

Insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y gota... una enfermedad prevalente

Raquel Blanco García

Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Ourense.

Juan José Bravo López

Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Ourense.

María Jesús Camba Caride

Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Ourense.

CASO CLÍNICO

Varón 75 años, alfarero, consulta por Enfermedad renal crónica (ERC), HTA y Gota > 10 años. En antecedentes personales destaca: Tabaquismo > 20 c / día y endarterectomía carotida dcha.

Exploración: TA: 193/79 mmHg (No Dipper), IMC: 29,02. Datos bioquímicos destacables: Hb: 10,6 gr/dl, PE IX: 15, Creatinina 2,2 mg/dl FG(MDRD): 32 ml/min, ácido úrico: 16,9 mg/dl y Pb postEDTA: 625. Recibió tratamiento específico por su enfermedad primaria; permanece con función renal estable, sin clínica de gota y TA controlada.

PREGUNTAS:

1. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES DATOS ES IMPORTANTE PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO? El paciente...

- A) Es alfarero.
- B) Tiene Hipertensión Arterial.
- C) Tiene antecedentes de gota.

- D) Tiene Insuficiencia Renal
- E) Las respuestas B), C) y D) son correctas
- F) Todas las respuestas anteriores son correctas.

2. TENIENDO EN CUENTA LOS ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SE APROXIMARÍA MÁS AL DIAGNÓSTICO?

- A) Biopsia renal.
- B) Analítica con bioquímica, hemograma, marcadores inflamatorios, estudio del eje renina-angiotensina-aldosterona, anticuerpos (ANAs, ANCAs).
- C) Realización del Test de EDTA-Ca

3. ¿CUÁL CREE QUE ES EL DIAGNÓSTICO DE NUESTRO PACIENTE?

- A) Nefropatía isquémica.
- B) Nefropatía úrica crónica.
- C) Nefropatía saturnina.

Correspondencia

Raquel Blanco García

c/Gravina n 10, 3º Izda. 15401 Ferrol (La Coruña)
raquelblancog@gmail.com

Varón de 31 años con placa eritemato-violácea en mano izquierda

María Matilde Maceira Castiñeira

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Ana Belén Pérez Fernández

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Elvira León Muiños

Residente de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Benigno Monteagudo Sánchez

cServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 309-309

ANTECEDENTES PERSONALES:

Varón de 31 años de edad, pescador, con los antecedentes personales de HTA, dislipemia y episodio de rabdomiolisis hace 8 años tras ejercicio intenso.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Consultó por la aparición, 2 días antes, de una lesión algo dolorosa y de crecimiento rápido localizada en la mano izquierda, que se desarrolló 48 horas después de una herida en el primer dedo de mano izquierda mientras limpiaba pescado. No refería sintomatología general.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

A la exploración se observó una placa edematosa, eritemato-violácea de 5 × 4 cm de diámetro, no descamativa, sin infiltración, de bordes bien definidos y elevados, localizada en primer dedo y dorso de mano izquierda (Figuras 1 y 2). No se palparon adenopatías. El paciente estaba afebril.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Se realizó una Rx mano izquierda que no mostró cuerpos extraños, enfisema subcutáneo ni alteraciones óseo-articulares.

ANTE ESTA SITUACIÓN, ¿DIAGNÓSTICO Y ACTITUD?

FIGURA 1



FIGURA 2



Correspondencia

Benigno Monteagudo Sánchez,
C/Alegre, 83-85, 3ºA, 15403-Ferrol.
benims@hotmail.com

Conjuntivitis crónica unilateral

Conde Abalo, María. MIR3 MFyC.
C.S. Villagarcía, Pontevedra

Rodríguez Justo, Sandra. MIR3 MFyC.
C.S. Bueu, Pontevedra

Fernández Rodríguez, Jorge. MIR3 MFyC.
C.S. O Grove, Pontevedra

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 310-310

Palabras clave: Mollusum Contagiosum, Conjunctivitis, Eye Diseases: Differential Diagnosis, Poxviridae.

ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer de 42 años de edad, sin antecedentes médico – quirúrgicos de interés.

No hábitos tóxicos.

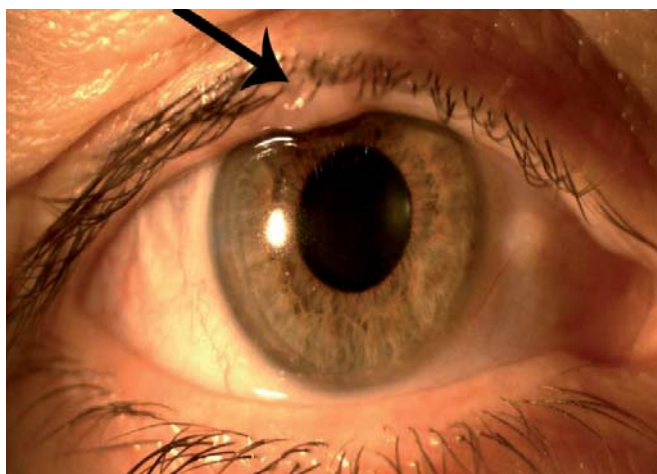
ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que acude a consulta por un cuadro de ojo rojo unilateral, lagrimeo y picor, de dos años de evolución. Durante dicho periodo ha recibido diversos ciclos de tratamientos tópicos, como antiinflamatorios, antihistamínicos, lágrimas artificiales y corticoides; sin mejoría clínica definitiva.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración se observa una conjuntiva hiperémica, con reacción folicular en el fondo de saco inferior y ligera secreción acuosa. En el borde palpebral superior presenta una lesión nodular, única, córea y

FIGURA 1



umbilicada (flecha). El resto de la exploración oftalmológica, al igual que la general, no aporta datos de interés.

Ante este cuadro ¿Cuál es su sospecha diagnóstica? ¿Qué tratamiento ensayaría usted a continuación?

