

# PRURITO EN ANCIÁNS, *NON TODO É O QUE PARECE*

Autores: P. Añón Varela, J. García García, A. Dapena Cuíña, M. Fernández Rivas

**Ámbito do caso:** Atención Primaria

**Motivo de consulta:** prurito



Lesión ampolar de contido seroso

**Antecedentes persoais:** Non alerxias medicamentosas. Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, tremor esencial, demencia GDS6 . Dependencia para ABVD (vida cama-sillón).

Tratamento habitual: Omeprazol, Dapaglifozina, Perindopril/indapamida 4/1.2, Metformina/vildagliptina 50/850, Atorvastatina 10, Primidona 250 0-1-1, Quetiapina 25. Sen cambios nos últimos 12 meses.

**Anamnese:** Paciente de 86 anos que presenta prurito en todo o corpo de varios días de evolución, asociando lesións eritematosas de recente aparición. Non conviventes afectos.

**Exploración Física (domicilio):** Aceptable estado xeral, leve deshidratación de mucosas, ben perfundida. Consciente, colaboradora. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sen soplos. Lesións micropapulares a nivel de axila e zona anterior ombro dereito. Lesións de rascado a nivel pretibial dereito. Abdome anodino. Membros inferiores sen edema nin datos de tvp, membros superiores con hematoma antebrazo dereito en relación á fragilidade capilar.

**Probas complementarias:**

**Análise:**

- *Hemograma* Hemoglobina 10.20, hematocrito 30.80. Resto en rango normalidade

- *Bioquímica:* Glucosa 108, Urea 80, creatinina 0.55, Filtrado glomerular 85.27. Ións en rango, Colesterol total 208, LDL 100. TSH 1.17. HbA1c 5.9%.

**Urianálise:** Cociente albuminuria/creatinina orina 188 (0-30). Resto negativo.

**Enfoque familiar e comunitario:** Entorno rural. Vive co marido (octoxenario) Non mascotas.

**Diagnóstico diferencial:** escabiose, prurito sine materia, xerose, enfermidade ampolar.

**Identificación problemas:** deterioro cognitivo, difícil anamnese.

**Evolución:** Inicialmente pautase tratamento empírico ante sospeita de escabiose, presentando leve melloría da clínica. Aos poucos días empeoramento da clínica con aumento do prurito e aparición de lesións ampolares dispersas en todo o corpo, contido seroso, flácidas, sobre unha base eritematosa, máis acentuadas en polo inferior. Ante este empeoramento revaloramos o diagnóstico, sospeitando penfigoide ampoloso en contexto de tratamento con gliptinas. Suspendemos tratamento con metformina/vildagliptina, pautamos minociclina cápsulas cada 12h, prednisona 30 mg en pauta descendente e indicamos curas diarias con auga, xabón, betadine. Melloría progresiva das lesións co tratamento previo así como resolución do prurito.

**Conclusións:** O médico de familia ten un papel fundamental no diagnóstico dos efectos adversos medicamentosos, máis acentuado se cabe naqueles pacientes polimedicados. Resulta vital a realización dun adecuado seguimento clínico así como reformular os diagnósticos de presunción cando a evolución non é favorable, xa que o diagnóstico precoz e a retirada do axente repercutirá directamente no pronóstico do proceso. É destacable a importancia da información aportada polos familiares e cuidadores. A realización e rexistro de imaxes na historia clínica pode determinar o correcto diagnóstico dun proceso cando a lonxitudinalidade na atención por un mesmo facultativo non é posible.

1. Aonidad I, Fite C, Marinho E, Deschamps L, Crickx B, Descamps V. A care report of bullous pemphigoid induced by dipeptidyl peptidase-4 inhibitors. JAMA Dermatol. 2013 Feb; 149(2): 243-5
2. Castillo Biscari N, Mora Navarro G, Imbernón-Moya A, Carrasco Sayalero A, Madero Velázquez S. Penfigoide ampoloso inducido por linagliptina. Med Fam SEMERGEN. 2020;46(4):e26-8.
3. Magdaleno-Tapial J, Valenzuela-Oñate C, Esteban Hurtado Á, Ortiz-Salvador JM, Subiabre-Ferrer D, Ferrer-Guillén B, et al. Asociación entre penfigoide ampoloso e inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4: estudio de cohortes retrospectivo. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2020;111(3):249-53.