

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Juan David Ruiz Restrepo¹; Melissa Alejandra Quintero Picón²; Laura Trujillo Gaviria³

CASO CLINICO

Hombre de 71 años, conductor, residente de la ciudad de Medellín, Colombia. Refiere cuadro de 10 años de evolución de lesiones en piel, que iniciaron como ampollas en ambas manos (**figuras 1 a 5**) y caída de las uñas, posteriormente con aparición de “heridas” generalizadas y pérdida de la visión por el ojo derecho. En la revisión por sistemas, refiere pérdida de 20 kg en el transcurso de la enfermedad y sudoración nocturna. Niega síntomas respiratorios o fiebre.

Antecedentes:

- Patológicos: niega.
- Quirúrgicos: laparotomía por herida por proyectil de arma de fuego, herniorrafia inguinal izquierda.
- Farmacológicos: pregabalina, 1 cápsula cada noche.

Al examen físico presenta placas discrómicas de aspecto cicatricial, de bordes irregulares mal definidos, algunas con centro ulcerado, recubiertas de costra café de aspecto verrugoso. Las lesiones son de diferentes tamaños, que varían entre 1 y 10 cm y están ubicadas en mejilla izquierda, zonas preauriculares, pabellones auriculares, tórax anterior, axilas, abdomen y región lumbar (**figuras 1 a 4**). Sobre la lesión de la axila derecha presenta una ampolla tensa de contenido claro (**figura 5**).

Presenta, además, xerosis marcada generalizada, con escamas de color marrón oscuro en la cara anterior de los muslos y las piernas (**figura 6**); adenopatías mayores de 1,5 cm, aglomeradas, duras, localizadas en la región inguinal bilateral y en la axila izquierda.

Paraclínicos:

- Hb: 15,7 (13,8 a 17,8 g/dL)
- Leucocitos: 8730 (4,5 a 11,0 × 10⁹/L)
- Neutrófilos: 2960 (2000-7500/mm³)
- Linfocitos: 2560 (1500-4000/mm³)
- Eosinófilos: 2290 (40 a 500 células/μL)
- VIH: negativo

1. Patólogo, Docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Patólogo, SURA Ayudas Diagnósticas, Medellín, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3000-2942>
2. Residente de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4093-9704>
3. Residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8053-156X>

Correspondencia: Juan David Ruiz Restrepo; **email:** juandavidruizrpo@gmail.com

Recibido: 06/02/20; **aceptado:** 30/04/20

Cómo citar: Ruiz-Restrepo JD, Quintero-Picón MA, Trujillo-Gaviria L. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? Rev Asoc Colomb Dermatol. 2020;28(1): 8-14. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1485>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

- VDRL: negativo
- Glicemia: 89 (99 mg/dL)
- Creatinina: 0,85 (0,7 a 1,3 mg/dL).

El diagnóstico más probable es:

1. Penfigoide ampolloso
2. Pénfigo paraneoplásico
3. Epidermolisis ampollosa adquirida
4. Linfoma cutáneo de células T

Histológicamente, en el bajo aumento se identifica piel con estrato córneo ortoqueratósico, estrato de Malpighi con hendidura subepidérmica y epitelio suprayacente a la hendidura intacto, corion con infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares eosinófilos en el piso de la ampolla e infiltrado inflamatorio de linfocitos en la dermis superficial conformado por plasmocitos, linfocitos e histiocitos, acompañados por eosinófilos (**figuras 7, 8 y 9**) y caída de pigmento (**figura 10**). Adicionalmente, se realizó inmunofluorescencia directa con técnica de hendidura salina a una de las lesiones en tórax, que marcó positividad granular para IgG y C3 en el techo de la hendidura subepidérmica (**figuras 11 y 12**), IgA e IgM negativos.



Figura 1. Placas eritematosas y erosiones en tórax superior.



Figura 2. Erosiones y placas atróficas en pabellón auricular y periauriculares.



Figura 3. Úlceras y placas atróficas y discrómicas en tórax anterior.



Figura 4. Placas atróficas en tórax posterior.



Figura 5. Erosiones, úlcera y ampolla en el pliegue axilar derecho.



Figura 6. Piel atrófica, con escamas color marrón y xerótica en ambos miembros inferiores.

