el 06-10-2019; aceptado para publicación el 04-11-2019

Rubio López JM, Lendinez Durán I

Médicos de atención primaria, CS Martos (Jaén).

Servicio Andaluz de Salud

las lesiones ampollosas pueden ser polimorfas y en ocasiones de color rojo oscuro.

Argumentación a pregunta número 2: de todas las opciones que se exponen el correcto tratamiento del Penfigoide Ampolloso es el indicado en ésta; el resto de las opciones son múltiples opciones de tratamiento sintomático que se usan para lesiones eczematosas, con más o menos acierto, con más o menos posibilidad de éxito en este caso.

Bibliografía

1. García M, Aranburu MA, Palacios-Zabalza I, Lertxundi U, Aguirre C. Dipeptidyl peptidase-IV inhibitors induced bullous pemphigoid: a case report and analysis of cases reported in the European pharmacovigilance database. *J Clin Pharm Ther.* 2016; 41(3):368-370.
2. Keseroglu HO, Ta -Aygar G, Gönül M, Gököz O, Ersoy-Evans S. A case of bullous pemphigoid induced by vildagliptin. *Cutan Ocul Toxicol.* 2017; 36(2):201-202.
3. Haber R, Fayad AM, Stephan F, Obeid G, Tomb R. Bullous Pemphigoid Associated With Linagliptin Treatment. *JAMA Dermatol.* 2016;152(2):224-226.
4. Skandalis K, Spirova M, Gaitanis G, Tsartsarakis A, Bas-sukas ID. Drug-induced bullous pemphigoid in diabetes mellitus patients receiving dipeptidyl peptidase-IV inhibitors plus metformin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26(2):249-53.
5. Aouidad I, Fite C, Marinho E, Deschamps L, Crickx B, Descamps V. A case report of bullous pemphigoid induced by dipeptidyl peptidase-4 inhibitors. *JAMA Dermatol.* 2013; 149(2):243-5.
6. Haber R, Fayad AM, Stephan F, Obeid G, Tomb R. Bullous Pemphigoid Associated With Linagliptin Treatment. *JAMA Dermatol.* 2016; 152(2):224-226.

Dirección para correspondencia:

Juan María Rubio López
E-mail: juan.maria.rubio.lopez@gmail.com