



## ■ REPORTE DE CASO

### Abordaje del penfigoide ampuloso en paciente de edad avanzada


#### Management of bullous pemphigoid in elderly patients

Aramí María Centurión Villalba<sup>1</sup> , Braulio Mauricio Fleitas Goiriz<sup>1</sup> ,  
Arnaldo Benjamín Aldama Caballero<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

**Editor responsable:** Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. 

**Revisora:**

Laura Andrea Domínguez Gallardo. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay. 

**Cómo referenciar este artículo:** Centurión Villalba AM, Fleitas Goiriz BM, Aldama Caballero AB. Abordaje del penfigoide ampuloso en paciente de edad avanzada. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142618

**Artículo recibido:** 16 octubre 2025

**Artículo aceptado:** 26 febrero 2026

**Autor correspondiente:**

Dra. Aramí María Centurión Villalba  
Correo electrónico: aramicv\_192@hotmail.com

Dictamen del artículo:

[https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/76\\_26\\_dictamen\\_reemplazo.pdf](https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/76_26_dictamen_reemplazo.pdf)

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

#### RESUMEN

Las enfermedades ampollas en un paciente de edad avanzada representan un reto diagnóstico y terapéutico, entre las cuales se debe considerar al penfigoide ampuloso como una de las más prevalentes. Suele ser más frecuentemente idiopático, aunque hay algunos casos que se asocian a la utilización de ciertos fármacos empleados de forma rutinaria en patologías comunes como diabetes mellitus y enfermedad de Parkinson, además con una relación histórica con ciertas neoplasias.

Presentamos el caso de un paciente de la tercera edad con diagnóstico de penfigoide ampuloso por los hallazgos clínicos confirmados en la anatomía patológica,

donde se consideró la etiología farmacológica y neoplásica.

**Palabras claves:** penfigoide ampolloso, enfermedades cutáneas vesiculo-ampollosas, erupciones por medicamentos

## ABSTRACT

Bullous diseases in elderly patients represent a diagnostic and therapeutic challenge, among which bullous pemphigoid should be considered one of the most prevalent. It is usually idiopathic, although there are some cases associated with the use of certain drugs routinely used in common pathologies such as diabetes mellitus and Parkinson's disease, as well as a historical relationship with certain neoplasms.

We present the case of an elderly patient diagnosed with bullous pemphigoid based on clinical findings confirmed by pathological anatomy, where pharmacological and neoplastic etiology was considered.

**Keywords:** bullous pemphigoid, vesicular-bullous skin diseases, drug eruptions

## INTRODUCCIÓN

El penfigoide ampolloso representa la dermatosis con localización subepidérmica de etiología autoinmune más frecuente, asociada a autoanticuerpos circulantes contra el antígeno BP o PA 180 y 230 Kd, que se localizan en el hemidesmosoma de la membrana basal <sup>(1)</sup>. Es más frecuente en pacientes de edad avanzada, y no hay una predominancia en el sexo <sup>(2)</sup>.

Se observa un aumento en la incidencia de los casos de penfigoide ampolloso, debido a tres factores principales: mayor esperanza

de vida, que viene acompañada de la utilización de más fármacos para el tratamiento de enfermedades concomitantes, además del aumento en el reconocimiento de casos de variantes atípicas con formas no ampollares <sup>(1)</sup>.

Se han descrito varios factores de riesgo y desencadenantes del penfigoide ampolloso <sup>(2)</sup>. Ciertos fármacos pueden producir anticuerpos contra proteínas de la lámina lúcida y estimular o desencadenar una respuesta autoinmune, pero el nivel de evidencia es bajo ya que los estudios no cuentan con grupos de control <sup>(3)</sup>.

La asociación del penfigoide ampolloso con neoplasias es un tema controversial, con muchos resultados conflictivos en diversos estudios realizados durante mucho tiempo, algunos demostrando asociación con ciertos cánceres, mientras que otros no, por lo que es un tema de continuo debate y con estudios prospectivos en marcha <sup>(4,5)</sup>. A diferencia de las neoplasias, varios estudios observacionales han demostrado evidencia significativa en la asociación del penfigoide ampolloso con enfermedades neurológicas que se mantiene luego del ajuste por edad <sup>(6)</sup>.

