

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i2.9621>

Erupción polimorfa lumínica: manifestación en un paciente fototipo cutáneo IV según Fitzpatrick

Polymorphous light eruption: presentation in a patient with skin phototype IV according to Fitzpatrick.

Marilyn Dayana Rivero Bermúdez,¹ Sandra Carlina Vivas Toro,² Mary Lisbeth Soto Pernía,¹ Guillermo Rafael Guerrero Flores³

Resumen

ANTECEDENTES: La erupción polimorfa lumínica es la fotodermatosis idiopática más común, se manifiesta como una erupción pruriginosa en áreas expuestas al sol, que aparece horas a días después de una exposición solar intensa. Las lesiones varían entre los afectados. Se describen formas papulosas, papulovesiculosas, en placas, vesicoampollares, similares a las picaduras de insecto y al eritema multiforme, en raras ocasiones es exclusivamente pruriginosa. La variante más frecuente es la forma papulosa, caracterizada por pápulas eritematosas y edematosas grandes o pequeñas, separadas o confluentes, que tienden a agruparse.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 23 años de edad, con antecedentes de asma, fototipo cutáneo IV/VI según Fitzpatrick, quien manifestó una dermatosis localizada en zonas fotoexpuestas, bilateral y simétrica, caracterizada por placas eritematovioláceas de bordes regulares, bien definidos, con escamas blancas finas en la superficie, pruriginosas, que se exacerbaban posterior a la exposición solar, de 6 meses de evolución.

CONCLUSIONES: La erupción polimorfa lumínica es una fotodermatosis de manifestación y severidad variadas, que aparece posterior a la exposición solar intensa. Afecta predominantemente al sexo femenino y a personas con fototipo cutáneo I a III. El tratamiento varía de acuerdo con la severidad, el objetivo principal es la prevención.

PALABRAS CLAVE: Erupción; pruriginoso; eritema multiforme.

Abstract

BACKGROUND: Polymorphous light eruption is the most common idiopathic photodermatosis. It presents as an itchy rash in areas exposed to the sun for hours, appearing hours or days after intense sun exposure. Lesions vary greatly among those affected. Forms similar to papular, papulovesicular, plaque, vesicoampolar, insect bites and erythema multiforme are described, rarely it is exclusively pruritic. The most common variant is the papular form, characterized by large or small, separate or confluent, erythematous and edematous papules that tend to group together.

CLINICAL CASE: A 23-year-old female patient with asthma, cutaneous phototype IV/VI according to Fitzpatrick, who presented localized dermatosis in sun-exposed areas, bilateral and symmetrical, characterized by erythematous-violaceous plaques with regular edges, well defined, with fine white scales on the surface, pruritic, that were exacerbated after sun exposure, of 6 months of evolution.

CONCLUSIONS: Polymorphous light eruption is a photodermatosis, of varied presentation and severity, which appears after intense sun exposure. It predominantly affects females and people with skin phototype I-III. Treatment varies according to severity, the main objective is prevention.

KEYWORDS: Rash; Pruritic; Erythema multiforme.

¹ Residente de primer año del posgrado de Dermatología.

² Internista dermatóloga. Jefa del servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Coordinadora académica del programa de posgrado de Dermatología. Magíster en Investigación educativa.

³ Residente de tercer año del posgrado de Dermatología. Universidad de Carabobo, Venezuela.

Recibido: octubre 2022

Aceptado: noviembre 2022

Correspondencia

Marilyn Dayana Rivero Bermúdez
dra.marilynrivero@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Rivero-Bermúdez MD, Vivas-Toro SC, Soto-Pernía ML, Guerrero-Flores GR. Erupción polimorfa lumínica: manifestación en un paciente fototipo cutáneo IV según Fitzpatrick. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (2): 210-215.

ANTECEDENTES

La erupción polimorfa lumínica fue descrita por Carl Rasch en 1900 y citada nuevamente por Haxthausen en 1918. Es la fotodermatosis idiopática más común, se manifiesta como una erupción pruriginosa en áreas expuestas al sol que aparece horas a días después de una exposición solar intensa.^{1,2}

La prevalencia en la población general tiene una correlación inversa con la latitud, es máxima en Escandinavia (22%), alta en Reino Unido y el norte de Estados Unidos (10-15%) y baja en Australia (5%), Singapur (1%) e India (0.6%). Además, se ha documentado alta prevalencia en los países con alto mestizaje indígena como Bolivia, Perú, Colombia, Guatemala y México. Típicamente aparece en las tres primeras décadas de vida y tiene predominio femenino en proporción 2:1 a 3:1. Puede afectar a todas las razas, pero tiene predominio en las personas de piel clara (fototipo de Fitzpatrick I a III).^{1,2}

