

Lesiones cutáneas ampollosas

María José Cabra Bellido¹, Paula M. Gómez Fernández²

¹ MIR 3 MFyC. C.S. Os Rosales. A Coruña.

² MIR 4 MFyC. C.S. San José B. A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2012
Volume 18
Páx. 00-00

ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer de 42 años sin alergias medicamentosas conocidas ni enfermedades médico-quirúrgicas de interés. No toma tratamientos de forma habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Acude al Servicio de Urgencias por lesiones de 24 horas de evolución, que en un primer momento consistían en placas eritematosas y pruriginosas sobre las que posteriormente se formaron vesículas y ampollas distribuidas por ambos miembros inferiores, tal y como se muestra en las imágenes.

Niega cambio de hábitos, uso de nuevas cremas, detergentes, etc... No antecedente de toma de fármacos reciente ni ingesta de nuevos alimentos. En la anamnesis destaca que el día anterior a la aparición de las lesiones realizó una excursión por medio rural. Refiere que nunca había tenido clínica similar.

PREGUNTAS

¿Cuál sería su diagnóstico?

1. Dermatitis herpetiforme
2. Penfígoide ampollosa
3. Prúrigo ampollosa
4. Pénfigo

¿Qué tratamiento elegiría?

Correspondencia

cabra.bellido@gmail.com

C.S. Os Rosales · Calle Alfonso Rodríguez Castelao s/n. 15011, A Coruña



FIGURA 1

Lesión inicial



FIGURA 2

Lesiones vesiculosas



FIGURA 3

Ampollas

papulo-eritemato-edematosas-descamativas que evolucionan a vesículas-costras y a una necrosis central. Suele acompañarse de fiebre y astenia. Evoluciona a la curación de forma espontánea después de varias semanas y dejan cicatrices varioliformes hiperpigmentadas.

La forma crónica, más frecuente, se caracteriza por pápulas eritematosas que evolucionan a pápulas pigmentadas con descamación. No hay afectación sistémica, se curan después de meses o años y no dejan cicatrices.

Agradecimientos: Jesús Combarro Mato, por la cesión de la imagen del eccema numular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolff K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th Edition. Madrid. Editorial McGraw-Hill's.
2. Erika Paez, Francisco González Otero. 1º Consenso nacional de Psoriasis. Dermatología Venezolana 2009; vol3-4:37-56.
3. Griffiths CE, Barder JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. 2007 Jul 21; 370(9583):263-71.
4. 17th Edición Harrison Principios de Medicina Interna.
5. Josep Manel Casanova. Miquel Ribera. Enfermedades de la piel. Protocolo FMC. 2001; 8:39-41.
6. Manuel Fernández. Pedro Jaén. Epidemiología y presentaciones clínicas de la psoriasis. Psoriasis del cuero cabelludo. Curso on line. www.diariomédico.com 2010.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO: LESIONES CUTÁNEAS AMPOLLOSAS

Se trata de un Prúrigo Ampollosos.

Se denomina prúrigo a un grupo de patologías cutáneas, de etiología dudosa o desconocida, caracterizadas por prurito intenso y lesiones cutáneas asociadas.

Podemos diferenciar varios tipos de prúrigos:

· Prúrigo simple agudo: Típicamente afecta a los niños. Generalmente es debida a picaduras de insectos; ocurre con más frecuencia en verano y otoño, y en ambientes rurales. Empieza con habones, que se convierten en pápulas que pueden presentar vesículas apicales y centrales. Son muy pruriginosas y suelen asociar lesiones de rascado por lo que su principal complicación es la impetiginización. Curan sin dejar cicatriz. En ocasiones, como en el caso que presentamos, aparecen ampollas denominándose entonces Prúrigo Ampollosos. Se localiza predominantemente en miembros inferiores y tronco.

· Prúrigo simple subagudo/crónico: Según el tiempo de evolución. Más habitual en adultos, sobre todo en mujeres. Se ha relacionado con la toma de anticonceptivos orales, hepatopatías, alteraciones gastrointestinales, embarazo, diabetes mellitus, patologías hematológicas o renales y con patología psiquiátrica (neurosis y depresión). Suelen ser pápulas urticariformes o nódulos pruriginosos con vesícula tensa central que al cicatrizar dejan una lesión hiperpigmentada. Se localiza en tronco, superficie extensora de los brazos y cabeza.

· Prúrigo nodular: afecta por igual a ambos sexos, con una edad promedio entre 20-60 años. Existen antecedentes de atopia en un porcentaje elevado. Son nódulos sólidos, de superficie verrucosa, agrupadas normalmente de manera simétrica en superficies extensoras de extremidades, y menos frecuente en abdomen y nalgas. Suele observarse una hiperpigmentación postinflamatoria. Su origen es desconocido y a menudo se considera una variedad del liquen simple crónico. Además presenta unos hallazgos histopatológicos característicos.

Tratamiento:

El tratamiento inicial del prúrigo es sintomático; consiste en antihistamínicos orales y corticoides tópicos. Cabe señalar que el prúrigo nodular suele ser resistente a estas medidas terapéuticas, pudiendo necesitar corticoides intralesionales, crioterapia, el empleo de talidomida e incluso cirugía.

