



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Lesiones anulares ampollosas en lactante

Annular grouped blisters on an infant



Jana Codina Barbosa^{a,*}, Ares Benavent Puiggené^a, Mariana Álvarez Vukov^b,
Eulàlia Baselga Torres^c y Yolanda Fernández Santervás^d

^a Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio de Dermatología Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^d Área de Urgencias, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Disponible en Internet el 18 de octubre de 2023

Paciente de 20 meses, sin antecedentes patológicos, que consulta en Urgencias por lesiones cutáneas de 15 días de evolución. En la exploración (figs. 1-2) se objetivan vesículas y ampollas tensas agrupadas alrededor de máculas o costros, dando un aspecto de roseta. Está afebril, sin afectación mucosa. Niegan ingesta de fármacos o vacunación reciente.

Se sospecha una dermatosis ampollosa IgA lineal (DAAL). Se realiza estudio histológico y de inmunofluorescencia directa (IFD) que confirman diagnóstico: ampolla subepidérmica e IFD con depósito lineal de IgA en unión dermo-epidérmica (fig. 3).

Se inicia tratamiento con prednisona y a los 15 días se añade dapsona a 1 mg/kg/día disminuyendo prednisona hasta retirar. Los niveles de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa han sido normales y la evolución es satisfactoria.

La DAAL es una enfermedad vesiculoampollar adquirida, de etiología autoinmune¹, aunque también puede ser secundaria a fármacos. El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con la dermatitis herpetiforme, el penfigoide bulloso, el liquen plano y la necrólisis epidérmica tóxica¹⁻³. Es importante para el pediatra saber reconocer la lesión típica en roseta o «collar de perlas», aunque el dato clave es el depósito lineal de IgA en la membrana basal. El tratamiento es la dapsona y tiende a cursar a brotes hasta su resolución¹.



Figura 1 Se aprecian las ampollas tensas dando a la lesión una morfología en roseta.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jana.codina@sjd.es (J. Codina Barbosa).



Figura 2 Se aprecian algunas lesiones con costra.

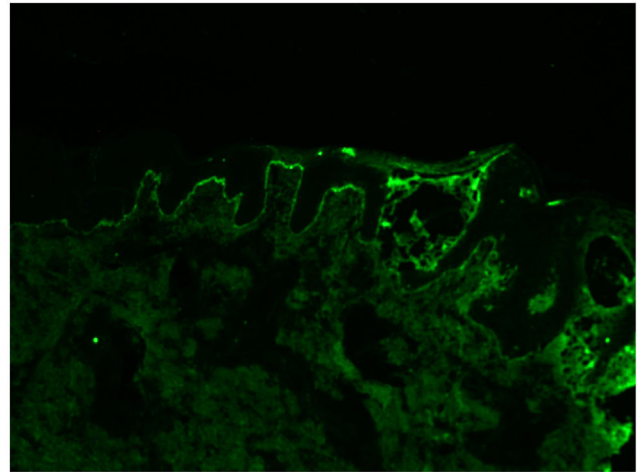


Figura 3 Inmunofluorescencia directa para inmunoglobulina A: depósitos lineales de IgA en la unión dermo-epidérmica.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Fortuna G, Marinkovich MP. Linear immunoglobulin A bullous dermatosis. *Clin Dermatol.* 2012;30:38–50.
2. Fuentelsaz del Barrio V, Campos Domínguez M. Dermatitis IgA lineal de la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2013;15:141–5.
3. Joly P, Castel M. Dermatitis IgA lineal. *Enciclopedia de Orphanet*, 2020 [consultado 12 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC.Exp.php?lng=ES&Expert=46488>