

Fitofotodermatitis

Antía Blanco Rodicio^{a,*}, Andrea Martínez Baladrón^a, Luis Otero Millán^b e Inés López Fernández^a

^aMédica de urgencias, especialidad en medicina familiar y comunitaria. Servicio de urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, España.

^bFarmacéutico, especialidad en farmacia hospitalaria. Servicio de farmacia, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, España.

*Correo electrónico: antiabr@hotmail.com

Puntos para una lectura rápida

- La fitofotodermatitis (del griego “fito-” ‘plantas’, “foto-” ‘luz’, “dermato-”, ‘piel’ e “-itis”, ‘inflamación’) es una inflamación de la piel por el contacto con ciertas plantas asociado a la exposición solar.
- Las plantas que más frecuentemente producen esta reacción son la lima, el limón, el apio y el césped.
- Las lesiones características son erupciones eritematosas ampollosas en áreas expuestas al sol después de la exposición a plantas que contienen furocumarinas fotoactivas.
- Para el diagnóstico no suelen ser necesarias pruebas complementarias si se reconoce el patrón típico cutáneo y se realiza una anamnesis detallada. Los pacientes suelen referir exposición previa a ciertas plantas.

Palabras clave: Fitofotodermatitis • Exposición solar • Furocumarinas • Plantas • Reacción cutánea.

Introducción

Muchas plantas producen efectos adversos en la piel. Es lo que se conoce como *fitodermatosis*, generalmente por contacto directo con ellas, aunque puede ocurrir sin que exista este contacto. Cuando se asocia a la exposición solar, se denomina *fitofotodermatitis*¹. La mayoría de las plantas que pueden causar fitofotodermatitis pertenecen a las familias *Rutaceae* (como la lima o el limón) o *Apiaceae* (o *Umbelliferae*), aunque existen muchas otras familias de plantas capaces de causar esta reacción (tabla 1).

Estas plantas contienen furocumarinas (o furanocumarinas), que desencadenan una erupción fototóxica cuando se activan por exposición a la radiación ultravioleta A (UVA) después del contacto con la piel desprotegida, induciendo así inflamación y daño en la membrana celular. La erupción se inicia habitualmente dentro de las primeras 24 horas, alcanzando su máxima expresión en aproximadamente 72 horas.

La incidencia de esta reacción en nuestro medio es mayor en primavera y verano, debido a la mayor exposición al

sol y al aumento de los niveles de psoraleno (que pertenece a la familia de las furocumarinas) en las plantas. No ocurre lo mismo en climas tropicales, en los que estas reacciones son frecuentes durante todo el año. Puede presentarse en cualquier grupo etario². La afección es más común entre las personas con mayor exposición a las plantas y a luz ultravioleta A; por ejemplo, trabajadores agrícolas o en los camareros (al exprimir lima o limones para la realización de cócteles).

Esta patología, afecta a todas las razas. Las personas de raza negra pueden presentar solamente una intensa pigmentación oscura en parches sin eritema o lesiones bulosas².

Clínica

Los *síntomas* cutáneos característicos de esta patología son escozor, sensación de quemadura solar, dolor y, más tarde, prurito.

También presenta lesiones cutáneas características. Las *agudas* son eritema, edema, vesículas y ampollas (fig. 1).

TABLA 1. Especies comunes de plantas que causan fitofotodermatitis		
Familia	Especie	Nombre común
Rutáceas	<i>Citrus aurantifolia</i>	Lima ³
	<i>Citrus limon</i>	Limón
	<i>Citrus sinensis</i>	Naranja
	<i>Citrus aurantium L.</i>	Naranja amarga
	Bergamota	
	<i>Ruta graveolens</i>	Ruda común
Apiáceas (o Umbelliferae)	<i>Angelica archangelica</i>	Angélica
	<i>Daucus carota</i>	Zanahoria
	<i>Anethum graveolens</i>	Eneldo
	<i>Foeniculum vulgare</i>	Hinojo
	<i>Petroselinum crispum</i>	Perejil
	<i>Pastinaca sativa</i>	Chirivía (apio de campo) ⁴
	<i>Apium graveolens</i>	Apio
	<i>Ammi majus</i>	Berracillo
Moraceae	<i>Ficus carica</i>	Higo común ⁵
Fabáceas (o leguminosas)	<i>Cullen corylifolium</i>	
Hipericáceas	<i>Hypericum perforatum</i>	Hierba de San Juan

Estas lesiones pueden atravesar una fase de pseudopápula antes de la vesícula. Aunque el eritema y la sensación de ardor suelen desaparecer en unos días, la hiperpigmentación puede durar semanas, meses o incluso años.

Suele presentarse con trazos extraños: patrones artificiales que indican una influencia externa. Son muy variables, según el mecanismo de exposición, desde un patrón de salpicaduras que se observa con las frutas cítricas, hasta patrones lineales con la exposición a plantas como la chirivía silvestre.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico es simple si se reconoce el patrón típico cutáneo y se realiza una anamnesis detallada. Los pacientes suelen referir exposición previa a ciertas plantas. Las más habituales son la lima, el limón, el apio y el césped.

