

# Pénfigo palpebral bilateral

## *Bilateral eyelid pemphigus*

ARTEAGA HERNÁNDEZ VJ<sup>1</sup>, LOSADA CASTILLO M.<sup>a</sup>J<sup>1</sup>, MARTÍN BARRERA F<sup>2</sup>,  
PAREJA RÍOS A<sup>2</sup>

### RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un Pénfigo palpebral bilateral que fue diagnosticado en nuestro Servicio en base a estudios anatomopatológicos (pruebas de inmunofluorescencia) tras la sospecha clínica inicial, por su localización poco habitual y su importancia a la hora de diferenciarlo de otros procesos con similar aspecto de localización palpebral.

**Palabras Clave:** Pénfigo, párpado.

### SUMMARY

We present a clinical case of Eyelid Pemphigus diagnosed in our Department and confirmed by immunofluorescence tests performed by the Pathology Department following the initial clinical suspicion, because it's a rare location of the disease and this is important in order to distinguish it from other similar diseases with eyelid location.

**Key words:** Pemphigus, eyelid.

### INTRODUCCIÓN

El Pénfigo es una enfermedad ampollar crónica con afectación de piel y mucosas de causa desconocida, con mecanismo patogénico autoinmune (como demuestran los depósitos de IgG y C<sub>3</sub> en la inmunofluorescencia directa, así como las inmunoglobulinas circulantes

contra antígenos específicos de la epidermis observados en la inmunofluorescencia indirecta) que sin tratamiento cursa entre ondas de agravamiento progresivo hacia una terminación mortal en buena parte de los casos, aunque hoy en día los tratamientos con corticoterapia e inmunosupresión han cambiado el pronóstico sombrío de esta enfermedad (1).

---

Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

<sup>1</sup> Licenciado en Medicina y Cirugía.

<sup>2</sup> Doctor en Medicina y Cirugía.

Presentado como comunicación en panel en el Congreso de la S.E.O., Torremolinos, 1999.

Correspondencia:

Víctor Javier Arteaga Hernández

Servicio de Oftalmología

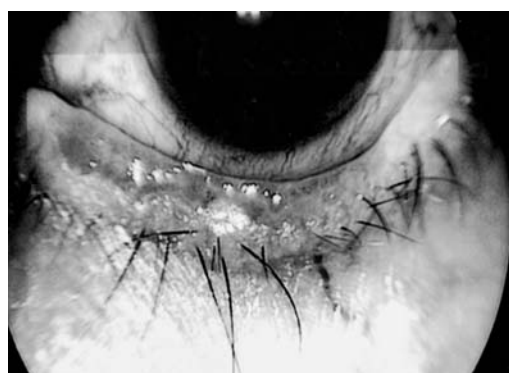
Hospital Universitario de Canarias

Carretera La Cuesta-Taco, s/n

38320 La Laguna, Santa Cruz de Tenerife



*Figs. 1 y 2. Aspecto clínico de las lesiones palpebrales inferiores del ojo derecho e izquierdo cuando se vio a la paciente por primera vez en consulta.*

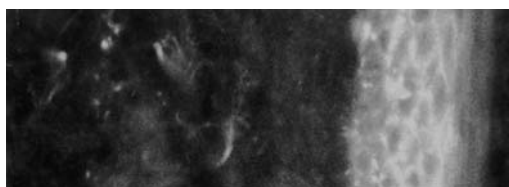


## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 71 años que acudió a consulta remitida por el Servicio de Dermatología presentando lesiones rojizas, mame-lonadas y ulcerativas en borde libre palpebral inferior de ambos ojos, con la sospecha de proceso neoplásico. Entre los antecedentes personales destacaba un Pénfigo Vulgar, Hipertensión Arterial e Hipercolesterolemia (figuras 1 y 2).

Ante la bilateralidad del cuadro, nuestra sospecha fue relacionarlo con su enfermedad sistémica, por lo que se realizaron pruebas de inmunofluorescencia directa en muestras de biopsia de los párpados de la paciente (figura 3), que junto a la observación de las lesio-

*Fig. 3. Imagen de Inmunofluorescencia en la que se aprecian los depósitos de Ig G en los espacios intercelulares profundos de la epidermis característicos de esta enfermedad.*