Diagnóstico Diferencial:

Penfigoide Ampollosos: enfermedad autoinmune crónica que afecta a personas mayores. Existen ciertos factores de riesgo para desarrollar un penfigoide ampollosos que incluyen la presencia de enfermedades neurológicas (demencia y Parkinson), psiquiátricas, pacientes encamados y ciertos fármacos (antibióticos y AINEs). Se caracteriza por ampollas subepidérmicas voluminosas y tensas, que pueden aparecer sobre piel sana, o sobre placas congestivas urticariformes. Las lesiones predominan en cara interna de muslos, ingle, tórax, axilas y cuello. Al romperse, dejan costras hemorrágicas dolorosas. Suele tener un buen pronóstico respondiendo bien al tratamiento con corticoides sistémicos, aunque puede persistir durante meses, con brotes.

Dermatitis herpetiforme: dermatosis benigna y crónica que a menudo se asocia a enteropatía por gluten, generalmente asintomática. Consiste en máculas eritematosas urticariformes sobre las que aparece una agrupación de vesículas con distribución herpetiforme muy pruriginosa. Se distribuyen por las superficies de extensión. Se puede tratar con sulfonas, con dieta exenta de gluten o una combinación de ambas estrategias terapéuticas. Los corticoides producen escasa mejoría por lo que no están indicados.

Pénfigos: en este grupo se incluyen enfermedades crónicas autoinmunes caracterizadas por la pérdida de cohesión celular (acantólisis) y la formación de ampollas intraepidérmicas, flácidas, que rompen con facilidad. Afectan tanto a piel como a mucosas; de hecho, en la mayoría de los casos, las lesiones comienzan en la mucosa bucal. Existen varias formas de pénfigos, clasificadas por la clínica y el tipo de anticuerpo detectado. Las dos formas más conocidas son, el vulgar y el foliáceo. El pénfigo foliáceo se ha relacionado con la toma de fármacos, siendo los más frecuentes la penicilamina, el captopril, la rifampicina, el piroxicam y la penicilina. El pénfigo inducido por fármacos suele resolverse al suspender el fármaco. En cuanto al tratamiento se emplean los corticoides sistémicos y en caso de que la enfermedad sea extensa, se utilizarán otros inmunosupresores como terapia adyudante. Las lesiones

suelen curar sin dejar cicatriz.

COMENTARIO

El prurigo es una patología estacional, muy frecuente en niños pero sin olvidar que también aparece en adultos. Puede presentar distintas morfologías, algunas de ellas tan llamativas como el caso de nuestra paciente, y que nos puede plantear dudas diagnósticas, llevándonos a pensar en enfermedades más graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gernot Rassner. Manual y Atlas de Dermatología. Grupo del Prurigo. 5ª edición, Editorial Hartcourt. Pág.188.
2. Fitzpatrick's. Dermatology in Medicine Practice. 7th Edition. Editorial McGraw – Hill.
3. Andrew's Dermatología Clínica. Editorial Marbán. Edición en español de: Andrews'Diseases of the Skin. Clinical Dermatology, 9th e.
4. Saenz Guirado, S; Ruiz del Portal López – Bryan. El prurito. Disponible en www.medinet.com
5. Urbina González, F.; Sudy Moya, E.; Misad Saba, C. y Sandobal Salas, R.; Prurigos. La medicina Hoy. Disponible en www.jano.es
6. Harrison, Principios de Medicina Interna. 17 Edición. Editorial McGraw-Hill. Capítulo 55.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO: HALLAZGO RADIOLÓGICO EN UNA PACIENTE DE 42 AÑOS DIAGNÓSTICO

Con la sospecha de encondroma se deriva al Servicio de Traumatología para estudio. Se realiza RMN informada como encondroma en falange proximal de segundo dedo. Discreta fibrosis epineural y pequeño neuroma de Morton. Se confirma así el diagnóstico y la causa del dolor.

EXPLICACIÓN FINAL

El encondroma es la lesión lítica más frecuente de las falanges. Es un tipo de tumor óseo benigno que se origina a partir del crecimiento anormal del tejido cartilaginoso. Si bien pueden afectar a personas de cualquier edad, aparece con mayor frecuencia en personas de entre 10 y 20 años. Afecta tanto a hombres como a mujeres.

Las personas que tienen un encondroma no suelen manifestar ningún síntoma, siendo un hallazgo casual como en el caso que nos ocupa. Sin embargo, cuando los síntomas están presentes suelen manifestarse como: dolor si el tumor es muy grande o si el hueso se ha debilitado provocando una fractura, agrandamiento del dedo afectado y lentitud en el crecimiento del hueso en la zona afectada.



El diagnóstico se hace mediante rayos X, pudiéndose diferenciar de un infarto óseo ya que este suele tener un borde bien definido, densamente esclerótico y serpentiginoso, mientras que el encondroma no lo tiene. Asimismo puede ser necesario el estudio por RMN para hacer el diagnóstico diferencial con el condrosarcoma. El tratamiento suele ser quirúrgico, aunque si no hay ninguna señal de debilitamiento del hueso o de crecimiento del tumor, se sugiere limitarse a la observación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Helms. Fundamentos de radiología del esqueleto. 3ª edición. Marbán; 2006; 2:9-12
2. www.northshorelij.staywellsolutionsonline.com/Spanish