Los ataques de la erupción polimorfa lumínica se producen por la exposición a la RUV de la luz solar o artificial. La etiopatogenia se desconoce, aunque se cree que se trata de una respuesta inmunitaria anormal, influenciada por factores genéticos, fotobiológicos y bioquímicos. En la mayoría de los casos se desencadena tras una exposición a radiaciones UVA, aunque también se puede desencadenar tras la exposición a radiaciones UVB o a una combinación de ambas. Por otra parte, hay una alta proporción de pacientes varones con una reacción anormal a la luz visible, simultáneamente a una sensibilidad aumentada a la luz UVA y UVB, aunque el papel de la luz visible todavía no está establecido.^{1,3}

La erupción polimorfa lumínica es especialmente frecuente durante la primavera y el comienzo del verano, probablemente porque hay mayor proporción de rayos UVA. Aparece minutos u horas (en ocasiones días) después de la exposición al

sol; posteriormente, va desapareciendo a lo largo de uno o varios días, a veces de varias semanas, si continúa la exposición. No obstante, la probabilidad de que se produzca suele disminuir o cesar a lo largo del verano o de unas vacaciones al sol prolongadas, debido presumiblemente al desarrollo de tolerancia inmunitaria. En otras latitudes, no se observan remisiones relacionadas con las estaciones del año, debido a que esta delimitación es muy poco notable y prácticamente en todo el año existe sol radiante.^{1,4,5}

Las lesiones son polimorfas y varían en gran medida entre los afectados. En un individuo determinado las lesiones, por lo general, son relativamente monomorfas. Se describen formas papulosas, papulovesiculosas, en placas, vesicoampollares, similares a las picaduras de insecto y al eritema multiforme, en raras ocasiones es exclusivamente pruriginosa. La variante más frecuente es la forma papulosa, caracterizada por pápulas eritematosas y edematosas grandes o pequeñas, separadas o confluentes, que tienden a agruparse. Las variantes papulovesiculosa y en placas son menos frecuentes, las otras formas son raras. Las lesiones pueden mostrar liquefacción secundaria al rascado; los síntomas sistémicos como cefalea, escalofríos y fiebre son raros y generalmente están relacionados con la quemadura solar concomitante; algunos pacientes pueden mostrar, además, datos de inflamación ocular y queilitis.^{1,6}

La erupción polimorfa lumínica puede durar toda la vida; sin embargo, tras un seguimiento de 94 pacientes durante 32 años, el trastorno se alivió o desapareció en el 58% de los casos tras un periodo de 16 años y en el 75% tras un periodo de 32 años.¹

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años de edad, con antecedentes de asma, fototipo cutáneo IV/VI según Fitzpatrick, quien manifestó una dermatología

sis localizada en zonas fotoexpuestas, bilateral y simétrica, caracterizada por placas eritematovioláceas de bordes regulares, bien definidos, con escamas blancas finas en la superficie, pruriginosas, que se exacerbaban posterior a la exposición solar, de 6 meses de evolución. **Figura 1**

A la dermatoscopia se evidenció: fondo eritematoso, áreas hipopigmentadas, vasos puntiformes y escamas blancas. **Figura 2**

Se plantearon los siguientes diagnósticos: 1. Erupción polimorfa lumínica; 2. lupus eritematoso cutáneo; 3. prurigo actínico; se indicó tratamiento médico con medidas generales de la piel, fotoprotección, antihistamínicos de primera generación, esteroides tópicos de baja potencia; no se observó mejoría clínica a los 30 días. Se tomó biopsia cutánea en la cara anterior del brazo



Figura 2. Fondo eritematoso, áreas hipopigmentadas, vasos puntiformes y escamas blancas.



Figura 1. Zonas fotoexpuestas con placas eritematosas de bordes regulares, bien definidos con escamas finas en su superficie.

izquierdo que reportó: parcialmente modificado en su arquitectura, debido a la presencia en la epidermis de hiperqueratosis leve, acantosis y moderado infiltrado linfocitario formando parches en la periferia de vasos sanguíneos en la dermis papilar y media, hallazgos compatibles con erupción polimorfa lumínica. **Figura 3**

El estudio hematológico completo, de glucosa, urea, creatinina, proteínas totales y fraccionadas, transaminasas, anti-RHO, anti-ARN, anti-SM, anti-ANA, anti-DNA y la evaluación oftalmológica estuvieron dentro de los límites normales; se decidió agregar al tratamiento inicial hidroxycloroquina a dosis de 200 mg al día VO y prednisona 0.5 mg al día VO con descenso piramidal. A la revaloración posterior a 40 días de tratamiento se evidenció evolución clínica satisfactoria. **Figura 4**

Por lo anterior, se decidió continuar con el tratamiento indicado, con seguimiento continuo por nuestro servicio.