Correspondencia

María Conde Abalo

Correo postal: Rúa Nova de abaixo, 32 - 7ºA. C.P. 36002 Pontevedra

Correo electrónico: mariaconde22@hotmail.com

Ampollas y erosiones generalizadas de 15 días de evolución

Tamara Caínzos Romero

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Santiago Pintos Martínez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Benigno Monteagudo Sánchez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

José María Cacharrón Carreira

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 311-311

ANTECEDENTES PERSONALES:

Mujer de 82 años de edad, con los antecedentes personales de HTA, bronquitis crónica, dislipemia, diabetes mellitus tipo II y ACV isquémico con hemiplejía izquierda residual. A tratamiento habitual con insulina NPH, gopten® 2 mg, adiro® 300, omeprazol, seguril® y liplat®.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Acude a Urgencias por la aparición en los últimos 15 días de múltiples lesiones ampollosas y dolorosas, localizadas en gran parte de la superficie corporal. Tratadas inicialmente con amoxi-clavulánico sin apreciarse mejoría. La paciente no refería cambios en su medicación previos a la aparición del cuadro cutáneo.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

A la exploración dermatológica se observaron múltiples ampollas flácidas de contenido transparente o amarillento (la mayoría asentaban sobre piel de apariencia normal) y erosiones secundarias localizadas

sobre todo a nivel de extremidades superiores, tercio proximal de muslos y área facial (figuras 1 y 2). Fueron positivos tanto el signo de Nikolsky (despegamiento cutáneo tras presión tangencial con el dedo sobre la superficie de la piel clínicamente normal) como el signo de Asboe-Hansen (aumento periférico del tamaño de la ampolla al presionar verticalmente sobre la superficie de la misma). También se encontraban elementos aislados de similares características por el resto de la superficie cutánea y erosiones en la mucosa oral. La exploración física general no aportó hallazgos significativos. La paciente estaba afebril y con estado general conservado.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

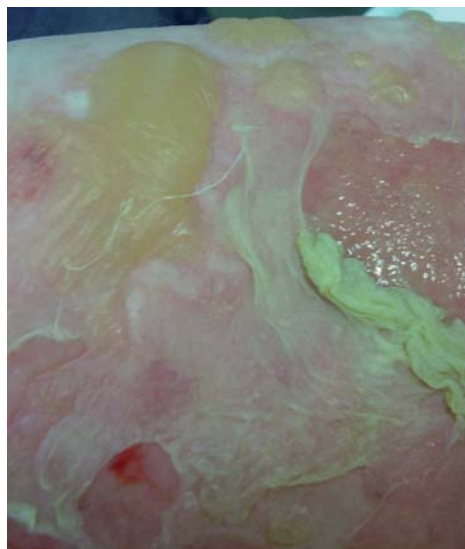
El estudio analítico, que incluía hemograma, bioquímica, coagulación y sedimento urinario, y la radiografía de tórax fueron normales.

ANTE ESTA SITUACIÓN, ¿CUÁL SERÍA TU DIAGNÓSTICO Y ACTITUD?

FIGURA 1



FIGURA 2



Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez, • benims@hotmail.com
Hospital Arquitecto Marcide-Novoa Santos
C/San Pedro de Leixa S/N 15403-Ferrol.

Respuesta al caso clínico

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GOTA... UNA ENFERMEDAD PREVALENTE

Diagnóstico

SATURNISMO

Discusión

La exposición continuada al plomo (5-30 años) puede afectar a varios órganos, incluido el riñón, donde puede inducir una progresiva atrofia y fibrosis intersticial, dando lugar a insuficiencia renal y gota secundaria a hiperuricemia^[1-3]. La nefropatía por plomo puede ser infradiagnosticada al clasificarla erróneamente como nefropatía isquémica o nefropatía úrica crónica.^[4,5]

La utilización doméstica de recipientes de barro barnizados, como en el caso de nuestro paciente, con esmalte de elevado contenido en plomo y agua domiciliar se ha asociado a epidemias de saturnismo y nefropatía.

El plomo no tiene una actividad fisiológica y una vez absorbido se distribuye en tres compartimentos: la sangre, de intercambio rápido (4%); los tejidos blandos (2%) y el tejido óseo (94%).

La clínica de la nefropatía saturnina es poco expresiva. Aparte de la IRC lentamente progresiva, el sedimento urinario suele ser poco activo, y la proteinuria ausente o mínima. La HTA y una historia de artritis gotosa forman parte de su perfil clínico.^[1]

En la nefropatía saturnina, los niveles plasmáticos de ácido úrico se encuentran desproporcionadamente elevados para el grado de IR. Parece deberse a un aumento en la reabsorción tubular de úrico. La limitación obligada de los datos clínicos ya sea por su carácter inespecífico y subjetivo, o sencillamente por la naturaleza indolente de la intoxicación origina problemas reales de diagnóstico.

La plumburia provocada por EDTA es considerada la mejor aproximación a la carga corpórea total y al Pb biológicamente activo. Administración de 1-2 g de EDTA CaNa2 im/iv midiendo posteriormente la eliminación del Pb en orina, de 24 h (si FR normal) o de 72 h (si IR). Una eliminación superior a 600 mcg indica un capital excesivo de plomo en el organismo.^[6]

Por todo ello el EDTA debe estandarizarse como el test diagnóstico del saturnismo y su nefropatía.

El tratamiento de la nefropatía saturnina va dirigido a separar al paciente de la fuente de Pb y reducir el Pb acumulado mediante la administración de quelantes, siendo el más utilizado el EDTA-Ca^[1].

La prevalencia de saturnismo en la población no expuesta es elevado; la coexistencia de HTA-Hiperuricemia e IRC de etiología no filiada, pueden ser intoxicaciones por Pb; por lo que deberíamos tener presente dicho diagnóstico siempre que se presente en nuestra consulta un paciente con las características anteriores, algo que suele ser muy frecuente.

Bibliografía

1. Bennett, WM. Lead nephropathy. *Kidney Int* 1985; 28:212.
2. Khalil-Manesh, F, Gonick, HC, Cohen, AH, et al. Experimental model of lead nephropathy. I. Continuous high-dose lead administration. *Kidney Int* 1992; 41:1192.
3. Otero A, Pérez C, Esteban J, Armada E, García A. Hipertensión Arterial, Hiperuricemia y Saturnismo Silente. *Hipertensión. (S)* 1998; 15:30-34
4. Batuman, V, Maesaka, JK, Haddad, B, et al. The role of lead in gout nephropathy. *N Engl J Med* 1981; 304:520.
5. Batuman, V, Landy, E, Maesaka, JK, Wedeen, RP. Contribution of lead to hypertension with renal impairment. *N Engl J Med* 1983; 309:17.
6. Haust HL, Ali H, Milton DS, Forret ChJ. Short-term administration of dimercaptopropanolol (BAL) and calcium disodium edentate (EDTA) for diagnostic and therapeutic lead mobilization. *Int J Biochem* 1980; 12: 897-904.

Respuesta al caso clínico

VARÓN CON PLACA

ERITEMATO-VIOLÁCEA EN MANO DERECHA

Se estableció el diagnóstico de erisipeloide de Rosenbach basado en la morfología típica de la lesión y la historia característica de manipulación de pescado fresco. No se realizó biopsia ni cultivo.

