

REACTIVACION DE PÉNFIGO AMPOLLOSO POSTERIOR A SUSPENSIÓN DE FINGOLIMOD EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REPORTE DE CASO CAPTADO EN REGION INSULAR.

Md. César Andrés Tapia Álava (a) Md. Natasha Melissa Cedillo Santos (b)
(a y b) Médicos rurales

INTRODUCCIÓN

El pénfigo ampolloso es una enfermedad autoinmunitaria que produce ampollas subepidérmicas por la acción de autoanticuerpos dirigidos a componentes de los hemidesmosomas de la membrana basal. En consecuencia, se genera la separación entre la dermis y la epidermis. Existe relación con enfermedades neurológicas, incluida la esclerosis múltiple vinculada a fenómenos de mimetismo molecular. El manejo se basa principalmente en corticoides sistémicos por su efecto inmunomodulador (1-2)

OBJETIVO

Analizar un caso de reactivación de pénfigoide ampolloso en una paciente con esclerosis múltiple de larga data residente en Galápagos, considerando el posible rebote inmunológico posterior a la suspensión de fingolimod.

MATERIAL Y MÉTODOS

Femenina de 62 años, residente reciente de Isla Isabela (Galápagos), con antecedentes de esclerosis múltiple tratada previamente con fingolimod suspendido por decisión propia semanas antes, epilepsia en manejo con fenitoína y pénfigo ampollar confirmado por biopsia, con uso irregular y prácticamente discontinuado de corticosteroides. En semanas previas presenta brote progresivo de lesiones; en domicilio, la madre realiza limpieza manual y oclusión con gasas sin supervisión médica.

Ingresa por emergencia del Hospital General Oskar Jandl con ampollas tensas, dolorosas y pruriginosas de 4-7 cm sobre placas eritematosas, erosiones superficiales y compromiso oral leve. Se mantiene hemodinámicamente estable; exámenes muestran leucocitosis leve e infección urinaria no complicada.

Durante la hospitalización se realizan cuidados de higiene adecuados, consistentes en limpieza de las lesiones sin ruptura de ampollas y evitando la oclusión con gasas, junto con la instauración de corticosteroides sistémicos. La paciente no presenta nuevas lesiones, reporta mejoría sintomática y se observa crecimiento progresivo de epidermis. No refiere novedades clínicas adicionales hasta su alta.

11-21- 2024 Biopsia de piel: Formación de ampolla subepidérmica cubierta por material fibrinoleucocitario, acompañado de infiltrado inflamatorio mixto de predominio linfocitario



A - Lesiones en tronco posterior a 10 días de tratamiento con prednisona, mostrando reepitelización parcial y disminución de eritema.



B,C,D - Evolución de lesiones en extremidades posterior a 10 días de manejo con prednisona, mostrando reepitelización progresiva, menor tensión ampollar, y franca reducción de inflamación local, sin aparición de lesiones nuevas.

RESULTADOS

Se establece diagnóstico de pénfigo ampolloso en fase activa, asociado a infección de vías urinarias no complicada y candidiasis oral en contexto de enfermedad neurológica crónica, uso inconsistente de corticoides y suspensión reciente de fingolimod, elemento que pudo contribuir a un rebote inmunológico facilitador de reactivación ampollar. Se inicia manejo con ceftriaxona intravenosa, prednisona oral en dosis intermedia, antifúngico típico, medidas generales de higiene y soporte hidroelectrolítico.

La evolución clínica es favorable, con rápida disminución del prurito, formación de nueva epidermis, ausencia de lesiones nuevas y resolución progresiva del cuadro infeccioso. Durante la hospitalización, la paciente permanece clínicamente estable. Se otorga alta con seguimiento coordinado por telemedicina entre primer nivel de atención y los servicios especializados, permitiendo optimizar el ajuste terapéutico y evitar traslados innecesarios. A la fecha, la paciente se mantiene controlada sin nuevos brotes.

DISCUSIÓN

La relación entre pénfigo ampolloso y enfermedades neurológicas se ha vinculado a fenómenos de mimetismo molecular entre isoformas neuronales y cutáneas de BP230, respaldadas por estudios que muestran mayor BP en pacientes con enfermedades neurodegenerativas (1-2). En esta paciente con esclerosis múltiple de larga evolución, esta conexión adquiere relevancia al coincidir la reactivación ampollar con la suspensión no supervisada de fingolimod, modulador del S1P cuyo retiro se ha relacionado con fenómenos de rebote inmunológico (3-5). Aunque no se ha descrito directamente la reactivación de enfermedades ampollares posterior a la suspensión de fingolimod, el restablecimiento abrupto de la circulación linfocitaria constituye un mecanismo plausible que pudo contribuir al desbalance inmunitario observado. (1-2)

En este escenario se complejiza con el uso prolongado e intermitente de corticosteroides sin supervisión médica estricta, lo que incrementa el riesgo de infecciones oportunistas y bacterianas, concordante con los cuadros infecciosos identificadas al ingreso de la paciente. Dichas infecciones actúan como estímulos inflamatorios adicionales capaces de precipitar brotes de enfermedades autoinmunes cutáneas, creando un contexto multifactorial que favorece la reactivación del pénfigo ampolloso.

En el entorno insular, las barreras geográficas y la limitada disponibilidad de especialistas realzan el valor de la telemedicina como herramienta esencial para el soporte diagnóstico y terapéutico desde el primer nivel de atención. La coordinación remota con servicios especializados permitió ajustar el manejo, reducir la necesidad de traslados y garantizar continuidad del cuidado en una paciente con alta vulnerabilidad inmunológica. Este caso destaca la importancia de fortalecer redes de teleconsulta y protocolos de referencias adaptados a patologías dermatológicas infrecuentes en zonas rurales de difícil acceso.

CONCLUSIONES

El pénfigo ampolloso mantiene una asociación relevante con enfermedades neurológicas crónicas, sustentada en mecanismos de autoinmunidad cruzada descritos en la literatura (4,5). En este caso, la suspensión no supervisada de fingolimod, fármaco cuyo retiro puede inducir rebote inmunológico (1-3) y el uso irregular de corticosteroides pudieron contribuir a alterar el estado inmunitario y favorecer la reactivación del cuadro ampollar. La atención en un entorno insular refuerza el rol del primer nivel en el diagnóstico temprano y el manejo inicial adecuado. La telemedicina emergió como un componente decisivo para garantizar continuidad del cuidado y evitar traslados innecesarios en zonas rurales. Este caso destaca la necesidad de fortalecer estrategias de adherencia terapéutica y seguimiento remoto en pacientes con enfermedades crónicas complejas.

BIBLIOGRAFÍA

- Maunula A, Soon CW, Pontén V, et al. Frequency and risk factors of rebound after fingolimod discontinuation. *Mult Scler Relat Disord.* 2024;81:105349. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211034823006351>
- Lin W, Sun W, Shi J, et al. Severe rebound after withdrawal of fingolimod in a patient with multiple sclerosis. *Front Immunol.* 2023;14:1115120. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2023.1115120/full>
- Barry B, et al. Fingolimod Rebound: A Review of the Clinical Experience and Management Considerations. *Neurol Ther.* 2019;8(2):241-250. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6858914/>
- Schmidt E, Groth S, Zillikens D. Comorbidity in bullous pemphigoid: update and clinical implications. *Front Immunol.* 2023;14:1196999. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2023.1196999/full>
- de Peña-Ortiz J, Rodríguez-Lomba E, et al. Unraveling the link between bullous pemphigoid and neurological disease: a single-center study of 257 patients. *J Dermatol Sci.* 2025. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40204134/>