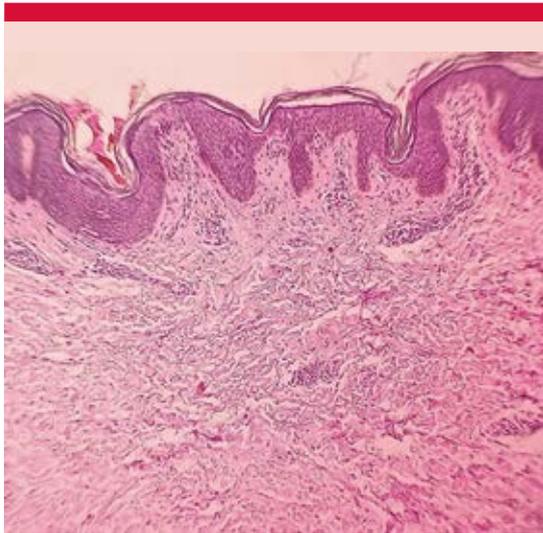


Figura 3. Lámina histológica teñida con H-E. Vista al microscopio a 10x, se observa hiperqueratosis leve, acantosis y moderado infiltrado linfocitario formando parches en la periferia de vasos sanguíneos en la dermis papilar y media.



Figura 4. Mejoría clínica posterior a tratamiento.

DISCUSIÓN

La erupción polimorfa lumínica representa la tercera parte de todas las fotodermatosis idiopáticas, lo que la convierte en la más común de estas afecciones. Tiene amplia distribución geográfica; se observa con mayor frecuencia en climas templados. Su frecuencia aumenta a medida que se incrementa la distancia desde el Ecuador. Esto se atribuye a la variación en las proporciones de radiación UVA y UVB en las diferentes regiones del mundo. Puede afectar todas las razas y tipos de piel. Aunque es más común en individuos de piel clara, también se observa en pacientes de raza negra, orientales e indígenas americanos.^{7,8}

El mejor método diagnóstico de la erupción polimorfa lumínica es la historia clínica, detallando la relación entre la reacción cutánea, la exposición lumínica y la evolución de las lesiones. En casos no concluyentes, el estudio fotobiológico (*fototest* y *fotoprovocación*) puede ser una buena herramienta diagnóstica y predictiva para determinar su gravedad. En el estudio histológico se observa edema e infiltrado linfocítico perivasculare en la dermis. Puede haber cambios en la epidermis que consisten en degeneración vacuolar en la capa basal y, ocasionalmente, espongiosis y excitosis.^{3,9}

Se sugiere que la erupción polimorfa lumínica y el lupus eritematoso sistémico comparten un mecanismo patogénico común. Aproximadamente del 50 al 75% de los pacientes con alguna de las formas de lupus son fotosensibles y en ocasiones las lesiones son indistinguibles de las observadas en erupción polimorfa lumínica. Aproximadamente el 11% de los pacientes tienen títulos de ANA positivos, aunque en la gran mayoría de estos casos los títulos registrados son muy bajos. Un subgrupo aún más pequeño (menos del 1%) muestra anticuerpos anti-Ro, por lo que es importante la correlación con el cuadro clínico para descartar el lupus eritematoso cutáneo. Asi-

mismo, un muy pequeño grupo de pacientes con erupción polimorfa lumínica puede evolucionar hacia el lupus eritematoso.^{6,7,8}

El diagnóstico diferencial además del lupus eritematoso cutáneo debe incluir: protoporfiria eritropoyética, reacciones fototóxicas y fotoalérgicas en las formas de eccema extenso y eritema multiforme fotosensible.¹⁰

En los sujetos afectados por erupción polimorfa lumínica se observa una morbilidad psicosocial significativa relacionada con la enfermedad; la incidencia de ansiedad y depresión es el doble de la registrada en la población general.⁶

