

REVISIÓN

Autoimmune pemphigus: opportunistic infectious complications and comprehensive patient care

Pénfigo autoinmune: complicaciones infecciosas oportunistas y cuidados integrales del paciente

María Adela Pérez Velilla¹ , Vivian Cáceres Bordón¹ 

¹Catedra de Embriología. Universidad Maria Auxiliadora. Facultad de Medicina. Paraguay.

Citar como: Pérez Velilla MA, Cáceres Bordón V. Autoimmune pemphigus: opportunistic infectious complications and comprehensive patient care. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias. 2025; 4:1765. <https://doi.org/10.56294/sctconf20251765>

Enviado: 08-07-2025

Revisado: 10-09-2025

Aceptado: 16-11-2025

Publicado: 17-11-2025

Editor: Dr. William Castillo-González 

ABSTRACT

Pemphigus is a rare autoimmune blistering disease characterized by loss of keratinocyte adhesion and the development of blisters and erosions on the skin and mucous membranes. The aim of this narrative review is to describe the clinical and pathophysiological features of pemphigus, analyze opportunistic infectious complications related to immunosuppressive therapy, and summarize recommendations for comprehensive patient care. A structured literature search was performed in SciELO, RedAllyC, and LILACS, including original articles, case reports, clinical series, guidelines, and reviews published between 2013 and 2024 in Spanish and Portuguese. The reviewed evidence shows that pemphigus vulgaris and paraneoplastic pemphigus are the variants with the highest mucosal involvement and greater disruption of the cutaneous-mucosal barrier, predisposing patients to bacterial, viral, and fungal superinfections, particularly under long-term immunosuppression. Systemic corticosteroids remain the mainstay of treatment, often combined with steroid-sparing agents and targeted immunotherapy, such as rituximab, according to disease severity. Nursing care plays a key role in skin and mucosal protection, prevention of secondary infections, nutritional support, pain control, and psychosocial assistance. Close coordination of the multidisciplinary team, together with patient and family education, is essential to reduce morbidity and mortality, enhance treatment adherence, and improve quality of life in this chronic and potentially life-threatening disease.

Keywords: Pemphigus Vulgaris; Autoimmune Blistering Diseases; Opportunistic Infections; Immunosuppression; Comprehensive Patient Care.

RESUMEN

El pénfigo es una enfermedad ampollosa autoinmune poco frecuente, caracterizada por la pérdida de adhesión entre queratinocitos y la formación de ampollas y erosiones en piel y mucosas. El objetivo de esta revisión narrativa es describir las características clínicas y fisiopatológicas del pénfigo, analizar las complicaciones infecciosas oportunistas asociadas a la inmunosupresión y sintetizar las recomendaciones para un cuidado integral del paciente. Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada en SciELO, RedAllyC y LILACS, incluyendo artículos originales, reportes de caso, series clínicas, guías de manejo y revisiones publicados entre 2013 y 2024 en español y portugués. Los estudios revisados muestran que el pénfigo vulgar y el pénfigo paraneoplásico son las formas con mayor compromiso mucoso y riesgo de deterioro de la barrera cutaneomucosa, lo que favorece la sobreinfección bacteriana, viral y fúngica, especialmente en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor prolongado. Los corticoides sistémicos continúan siendo la base terapéutica, complementados con fármacos ahorradores e inmunoterapia dirigida, como rituximab, según la gravedad clínica. El cuidado de enfermería desempeña un papel central en la protección de la piel, la prevención de infecciones, el soporte nutricional, el control del dolor y el acompañamiento psicoemocional. La coordinación del equipo multidisciplinario y la educación del paciente y su familia son esenciales para

reducir la morbilidad, mejorar la adherencia terapéutica y optimizar la calidad de vida en esta enfermedad crónica y potencialmente grave.

Palabras clave: Pénfigo Vulgar; Enfermedades Ampollosas Autoinmunes; Infecciones Oportunistas; Inmunosupresión; Cuidado Integral del Paciente.

INTRODUCCIÓN

El pénfigo es una enfermedad ampollosa autoinmune poco frecuente, caracterizada por ampollas cutáneas flácidas y ulceraciones en mucosa, consecuencia directa de la pérdida de adhesión entre queratinocitos.⁽¹⁾ Esta pérdida de cohesión se debe a una respuesta inmunitaria dirigida contra las desmogleínas, proteínas de adhesión dependientes de calcio que forman parte de los desmosomas, estructuras responsables de mantener la unión intercelular en el epitelio.⁽¹⁾

Este artículo tiene como objetivo analizar la evidencia científica disponible acerca de las complicaciones infecciosas oportunistas en pacientes con pénfigo, y describir los mecanismos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos asociados a su desarrollo.

