

Caso para el diagnóstico. Dermatosis en zonas fotoexpuestas

Dra. Rita Lucía Valdés Webster,* Dra. Sandra Yáñez Vázquez,* Dra. Lourdes Alonzo Romero**



Figura 1.



Figura 2.

Figuras 1 y 2.
Aspecto topográfico y morfológico de las lesiones.

Se trata de un paciente masculino de 45 años de edad, agricultor, sin antecedentes personales patológicos de importancia, quien acude al Centro Dermatológico por presentar “enrojecimiento y granos”, en cara, antebrazos y cuello, que se exacerba con la exposición solar.

Se trata de una dermatosis diseminada a cabeza, cuello y extremidades superiores; de cabeza afecta los pabellones auriculares y la cara, en regiones malares: puente nasal, mejillas, perioral, mentón y labio inferior; de cuello afecta cara posterior y laterales y de extremidades superiores, antebrazos en superficies de extensión y manos, en su cara dorsal, en forma bilateral y simétrica. La dermatosis está constituida por eritema, placas liquenificadas de diversos tamaños, con zonas de fisuras, pápulas y costras hemáticas, de evolución crónica y pruriginosa.

Al interrogatorio el paciente refiere tener “granos” desde los 10 años de edad, siendo tratado con múltiples remedios caseros, así como pantallas y filtros solares, presentando remisiones y exacerbaciones.

Resto de piel y anexos: pterigión y opacidad corneal bilateral.

Es enviado al Servicio de Dermatitis Reaccionales para descartar fotoalergia.

PRUEBAS AL PARCHÉ

Se le realizaron pruebas al parche, el primer día se le aplicaron dos juegos idénticos de fotoalergenos en la espalda, en ambos lados, se cubrió con tela opaca y se realizó a los dos días la primera lectura, que fue negativa en ambos juegos; posteriormente se irradió únicamente el lado izquierdo con 10 J/cm² de UVA y se realizó una segunda lectura del lado irradiado y no irradiado a los 5 días, siendo negativa la lectura en ambos lados, para todos los alérgenos.

¿QUÉ DIAGNÓSTICO PROPONE?

* Residentes del segundo año de Dermatología Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Servicio de Dermatitis Reaccionales, CDP.

DIAGNÓSTICO

Prurigo actínico

COMENTARIO

El diagnóstico de fotodermatosis se basa en la anamnesis, la topografía y el aspecto de las lesiones, su histología, los resultados de la exploración fotobiológica y a veces en los resultados de las pruebas analíticas, que pueden ser necesarias, tanto para el diagnóstico propiamente dicho como para el diagnóstico diferencial.

Las fotodermatosis comprenden una gama de dermatosis, que directa o indirectamente están provocadas por las radiaciones solares, se puede afirmar que todas ellas tienen como común denominador una topografía característica, la que corresponde a las superficies expuestas al sol.

El *prurigo actínico* es una entidad bien conocida en México y Latinoamérica, predomina en poblaciones mestizas e indígenas de los Estados Unidos y Canadá. Es una fotodermatosis con probable predisposición genética, habitualmente es familiar y suele comenzar a los 10 años de edad.⁴

Afecta zonas expuestas de la piel, y se caracteriza por pápulas y prurito, generalmente la piel se encuentra escoriada en las zonas expuestas a la luz, la asociación con queilitis del labio inferior está presente en el 85% de los casos. También son frecuentes la alopecia de la cola de la ceja y el daño ocular. Es usualmente más intensa en el verano.³ La radiación UV juega un papel importante en la inducción del prurigo actínico, de ésta corresponde como inductor 1/3 a la UVB sola, 1/3 a UVB y UVA y 2/3 a UVA sola. El prurigo actínico por lo general se presenta con mayor frecuencia en niñas y disminuye al llegar a la adolescencia, aunque también puede existir o persistir a cualquier edad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fotoalergia de contacto: En personas sensibilizadas, la exposición con el fotoalergeno y la luz tiene como consecuencia el desarrollo de una erupción eccematosa y pruriginosa dentro de las 24 a 48 horas después de la exposición. Los agentes tópicos, son la causa más común de sensibilización a fotoalergenos. En este caso, las fotopruebas son el recurso más valioso para identificar al alergeno de contacto; todos los autores interpretan como positiva, la reacción en el sitio de aplicación de un alergeno irradiado, sin reacción en la zona de control no irradiada;

que se utiliza como testigo.¹ La fotoprueba y la dosis eritematosa mínima (DEM) son normales, mientras que los fotoparches son positivos para alguno de los alergenitos.