Evolución:

Se instauró tratamiento con ciprofloxacilo 500 mg/12h durante 10 días con curación de la lesión, sin ulceración ni descamación residual.

Discusión

Erysipelothrix rhusiopathiae es un bacilo grampositivo, inmóvil, liso o curvado, de distribución mundial, causante de infecciones tanto en el hombre como en algunos animales. El principal reservorio es el cerdo,

pero también ratones, ganado vacuno, aves, peces, crustáceos, y otros muchos animales. Se considera una enfermedad ocupacional de los veterinarios, agricultores, pescadores, carniceros, ganaderos y de otras personas como amas de casa que manipulan pescado crudo, aves de corral y productos de carne. Es más frecuente en verano, y los microorganismos suelen inocularse a través de cortes en la piel de las manos la semana anterior a la aparición de la lesión¹⁻³.

Las tres formas clínicas más frecuentes de presentación de la enfermedad en humanos son:

1) La más frecuente es la infección cutánea localizada, denominada erisipeloide de Rosenbach. Suele ser una lesión violácea de márgenes elevados bien definidos, localizada en la mano, sobre todo en los dedos (no suelen afectar las falanges distales), aunque puede

XOGUETES SEGUROS



Esta é unha guía para mercar xoguetes seguros. No entanto, a seguridade dun xoguete vai alén da súa compra, polo que tamén é importante que:

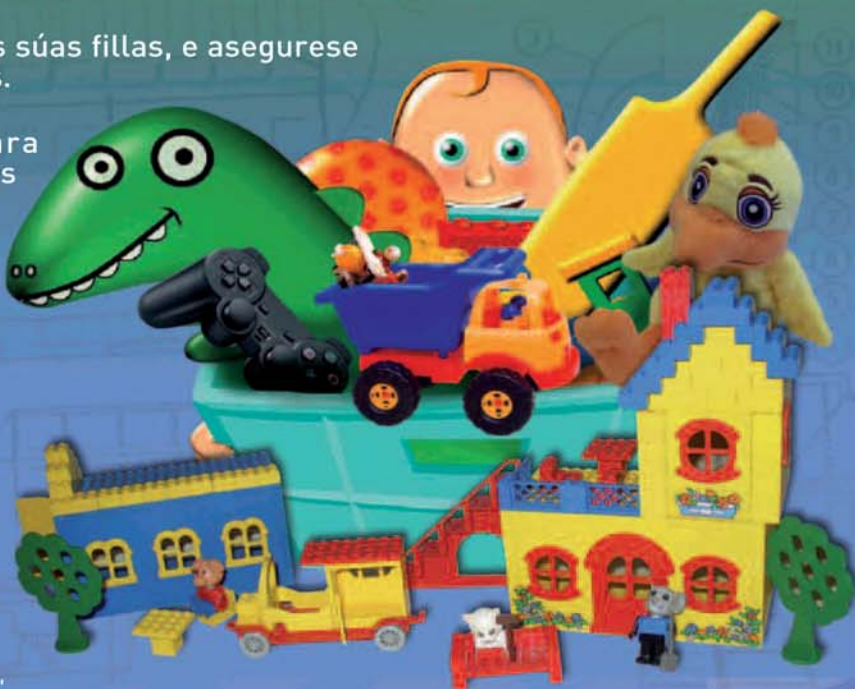
- ☛ Vixíe o xogo dos seus fillos e das súas fillas, e asegurese de que adoptan condutas seguras.
- ☛ Tome o tempo necesario para aprenderlles o uso correcto dos xoguetes.
- ☛ Compróbeos con regularidade e desbóteos cando rompan.

TER EN CONTA

- ☐ Observe se é axeitado para a idade do neno. Atenda de maneira especial á advertencia: "Non recomendado para menores de 3 anos".
- ☐ Comprobe que leva a marca "CE", que indica que o xoguete é seguro.
- ☐ Comprobe a etiqueta, e lea as instrucións, con especial atención a advertencias de riscos e indicacións de seguridade.
- ☐ Conserve as instrucións, a garantía e os tickets de compra.

EVITAR

- ☐ Influciarse pola publicidade e polo aspecto da caixa.
- ☐ Xoguetes violentos e sexistas.
- ☐ Xoguetes sen etiquetas e instrucións en galego ou español.
- ☐ Riscos dos elementos da embalaxe: grampas, bolsas de plástico...
- ☐ Bordos cortantes e puntas agudas.
- ☐ Partes pequenas desprendibles en xoguetes para os máis pequenos.



Indicación de seguridade

Nome ou razón social

Advertencia de riscos

Enderezo

País de fabricación

Marcado CE

Símbolo gráfico de idade

En galego ou español



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE INNOVACIÓN
E INDUSTRIA



INSTITUTO
GALEGO DE
CONSUMO

verse en cualquier parte del cuerpo, incluso cara, cuello o pies. La lesión crece por la periferia y cura en el centro sin descamación ni ulceración. Puede ser dolorosa o pruriginosa. Pocas veces se asocia a linfangitis, adenopatías (30% de los casos), fiebre o malestar general. Puede asociar afectación de la articulación adyacente^{3,8}.

- 2) Forma cutánea difusa, que consiste en lesiones violáceas serpiginosas situadas en múltiples partes del cuerpo. Los hemocultivos son negativos, pero los pacientes pueden tener malestar general⁸.
- 3) La forma sistémica es más rara, normalmente en pacientes inmunodeprimidos. Puede incluir afectación articular, necrosis ósea, abscesos cerebrales, derrame pleural, y sobre todo, endocarditis. Esta variante suele coexistir con lesiones cutáneas y los hemocultivos son positivos^{2,8}.

El diagnóstico se basa en la imagen clínica de la lesión en un paciente con un riesgo ocupacional y antecedentes de un traumatismo previo en la zona (por ejemplo, contacto o manipulación de carne, huesos y otros productos de los cerdos, pescados u otros animales). En ocasiones se realiza una biopsia del borde de la lesión para cultivo. El estudio histopatológico es inespecífico, muestra vasodilatación en dermis papilar y un infiltrado celular perivascular en dermis profunda. Las muestras recogidas con hisopos de la superficie lesional o mediante aspiración rara vez sirven para observar el microorganismo^{3,4}.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el exantema fijo medicamentoso, las picaduras de arañas, y fundamentalmente con la celulitis y la erisipela. Sin embargo, estos dos últimos procesos no suelen localizarse en las manos y predomina una afectación central de la lesión y se asocia en general con linfangitis, adenopatías, fiebre, manifestaciones sistémicas y leucocitosis⁸⁻¹⁰.

