

Fitofotodermatosis

GUERRERO-FERNANDEZ, J.
Hospital Infantil La Paz (Madrid).

Fecha de publicación: diciembre 2007

INTRODUCCION

Esta dermatosis está incluida dentro del grupo de las melanosis por fotosensibilización, en este caso provocada por la acción de sustancias fotosensibilizantes derivadas del contacto con determinadas plantas.

Tabla 1. Melanosis por fotosensibilización.

Tipo	Sustancia fotosensibilizante	Lesión
1. Dermatitis por perfumes (dermatitis de Berloque)	Aceite de bergamota (colonias, aceites de naranja y limón)	Pigmentación en goterones.
2. Fitofotodermatitis	Fotocumarinas (véase texto)	Estrias rojas y ampollas.
3. Medicamentosa	Tetraciclinas	Eritema pseudolúpico y ulterior pigmentación facial.

ETIOPATOGENIA

Las sustancias sensibilizantes que se activan por la acción de la radiación ultravioleta (sustancias fotosensibilizantes o psolareno) son las furocumarinas, presentes en algunas plantas como las moráceas (*Ficus carica* [higueral]), rutáceas (*Citrus bergamia* [bergamota]), *Citrus limomum* (limonero), *Citrus paradisis* (Naranja), umbelíferas (zanahoria), etc. Por tanto, el contacto con ellas y la exposición inmediata al sol desencadena una reacción inflamatoria local; esto sucederá siempre y cuando la planta sea traumatizada para que libere el psolareno y la piel en la que entre en contacto esté mojada (baño o sudor).

CLÍNICA

La erupción cutánea comienza varias horas después del contacto y en zonas fotoexpuestas y húmedas (tras un baño o ejercicio físico), como estrias rojas, lineales y entrecruzadas muy pruriginosas; cualquier otra forma de la lesión es posible según cómo y dónde tenga lugar el contacto. Sobre éstas es posible que broten ampollas que se desecan en varios días y dejan pigmentaciones durante varias semanas. La denominada dermatitis ampollosa de los prados (Oppenheim) tiene lugar en primavera o verano y, típicamente, tras un baño y descanso inmediato en la hierba.



DIAGNÓSTICO

Es exclusivamente clínico y exige una sospecha que revelará la anamnesis dirigida: antecedente de excursión en campo o estancia en piscina al aire libre (sobre césped), típicamente en primavera o verano y localización de las lesiones en zonas fotoexpuestas. El diagnóstico diferencial puede plantearse con la dermatitis artefacta por lo abigarrado de algunas lesiones,

otras lesiones ampollosas no hereditarias y el resto del grupo de las melanosis por fotosensibilización.

TRATAMIENTO

Además de evitar el contacto con las plantas causantes, deben paliarse los síntomas con antihistamínicos por vía oral, y reducir la inflamación local con corticoides tópicos. En niños, el único tratamiento tópico aprobado es el valerato de hidrocortisona al 0.2% que debe aplicarse sobre las lesiones 2-3 veces al día durante 1-2 semanas. La corticoterapia oral puede ser necesaria. El empleo de compresas de agua fría sobre las lesiones agudas puede reducir los síntomas. El uso de indometacina por vía oral solo está aprobado niños mayores de 14 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Armijo M, Camacho F. Discromias. Dermatología; 2ª edición. Edt. Aula Medica 1991; pp:349-50.
2. Zambrano A, López Barrante V. Dermatitis de los prados. Atlas de dermatología Pediátrica. Editorial JIMS. 1991; pp:117
3. Baugh WP, et al. Phytophotodermatitis. [Monografía en Internet]. E-Medicine; 2007. Disponible en: <http://www.emedicine.com/derm/topic324.htm>