

Lo que esconde un prurito de larga evolución

Gemma María García Jiménez^a y Jesús Ángel Simancas Carrión^b

^aCentro de Salud de Miguelturra. Ciudad Real (España)

^bCentro de Salud de Corral de Calatrava. Ciudad Real (España)

Correspondencia:

Gemma María García Jiménez. C. Enrique Tierno Galván, n.º 14. 13170 Miguelturra. Ciudad Real (España).

Correo electrónico:

ggarciaj@sescam.jccm.es

Recibido el 18 de diciembre de 2021.
Aceptado para su publicación el 26 de diciembre de 2022

Presentado previamente en las XII Jornadas Autonómicas de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria SEMERGEN CLM.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 74 años que refiere prurito leve generalizado de 3 meses de evolución con aumento progresivo del mismo. Tras un seguimiento por parte de su médico de familia por la gran sintomatología referida, a pesar de seguir tratamiento con antihistamínicos y pauta corticoidea, y habiendo descartado analíticamente patología orgánica, se decide derivar a dermatología, donde finalmente se diagnostica penfigoide ampolloso autoinmune.

Palabras clave: dermatología, penfigoide ampolloso, prurito.

WHAT IS HIDDEN BY EXTENDED COURSE ITCHING

ABSTRACT

We report a 74-year-old woman with a gradual increase in generalized itching over three months. After her doctor's monitoring because of her major symptoms and despite having been treated with antihistamines and corticosteroids, organic pathology was ruled out analytically. The patient was referred to dermatology where she was diagnosed with autoimmune bullous pemphigoid.

Keywords: Bullous Pemphigoid, Dermatology, Itching.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con prurito intenso generalizado experimentan un gran malestar psicológico con afectación en su calidad de vida. Solo un pequeño porcentaje de pacientes con prurito generalizado responden a antihistamínicos, por lo que el control sintomatológico es difícil.

Nuestra paciente presentaba prurito de 3 meses de evolución que, con un seguimiento de su médico de familia, fue diagnosticado de penfigoide ampolloso. En una revisión sistemática se observó que el 100% de los casos con dicha patología presentaban prurito.¹ Esta enfermedad presenta una prevalencia estimada en Europa de 1/4.000 y una incidencia actual de 22 por millón en todo el mundo².



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

CASO CLÍNICO

Acude a la consulta una mujer de 74 años por prurito que presenta como únicos antecedentes médicos una alergia a pirazonas, asma polínica y vitiligo, y como antecedentes quirúrgicos cáncer de colon, absceso perianal, hernia abdominal y apendicitis.

La paciente refiere prurito generalizado de 3 meses de evolución que empezó a manifestar, de manera leve, en manos y abdomen y que ahora se localiza sobre todo en mucosa oral. Previamente, tomaba un antihistamínico por su alergia polínica e indicamos que lo mantenga ante la ausencia de signos patológicos en la exploración. Citamos al cabo de 2 días y manifiesta sensación de ardor en lengua, mucosa oral y faringe. En la exploración se observa zona blanquecina en el suelo y lateral de la boca. Iniciamos interconsulta con el odontólogo con probable diagnóstico de síndrome de boca urente y solicitamos analítica para descartar enfermedades orgánicas.

La paciente acude de nuevo al día siguiente. Esta vez nos comenta que hace unos días le ha aparecido una tumoración submandibular derecha que disminuye de tamaño en el transcurso del día y que le provoca molestias al deglutir. Según nos refiere, esto le pasó años atrás y le diagnosticaron litiasis sublinguales. Le recomendamos que haga enjuagues de agua con limón y que salive con caramelos ácidos. Ante la clínica persistente de prurito, se realiza pauta corticoidea.

Una semana después, con resultados de analítica previa normales, la paciente nos consulta por presentar lesiones generalizadas, in-

Figura 1. Lesiones papulosas violáceas en miembro inferior



cluyendo palmas, con un aumento de la intensidad del prurito que llega a ser incapacitante. En la exploración se observan lesiones de carácter eritematoso en forma de pápulas planas confluyentes pruriginosas y purpúricas en abdomen, espalda, miembros inferiores y palmas, algunas de ellas con pequeñas vesículas (figura 1). Se recomienda aumentar la dosis de antihistamínico y mantener la pauta corticoidea, con lo que posteriormente refiere leve mejoría, y se le solicita otra analítica para observar posibles cambios, pero únicamente muestra leve eosinofilia.

Ante la clínica continua de la paciente, habiendo descartado analíticamente alteraciones orgánicas, con sospecha de enfermedad dermatológica y el difícil manejo que se nos plantea, hacemos interconsulta con dermatología. Allí le hacen una biopsia para la filiación del cuadro, con principal sospecha diagnóstica de penfigoide ampolloso/no ampolloso. Le pautan corticoide en emulsión para aplicación dos veces al día hasta ser vista de nuevo y continuar con el antihistamínico y con el corticoide oral. Antes de ser vista de nuevo en dermatología, la paciente acude al servicio de urgencias hospitalario al presentar aparición brusca de ampollas tensas de contenido seroso y dolor localizado en miembro inferior derecho (figura 2).