Son numerosas las entidades que pueden hallarse en el diagnóstico diferencial de la fitofotodermatitis⁶ (tabla 2). La



Figura 1. Ambas imágenes pertenecen a una mujer de 82 años que acudió a urgencias al presentar estas lesiones tras la poda de una planta de ruda (*Ruta graveolens*) 3 días antes. Reconoció a su vez una exposición solar durante y después de dicha actividad. A) Destacan lesiones en ambos dorsos de mano y antebrazos, regiones fotoexpuestas. B) Imagen más ampliada de la extremidad con mayor afectación, donde se observan lesiones vesiculoampollosas sobre piel eritematosa, similares a quemaduras de segundo grado.

TABLA 2. Diagnóstico diferencial de fitofotodermatitis

Quemaduras graves
Medicamentos
• Ciertos antibióticos: tetraciclinas, quinolonas, sulfonamidas, etc.
• Antimicóticos: griseofulvina
• Hipoglucemiantes: sulfonilurea
• Antiinflamatorios no esteroideos
• Retinoides: isotretinoína
• Diuréticos: tiazidas
Dermatitis de contacto
Picaduras de insecto/medusa
Perfumes o cosméticos
Enfermedades infecciosas: enfermedad de Lyme, lesión herpética, impétigo
Enfermedades autoinmunes ampollas: pénfigo penfigoide, dermatitis herpetiforme, epidermolísis ampollosa adquirida
Porfiria hereditaria
Síndrome de Stevens-Johnson
Lesiones por abusos o maltratos/traumatismo

erupción ayuda a reducir los diagnósticos diferenciales. Además, la consideración de los síntomas puede reducir los diagnósticos diferenciales, porque la mayoría de los casos de fitofotodermatitis dan como resultado una erupción que no es de naturaleza pruriginosa.

En caso de dudas diagnósticas, se puede optar por una biopsia y examen histológico de la muestra.

Tratamiento y prevención

El tratamiento se basa en la aplicación de fomentos de una solución de Burow o permanganato potásico al 1/10000, en la etapa vesicular aguda.

Posteriormente, se utiliza corticoide tópico de baja potencia. Los casos más graves pueden requerir el uso de corticoides sistémicos (como prednisona 30 mg/día). Los antihistamínicos orales ayudarán a atenuar el prurito, si existiese. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos son útiles para el dolor.

Estas medidas ayudan a minimizar el dolor y la duración de los síntomas, pero pueden, sin embargo, no prevenir la hipopigmentación o hiperpigmentación que puede ser temporal o excepcionalmente permanente.

La prevención consistirá en suspender la exposición al agente sospechoso y una correcta fotoprotección. Los filtros solares que protegen solo contra la luz ultravioleta B (UVB) no son útiles para prevenir la fitofotodermatitis. También es importante lavarse las manos tras la exposición a sustancias sospechosas. El psoraleno puede tardar de 30 a 120 minutos en ser absorbido por la piel, lo cual es necesario para que ocurra la reacción. Es preferible lavar la piel dentro de los 15 minutos posteriores a la exposición y luego evitar la luz ultravioleta durante las siguientes 48 a 72 horas⁷.

Evolución

El pronóstico es bueno y debe considerarse como una enfermedad benigna. Excepcionalmente puede desarrollarse una hiperpigmentación permanente y la presencia de cicatriz es sumamente rara.

Es importante evaluar la extensión de la quemadura. En casos graves, con amplia superficie corporal afectada o con zonas de necrosis, puede llegar a ser necesario el ingreso hospitalario y la valoración del paciente por una unidad de quemados.

Errores a evitar

- No realizar la anamnesis y la exploración física completas, ya que puede conllevar errores diagnósticos.
- Solicitar pruebas complementarias innecesarias.
- No conocer las lesiones características de esta entidad y, por tanto, no realizar la anamnesis dirigida.
- Tras el contacto y la exposición solar, reevaluar a las 72 horas ya que las lesiones suelen empeorar.

Bibliografía

1. Cydulka RK, Fitch MT, Joing SA, Wang VJ, Cline DM, Ma OJ. Manual de Medicina De Urgencias. 8.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Medical; 2018.
2. Wolff K, Johnson R, Saavedra AP, Fitzpatrick. Atlas de Dermatología Clínica. 6.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Abugroun A, Gaznabi S, Natarajan A, Daoud H. Lime-induced phytophotodermatitis. *Oxf Med Case Rep.* 2019;2019:470-2.
4. Lafon A, Boulard C. Perioral phytophotodermatitis induced by parsnip mash. *Contact Dermatitis.* 2020;83:318-9.
5. Oliveira AA, Morais J, Pires O, Burmester I. Fig tree induced phytophotodermatitis. *BMJ Case Rep.* 2020;13:e233392. doi:10.1136/bcr-2019-233392
6. Harshman J, Quan Y, Hsiang D. Phytophotodermatitis: Rash with many faces. *Can Fam Physician.* 2017;63:938-40.
7. Ellis CR, Elston DM. Psoralen-Induced Phytophotodermatitis. *ACDS (American Contact Dermatitis Society).* 2020. [acceso 1 de diciembre de 2020]. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000691>