- Fototoxicidad de contacto: la fototoxicidad aguda ocurre generalmente después de algunas horas de la exposición, al agente fototóxico y la luz. La dermatosis se presenta en las zonas expuestas, aparecen de minutos a horas después de la primera exposición, con eritema y edema; en casos severos aparecen vesículas y ampollas. El paciente refiere sensación ardorosa, que compara con una quemadura.²
- Fotosensibilidad por medicamentos: Son inducidas por la administración sistémica de un fármaco, en pacientes expuestos a la luz solar. Hemos mencionado el valor de las fotopruebas en la fotoalergia de contacto, sin embargo, éstas resultan mucho más aleatorias para las fotoalergias medicamentosas sistémicas. En este último caso, un resultado negativo no permite descartar a una sustancia como causante del trastorno, debido a que la mayor parte de las farmacodermias que cursan con fotosensibilidad, tienen como mecanismo de producción la fototoxía. La fotoprueba suele ser positiva para los UVA y la fotosensibilidad desaparece rápidamente al interrumpir la administración del fármaco, con excepción del piroxicam, que suele dar reacción prolongada, sin embargo en este caso, la fotosensibilidad se acompaña de una respuesta dishidrosiforme.
- Dermatitis actínica crónica: también llamada retículoide actínico o síndrome retículoide actínico. Es una fotodermatosis crónica con pruebas de fotosensibilidad anormales, generalmente afecta a los hombres entre 40 y 80 años, con piel tipo V y VI. Es más severa durante el verano. Clínicamente se presenta con placas eritematosas, pápulas y placas liquenificadas. Puede presentarse de novo y asociarse a alergenitos por contacto o aerotransportados.^{5,6}

Erupción polimorfa lumínica: aparece de la infancia a la edad adulta, pero se inicia generalmente en el adulto joven. Es más común en mujeres. Se presenta en todas las razas y tipos de piel. Clínicamente se caracteriza por pápulas eritematosas, papulovesículas, nódulos, placas eritematosas, púrpura y lesiones parecidas a eritema polimorfo. Generalmente predomina un tipo de lesión. A la exploración fotobiológica, la dosis de eritema mínimo (DEM) es normal y las pruebas de fotoalergia son negativas. Al contrario, la fotoprueba demuestra mayor sensibilidad, si se realiza con un protocolo correcto y se confirma el diagnóstico.⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Gould JW, Mercurio MG, Elmetts CA. Cutaneous photosensitivity diseases induced by exogenous agents. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 551-573.
2. Elmetts CA. Cutaneous phototoxicity. In: Lim HW, Soter NA eds. *Clinical photomedicine*. New York: Marcel Dekker 1993: 207-226.
3. Hojyo-Tomoka T, Vega-Memije E, Granados J, Flores O, Cortes Franco R, Texeira F et al. Actinic Prurigo: an update. *Int J Dermatol* 1995; 34: 380-384.
4. Fusaro RM, Johnson JA. Hereditary polymorphic light eruption of American Indians: occurrence in non-indians with polymorphic light eruption. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 612-617.
5. Lim HW, Morison WL, Kamide R, Buchness MR, Harris R, Soter NA. Chronic actinic dermatitis. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1284-1289.
6. Roelandts R. Chronic actinic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 240-249.
7. Hozle E, Plewig G, Lehmann P. Photodermatoses: diagnostic procedures and their interpretation. *Photodermatol* 1987; 4: 109-111.