Se presenta el caso de un paciente de edad avanzada con tratamiento farmacológico estable y crónico, por deterioro cognitivo leve, que desarrolla penfigoide ampolloso en el transcurso del tratamiento. Es de interés por la relación del deterioro neurológico y la terapéutica utilizada por la enfermedad de base además de probables neoplasias asociadas, evaluando también la respuesta al tratamiento realizado.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 75 años de edad, sexo masculino, con enfermedad de Alzheimer en tratamiento con levomepromazina 25 mg/día, paroxetina 20 mg/día y

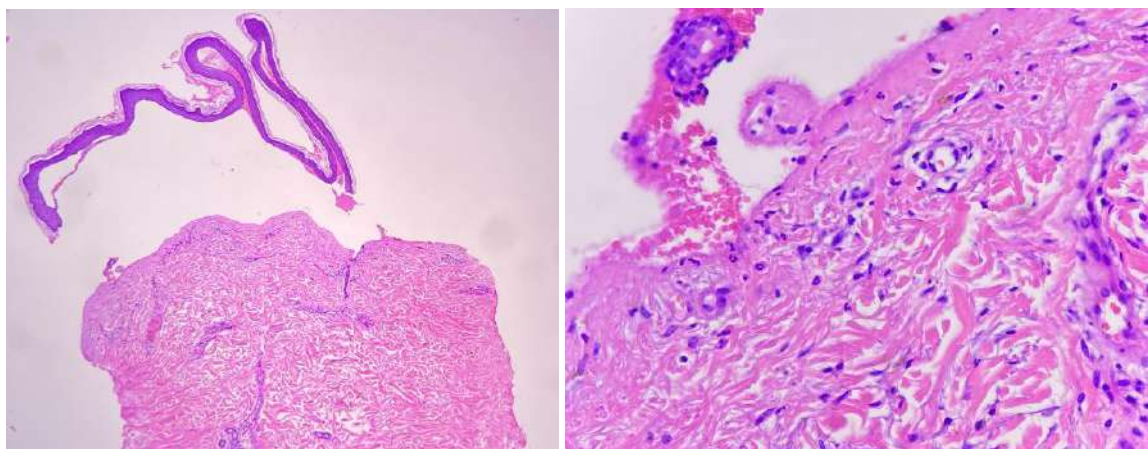
clonazepam 2mg/día, acude por cuadro de dos meses de evolución de lesiones ampollas con contenido líquido claro que inicia en miembros inferiores, se extiende luego a tronco y miembros superiores, además de picor ocasional.

Al examen físico presenta ampollas tensas de contenido seroso, algunas erosionadas y con costras hemáticas, sobre base eritematosa, distribuidas en tronco, miembros superiores e inferiores. No afectación de mucosas (figura 1).

En el laboratorio se halla hemoglobina 12,8 g/dL, hematocrito 39%, perfil renal, hepático y metabólico sin particularidades. La biopsia en sacabocados de lesión ampollosa informa: ampolla subepidérmica, infiltrado inflamatorio en dermis superficial a predominio de neutrófilos y eosinófilos, compatible con penfigoide ampoloso (figura 2).



**Figura 1.** Dermatitis constituida por placas eritematosas con ampollas tensas de contenido hemorrágico en región periumbilical, miembros superiores y miembros inferiores.



**Figura 2.** Hallazgos histológicos de biopsia por sacabocados de lesión ampollosa, punch N° 4. Ampolla subepidérmica: en dermis superficial se observa infiltrado inflamatorio constituido por neutrófilos y eosinófilos.

Entre los diagnósticos diferenciales se contempla erupción medicamentosa bullosa. Se inicia tratamiento con prednisona 75 mg/día, además cefalexina 500 mg c/8hs por 7 días, tratamiento tópico con ácido fusídico y betametasona, desparasitación con albendazol 400 mg por día por 5 días, omeprazol 20 mg/día. Por la gravedad de las lesiones iniciales y como ahorradores de corticoides, se solicitan estudios ante probable inicio de inmunosupresores. Retornan VIH y VDRL no reactivos, antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpos contra hepatitis C negativos, Quantiferón para tuberculosis negativo. Radiografía de tórax se halla sin particularidades. Al mes de iniciado el tratamiento con corticoterapia se observa una mejoría parcial de la cantidad de ampollas, el eritema y el picor, y se inicia azatioprina 50 mg/día. Además, se realiza tamizaje con colonoscopia y perfil prostático que retornan normales. Se observa mejoría luego de un mes de tratamiento con doble inmunosupresión. Actualmente el paciente se encuentra en esquema de descenso de corticoterapia.

## DISCUSIÓN

Las enfermedades ampollares en pacientes de edad avanzada suponen un reto diagnóstico y terapéutico. Identificar el tipo de enfermedad ampollar y las causas más frecuentes asociadas son cruciales para el tratamiento y el seguimiento posterior.

Entre las causas, el penfigoide ampolloso es una enfermedad con una incidencia de aproximadamente 6 a 43 casos por millón, suele ser más frecuente en edad avanzada con una edad mayor a 60 años aproximadamente, que coincide con nuestro caso <sup>(1,2)</sup>.

Ciertos fármacos que presentan una asociación significativa con el penfigoide ampolloso son los antagonistas de la

aldosterona, los inhibidores de la dipelptidil peptidasa 4, los anticolinérgicos y las medicaciones dopaminérgicas, además con los anti TNF (factor de necrosis tumoral) y los antiPD-1, antiPD-L1 e inhibidores de CTLA4 <sup>(1-3)</sup>. En el metaanálisis realizado por Liu *et al.* <sup>(3)</sup> se observó que los antipsicóticos atípicos, antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina no muestran una relación significativa con el penfigoide ampolloso, por lo que, en este caso, la terapéutica realizada por el deterioro cognitivo de base no contribuiría con su enfermedad cutánea.

