



1118 - DERMATOSIS AMPOLLOSA HEMORRÁGICA: SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Andrea Lavín Rodríguez, Irene Vázquez Barrera, Pilar Tornero Molina, Antonio Muiño Miguez, José Manuel Zubeldia, Luis Álvarez-Sala Walther, María Victoria Villalba García y Cristina Lavilla Olleros

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Determinar las características de los casos diagnosticados de dermatosis ampollosa hemorrágica a distancia (DAH) de un Hospital de tercer nivel en los últimos 10 años.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo a través de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de dermatosis ampollosa hemorrágica atendidos en el Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid desde el 1/12/2012 hasta el 21/12/2022. Se incluyeron las características demográficas, clínicas y analíticas.

Resultados: Se describen 5 casos de DAH. Cuatro de ellos son varones (80%). La media de edad al diagnóstico es de 70 años (DE 8). Como antecedentes personales, 4 tienen cardiopatía (80%), 4 (80%) HTA, 2 (40%) DM tipo 2, 3 (60%) obesidad, 1 (20%) enfermedad autoinmune, 2 (40%) historia oncológica y 4 (80%) cirugía previa. Dos de ellos recibían como tratamiento previo acenocumarol (8,5 mg/semanal en uno de ellos) y otro rivaroxabán (15 mg/24 h). En los cinco casos habían usado enoxaparina, dos de los cinco pacientes con dosis de 40 mg/24 h, tercer paciente dosis de 80 mg/12 h, cuarto paciente 100 mg/12 h, y quinto paciente dosis descendente anticoagulante (dos días dosis de 80 mg/12 h; los dos días siguientes 60 mg/24 h; y los últimos 10 días dosis de 40 mg/12 h). Ninguno de ellos presentó fiebre o sangrado en las 24 horas previas al inicio de uso de la enoxaparina. Tras el comienzo con enoxaparina, la reacción cutánea apareció a los 18 días de media (DE 16). Tres de ellos en miembros superiores, uno de ellos en abdomen y otro en tronco y miembros inferiores. Respecto al manejo; en 4 de ellos se retiró la enoxaparina y en el quinto paciente se mantuvo, sin empeoramiento clínico. En 2 pacientes se cambió por bemiparina, en otro por fondaparinux y en el cuarto por apixabán, que toleraron sin incidencias. En cuanto a las diferencias en los parámetros analíticos antes y después de la anticoagulación con enoxaparina, se observó un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) entre los valores de las plaquetas antes ($X = 124,2$) y después ($X = 211,2$), no observándose diferencias estadísticamente significativas en el resto de valores del hemograma, parámetros de coagulación y proteína C reactiva. El 80% de los pacientes presentaron resolución de las lesiones a los 3 días y el 100% resolución completa en los días posteriores. En ninguno se ha observado recaída.

Conclusiones: La DAH es una afección autolimitada, infradiagnosticada y poco conocida causada por heparinas de bajo peso molecular y heparinas no fraccionadas, siendo la enoxaparina la más

frecuentemente implicada. Destacamos la baja incidencia de DAH encontrada en nuestro centro a pesar del uso masivo de heparinas, probablemente debido a su bajo diagnóstico, ya que no se encontró ningún caso a través del archivo; CIE-9 y CIE-10. Es decisivo conocer dicha entidad porque aunque la mayoría de los casos son leves pueden suponer gravedad en el paciente o llevar a decisiones erróneas.