La penicilina por vía oral o intramuscular es el tratamiento de elección en el erisipeloide a una dosis de 2 a 3 millones de unidades por día, durante 7 a 10 días. Como alternativas se incluyen la cefalosporina de tercera generación o el ciprofloxacino. Pese a ser la forma cutánea un proceso autolimitado en 2 a 3 semanas, debe tratarse

para evitar exacerbaciones durante meses o prevenir la progresión hacia la forma sistémica y la manifestación de endocarditis^{4,5}.

La mejor forma de prevenir la infección es el uso de guantes cuando se manipulan carnes o pescados y la desinfección de las heridas producidas durante las actividades laborales³.

Agradecimientos

Agradecemos a Uxía y Amparo (Biblioteca y Centro de Documentación del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide - Prof. Novoa Santos, Ferrol) por su colaboración indispensable y su eficacia para conseguir nuestra bibliografía.

Bibliografía

1. Reboli AC, Farrar WE. Erysipelothrix rhusiopathiae: an occupational pathogen. Clin Microbiol Rev 1989;2:354-9.
2. Dunbar SA, Clarridge JE 3rd. Potential errors in recognition of Erysipelothrix rhusiopathiae. J Clin Microbiol 2000;38:1302-4.
3. Mazón A, Vives R, Gil Setas A, Valcayo A. Lesión edematosa-eritematosa en el dedo de un ganadero. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20:35-6.
4. Carrada Bravo T. Erisipeloide de Rosenbach ocupacional. Estudio clínico-bacteriológico de tres casos humanos. Dermatología Rev Mex 2005;49:78-83.
5. Varela TC, Nico MM. Erysipeloid. Int J Dermatol 2005;44:497-8.
6. Spoljar S, Budimic D, Lipozencic J, Ljubojevic S. Erysipeloid—case report. Acta Dermatovenereol Croat 2006;14:90-3.
7. Barnett JH, Estes SA, Wirman JA, Morris RE, Staneck JL. Erysipeloid. J Am Acad Dermatol 1983;9:116-23.
8. Swartz MN, Weinberg AN. Miscellaneous bacterial infections with cutaneous manifestations. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, (6ª ed). New York: McGraw-Hill-Companies, 2003;1918-32.
9. Pereiro Ferreirós MM, Monteagudo Sánchez B. Protocolo diagnóstico diferencial de los exantemas febriles. Medicine 2002;8:4784-6.
10. Pereiro Ferreirós M Jr, Toribio Pérez J. Infecciones bacterianas de la piel. Clasificación. Formas clínicas. Enfermedades mediadas por toxinas. Diagnóstico diferencial. Actitudes terapéuticas. Medicine 2002;8:4737-43.

Respuesta al caso clínico

CONJUNTIVITIS CRÓNICA UNILATERAL

La paciente presenta una conjuntivitis folicular crónica debida a un Molusco Contagioso palpebral (Figura 1).

El Molusco Contagioso es una infección producida por un poxvirus que produce lesiones características en la piel y, menos frecuentemente, en las mucosas. El contagio se produce por contacto estrecho. Esta patología suele afectar a niños, adolescentes y adultos jóvenes; además, es un hallazgo frecuente en pacientes con SIDA, en los que pueden aparecer múltiples lesiones.

El Molusco Contagioso palpebral se asocia a una conjuntivitis folicular crónica unilateral con folículos en los tarsos superior e inferior y

una fina queratitis epitelial con punteado en la córnea interpalpebral. A veces, la conjuntivitis puede preceder al diagnóstico del Molusco Contagioso al pasar desapercibido entre las pestañas.

Ante este cuadro de conjuntivitis crónica unilateral debemos hacer el diagnóstico diferencial con aquellas entidades que puedan presentar ojo rojo unilateral: queratitis, epiescleritis, uveítis anterior, úlcera corneal y glaucoma (Ver tabla 1).

El tratamiento a seguir es la escisión o destrucción de la lesión mediante cauterización, crioterapia o láser.

Bibliografía:

- Harrison, Principios de Medicina. McGraw-Hill. 15 ed. 2002.

- Guía de Actuación en Atención Primaria. SEMFYC. 2ª ed. 2002.
- Guía para la consulta de Atención Primaria. SEMFYC. 2ª ed. 2005.

- Oftalmología Clínica. Kanski. Harcourt. 4ª ed. 2001.

TABLA 1

Diagnóstico diferencial de ojo rojo

	DOLOR	INYECCIÓN CILIAR	EXUDADO	PUPILA	PRESIÓN INTRAOCULAR	AGUDEZA VISUAL	FOTOFOBIA
ÚLCERA CORNEAL	SI	SI	NO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	LEVE
CONJUNTIVITIS	NO	NO	SI ++	NORMAL	NORMAL	NORMAL	LEVE
QUERATITIS	SI +	SI	NO	NORMAL	NORMAL	BAJA	LEVE
UVEÍTIS ANTERIOR	SI ++	SI	NO	MIOSIS	VARIABLE	VARIABLE	INTENSA
GLAUCOMA AGUDO	SI +++	SI	NO	MIDRIASIS	MUY ALTA	BAJA	LEVE
EPIESCLERITIS	SI +	SI	NO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	LEVE

Respuesta al caso clínico

AMPOLLAS Y EROSIONES GENERALIZADAS DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN

Se estableció el diagnóstico de pénfigo vulgar (PV), basado en la presencia de ampollas flácidas con signos de Nikolsky y Asboe-Hansen positivos.

Evolución:

La paciente se trató con 120 mg/ día de prednisona con mejoría lenta del cuadro cutáneo, sin embargo el estado general empeoró y falleció en un dos de semanas.

Discusión

El término pénfigo (P) incluye un conjunto de enfermedades mucocutáneas de origen autoinmune, en las que se desarrollan anticuerpos contra unas glucoproteínas situadas en los desmosomas intraepiteliales llamadas desmogleínas, lo que origina separación entre las células (acantolisis), que se traduce clínicamente en hendiduras suprabasales, vesículas y ampollas^{1,2}.

Clásicamente el pénfigo se ha dividido en dos grandes grupos, el PV y el P foliáceo, con sus variantes clínicas de P vegetante y P eritematoso respectivamente. En los últimos años se han descrito nuevas

**DOBUPAL
RETARD**
VENLAFAXINA
LA REMISIÓN ES LA SALIDA

estar con
mis hijos
¡lo mejor
del día!

En depresión,
usted puede marcar
la diferencia.