Hay estudios controversiales que relacionan casos de penfigoide ampolloso con neoplasias, aunque probablemente esta asociación se deba más bien a la edad avanzada de los pacientes diagnosticados con penfigoide ampolloso, hecho objetivado en nuestro caso <sup>(5)</sup>. Algunos estudios contemplaban estos hallazgos, pero recientemente la Sociedad Argentina de Dermatología recalcó que la vinculación del penfigoide ampolloso con ciertos carcinomas del tracto digestivo, urinario y respiratorio, además de neoplasias linfoproliferativas, no presentaron una asociación estadísticamente significativa <sup>(2)</sup>.

Las enfermedades neurológicas como el accidente cerebrovascular, la demencia, la epilepsia y la esclerosis múltiple se asocian de forma significativa con el penfigoide ampolloso, con un riesgo entre tres y doce veces más comparándola con la población sana, además de la diabetes y la enfermedad renal <sup>(6,7)</sup>. En cambio, patologías como las enfermedades cardiovasculares, la dislipidemia, la hipertensión o la enfermedad hepática no se asociaron de forma significativa al desarrollo de penfigoide ampolloso <sup>(7)</sup>.

El tratamiento del penfigoide ampolloso se realiza teniendo en cuenta la extensión y severidad de la dermatosis, además de las

comorbilidades asociadas. La terapéutica se basa en corticoides tópicos, corticoides orales por periodos cortos, inmunosupresores clásicos como azatioprina o metotrexato. Como ahorradores de corticoides se encuentran además la doxiciclina y la dapsona. En casos resistentes, a dosis elevadas de corticoides, se consideran fármacos como los antiCD20 (rituximab) y las inmunoglobulinas intravenosas <sup>(1)</sup>. Nuevas terapias se sugieren para este grupo de pacientes que no responden a las opciones previas: dupilumab (antiIgE) y omalizumab (antiIL4-receptor) <sup>(8)</sup>.

En conclusión, en todo paciente con enfermedad avanzada, con comorbilidades asociadas y en tratamiento con ciertos fármacos, es importante considerar los diagnósticos diferenciales ante la aparición de ampollas. Es fundamental tener en cuenta la clínica de aparición, la localización de las ampollas, las características anatomopatológicas, la relación temporal con los fármacos, el patrón evolutivo de las lesiones para definir el diagnóstico definitivo. Se debe considerar, igualmente, el tamizaje oncológico acorde al rango etario, pero teniendo en cuenta que los últimos estudios demuestran que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el penfigoide ampoloso y las neoplasias.

#### **Conflictos de interés**

Los autores niegan conflictos de interés comercial.

#### **Contribución de los autores**

Todos los autores han contribuido con la redacción de este manuscrito.

#### **Financiamiento**

Autofinanciado.

#### **Revisión por pares**

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: [https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/76\\_26\\_dictamen\\_reemplazo.pdf](https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/76_26_dictamen_reemplazo.pdf)

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. 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). *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 15];36(10):1689–704. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35766904/>
2. Forero E, Chalem M, Vásquez G, Jauregui E, Medina LF, Pinto Peñaranda LF, et al. Gestión de riesgo para la prescripción de terapias biológicas. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2016 [citado 15 Mar 2025];23(1):50–67. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-81232016000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232016000100009)
3. Liu SD, Chen WT, Chi ChCh. Association between medication use and bullous pemphigoid: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 15];156(8):891–900. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32584924/>

4. Cai SCS, Allen JC, Lim YL, Tan SH, Tang MBY. Association of bullous pemphigoid and malignant neoplasms. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2015 [cited 2025 Mar 15];151(6):665–7. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2110015>
5. Atzmony L, Mimouni I, Reiter O, Leshem YA, Taha O, Gdalevich M, et al. Association of bullous pemphigoid with malignancy: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2017 [cited 2025 Dec 15];77(4):691–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2017.05.006> Subscription required
6. Lai YC, Yew YW, Lambert WC. Bullous pemphigoid and its association with neurological diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2016 [cited 2025 Dec 15];30(12):2007–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13660> Subscription required
7. Siranart N, Chumpangern Y, Phutinart S, Pajareya P, Worapongpaiboon R, Winson Ch, et al. Chronic disease associated with bullous pemphigoid risk: A systematic review and meta-analysis. *JAAD Int* [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 15];17:141–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39444540/>
8. Granados-Betancort E, Sánchez-Díaz M, Muñoz-Barba D, Arias-Santiago S. Omalizumab and dupilumab for the treatment of bullous pemphigoid: A systematic review. *J Clin Med* [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 15];13(16):4844. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39200987/>