MÉTODO

Este trabajo corresponde a una revisión narrativa de la literatura. Para su elaboración se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada en bases de datos electrónicas, priorizando la recuperación de artículos en idioma español disponibles en SciELO, RedAllyC y LILACS. La búsqueda se llevó a cabo entre enero y octubre de 2025, utilizando términos controlados y palabras clave relacionadas con pénfigo, inmunosupresión, complicaciones infecciosas, lesiones ampollosas y tratamiento inmunológico. Se incluyeron artículos originales, reportes de caso, series clínicas, guías de manejo y revisiones publicadas entre 2013 y 2024 que abordaran aspectos clínicos, inmunopatológicos, terapéuticos o complicaciones infecciosas asociadas al pénfigo. Asimismo, se priorizó la evidencia procedente de países latinoamericanos, debido a su relevancia epidemiológica para el contexto regional.

Fueron excluidos artículos duplicados, publicaciones sin acceso a texto completo, reportes no vinculados al pénfigo y estudios que abordaran exclusivamente otras dermatosis ampollosas sin relación directa con pénfigo. La información obtenida fue organizada y analizada de manera comparativa, agrupando los hallazgos en categorías temáticas: clasificación clínica, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento, infecciones oportunistas y cuidados del paciente. Finalmente, los resultados se integraron y sintetizaron con el objetivo de identificar patrones comunes, tendencias terapéuticas actuales y vacíos de evidencia relevantes para la práctica clínica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Clínicamente, la enfermedad se presenta con vesículas recurrentes, erosiones dolorosas o placas eritematosas, observándose con mayor frecuencia en personas entre la tercera y cuarta década de vida.⁽²⁾ La incidencia estimada oscila entre 10 y 22 casos por millón de habitantes, mientras que la prevalencia es de aproximadamente 0,1 a 0,7 por cada 100 000 habitantes.^(3,4) En la fisiopatología del pénfigo, el desmosoma constituye la estructura central alterada: está formado por tres grupos de proteínas principales —cadherinas, queratinas y plaquinas— que participan en el mantenimiento de la estabilidad mecánica epitelial.⁽³⁾ Dentro del grupo de cadherinas se distinguen dos subfamilias relevantes, las desmocollinas y las desmogleínas, cuya interacción permite la adhesión intercelular y explica la variabilidad clínica según el patrón de autoanticuerpos presentes.⁽⁴⁾

En relación con la distribución de desmogleínas, se reconoce que existen tres isoformas principales, cuya expresión varía de acuerdo con el tipo de tejido epitelial. Por un lado, en la epidermis predominan en mayor proporción, mientras que, en contraste, en las mucosas su expresión es significativamente menor. Además, la isoforma desmogleína 3 muestra mayor concentración en las capas basales de la epidermis y en epitelios mucosos profundos.⁽⁵⁾

Consecuentemente, las lesiones clínicas típicas del pénfigo se expresan como flictenas intraepidérmicas, derivadas del proceso de acantólisis. En este contexto, el diagnóstico debe ser integral, ya que no se basa únicamente en la inspección clínica, sino también en el estudio anatomopatológico e inmunológico. Específicamente, la biopsia de piel afectada y la inmunofluorescencia (ELISA) permiten demostrar los depósitos intercelulares de IgG —predominantemente subclases 1 y 4— característicos de esta enfermedad.⁽⁶⁾

Asimismo, los hallazgos histológicos con tinción hematoxilina-eosina suelen evidenciar queratinocitos acantolíticos, neutrófilos no degenerados y un número variable de eosinófilos, tanto en el interior de las pústulas como en la dermis superficial.⁽⁷⁾

La elección de la investigación, se justifica porque el pénfigo sigue siendo una enfermedad rara con elevada

morbimortalidad por su diagnóstico tardío y por las complicaciones asociadas al tratamiento inmunosupresor. Además, las infecciones oportunistas representan una causa frecuente de sobreinfección cutánea y complicaciones sistémicas, afectando la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes. Por ello, es necesario seguir investigando con el fin de fortalecer el reconocimiento temprano y optimizar el abordaje terapéutico. Finalmente, la evidencia latinoamericana sobre pénfigo continúa siendo limitada, lo cual refuerza la relevancia de la producción científica regional contextualizada.