El principal objetivo del tratamiento es la prevención, las formas más leves pueden responder a las medidas de fotoprotección. A menudo al minimizar la exposición al sol, utilizar una indumentaria protectora adecuada y aplicar de manera regular pantallas solares de amplio espectro con alto factor de protección es posible evitar la erupción. Las pantallas solares con protección contra radiaciones UVA y UVB pueden prevenir las manifestaciones en pacientes sensibles a la luz solar, pero las que no confieren protección contra UVA son, por lo general, ineficaces. La administración de antioxidantes como la vitamina E o tocoferol en combinación con la aplicación de protectores solares influyen favorablemente en el curso de la enfermedad; sin embargo, se necesitan más ensayos para confirmar su eficacia.^{2,6}

En los casos moderados-graves de erupción polimorfa lumínica pueden requerirse otros tratamientos preventivos, como la fototerapia con UVB o fotoquimioterapia con PUVA. Aunque el mecanismo de acción no está definido, se cree que este tipo de terapia permitiría, a través de la exposición controlada a radiaciones ultravioletas, la desensibilización progresiva a éstas gracias al engrosamiento progresivo de la piel y al desarrollo de la tolerancia inmunitaria. La

elección de UVB o PUVA dependerá de la edad del paciente, de la gravedad del cuadro y de la respuesta a otros tratamientos previos y se iniciará un mes antes del comienzo de la exposición solar. Su efecto tiene una duración limitada de 4 a 6 semanas. Se han obtenido mayores tasas de respuesta a PUVA que a UVB, incluso con largos periodos de tolerancia después de éstos.⁶

Como tratamiento farmacológico en casos leves se sugiere la administración de corticosteroides tópicos como tratamiento sintomático por la inflamación de la piel y el prurito. Tienen un potente efecto antiinflamatorio al bloquear la liberación de citocinas. Los corticosteroides tópicos potentes, del grupo 1 a 3 se aplican una o dos veces al día durante cinco a siete días en áreas afectadas. Las lesiones faciales deben tratarse con esteroides tópicos de menor potencia (grupos 6 y 7). Además, el prurito puede ser tratado con antihistamínicos orales. En casos graves de episodios agudos, se necesita tratamiento a corto plazo con corticosteroides orales, prednisolona a dosis de 25 mg o prednisona 30 mg durante cuatro a cinco días; en casos más graves puede requerirse tratamiento más prolongado; sin embargo, no se recomienda por los posibles efectos adversos que pueden ocurrir. Se han realizado pequeños estudios que muestran respuestas positivas con la administración de antimaláricos, azatioprina (dosis de 50-100 mg al día) y ciclosporina (dosis de 3-5 mg/kg al día). Se ha demostrado que los pacientes en tratamiento con talidomida han tenido respuestas positivas para prevenir los síntomas.²

CONCLUSIONES

La erupción polimorfa lumínica es una fotodermatosis de manifestación y severidad variadas, que aparece posterior a la exposición solar intensa. Afecta predominantemente al sexo femenino y a personas con fototipo cutáneo I a III, aunque puede afectar a todos los tipos de piel. El tratamiento varía de acuerdo con la severidad, el objetivo principal es la prevención.

REFERENCIAS

1. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 4a ed. España: Elsevier, 2019; 1548-1551.
2. Carvajal EM, Jiménez TI. Actualización en erupción polimórfica lumínica. Rev Clin Esc Med 2020; 10 (1): 20-27.
3. Corella F, García X, Roé E, Dalmau J, Puig L. Erupción polimorfa lumínica. Farmacia Profesional 2006; 20 (6): 64-69.
4. Corrales H, Domínguez L, Hojyo M, Vargas F, Londoño F. Erupción polimorfa lumínica. Rev Medica Hondur 1979; 47: 75-84.
5. Morales N, Zapata F, Zuluaga MA, Mendoza N, y col. Fotodermatitis y terapia de desensibilización. Rev CES Med 2012; 26 (1): 29-41.
6. Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. 8a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2012; 1050-1053.
7. Osorio GF. Dermatitis solares idiopáticas. Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol 2006; 14 (3): 241-57.
8. Millard TP, Hawk JLM. Photosensitivity disorders: Cause, effect and management. Am J Clin Dermatol 2002; 3 (4): 239-46. <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200203040-00002>.
9. De Argila D, Aguilera J, Sánchez J, García-Díez A. Estudio de las fotodermatitis idiopáticas y exógenas. Parte II: el estudio fotobiológico. Actas Dermosifiliogr 2014; 105 (3): 233-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.024>.
10. Naleway AL. Erupción lumínica polimorfa. IntJ Dermatol 2002; 41 (7): 377-83. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-4362.2002.01467.x>.

