

Tabla comparativa de dermatosis ampollosas subepidérmicas

Entidad	Clínica clave	DIF (biopsia piel/ mucosa)	IIF piel salt-split (NaCl 1M)	ELISA / antígeno diana principal
Penfigoide ampollosa (PA)	Anciano, prurito intenso, ampollas tensas sobre piel eritematosa o placas eccematosas / urticariformes. Mucosas poco o nada afectadas.	Depósito lineal y continuo de IgG y C3 a lo largo de la membrana basal (MBZ). Puede haber IgA/IgM adicionales.	Patrón "roof" (epidérmico): fluorescencia lineal de IgG ($\pm$ C3) en el lado epidérmico de la separación.	ELISA anti-BP180 (NC16A) (principal; correlación con actividad). ELISA anti-BP230 como complemento. Antígenos: BP180 (col XVII), BP230.
Epidermólisis ampollosa adquirida (EAA)	Adulto, ampollas tensas en zonas de trauma (manos, codos, rodillas), curan con cicatrices y milia . Fenotipo "mecánico" tipo EB; puede haber fenotipo inflamatorio. Mucosas frecuentemente afectadas.	Depósito lineal de IgG ($\pm$ C3) en MBZ, indistinguible de PA en DIF simple.	Patrón "floor" (dérmico): fluorescencia lineal en el lado dérmico de la separación (colágeno VII).	ELISA anti- colágeno VII (NC1/NC2). Antígeno diana: colágeno VII de fibrillas de anclaje.
Dermatosis por IgA lineal (IgA lineal / LABD)	Niños o adultos. Ampollas tensas en " collar de perlas " / patrón anular, tronco y nalgas, a menudo mucosa oral/ocular afectada. Puede parecer DRESS/ erupciones medicamentosas.	Depósito lineal de IgA a lo largo de MBZ ($\pm$ C3/ IgG). Característico que la inmunoglobulina predominante sea IgA .	Patrón lineal de IgA en MBZ, que puede verse en roof, floor o ambos , según el antígeno (LAD-1, LABD97, BP180). No es tan discriminativo como en PA/EAA.	ELISA para fragmentos de BP180 (LAD-1) y otros (LABD97) disponibles en algunos centros. Antígenos: dominios extracelulares de BP180/LAD-1 , LABD97 u otros componentes de la MBZ.

Entidad	Clínica clave	DIF (biopsia piel/ mucosa)	IIF piel salt-split (NaCl 1M)	ELISA / antígeno diana principal
Penfigoide de mucosas (MMP / cicatricial)	Predominio de mucosas (oral, conjuntival, nasal, faríngea, genital). Ampollas/frágiles erosiones que dejan cicatrices, sinéquias, triquiiasis . Piel afectada en menor medida. Riesgo de ceguera/estenosis.	Depósitos lineales de IgG, IgA y/o C3 en MBZ de mucosa y/o piel . A veces solo C3 o solo IgA. Sensibilidad menor que en PA, depende del sitio biopsiado.	IIF frecuentemente negativa o de baja sensibilidad. Cuando positiva, el patrón puede ser roof o floor según el antígeno (BP180, laminina 332, col VII, integrinas). No sirve por sí solo para tipificar, pero orienta a AIBD mucoso.	ELISA: anti- BP180 (varios dominios), anti- colágeno VII . Tests específicos para laminina 332 y integrina α6β4 disponibles solo en laboratorios especializados. Antígenos: BP180, laminina 332, col VII, integrinas hemidesmosomales.
Lupus eritematoso ampollosa (LE ampollosa)	Pacientes con LES sistémico activo (frecuente afectación renal). Ampollas tensas generalizadas, a menudo en áreas fotoexpuestas, sobre piel con signos de lupus (eritema, vasculitis, etc.). Curso a menudo agudo.	Patrón de "lupus band test" : depósitos granulares de IgG, IgM, IgA y C3 a lo largo de MBZ y anexos, tanto en piel lesional como no lesional (según contexto). En lesiones ampollosas, ampolla subepidérmica con este patrón granular.	A menudo muestra patrón "floor" (dérmico) en piel salt-split (anticuerpos frente a colágeno VII), similar a EAA, de ahí que pueda ser considerado un "fenotipo clínico" de EAA asociado a LES.	ELISA anti- colágeno VII puede ser positivo. Además, serología típica de LES (ANA, anti-dsDNA, etc.) que ayuda a contextualizar el cuadro. Antígeno principal en la unión dermo-epidérmica: colágeno VII .

Entidad	Clínica clave	DIF (biopsia piel/ mucosa)	IIF piel salt-split (NaCl 1M)	ELISA / antígeno diana principal
Dermatitis herpetiforme (DH)	Vesículas y pápulas muy pruriginosas en superficies extensoras (codos, rodillas, nalgas, espalda superior, cuero cabelludo). Lesiones a menudo excoriadas. Fuerte asociación con enteropatía sensible al gluten . Ampollas pequeñas subepidérmicas.	Depósitos granulares de IgA en puntas de papilas dérmicas y a lo largo de MBZ, a menudo con patrón "en grumos". Puede haber algo de C3. Es el hallazgo diagnóstico clave.	La IIF sobre piel (intacta o salt-split) suele ser negativa o poco sensible . No se usa de rutina para el diagnóstico; el énfasis está en DIF + serología de enfermedad celíaca.	ELISA sérico: anti- transglutaminasa tisular (TG2) y anti- transglutaminasa epidérmica (TG3) . Antígeno diana cutáneo principal: transglutaminasa epidérmica (TG3) ; la TG2 se asocia a la enteropatía.

Notas rápidas de interpretación

- **"Roof vs floor" en piel salt-split**
- **Roof (epidermal)** → típicamente **penfigoide ampoloso**, algunas formas de IgA lineal, penfigoide gestacional.
- **Floor (dermal)** → **EAA**, lupus ampoloso, MMP anti-laminina 332 / anti-col VII.
- **DIF lineal IgG/C3 en MBZ** sin más datos **no distingue** por sí sola PA vs EAA vs MMP → se necesita salt-split y/o ELISA dirigidos.
- **Predominio de IgA** en DIF (lineal o granular) debe hacer pensar en **IgA lineal** o **dermatitis herpetiforme**, según patrón (lineal vs granular) y clínica.