Tabla 1. Clasificación del pénfigo, síntomas causas y tratamiento.

Tipo de pénfigo	Síntomas / Manifestaciones	Causas / Mecanismo	Tratamiento
Pénfigo vulgar	Ampollas flácidas en mucosa oral, erosiones dolorosas y compromiso cutáneo progresivo.	IgG contra desmogleína 3 ± desmogleína 1.	Corticoides sistémicos + ahorradores (micofenolato/azatioprina). Rituximab como primera línea en moderado-grave.
Pénfigo foliáceo	Ampollas superficiales y costras. No afecta mucosa.	IgG contra desmogleína 1.	Corticoides tópicos o sistémicos según severidad + inmunomoduladores.
Pénfigo paraneoplásico	Mucositis severa, conjuntivitis, lesiones polimorfas cutáneas.	Asociado a neoplasia (linfoma, leucemia, timoma).	Tratamiento de la neoplasia + inmunosupresión; rituximab posible.
Pénfigo inducido por fármacos	Lesiones similares a PV o PF tras inicio de medicamentos.	Anticuerpos inducidos por fármacos (captopril, penicilinas, rifampicina).	Suspender el fármaco; corticoides sistémicos si requerido.
Pénfigo IgA	Pústulas y erosiones.	Depósito IgA epidérmico (anti-desmocolinas).	Dapsone ± corticoides.

En términos clínicos, el pénfigo se divide en cinco variantes principales: pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, pénfigo paraneoplásico, pénfigo inducido por fármacos y pénfigo IgA. No obstante, de todas estas formas clínicas, únicamente el pénfigo vulgar (PV) y el pénfigo paraneoplásico presentan compromiso mucoso con mayor frecuencia, especialmente a nivel de cavidad oral.⁽⁸⁾ Por otra parte, el pénfigo vulgar puede comprometer diversas superficies epiteliales, como la mucosa genital, la conjuntiva, la mucosa nasal y la mucosa oral, siendo esta última la localización más habitual. En este contexto, las lesiones se manifiestan inicialmente como ampollas flácidas que, al romperse, originan erosiones superficiales irregulares, intensamente dolorosas, con bordes poco definidos y frecuentemente cubiertas por costras hemorrágicas. Finalmente, es importante señalar que, en muchos casos, las lesiones orales se desarrollan antes o durante la diseminación progresiva de las lesiones cutáneas en pacientes con pénfigo vulgar.⁽⁹⁾

En cuanto al tratamiento, la primera línea terapéutica continúa siendo el uso de esteroides sistémicos. De acuerdo con las guías europeas de la Academia de Dermatología, se recomienda iniciar prednisona en un rango de 0,5 a 1,5 mg/kg/día; y si no se logra controlar la actividad clínica en las primeras dos semanas, la dosis puede incrementarse hasta 2 mg/kg/día.⁽¹⁰⁾ Asimismo, con el propósito de reducir los efectos adversos asociados a exposiciones prolongadas a corticoides en dosis elevadas, se ha indicado el empleo de inmunomoduladores no esteroideos tales como azatioprina, mofetil micofenolato, ciclofosfamida, metotrexato, dapsona, tetraciclina, sulfasalazina, clorambucilo y ciclosporina.⁽¹⁰⁾ Por otra parte, el seguimiento clínico sistemático resulta imprescindible para valorar la respuesta terapéutica y la evolución de los pacientes.⁽¹¹⁾

En este sentido, la cuantificación de PCR ha sido utilizada como herramienta complementaria para estimar la actividad inmunológica, ya que permite identificar los niveles de desmogleínas en fibroblastos, células endoteliales y células epiteliales.⁽¹²⁾ Sin embargo, cuando el diagnóstico es tardío o no se logra confirmar tempranamente el cuadro clínico, la determinación de niveles de desmogleínas pierde utilidad práctica.⁽¹³⁾ Además del componente inmunológico, deben considerarse factores biopsicosociales relevantes, pues el impacto emocional, el dolor crónico y los síntomas sistémicos repercuten negativamente en la calidad de vida del paciente, condicionando su rendimiento laboral, social y familiar.⁽¹⁴⁾

