P-127

CUANDO EL DIAGNÓSTICO ESTÁ EN LA MEDICACIÓN: PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A LINAGLIPTINA

Marilenny Montilla Mesa[1], Roger Gabriel Vera Gómez[1], Juan Manuel Orriach González[2]

[1] *Centro de Salud Alcázar 1*

[2] *Centro de Salud Mota del Cuervo*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 92 años, exfumadora, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, obesidad y síndrome de apneas-hipopneas del sueño grave, en tratamiento con CPAP con buena adherencia. Su tratamiento habitual incluía omeprazol, losartán/hidroclorotiazida, atorvastatina, dutasterida/tamsulosina, insulina glargina, metformina/linagliptina y trazodona.

Consulta por la aparición de lesiones exudativas, eritematosas y muy pruriginosas, con lesiones de rascado asociadas, localizadas inicialmente en región inguinal, hipogastrio y región submamaria. Se orientó como intertrigo candidiásico sobreinfectado y se instauró tratamiento tópico con betametasona 0,5 mg/g y gentamicina 1 mg/g.

Dos semanas después, consulta nuevamente por la aparición de vesículas y ampollas sobre las lesiones previas, en diferentes estadios evolutivos. Ante la progresión del cuadro, se realiza interconsulta con Dermatología, que recomienda la retirada de linagliptina ante la posibilidad de que actúe como desencadenante, y deriva a Urgencias hospitalarias para valoración. La paciente ingresa posteriormente a cargo de Medicina Interna.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A su llegada presenta TA 111/52 mmHg, FC 100 lpm, saturación de oxígeno basal del 94% y temperatura de 36,8°C. Se encuentra en buen estado general, con palidez cutánea. En la exploración dermatológica se observan lesiones ampollosas a tensión, en diferentes estadios evolutivos, localizadas en espalda, abdomen, miembros inferiores y antebrazo izquierdo.

En la analítica destaca hemoglobina de 9,7 g/dL, leucocitos 9.200/μL, con 78,9% de neutrófilos, VSG 18 mm/h, TP 66%, creatinina 1,39 mg/dL, hierro sérico 46 μg/dL y PCR 9,4 mg/dL. Los Ac anticelulares IFI negativos.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Penfigoide ampolloso farmacológico en relación con el tratamiento con linagliptina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatitis herpetiforme, epidermólisis ampollosa adquirida y dermatosis ampollosa por IgA lineal.

CONCLUSIONES

El penfigoide ampolloso asociado a inhibidores de la DPP-4 constituye una reacción adversa farmacológica relevante, especialmente en pacientes de edad avanzada tratados con gliptinas. Su presentación inicial puede simular enfermedades dermatológicas frecuentes, como el intertrigo candidiásico, dificultando el diagnóstico.

Este caso pone de manifiesto la importancia de revisar de forma sistemática la medicación ante una dermatosis de aparición reciente, progresiva o refractaria al tratamiento habitual. La coordinación entre Atención Primaria, Dermatología y Medicina Interna resulta fundamental para establecer el diagnóstico, identificar y retirar el fármaco potencialmente implicado y realizar el seguimiento posterior.

BIBLIOGRAFÍA

-Van Beek N, Krüger S, Fuhrmann T, Lemcke S, Goletz S, Probst C, et al. Multicenter prospective study on multivariant diagnostics of autoimmune bullous dermatoses using the BIOCHIP technology. Journal of the American Academy of Dermatology. noviembre de 2020;83(5):1315-22. doi:10.1016/j.jaad.2020.01.049

-Borradori L, Van Beek N, Feliciani C, Tedbirt B, Antiga E, Bergman R, et al. Updated S2 K guidelines for the management of bullous pemphigoid initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). Acad Dermatol Venereol. octubre de 2022;36(10):1689-704. doi:10.1111/jdv.18220

CÓMO CITAR

Montilla Mesa M, Vera Gómez RG, Orriach González JM. CUANDO EL DIAGNÓSTICO ESTÁ EN LA MEDICACIÓN: PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A LINAGLIPTINA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):126-127. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4