Finalmente, con el resultado de anatomía patológica, la paciente es diagnosticada de penfigoide ampolloso autoinmune, por lo que se le aumenta la pauta corticoidea.

Figura 2. Ampollas tensas en miembro inferior



DISCUSIÓN

El caso que se nos presenta es de una mujer con prurito generalizado de larga evolución. El prurito generalizado se asocia con frecuencia a enfermedad renal crónica, daño hepático o del árbol biliar (colangitis, cirrosis, hepatitis), alteraciones hematológicas (policitemia vera, anemia ferropénica, linfoma, hemocromatosis), alteraciones metabólicas (alteraciones tiroideas y paratiroideas, diabetes mellitus, gota) y tumores malignos, entre otras¹.

El diagnóstico diferencial al observar las ampollas hay que realizarlo con un pénfigo vulgar, que da lugar a ampollas flácidas con Nikolsky positivo³. Otra enfermedad que habría que descartar sería la epidermólisis ampollosa adquirida, que se da en personas adultas de mediana edad con fragilidad de la piel y aparición de ampollas y erosiones en piel propensa a traumatismos⁴.

El penfigoide ampollosa se presenta con ampollas tensas, erosiones y urticaria eritematosa. Las formas no ampollosas únicamente se encuentran en el 20% de los casos^{5,6}, lo que sucedió al principio del cuadro de nuestra paciente. En caso de prurito crónico en personas de edad avanzada, se debe descartar el penfigoide ampollosa, con una afectación de las mucosas en el 10-20% de pacientes⁷⁻¹⁰, como nuestra paciente que aquejaba prurito en mucosa bucal.

Debido al prurito de larga evolución y a las lesiones que presentaba la paciente, pudimos hacer la derivación correcta a dermatología, donde, con ayuda de la muestra obtenida, se pudo diagnosticar finalmente de penfigoide ampollosa.

Es importante resaltar que los síntomas sindrómicos, tales como el prurito o el dolor, son poco satisfactorios tanto para los profesionales que los tratan como para los pacientes, por lo que el seguimiento nos ayudará a ver su evolución, así como la precisión de pruebas complementarias y la necesidad de tratamiento o apoyo al mismo. El adecuado seguimiento por parte del especialista en Medicina Familiar permite solucionar procesos con sintomatología incapacitante o de difícil manejo como ocurre en este caso.

AGRADECIMIENTOS

A la paciente, por permitirnos aprender de y con ella. Obtuvimos su consentimiento escrito para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Satoh T, Yokozeki H, Murota H, Tokura Y, Kabashima K, Takamori K, et al. 2020 guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous pruritus. *The Journal of Dermatology*. [Internet]. 2021 [citado: 9 de diciembre de 2021];48(9):e399-413. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1346-8138.16066>
2. Orphanet: Penfigoide ampollosa. [Internet]. [Citado: 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=ES&Expert=703
3. Penfigoide ampollosa. Trastornos dermatológicos. [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado: 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatologicos/C3%B3gicos/enfermedades-ampollosas/penfigoide-ampollosa>
4. Orphanet: Epidermólisis ampollosa adquirida. [Internet]. [Citado: 2022 Sep 8]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?Ing=ES&data_id=10598&Disease_Disease_Search_diseaseGroup
5. =epidermolisis-ampollosa-adquirida&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Enfermedad(es)/grupo%20de%20enfermedades=Epidermolisis-ampollosa-adquirida&title=Epiderm%F3lisis%20ampollosa%20adquirida&search=Disease_Search_Simple
6. Della Torre R, Combesure C, Cortés B, Marazza G, Beltraminelli H, Naldi L, et al. Clinical presentation and diagnostic delay in bullous pemphigoid: a prospective nationwide cohort. *Br J Dermatol*. 2012 Nov;167(5):1111-7.
7. Lamberts A, Meijer JM, Jonkman MF. Nonbullous pemphigoid: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2018 May;78(5):989-995.e2.
8. Murrell DF, Daniel BS, Joly P, Borradori L, Amagai M, Hashimoto T, et al. Definitions and outcome measures for bullous pemphigoid: recommendations by an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Mar;66(3):479-85.
9. Feliciani C, Joly P, Jonkman MF, Zambruno G, Zillikens D, Ioannides D, et al. Management of bullous pemphigoid: the European Dermatology Forum consensus in collaboration with the European Academy of Dermatology and Venereology. *Br J Dermatol*. 2015 Apr;172(4):867-77.
10. Schmidt E, Goebeler M, Hertl M, Sárdy M, Sitaru C, Eming R, et al. S2k guideline for the diagnosis of pemphigus vulgaris/foliaceus and bullous pemphigoid. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015 Jul;13(7):713-27.
11. Kridin K, Bergman R. Assessment of the Prevalence of Mucosal Involvement in Bullous Pemphigoid. *JAMA Dermatology*. [Internet]. 2019 Feb 1 [citado: 4 de diciembre de 2021];155(2):166-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.5049>