De igual forma, debido al compromiso de la mucosa oral, la ingesta alimentaria puede volverse dolorosa y limitada, lo que predispone a pérdida de peso y riesgo de desnutrición.⁽¹⁵⁾ Finalmente, las terapias adyuvantes han cobrado interés para esclarecer si la depleción sostenida de células B constituye un mecanismo clave para mantener la remisión clínica a largo plazo, dado que en la mayoría de los casos los corticoides siguen siendo la herramienta terapéutica predominante.⁽¹⁶⁾ No obstante, la administración prolongada de estos fármacos también puede generar efectos adversos significativos, lo que se traduce en uno de los principales desafíos del manejo médico del pénfigo.⁽¹⁷⁾

El seguimiento clínico individualizado es una parte esencial del abordaje terapéutico del pénfigo; por ello, el médico tratante debe documentar la evolución natural de cada paciente e implementar control periódico para asegurar la eficacia del tratamiento instaurado.⁽¹⁸⁾ En este sentido, los pacientes con pénfigo vulgar localizado

suelen presentar un pronóstico más favorable y, en muchos casos, muestran una respuesta rápida tras el inicio de la terapia inmunosupresora.⁽¹⁹⁾ Sin embargo, a pesar de dicha respuesta inicial, se ha reportado que entre el 40 % y el 80 % de los pacientes experimentan recurrencias dentro de los primeros seis a veinticuatro meses, motivo por el cual se recomienda un monitoreo clínico estricto, idealmente cada seis meses, con el propósito de sostener la remisión clínica y evitar reagudizaciones.⁽²⁰⁾ Aun así, las tasas de morbilidad permanecen elevadas incluso cuando el diagnóstico es precoz y el tratamiento se aplica correctamente.⁽²¹⁾

Por otra parte, estudios recientes han demostrado que, al igual que otras dermatosis autoinmunes, el pénfigo puede coexistir o asociarse con enfermedades sistémicas, lo que amplía la importancia del abordaje médico integral.⁽²²⁾ De esta forma, su aparición puede estar determinada por una combinación de factores ambientales, predisposición genética, alteraciones inmunológicas y, en algunos casos, la presencia de estrés como desencadenante fisiológico o emocional.⁽²³⁾ No obstante, de acuerdo con series de casos publicadas, incluso los tratamientos empleados de manera adecuada no han logrado evitar completamente la recurrencia de la enfermedad, lo que refuerza la naturaleza crónica e impredecible del cuadro clínico.⁽²⁴⁾ Finalmente, investigaciones experimentales en modelos murinos han mostrado que las desmogleínas 1, 3 y 4 cumplen un papel fundamental en los mecanismos de adhesión de los folículos pilosos, lo que podría explicar la aparición de alopecia en determinados pacientes con pénfigo.⁽²⁵⁾

La edad promedio de inicio del pénfigo suele situarse alrededor de la cuarta década de vida, y cuando el cuadro presenta una expansión cutánea extensa puede asociarse a un peor pronóstico clínico.⁽²⁶⁾ Tras la instauración del tratamiento inmunosupresor, muchos pacientes logran alcanzar períodos de remisión en un lapso medio aproximado de 12,5 semanas, pudiendo observarse mejoría clínica incluso desde las seis semanas en algunos casos.⁽²⁷⁾ Asimismo, se han incorporado terapias dirigidas contra células CD20, con el objetivo de inducir la depleción de linfocitos B y reducir la producción de autoanticuerpos patogénicos.⁽²⁸⁾ Las lesiones ampollares pueden presentarse de manera localizada o generalizada, comprometiendo áreas como el rostro, el abdomen o las extremidades.⁽²⁹⁾

Por otra parte, las ampollas pueden exudar grandes volúmenes de líquido, lo cual favorece la pérdida de electrolitos y puede llegar a constituir un evento potencialmente fatal en situaciones graves.⁽³⁰⁾ De igual manera, los linfocitos T participan activamente en la inmunopatogénesis de la enfermedad a través de la secreción de citocinas proinflamatorias, lo cual ha impulsado el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a modular esta respuesta.⁽³¹⁾ Desde el punto de vista epidemiológico, algunos estudios sugieren una mayor frecuencia en mujeres que en varones, con una media de presentación cercana a los 47 años en mujeres y 45 años en hombres, respectivamente,⁽³²⁾ mientras que la selección del tratamiento dependerá en gran medida de la gravedad clínica de la situación del paciente.⁽³³⁾