- Dobupal Retard®, antidepresivo de acción dual: inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina.
- Dobupal Retard®, tratamiento de elección en pacientes:
 - con depresión endógena⁽¹⁾
 - con depresión recurrente^(2,3)
 - con depresión resistente a ISRS^(4,5)
 - depresivos somatizadores^(6,7)

EFICACIA EN
DEPRESIÓN

10 AÑOS DE
ÉXITO
Evidencia
Científica



Almirall

Soluciones pensando en ti

www.almirall.es

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Por cápsula: DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: Venlafaxina (DOE) (clorhidrato), 75 mg DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: Venlafaxina (DOE) (clorhidrato), 150 mg Ver excipientes 6.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas de liberación sostenida, para administración oral. 4. **DATOS CLÍNICOS** 4.1. Indicaciones terapéuticas. Tratamiento de la depresión. Prevención de las recaídas del episodio depresivo y recurrencias de nuevos episodios. Trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno de ansiedad social. 4.2. Posología y forma de administración. Dosificación habitual La dosis habitual recomendada es de 75 mg al día, administrados en una sola dosis. Si, tras dos semanas de tratamiento, no se obtiene la mejoría clínica esperada, la dosis puede incrementarse a 150 mg al día, administrados en una sola dosis. Si se precisara, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 225 mg una vez al día. Los incrementos de dosis deberán efectuarse a intervalos de aproximadamente 2 semanas o más, pero no inferiores a 4 días. Prevención de recaídas / recurrencias de la depresión Normalmente, las dosis para la prevención de recaídas y recurrencias de la depresión son similares a las utilizadas durante el tratamiento inicial. Los pacientes deberían ser reevaluados para valorar el beneficio de la terapia a largo plazo. Forma de administración Se recomienda ingerir DOBUPAL Retard durante las comidas con un poco de líquido. La cápsula debe ingerirse entera. No dividir, aplastar, masticar o disolver la cápsula en agua. DOBUPAL Retard debe administrarse una vez al día, aproximadamente a la misma hora de la mañana o de la tarde. Los pacientes afectos de depresión que se encuentren actualmente en tratamiento con venlafaxina (en comprimido de liberación inmediata) a dosis terapéuticas pueden cambiarse a DOBUPAL Retard a la dosis equivalente más próxima (mg/día). No obstante, en algunos casos puede ser necesario el ajuste de la dosis. Pacientes con insuficiencia renal y/o hepática En los pacientes con insuficiencia renal y/o hepática debe reducirse la dosis de venlafaxina. En estos pacientes puede ser necesario iniciar el tratamiento con DOBUPAL comprimidos. En los pacientes cuyo índice de filtración glomerular (IFG) sea inferior a 30 ml/min debe reducirse la dosis en un 50%. En los pacientes con insuficiencia hepática moderada debe reducirse la dosis un 50%. En pacientes con cuadros graves de insuficiencia hepática deben considerarse reducciones adicionales de la dosis. Pacientes de edad avanzada No se recomienda el ajuste de la dosis únicamente por razones de edad. Sin embargo, al igual que con otros antidepressivos, deberá administrarse con precaución, especialmente en los aumentos de dosis. Uso en pediatría No se ha establecido la inocuidad y eficacia del fármaco en pacientes de edades inferiores a 18 años y, por tanto, no se recomienda su empleo en este grupo de edad. Tratamiento de mantenimiento/continuación/prolongado Se deberá reevaluar periódicamente la utilidad del tratamiento a largo plazo con DOBUPAL Retard. Se acepta de manera general que los episodios agudos de depresión grave requieren varios meses, o aún más, de tratamiento farmacológico mantenido. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social sufren frecuentemente la enfermedad durante varios años y requieren tratamiento a largo plazo. DOBUPAL ha mostrado ser eficaz en el tratamiento a largo plazo (hasta 12 meses en la depresión y hasta 6 meses en el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social). Suspensión del tratamiento Cuando se interrumpe el tratamiento con DOBUPAL Retard, se debe reducir la dosis gradualmente para minimizar el riesgo de reacciones de retirada (ver sección 4.8 reacciones adversas). El periodo de reducción de dosis depende de la dosis de mantenimiento que se estaba administrando, de la duración del tratamiento y de la respuesta individual de cada paciente. A título orientativo, en pacientes tratados durante 6 semanas o más, la dosis debe reducirse gradualmente durante un periodo de dos semanas. 4.3. Contraindicaciones. DOBUPAL Retard (Venlafaxina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco o a alguno de los excipientes. El uso de DOBUPAL Retard está contraindicado durante el embarazo, debido al riesgo de aparición de reacciones de retirada en el recién nacido. No administrar durante la lactancia. No administrar a pacientes menores de 18 años. No administrar concomitantemente con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). El tratamiento con venlafaxina no debe iniciarse como mínimo, hasta pasados 14 días desde la interrupción del tratamiento con IMAOs; este intervalo podría ser menor en el caso de IMAOs reversibles (ver información de prescripción del IMAO reversible). Venlafaxina debe interrumpirse como mínimo 7 días antes de iniciar tratamiento con cualquier IMAO. 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. No se ha evaluado el uso de venlafaxina en pacientes con un historial reciente de infarto de miocardio o cardiopatía inestable. Por ello, deberá evitarse su uso en estos pacientes. Se recomienda controlar periódicamente la presión arterial en pacientes tratados con venlafaxina, dado que puede aumentar la presión arterial de forma dosis-dependiente. Venlafaxina puede aumentar la frecuencia cardíaca, especialmente cuando se administra a dosis elevadas, por lo que se deberá tener precaución en aquellos pacientes cuyas condiciones pueden verse comprometidas por aumentos en la frecuencia cardíaca. Pueden aparecer convulsiones en el tratamiento con venlafaxina y deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones. No obstante, en los estudios previos a la comercialización no se produjeron convulsiones durante la utilización de venlafaxina retard en el tratamiento de la depresión, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social. Dado que venlafaxina puede producir midriasis, se recomienda vigilar estrechamente a los pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma agudo de ángulo cerrado. Al igual que con otros antidepressivos, se deberá usar venlafaxina con precaución, en pacientes con antecedentes de manía debido a que pueden aparecer cuadros de manía o hipomanía durante el tratamiento. No obstante, no hubo casos de manía o hipomanía en los estudios que utilizaron venlafaxina retard en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Durante el tratamiento con venlafaxina, puede aparecer hiponatremia y/o Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH), normalmente en pacientes con depleción de volumen o deshidratados. Dado el riesgo de suicidio de los pacientes con depresión, se deberá prescribir inicialmente el envase con el número menor de comprimidos con la finalidad de reducir el riesgo de sobredosis. Se han descrito algunos casos de hemorragias de diferente localización con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Este hecho debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes que además estén recibiendo anticoagulantes, medicamentos que afecten la función plaquetaria (p. ej. antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico, ticlopidina, clopidogrel, antiinflamatorios no esteroideos) o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Asimismo, deberá tenerse especial precaución con los pacientes que presenten trastornos hemorrágicos. Venlafaxina no está indicada para la pérdida de peso, ni en monoterapia ni en combinación con otros productos ya que en esta indicación no se ha demostrado su seguridad y eficacia. 4.5. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) Se han notificado reacciones adversas en pacientes que habían interrumpido el tratamiento con un IMAO y seguidamente habían comenzado tratamiento con venlafaxina, o que interrumpieron el tratamiento con venlafaxina y seguidamente empezaron tratamiento con IMAO. Estas reacciones incluyeron temblor, mioclonía, sudoración, náuseas, vómitos, sofocos, vértigo, hipertermia con cuadros semejantes al síndrome neuroléptico maligno, convulsiones y muerte. Fármacos con actividad sobre el sistema serotoninérgico Basándose en el mecanismo de acción conocido de la venlafaxina y en su potencial de desencadenar un síndrome serotoninérgico, se recomienda precaución cuando se administre venlafaxina en combinación con fármacos que puedan afectar los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos tales como los triptanes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), o litio. Indinavir Un estudio farmacocinético realizado con indinavir ha mostrado una disminución del 28% en el AUC y del 36% en la C_{max} para indinavir. Indinavir no afectó la farmacocinética de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina. Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. Warfarina Venlafaxina puede potenciar el efecto anticoagulante de warfarina. Etanol Al igual que con todos los fármacos que actúan sobre el SNC, se deberá advertir al paciente que evite el consumo de alcohol durante el tratamiento con venlafaxina. Haloperidol Un estudio farmacocinético realizado con haloperidol mostró un descenso del 42% en el aclaramiento oral total para este fármaco, un incremento del 70% en el AUC, un incremento del 88% en la C_{max}, pero no afectó a la semivida del mismo. Esto deberá ser tenido en cuenta en pacientes que reciban haloperidol y venlafaxina de forma concomitante ya que será necesario disminuir la dosis de haloperidol. Cimetidina Cimetidina ha mostrado inhibir el efecto de primer paso hepático de venlafaxina. Es esperable que la actividad farmacológica de venlafaxina se vea ligeramente incrementada en la mayoría de los pacientes. En ancianos y en pacientes con disfunción hepática esta interacción puede ser más pronunciada. Imipramina Venlafaxina no alteró las farmacocinéticas de imipramina o 2-hidroxi-imipramina. Sin embargo, incrementó el AUC, C_{max} y C_{min} de desipramina alrededor de un 35%. El AUC para 2-hidroxi-imipramina duplicó su valor de 2,5 a 4,5. Imipramina no alteró las farmacocinéticas de venlafaxina ni de O-desmetilvenlafaxina. Esto deberá tenerse en cuenta en pacientes tratados con imipramina y venlafaxina de forma concomitante. Risperidona Venlafaxina incrementó el AUC de risperidona en un 32% pero no alteró significativamente el perfil farmacocinético de la cantidad total de principio activo (suma de risperidona más 9-hidroxi-risperidona). Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. Diazepam Diazepam no parece afectar la farmacocinética tanto de venlafaxina como de O-desmetilvenlafaxina. Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética o la farmacodinamia de diazepam. Litio Las farmacocinéticas de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina no se ven afectadas con la administración concomitante de litio. Venlafaxina a su vez no tiene efectos sobre la farmacocinética del litio (Ver también el apartado Fármacos con actividad sobre el sistema serotoninérgico). Fármacos con elevada unión a proteínas plasmáticas Venlafaxina no se une en elevada proporción a proteínas plasmáticas (27%); por ello no es esperable que la administración de venlafaxina a pacientes en tratamiento con fármacos de elevada unión a proteínas plasmáticas provoque un aumento de la concentración libre de estos fármacos. Inhibidores o inductores de los enzimas hepáticos La inducción o inhibición en los sistemas enzimáticos hepáticos puede afectar el metabolismo y la farmacocinética de DOBUPAL Retard (venlafaxina). Cuando se administra concomitantemente venlafaxina con un inhibidor de los enzimas hepáticos, es conveniente reducir la dosis de venlafaxina al mínimo eficaz. Triptófano La administración concomitante de DOBUPAL Retard (venlafaxina) y triptófano podría inducir una mayor incidencia de efectos secundarios relacionados con la 5-HT. No hay experiencia en cuanto al uso concomitante de venlafaxina con triptófano en pacientes deprimidos. Fármacos metabolizados por las isoenzimas del citocromo P450 Los estudios indican que venlafaxina es un inhibidor relativamente débil de CYP2D6. Venlafaxina no inhibió CYP3A4, CYP1A2 y CYP2C9 in vitro. Tampoco se han hallado interacciones in vivo con los siguientes fármacos: alprazolam (CYP3A4), cafeína (CYP1A2), carbamazepina (CYP3A4) y diazepam (CYP3A4 y CYP2C19). 4.6. Embarazo y lactancia. Uso durante el embarazo. No se ha establecido la seguridad de empleo de venlafaxina durante el embarazo. Venlafaxina debe administrarse a mujeres embarazadas solo si el beneficio potencial supera al posible riesgo. Si se usa venlafaxina durante el embarazo o poco antes del parto, pueden aparecer reacciones de retirada en el recién nacido. Uso durante la lactancia Venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina se excretan en leche humana; por ello está contraindicada su administración durante la lactancia. Uso en pediatría La seguridad y eficacia en pacientes menores de 18 años no han sido establecidas, por lo que su uso está contraindicado. 4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Aunque se ha comprobado en voluntarios sanos que DOBUPAL Retard (venlafaxina) no afecta la actividad psicomotora, cognoscitiva o el comportamiento complejo, los fármacos psicoactivos pueden deteriorar la facultad de juzgar, pensar o las habilidades motoras, por lo que los pacientes deben tener precaución al manejar maquinaria peligrosa, incluyendo automóviles, debiendo ser advertidos de tal circunstancia. 4.8. Reacciones adversas. Las reacciones adversas se enumeran a continuación por órganos y sistemas de acuerdo con las categorías de frecuencia siguientes: Frecuentes: 1% Poco frecuentes: 0,1% y < 1% Raras: 0,01% y < 0,1% Muy raras: < 0,01%. Generales Frecuentes: Astenia, fatiga. Poco frecuentes: Reacción de fotosensibilidad. Muy raras: Anafilaxis. Sistema Cardiovascular Frecuentes: Hipertensión, vasodilatación. Poco frecuentes: Hipotensión, hipotensión postural, síncope, taquicardia. Muy raras: Prolongación del intervalo QT, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular (incluyendo torsade de pointes). Sistema Digestivo Frecuentes: Disminución del apetito, estreñimiento, náuseas, vómitos. Poco frecuentes: Bruxismo. Sistema Hematológico/Linfático Poco frecuentes: Equimosis, sangrado de mucosas. Raras: Sangrados prolongados, trombocitopenia. Muy raras: Discrasias sanguíneas (incluyendo agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia y pancytopenia). Sistema Metabólico/Nutricional Frecuentes: Hipercolesterolemia (especialmente tras la administración prolongada y a dosis elevadas), pérdida de peso. Poco frecuentes: Trastornos de la función hepática, hiponatremia, aumento de peso. Raras: Hepatitis, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH). Sistema Nervioso Frecuentes: Sueños anormales, disminución de la libido, mareos, sequedad de boca, hipertonia, insomnio, nerviosismo, parestesia, sedación, temblor. Poco frecuentes: Apatía, alucinaciones, mioclonía. Raras: Convulsiones, manía, síndrome neuroléptico maligno, síndrome serotoninérgico. Muy raras: Agitación, delirio. Sistema Respiratorio Frecuentes: Bostezos. Muy raras: Eosinofilia pulmonar. Piel y anejos Frecuentes: Sudoración. Poco frecuentes: Rash, alopecia. Muy raras: Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson. Organos sensoriales Frecuentes: Anomalías en la acomodación, midriasis, trastornos visuales. Poco frecuentes: Percepción alterada del gusto. Sistema Urogenital Frecuentes: Eyaculación/orgasmo anormales (varones), anorgasmia, disfunción eréctil, afectación de la micción (en su mayoría retención). Poco frecuentes: Orgasmo anormal (mujeres), menorragia, retención urinaria. Con medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina se han descrito raramente hemorragias (equimosis, hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal y otros sangrados cutáneos o de mucosas, ver sección 4.4). La interrupción del tratamiento puede dar lugar a la aparición de reacciones de retirada y por ello se recomienda disminuir gradualmente la dosis de venlafaxina y monitorizar al paciente. Se han comunicado las siguientes reacciones tras la interrupción brusca, la reducción de dosis o retirada del tratamiento: hipomanía, ansiedad, agitación, nerviosismo, confusión, insomnio u otros trastornos del sueño, fatiga, somnolencia, parestesia, mareos, vértigo, dolor de cabeza, sudoración, sequedad de boca, anorexia, diarrea, náuseas y vómitos. La mayoría de las reacciones de retirada son moderadas y se resuelven sin necesidad de tratamiento. Aunque pueden aparecer reacciones de retirada al interrumpir el tratamiento, los datos clínicos y preclínicos disponibles no sugieren que venlafaxina origine dependencia. 4.9. Sobredosis. En la experiencia post-comercialización, se comunicaron casos de sobredosis de venlafaxina en su mayoría en combinación con otros fármacos y/o alcohol. Se han observado alteraciones electrocardiográficas (prolongación del intervalo QT, bloqueo de rama, prolongación del QRS), taquicardia sinusual y ventricular, bradicardia, hipotensión, alteración del nivel de consciencia (oscilando desde la somnolencia al coma), convulsiones y muerte. Tratamiento de la sobredosificación Se recomienda el uso de medidas de soporte general y sintomáticas; se deben monitorizar el ritmo cardíaco y los signos vitales. No se recomienda la inducción de la emesis cuando exista riesgo de aspiración. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza inmediatamente después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. La administración de carbón activado puede limitar también la absorción del fármaco. La diuresis forzada, diálisis, hemoperfusión y transfusión son de beneficio dudoso. No se conocen antidotos específicos para venlafaxina. 6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1. Lista de excipientes. Celulosa microcristalina Etilcelulosa Hidroxipropilmetilcelulosa Componentes de la cápsula: óxido de hierro rojo (E-172), óxido de hierro amarillo (E-172), dióxido de titanio (E-171), gelatina y tinta (éste último sólo en Dobupal Retard 150 mg Cápsulas). 6.2. Incompatibilidades. No aplicable 6.3. Periodo de validez. 2 años 6.4. Precauciones especiales de conservación. Almacenar a temperatura ambiente, en lugar seco. 6.5. Naturaleza y contenido del recipiente. Las cápsulas van envasadas en blísters de PVC-ACLAR/Aluminio. El contenido de los envases es: DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: Blísters de 30 cápsulas DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: Blísters de 30 cápsulas 6.6. Instrucciones de uso/manipulación. Las cápsulas de DOBUPAL Retard deben ingerirse durante las comidas con un poco de líquido. 7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN ALMIRALL PRODESFARMA, S.A. General Mitre, 151 08022 - BARCELONA 8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: 62.420 DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: 62.421 9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: 22 de Abril de 1999 DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: 22 de abril de 1999 10. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO: Marzo de 2003 Mod. FT.08.1 (04/03/03). 11. Presentación y PVP: DOBUPAL Retard 75 mg 30 cápsulas: 38,00€ PVP IVA 4%. DOBUPAL Retard 150 mg 30 cápsulas: 62,5€ PVP IVA 4%. Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación reducida. 12. FECHA ELABORACIÓN MATERIAL: JUNIO 2006. Almirall es una marca registrada de Almirall Prodesfarma, S.A.