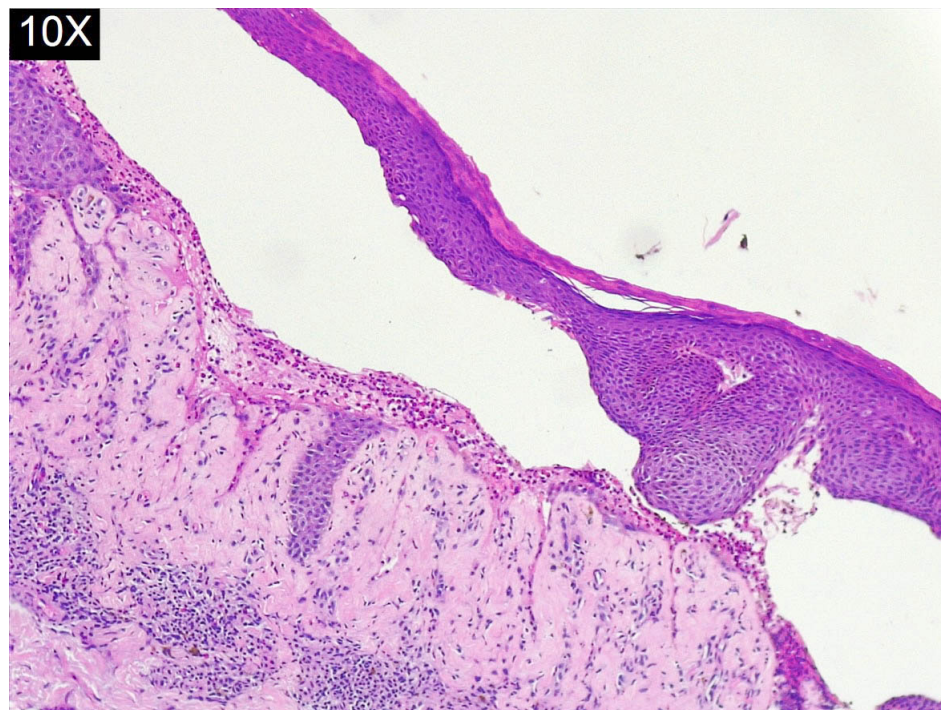


Figura 7. Se observa hendidura subepidérmica, con epidermis intacta, dermis superficial con fibrosis.

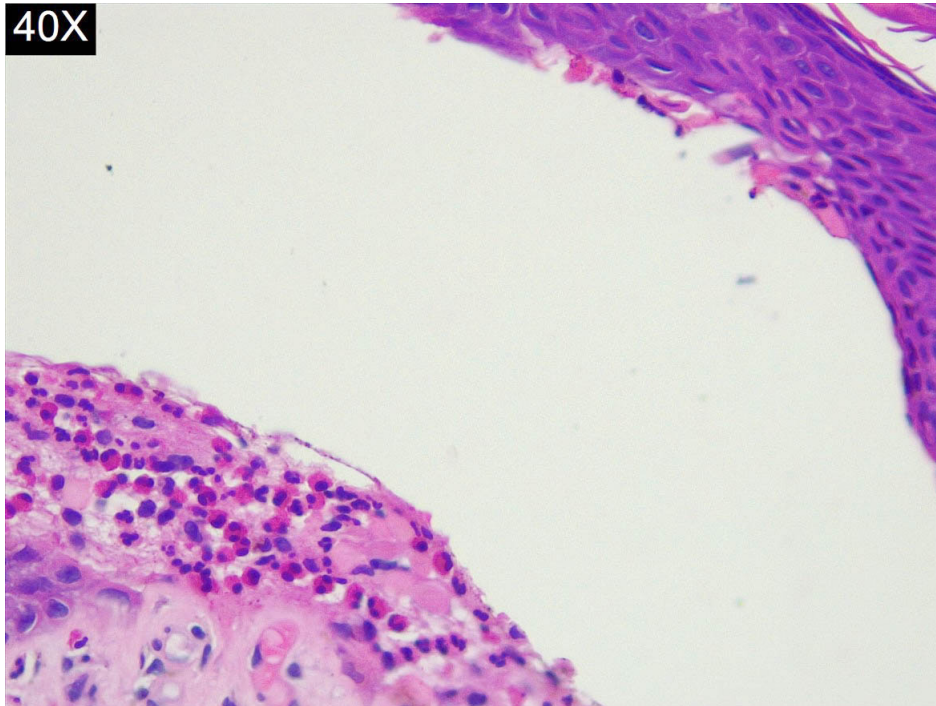


Figura 8. Se observa una hendidura subepidérmica con abundantes eosinófilos en el piso de la ampolla, que corresponde a la dermis papilar.