Además, el autocuidado del paciente y el manejo adecuado de las lesiones constituyen un componente esencial del abordaje terapéutico integral,⁽³⁴⁾ siendo necesario identificar variables sociodemográficas que puedan influir en el curso clínico.⁽³⁵⁾ Como sucede en otros trastornos autoinmunes, el pénfigo puede asociarse con síntomas depresivos y estrés emocional,⁽³⁶⁾ y pese a ello no existen estrategias consolidadas a nivel mundial en políticas públicas específicamente dirigidas a esta población.⁽³⁷⁾ En este escenario, el rol del médico de atención primaria es fundamental para asegurar el seguimiento longitudinal, el control terapéutico y la detección temprana de complicaciones.⁽³⁷⁾ Por último, es importante destacar que tanto la correcta identificación clínica como los hallazgos histológicos permiten la adecuada clasificación de las variantes de pénfigo,⁽³⁸⁾ y que incluso en pacientes previamente asintomáticos o en remisión, episodios de estrés pueden actuar como desencadenantes de reactivación de la enfermedad.⁽³⁹⁾ Los cambios microscópicos característicos sirven además como marcadores diferenciales para distinguir los distintos subtipos.⁽⁴⁰⁾

Tabla 2. Cuidado del paciente y manejo por enfermería en pénfigo

Acción de enfermería	Objetivo	Intervenciones sugeridas
Protección de la piel y mucosas	Evitar ruptura mecánica y nuevas lesiones	Higiene suave, apósitos no adherentes, evitar fricción y humedad
Prevención de infecciones secundarias	Reducir riesgo de infecciones oportunistas	Monitoreo de signos de infección, aviso precoz al médico
Soporte nutricional	Prevenir pérdida de peso y desnutrición	Adaptar consistencia de alimentos, hidratación adecuada
Control del dolor	Mejorar tolerancia a la ingesta y descanso	Analgesia pauta y educación sobre estímulos dolorosos
Apoyo psicoemocional	Disminuir ansiedad y estrés asociados	Consejería breve, escucha activa, contención

Las infecciones oportunistas de la piel constituyen una de las principales complicaciones asociadas al pénfigo, particularmente en aquellos pacientes que requieren esquemas de inmunosupresión de larga duración para

controlar la actividad de la enfermedad.⁽⁴¹⁾ En este contexto, el deterioro de la barrera cutánea –secundario a la acantólisis y a la presencia de erosiones amplias– genera un entorno propicio para la penetración de microorganismos patógenos,⁽⁴²⁾ mientras que la inmunosupresión farmacológica disminuye de manera significativa la capacidad defensiva humoral y celular del huésped.⁽⁴³⁾ Como consecuencia, es relativamente frecuente el desarrollo de infecciones bacterianas secundarias causadas por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, que pueden progresar desde lesiones impetiginizadas hasta celulitis o incluso sepsis cutánea si no se interviene adecuadamente.⁽⁴⁴⁾

Asimismo, se ha descrito que las infecciones virales, especialmente la reactivación de herpes simple y varicela-zóster,⁽⁴⁵⁾ constituyen un riesgo añadido en estos pacientes, pudiendo presentarse con formas clínicas más extensas, agresivas y de peor evolución comparadas con individuos inmunocompetentes.⁽⁴⁶⁾ Por todo lo anterior, el manejo clínico del pénfigo debe contemplar una vigilancia rigurosa del estado de la piel, la identificación precoz de signos de infección, así como la aplicación de medidas preventivas personalizadas, que pueden incluir profilaxis antiviral en casos con antecedentes de recurrencias y el uso de antibióticos sistémicos cuando existe evidencia clínica de infección bacteriana activa.

CONCLUSIÓN

Se logró recopilar, describir y analizar información médica acerca del pénfigo como enfermedad autoinmune.

El cuidado del paciente con pénfigo requiere una participación activa del personal de enfermería, debido a la fragilidad de la piel, la pérdida de la función barrera y el riesgo elevado de infecciones oportunistas.