Bibliografía: (1) Lecrubier Y. Clinical utility of venlafaxine in comparison with other antidepressants. Int Clin Psychopharmacol. 1995 Mar; 10 Suppl 2:29-35. (2) Montgomery SA et al. Venlafaxine versus placebo in the preventive treatment of recurrent major depression. J Clin Psychiatry 2004; 65:328-336. (3) Nadia Kunz et al. Venlafaxine to prevent Recurrent MDD. P025-11, IFMAD, Montecarlo 2000. (4) Kelsey JE. Clinical perspective on achieving and maintaining remission in depression. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 26:16-21. (5) Gutierrez MA, Stimmel GI, Aiso JV. Venlafaxine: A 2003 Update. Clinical Therapeutics. 2003; 25(8):2138-2154. (6) Kaplan EM. Efficacy of venlafaxine in patients with major depressive disorder who have unsustained or no response to selective serotonin reuptake inhibitors: an open-label, uncontrolled study. Clinical Therapeutics 2002; 24 (7): 1194-2000. (7) M.-F. POIRIER and P. BOYER. Venlafaxine and paroxetine in treatment-resistant depression. Double-blind, randomised comparison. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (1999), 175, 12-16. (8) Ticknor CB. Pharmacological considerations in treating depression: a patient-centered approach. Journal of Managed Care Pharmacy. 2004;10(2(suppl-a)):58-15 (9) Entsuah R, Zhang J. Remission of depressive symptoms in patients treated with venlafaxine or SSRIs. Poster presented at the World Congress of Women's Mental Health; March 17-20, 2004; Washington, DC. (10) Fichta técnica. (11) Barcia D, Agüera L, Ayuso JL, Baca E, Gutierrez Fraile M, Carrasco JL. Objetivo Remisión. El tratamiento efectivo de la Depresión. Madrid: Aula Médica 2001. (12) Bernardo M. Venlafaxinaretard: perfil de seguridad y adherencia terapéutica en el tratamiento de la Depresión. Actas Esp Psiquiatria 2000; 28 (Suppl. 1): 28-33. (13) Salinas E., for de venlafaxine XR 367 study group. Once-daily venlafaxine XR versus paroxetine in outpatients with major depression. ECNP Congress, Paris 1998. (14) G.M. McPartlin, A. Reynolds, C. Anderson, J. Casoy. A comparison of once-daily venlafaxine XR and paroxetine in depressed outpatients treated in general practice. Primary Care Psychiatry 1998;127-132. (15) Masand PS, Gupta S. Long-term side effects of never generation antidepressants: SSRIs, venlafaxine, nefazodone, bupropion, and mirtazapine. Ann Clin Psychiatry. 2002 Sep; 14 (3): 175-82. Review.