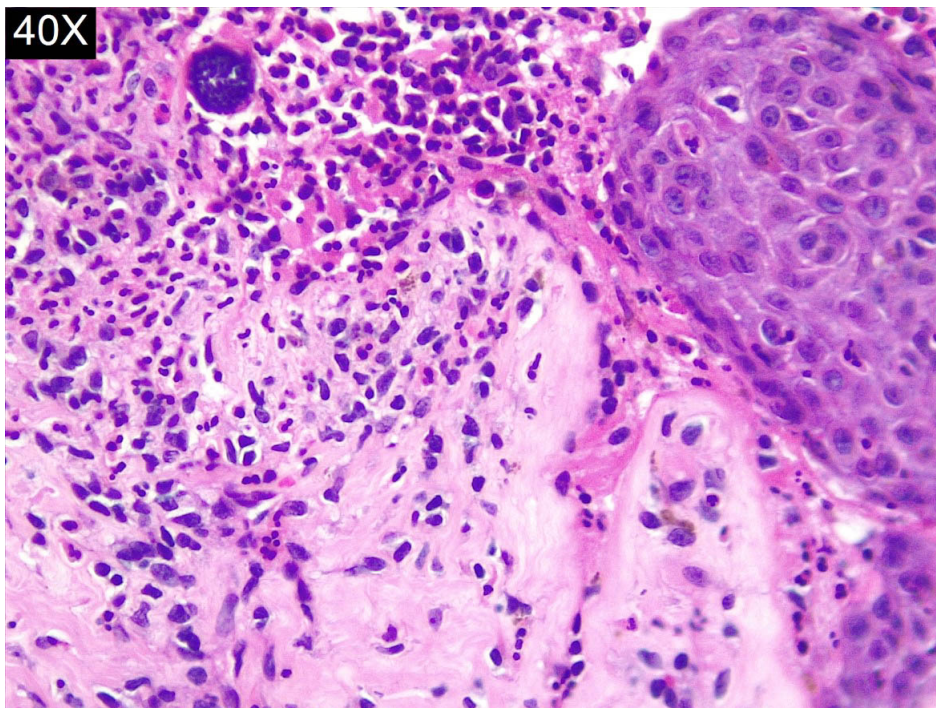


Figura 9. El infiltrado de la dermis superficial consiste en polimorfonucleares neutrófilos y eosinófilos, con linfocitos y áreas de calcificación (flecha).

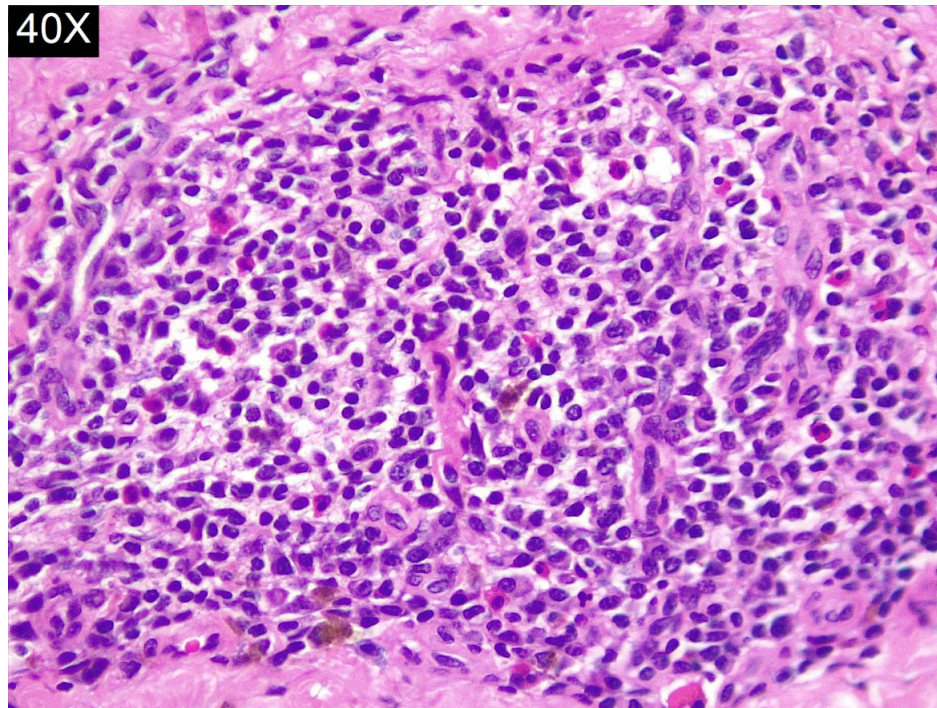


Figura 10. Corion con denso infiltrado inflamatorio crónico, conformado por plasmocitos en abundante cantidad, linfocitos y macrófagos; se observan, además, melanófagos (flecha).