El rol de enfermería se centra en el mantenimiento de la integridad cutánea mediante higiene suave, el uso de apósitos estériles no adherentes, la vigilancia de zonas de fricción y la identificación temprana de signos inflamatorios, exudación anómala o cambios en la coloración local que sugieran sobreinfección. Asimismo, la enfermería debe asegurar una adecuada hidratación y soporte nutricional, adaptando consistencia y temperatura de alimentos cuando existe afectación mucosa, con el fin de disminuir el dolor durante la ingesta y prevenir pérdida ponderal. Otra función prioritaria es la educación del paciente y su familia, reforzando estrategias de autocuidado orientadas a evitar traumatismos mecánicos sobre la piel y a reconocer factores desencadenantes como estrés, infecciones intercurrentes o exposición térmica excesiva.

Finalmente, el componente emocional también debe ser abordado en conjunto, ya que la discapacidad física, el dolor crónico y la alteración visible del cuerpo pueden generar ansiedad, depresión, aislamiento social y baja adherencia terapéutica por lo que la asistencia de enfermería contribuye de manera directa en la mejora de la calidad de vida y en el mantenimiento de la estabilidad clínica del paciente.

REFERENCIAS

1. Jones J, Frausto RF, Langley S, Keefe KS, Aldave AJ, Affeldt J. Patología del epitelio corneal humano en el pénfigo vulgar mediada por anti-desmogleína 3. *Rev Mex Oftalmol*. 2019;93(4):169-77. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2604-12272019000400169&lng=es
2. Antunes-Duarte S, Mendonça-Sanches M, Pimenta R, Coutinho AM, Silveira C, Soares-de-Almeida L, et al. Two Novel ATP2C1 Mutations in Portuguese Patients with Hailey-Hailey Disease. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2021;79(4):60-3. Disponible en: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-23952021000400060&lng=pt
3. Chaustre Torres LA, Torra Barajas OL, Rubiano CA, Gutiérrez Moreno MF. Pénfigo benigno paciente familiar de presentación atípica en sin antecedente familiar. *Médicas UIS*. 2021;34(1):101-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192021000100010&lng=en
4. González-Ruiz V, Cordero-Martínez CF, Domínguez-Cherith J, Méndez-Flores S. Pénfigo vulgar. *Med Interna Mex*. 2019;35(5):708-12. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000500708&lng=es
5. Sociedad Argentina de Dermatología. Guías de manejo de los pénfigos 2020. Buenos Aires: SAD; 2020. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2020/06/Guias-de-manejo-de-penfigo-2020.-FINAL-150620.pdf>
6. Caillabet A, González C, Lucas L, Pose G. Pénfigo vulgar neonatal: reporte de un caso clínico. *Arch Pediatr Urug*. 2019;90(4):227-9. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492019000400227&lng=es
7. Cardona Á JA, Buitrago M JA, Jiménez Á I. Descripción clínica, histológica e histoquímica del pénfigo

foliáceo equino: un reporte de caso. CES Med Vet Zootec. 2016;11(3):104-12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-96072016000300010&lng=en&tlng=es

8. Carmona Lorduy M, Porto Puerta I, Berrocal Torres S, Camacho Chaljub F. Manejo estomatológico y sistémico de pénfigo vulgar: reporte de un caso. Rev Cienc Salud. 2018;16(2):357-67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732018000200357&lng=en

9. José-Gutiérrez Y, Borque-Ibañez A, Baquedano-Mainar L, Agua-Arias C, Ruiz-Conde MA. Pénfigo vulgar: dificultad en el diagnóstico de un tipo de dermatosis vulvar poco frecuente. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2017;85(8):541-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000800541&lng=es

10. Rossello VE, Brusa JR, Andrade MN, Alfaro MF, Van Caester LR, López Gamboa VR, et al. Pénfigo vulgar refractario a tratamientos convencionales, con respuesta positiva a Rituximab: presentación de 5 casos. Rev Argent Dermatol. 2019;100(4):11-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2019000400011&lng=es

11. Pérez García RA, González Manso BJ, Jorge Díaz A. Manifestación oral del pénfigo vulgar. Reporte de un caso. Rev Med Electron. 2018;40(6):2083-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602083&lng=es

12. Caetano Martins Silva e Dutra F, Correa do Prado M, Pires da Silva Borges G, Kososki E, Caetana Martins Silva F. Consequencias do pénfigo no desempenho ocupacional e na participação social dos pacientes. Salud(i) ciencia. 2018;22(8):727-33. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902018000100002&lng=es

