

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesiones ampollosas en las palmas



Blistering Lesions Involving the Palms

Presentación del caso

Un varón de 88 años sin antecedentes de interés acudió a consulta por un cuadro de prurito y la aparición de vesículo-ampollas en ambas manos de 5 días de evolución sin antecedentes de picadura de artrópodo ni traumatismo. El paciente no había sufrido brotes de lesiones similares con anterioridad. Su exploración física demostró la presencia de múltiples vesículo-ampollas tensas, de morfología redondeada-ovalada, que contenían un líquido seroso o sero-hemático, y se distribuían en la cara palmar de ambas manos y muñecas de manera dispersa, respetando las eminencias tenar e hipotenar (fig. 1). Las vesículas asentaban con frecuencia sobre zonas de piel eritemato-edematosa. El paciente no exhibía lesiones similares en otras áreas del cuerpo ni en las mucosas.

Ante la sospecha diagnóstica, se decidió la realización de biopsia. Se obtuvieron 2 fragmentos de piel para estudio con hematoxilina y eosina e inmunofluorescencia directa (IFD). En la biopsia se observó una epidermis ortoqueratósica con acantosis irregular, marcada exocitosis de eosinófilos y presencia de spongiosis con formación de vesículas spongíóticas. La dermis superficial y media mostraba una dermatitis perivascular compuesta de un infiltrado mixto, de predominio linfocitario con abundantes eosinófilos (fig. 2).

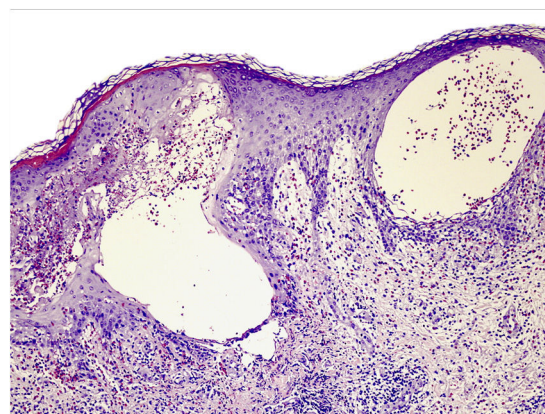


Figura 2 Hematoxilina-eosina, ×20.



Figura 1

¿Cuál es su diagnóstico?

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.018>

0001-7310/© 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diagnóstico

Penfigoide ampollosa dishidrosiforme (PAD).

Evolución y comentario

En el estudio de IFD se observó la presencia de depósitos lineales de IgG y C3 en la membrana basal. Los hallazgos clínico-patológicos permitieron establecer el diagnóstico de PAD. Se inició tratamiento con prednisona oral a dosis de 0,5 mg/kg de peso, junto con tratamiento tópico con sulfato de cinc 1/1.000 y clobetasol dipropionato en pomada, una vez al día. En 5 días se observó mejoría significativa de las lesiones.

El PAD es una rara variante de penfigoide ampollosa (PA) que fue descrita por primera vez en 1979 por Levine et al.¹. Predomina en pacientes de edad avanzada y su etiología es desconocida. El PAD se caracteriza por ampollas tensas, de contenido claro y muy frecuentemente hemorrágico, que se localizan de manera inicial o de forma exclusiva en la región palmoplantar. Algunos pacientes desarrollan las ampollas después de episodios de lesiones eccematiformes/urticariiformes pruriginosas, mientras que otros pacientes continúan únicamente con lesiones urticariales sin formación de ampollas. El PA se caracteriza típicamente por el hallazgo histopatológico de ampollas subepidérmicas con abundantes eosinófilos. Sin embargo, la presencia de vesículas espongióticas intraepidérmicas con eosinófilos en su interior también puede estar presente². Este fenómeno, conocido con espongiosis eosinofílica se caracteriza por edema intercelular compuesto por un infiltrado inflamatorio de eosinófilos. Constituye un patrón reactivo de la epidermis que se observa en un amplio abanico de dermatosis³. Como señalan Crotty et al.³ su hallazgo histopatológico se asocia muy frecuentemente a PA. No obstante, en ocasiones se precisan otros criterios histológicos acompañantes para establecer el diagnóstico de PA con seguridad.

Al igual que el PA, los depósitos lineales de IgG y C3 en la membrana basal son un hallazgo característico. Es frecuente que las lesiones se resuelvan con hiperpigmentación residual sin formación de cicatrices ni formaciones miliares⁴. El tratamiento consiste en corticoesteroides tópicos o sistémicos en función de la gravedad y/o extensión del proceso

y la enfermedad. En su evolución, la enfermedad puede seguir 3 vías diferentes: a) las lesiones ampollosas permanecen confinadas a palmas y plantas, b) comienzo de lesiones en regiones acrales palmoplantares y posterior generalización al resto del tegumento, y c) aparición concomitante de lesiones palmoplantares junto con lesiones generalizadas⁵. En la actualidad el paciente muestra remisión completa del cuadro sin nuevas lesiones vesículo-ampollosas en región palmoplantar ni en otras áreas, persistiendo hiperpigmentación residual durante varias semanas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Levine N, Freilich A, Barland P. Localized pemphigoid simulating dyshidrosiform dermatitis. *Arch Dermatol*. 1979;115:320-1.
2. Joshi R. Spongiotic intra-epidermal blister: A pitfall in the histopathologic diagnosis of bullous pemphigoid. *Indian J Dermatol*. 2013;58:410.
3. Crotty C, Pittelkow M, Muller SA. Eosinophilic spongiosis: A clinicopathologic review of seventy-one cases. *J Am Acad Dermatol*. 1983;8:337-43.
4. Behlim T, Sharma YK, Chaudhari ND, Dash K. Dyshidrosiform pemphigoid with Parkinsonism in a nonagenarian Maharashtrian female. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5:482-4.
5. Caldarola G, Fania L, Cozzani E, Feliciani C, de Simone C. Dyshidrosiform pemphigoid: A well-defined clinical entity? *Eur J Dermatol*. 2011;21:112-3.

A. Conde-Ferreirós^{a,*}, Á. Santos-Briz Terrón^b
y J. Cañueto^a

^a Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alconfe25@yahoo.com

(A. Conde-Ferreirós).