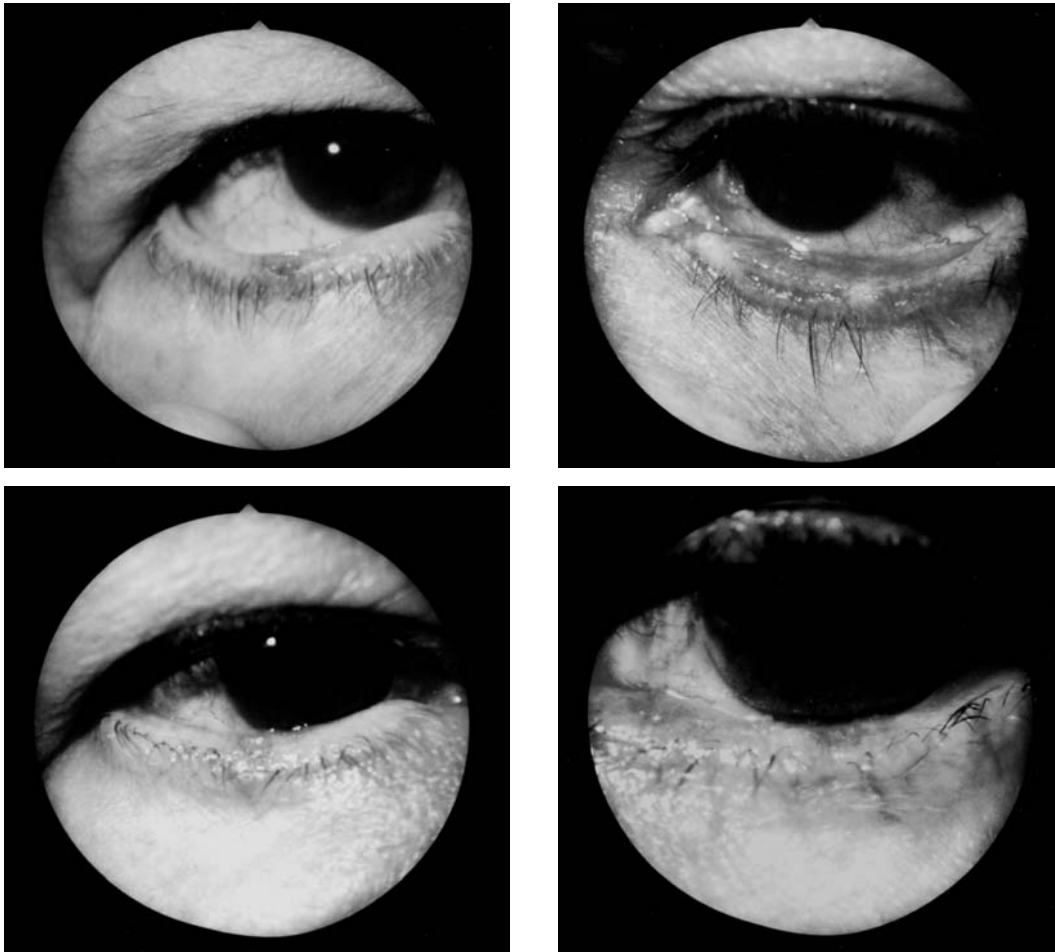
nes estructurales al microscopio confirmaron plenamente el diagnóstico, tras lo cual se pautó tratamiento intensivo con corticoides con posterior evolución satisfactoria (figuras 4, 5, 6 y 7).

## DISCUSIÓN

El Pénfigo Vulgar es la forma más frecuente de presentación de esta enfermedad. Se presenta en las edades medias de la vida, con similar frecuencia entre hombres y mujeres. Se relaciona con el HLA DR4 y Drw6. Produce amplias áreas de acantolisis suprabasal en la epidermis, incluyendo anejos, con preservación de la capa de células basales y el estrato de Malpighii, cuya traducción clínica son lesiones ampollas que comienzan sobre todo en la mucosa oral, que se rompen y dejan grandes zonas denu-dadas con poca tendencia a la reepiteliza-ción. Posteriormente estas lesiones apare-cen de la misma forma en otras zonas del organismo (2).

Las lesiones oculares son raras (3), consis-tiendo en conjuntivitis transitorias caracte-rizadas por episodios de picor y quemazón sin lesiones cicatriciales residuales (a diferencia del pénfigoide cicatricial), afectación corneal (muy rara) y afectación palpebral, que es el caso que nos ocupa y que debemos dife-renciar claramente de otros cuadros que a continuación se enumeran: Neoplasia, Penfi-goide Bulloso y Cicatricial, Dermatitis Her-petiforme, Epidermolisis Bullosa, Eritema Multiforme, Impétigo Bulloso, Toxicidad a la D-Penicilamina y Pénfigo Paraneoplásico (forma especial de Pénfigo que se presenta acompañando a algunas neoplasias linfoides, que se caracteriza por una clínica más poli-morfa y características inmunológicas distin-tas) (4).

En nuestro caso, la existencia de enferme-dad sistémica previa orientó claramente el diagnóstico, de mucha importancia a la hora de evitar intervenciones quirúrgicas muy agresivas o retraso diagnóstico por la posibi-lidad de estar ante una neoplasia, lo cual no es siempre fácil ante la presencia de lesiones palpebrales.



*Figs. 4, 5, 6 y 7.  
Imágenes de la  
satisfactoria  
evolución de  
ambos ojos bajo  
tratamiento.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. C Ferrándiz. «Esquemas Clínico-Visuales en Dermatología», 80-83, 2ª Edición. Barcelona. Ediciones Doyma, 1.990.
2. William James. «Cutaneous Abnormalities of the Eyelid and Face: an Atlas with Histopathology», 42-44. USA. McGraw-Hill, Inc, 1.987.
3. Baykal, HE. «Severe Eye Involvement in Pemphigus Vulgaris», Ophthalmologie 1.995; 92: 854-7.
4. Meyers, SJ. «Conjunctival Involvement in Paraneoplastic Pemphigus», Am. J. Ophthalmol. 1.992,15;114: 621-4.