13. Brandão ES, Santos IC, Rodrigues AB, Guedes MVC, Oliveira CJ, Almeida PC. Propuesta para el reconocimiento del patrón de confort en clientes con pénfigo vulgar utilizando Fuzzy Logic. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(4):958-64. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/kN5L3bLGQcf9mNQfjc7Nf5T/>

14. Bomm L, Nascimento MM, Porro AM, Tomimori J. Uso off-label de rituximab en dermatología: tratamiento del pénfigo. An Bras Dermatol. 2013;88(4):676-8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/abd/a/QkWvJ3hT8qbXmwBq8D4sHJR/>

15. Bello C, Mondaca-Cornejo L, Navarrete-Dechent C, González S. Pénfigo vulgar tipo cutáneo: Caso clínico. Rev Med Chile. 2013;141(4):525-30. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000400015>

16. Magalhães ACB, Fonseca DCM, Oliveira RA, Farias TNB, Lemos VMA. Odinofagia en paciente con pénfigo vulgar esofágico sin alteraciones dermatológicas: reporte de caso. Rev Dolor. 2011;12(3):279-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300017>

17. Arango Salgado A, Echeverri MA, Ruiz AC. Pénfigo vulgar localizado: presentación atípica del pénfigo vulgar. Reporte de caso. CES Med. 2010;24(2):99-103. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000200009&lng=en

18. Cruz-Meza S, Ruiz-Arriaga LF, Barrón-Tapia MT, Estrada-Aguilar L. Rituximab como tratamiento de pénfigo refractario en pacientes mexicanos. Rev Alerg Mex. 2021;68(1):7-11. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902021000100007&lng=es

19. Monti FC, Garay I, Kurpis M, Lascano AR. Características clínicas e histopatológicas de los pacientes con enfermedades ampollares autoinmunes: estudio retrospectivo en el Hospital Privado Universitario de Córdoba. Rev Argent Dermatol. 2020;101(4):1-10. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2020000400001

20. Gómez Martín A, Lúquez A, Olmos LM. La piel como espejo del tracto gastrointestinal. Rev Col Gastroenterol. 2019;34(2):194-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572019000200194&lng=en

21. Bezerra OMPA, Sampaio SAV, Roselino AM, Frade MAC. Pénfigo foliáceo endémico (fuego salvaje) y su

asociación con factores ambientales y ocupacionales en Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Colet.* 2017;25(2):225-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700020299>

22. Fernandes NC, Menezes M. Pulsoterapia en pénfigo: relato de 11 casos. *An Bras Dermatol.* 2013;88(4):672-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20131840>

23. Magliano J, Toloza C, Mazzei ME, Durán A, Bruno J, Martínez Asuaga M. Alopecia en pénfigo vulgar. *Rev Med Urug.* 2013;29(2):123-6. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000200008&lng=es

24. Cura MJ, Torre AC, Cueto Sarmiento KY, Galimberti RL. Pemphigus Vulgaris: A Retrospective Cohort Study of Clinical Features, Treatments, and Outcomes. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(5):398-407. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578219020301128>

25. Mimouni D, Baum S. Rituximab for the treatment of pemphigus - a review of recent studies and personal experience from the Rabin Medical Center and the Sheba Medical Center. *Harefuah.* 2020;159(1):31-3.

26. Arroyo-Munive YJ, Hincapié-Gutiérrez LC, Morales-Herrera MC. Diagnóstico de pénfigo foliáceo en un Pinscher. Reporte de un caso. *Vetzootec.* 2018;12(2):62-70. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/vetzootec/article/view/3310>

27. Mercadilla-Ramírez S. Pénfigo vulgar infantil. Presentación de un caso. *Gac Med Estud.* 2020;1(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revgaetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/24>

28. Cicero-Casarrubias A, Llorente L. El papel de las células T en la inmunopatogénesis del pénfigo vulgar. *Dermatol Iberolatinoam.* 2022;50(2):82-7.

29. Uriarte-Ruiz K, Vega-Memije ME. Casuística de pénfigo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, 1980-2021. *Dermatol Cosmet Med Quir.* 2022;20(1):88-90.