Los datos personales necesarios para poderle entregar este material promocional están recogidos en un fichero cuyo responsable es Almirall Prodesfarma, S.A., que los utilizará para la gestión comercial únicamente interna. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición simplemente escribiendo a Almirall Prodesfarma, S.A., Ronda General Mitre, 151. 08022-Barcelona.

variantes de P: el P paraneoplásico, el P IgA, y el P herpetiforme^{3,4}.

Los pacientes con PV se caracterizan por la presencia ampollas flácidas, de contenido inicial claro (puede hacerse hemorrágico, turbio o seropurulento), de paredes finas, frágiles, sobre piel sana que al evolucionar desarrollan un halo inflamatorio, finalmente se rompen formando erosiones dolorosas. Dependiendo de la localización y el número de lesiones se pueden establecer dos grupos clínicos distintos: una forma mucosa dominante, con lesiones en mucosa (casi siempre en la oral) pero con poca afectación cutánea, y una forma mucocutánea en la que los pacientes presentan lesiones tanto en mucosas como en zonas extensas de la superficie corporal^{1-3,5,6}.

En más del 50% de los casos la enfermedad se inicia en la cavidad oral. Nuestro caso pertenece a un subgrupo infrecuente de inicio brusco, agudo, que muestra una erupción ampollosa generalizada, que es el de peor pronóstico³.

El diagnóstico se basa en la clínica, aunque debe confirmarse con el estudio histopatológico de una lesión temprana (vesícula incipiente), la inmunofluorescencia directa e indirecta (en nuestro paciente se realizó la biopsia de una lesión evolucionada días después de haberse iniciado el tratamiento, por lo que no fue útil).

Los corticoides sistémicos son el soporte principal del tratamiento (en general prednisona en una dosis de 1 mg/ kg/ día es una dosificación inicial típica), y los agentes inmunosupresores como la azatioprina, ciclofosfamida o micofenolato de mofetilo suelen usarse por su efecto de ahorro de corticoides, para reducir los efectos adversos de éstos. Desde que se emplean estos fármacos se ha reducido considerablemente la morbi-mortalidad de esta enfermedad. En formas muy intensas el principal motivo de muerte son las alteraciones bioquímicas y las infecciones, aunque tampoco es infrecuente como resultado de otros efectos secundarios del tratamiento^{3,7,8}.

El diagnóstico diferencial se realizará con distintas entidades en función del grupo clínico^{3,9,10}:

- 1) Afectación únicamente de mucosa oral (aquí el diagnóstico es más difícil): aftosis oral y genital (incluida la enfermedad de Behçet), herpes simple, liquen plano erosivo, eritema exudativo multiforme y penfigoide cicatricial.
- 2) Afectación de piel y mucosas: síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica, quemadura, fitofotodermatitis, penfigoide ampoloso (ampollas tensas, ya que son subepidérmicas no muestran los signos de Nikolsky ni de Asboe-Hansen), enfermedad IgA lineal, epidermolisis ampollosa adquirida y otras formas de P.

Bibliografía

1. Sánchez Pérez J, García Díez A. Pénfigo. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96:329-56.
2. Rivera R, Postigo C, de la Mano D, Vanaclocha F, Iglesias L. Pénfigo: estudio retrospectivo de 52 casos. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95:213-8.
3. España A, Sánchez Carpintero I, Díaz LA. Pénfigo vulgar. En: España Alonso A, Mascaró Galy JM. *Enfermedades ampollosas*. Madrid: Grupo Aula Médica, 2004;105-28.
4. Mascaró Galy JM, Iranzo Fernández P, Herrero Mateu C. Pénfigo paraneoplásico. *Piel* 2007;22:63-71.
5. Scully C, Paes de Almeida O, Porter SR, Gilkes JJH. Pemphigus vulgaris: the manifestations and long-term management of 55 patients with oral lesions. *Br J Dermatol* 1999;140:84-9.
6. Palleschi GM, Cipollini EM, Lotti T. Development of oesophageal involvement in a subject with pemphigus vulgaris: a case report and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:405-8.
7. Yeh SW, Sami N, Ahmed RA. Treatment of pemphigus vulgaris. Current and emerging options. *Am J Clin Dermatol* 2005;6:327-42.
8. Harman KE, Seed PT, Gratian MJ, Bhogal BS, Challacombe SJ, Black MM. The severity of cutaneous and oral pemphigus is related to desmoglein 1 and 3 antibody levels. *Br J Dermatol* 2001;144:775-80.
9. Pereiro M Jr, Suarez I, Monteagudo B, Abalde MT, Sanchez Aguilar D, Toribio J. Alternariosis refractory to itraconazole in a patient suffering from bullous pemphigoid. *Dermatology* 2001;202:268-70.
10. Campos Domínguez M, Suárez Fernández R, Lázaro Ochaita P. Métodos diagnósticos en las enfermedades ampollosas subepidérmicas autoinmunes. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:485-502.