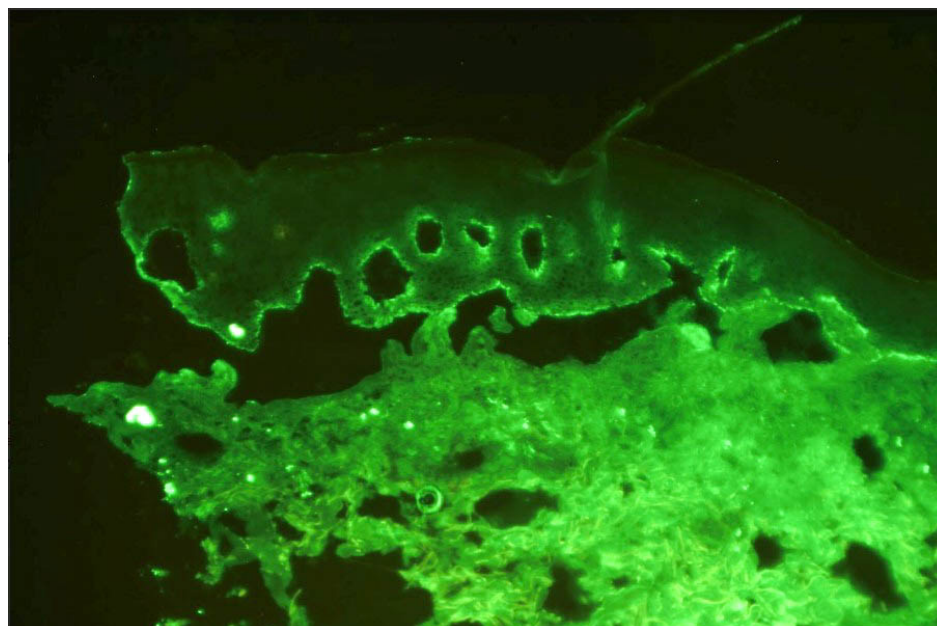


Figura 11. IFD: marcación positiva lineal para IgG en el techo de la hendidura subepidérmica con la técnica de hendidura salina.

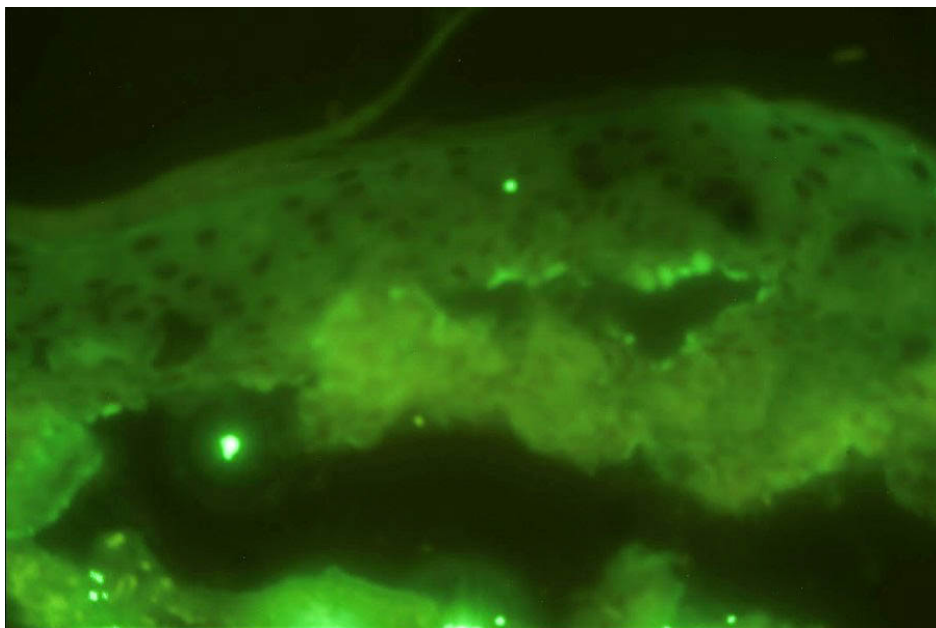


Figura 12. IFD: marcación positiva lineal para C3 en el techo de la hendidura subepidérmica, con la técnica de hendidura salina.

Puntos clave

- Enfermedad ampollosa crónica de 10 años de evolución en paciente con síndrome constitucional
 - Hendidura subepidérmica con infiltrado eosinofílico
 - IFD con marcación positiva lineal para IgG y C3 en el techo de la hendidura
-

¿Cuál es su diagnóstico?

Respuesta en la página 88