30. Castel M, Jelti L, Hebert V, Joly P. Pénfigo. *EMC - Dermatología.* 2021;55(4):1-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289621457237>

31. Silva Chil TY, Duperet Carvajal D, Rinconcillo Medellín G. Bilateral corneal ulcer in an old man with pemphigus vulgaris. *MEDISAN.* 2019;23(3):526-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000300526&lng=es

32. Muñoz S. Carga de enfermedad atribuible a factores de riesgo asociados a enfermedades ampollas autoinmunes en Colombia: Pénfigo. 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/7036>

33. Silva DAR, Bernardes A. Pénfigo: una cartografía sobre las articulaciones de las políticas de salud. *Cienc Saude Colet.* 2018;23(8):2631-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14892016>

34. Sánchez Ibáñez RM, Rodríguez Jiménez MS, Díaz Molina S, Carrasco Barrio Y. Penfigoide ampollado secundario a vildagliptina. *Rev Clin Med Fam.* 2020;13(2):162-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000200012&lng=es

35. González Costa M, Padrón González AA. Factores etiopatogénicos de las enfermedades autoinmunes en el siglo XXI. *Rev Cubana Invest Biomed.* 2021;40(1):e842. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000100019&lng=es

36. Suárez D, Andrade R, Vera JF, López-Panqueva RP. Caracterización clínica e histopatológica de niños con hepatitis autoinmune en un centro de referencia de Bogotá, Colombia. *Rev Col Gastroenterol.* 2019;34(4):364-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572019000400364&lng=en

37. Caio-Zidorio AP, Baiocchi-de Carvalho KM, Dutra ES. Assessment of nutrient intakes of children and adolescents with recessive dystrophic epidermolysis bullosa, severe subtype. *Nutr Hosp.* 2023;40(2):286-94. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112023000300008&lng=es

38. Tovío-Martínez E, Anaya-Guzmán L, Rivera-Peñates D, Urbano-del-Valle S, Beuth-Ruiz S. Las Ampollas, Desafiando la Integridad Membranosa: Pénfigo Vulgar y Penfigoide de las Membranas Mucosas. *Int J Odontostomat*. 2025;19(1):65-73. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2025000100065&lng=es
39. Pires CAA, Ferreira DO, Avelleira JCR, Santos GD. Evaluación de casos de pénfigo vulgar y foliáceo en un servicio de referencia en Pará, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2014;89(6):888-93. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/abd/a/QkWvJ3hT8qbXmwBq8D4sHJR/>
40. Brandão ES, Santos IC, Rodrigues AB, Guedes MVC, Oliveira CJ, Almeida PC. Propuesta para el reconocimiento del patrón de confort en clientes con pénfigo vulgar utilizando Fuzzy Logic. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):958-64. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/kN5L3bLGQcf9mNQfjc7Nf5T/>
41. Bello C, Mondaca-Cornejo L, Navarrete-Dechent C, González S. Pénfigo vulgar tipo cutáneo: caso clínico. *Rev Med Chile*. 2013;141(4):525-30. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000400015>
42. Caetano Martins F, Correa do Prado M, Pires da Silva Borges G, Kososki E, Caetana Martins Silva F. Consecuencias del pénfigo en el desempeño ocupacional y participación social. *Salud(i)cienza*. 2018;22(8):727-33. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1667-89902018000100002>
43. Caillabet A, González C, Lucas L, Pose G. Pénfigo vulgar neonatal: reporte de caso clínico. *Arch Pediatr Urug*. 2019;90(4):227-9. Disponible en: <https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492019000400227>
44. José-Gutiérrez Y, Borque-Ibañez A, Baquedano-Mainar L, Agua-Arias C, Ruiz-Conde MA. Pénfigo vulgar: dificultad diagnóstica de dermatosis vulvar. *Ginecol Obstet Mex*. 2017;85(8):541-6. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412017000800541>
45. Cura MJ, Torre AC, Cueto Sarmiento KY, Galimberti RL, Lúquez AC, Casas JG. Pénfigo vulgar: características clínicas, tratamientos y evolución. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(5):398-407. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578219020301128>
46. Monti FC, Garay I, Kurpis M, Lascano AR. Características clínicas e histopatológicas en enfermedades ampollares autoinmunes: estudio retrospectivo. *Rev Argent Dermatol*. 2020;101(4):1-10. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2020000400001

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: María Adela Pérez Velilla, Vivian Cáceres Bordón.

Redacción - borrador original: María Adela Pérez Velilla, Vivian Cáceres Bordón.

Redacción - revisión y edición: María Adela Pérez Velilla, Vivian Cáceres Bordón.