

Fitofotodermatitis: el peligro del sol y las plantas para la piel

María de la Almudena Mantecón-Domínguez^a, Lucía Sierra-Santos^b, Paloma Díaz del Río-Redondo^c y Alejandro Valenzuela-Luque^d

^a Residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid (España)

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio San Agustín del Guadalix. Madrid (España)

^c Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna. Madrid (España)

^d Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Alpes. Madrid (España)

Correspondencia:

María de la Almudena Mantecón Domínguez. Av. de Madrid, 28. 28750 San Agustín del Guadalix. Madrid (España)

Correo electrónico:

almudenamantecon@gmail.com

Recibido el 11 de mayo de 2022. Aceptado para su publicación el 3 de marzo de 2023



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente que padeció una reacción cutánea intensa tras el contacto con los frutos y las hojas de una higuera y posterior exposición solar. Se trata de una reacción no inmunológica llamada fitofotodermatitis. Es una erupción inflamatoria de la piel que se produce tras el contacto con sustancias fototóxicas (furocumarinas o psoralenos) y que puede llegar a ser de gran intensidad. Por ello requiere una anamnesis exhaustiva y su conocimiento por parte del equipo médico de Atención Primaria y pediatría, ya que su diagnóstico diferencial puede ser muy complejo.

Palabras clave: dermatosis, ampolla, fotosensibilidad.

PHYTOFOTODERMATOSIS: THE DANGER OF THE SUN AND PLANTS FOR THE SKIN

ABSTRACT

We report the case of a patient who developed an intense skin reaction after contact with the fruits and leaves of a fig tree and subsequent sun exposure. This is a non-immunological reaction called phytophotodermatitis. It is an inflammatory skin rash that occurs after contact with phototoxic substances (furocoumarins or psoralens) and could be very intense. That is why it requires an in-depth history; its knowledge by primary care physicians and paediatricians, is important because the differential diagnosis could be very complex.

Keywords: Blisters, Dermatoses, Photosensitivity disorders.

INTRODUCCIÓN

La fitofotodermatitis es una erupción inflamatoria de la piel, resultado del contacto con plantas que producen sustancias fototóxicas (furocumarinas o psoralenos) y tras la exposición a la luz del sol. La anamnesis e historia clínica del paciente adquieren gran importancia para identificar dicho diagnóstico¹.

CASO CLÍNICO

Hombre de 49 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por eritema pruriginoso en el área ventral de ambos antebrazos de 24 horas de evolución. Dos días antes, había estado podando una higuera, desprovisto de protección; al día siguiente de la poda, había montado en bici con ambos brazos expuestos al sol.

En la exploración física presentaba buen estado general. Se objetivó dicho eritema, que presentaba aumento de la temperatura local y alguna flictena aislada (**figura 1**). Tras la exploración y, dados los antecedentes del paciente, se diagnosticó fitofotodermatitis, recomendándose antihistamínico (ebastina 20 mg cada 24 horas) y corticoide local (aceponato metilprednisolona tópica cada 12 horas).

Figura 1. Pequeñas flictenas sobre base eritematosa en cara ventral de ambos antebrazos (24 post-exposición solar)



A las 48 horas del contacto inicial con la higuera, volvió a acudir a consulta porque las lesiones se habían extendido al tronco y habían aparecido grandes ampollas sobre la base eritematosa (**figuras 2 y 3**). Además, el paciente presentaba febrícula y un leve deterioro del estado general. Por ese motivo, fue derivado a urgencias, donde, en una primera instancia, se hizo analítica urgente, que fue normal. No obstante, fue valorado por cirugía plástica, donde se decidió vaciar las ampollas sin destecharlas. Asimismo, el cirujano recomendó al alta, hacer curas locales húmedas con sulfadiazina de plata, inicio de tratamiento con prednisona oral 30 mg al día (pauta descendente) y aplicación de una pomada de betametasona y gentamicina.

Las lesiones del paciente remitieron tras 1 semana de tratamiento sin cicatrices.

DISCUSIÓN

La fitofotodermatitis es una reacción cutánea intensa tras contacto con plantas que sintetizan sustancias fototóxicas (furocumari-

nas o psoralenos) y posterior exposición a la luz ultravioleta de longitud amplia (UVA de 320 a 420 nm). La humedad cutánea puede ayudar a facilitar la entrada del fotosensibilizante^{1,2}, tal y como le ocurrió a nuestro paciente (hizo ejercicio y sudó estando al sol). Fue descrito por primera vez en 1942 por Klüber^{3,4}. Se trata de una reacción no mediada inmunológicamente, por lo que no precisa sensibilización previa⁴. Su incidencia es mayor en primavera y verano, en zonas rurales (como es nuestro caso) y asociada a prácticas como la poda, la recolección de frutos o la exposición a huertos y/o campo.

La erupción se inicia trascurridas las primeras 24 horas y alcanza su máxima expresión a las 72 horas, tal como le ocurrió a nuestro paciente. Produce lesiones que van desde el mero eritema a la formación de vesículas y/o grandes ampollas¹ (**figura 1 y 2**) que asemejan quemaduras y pueden tener las mismas complicaciones que un gran quemado: infecciones, impétigos, celulitis, síndrome de Steven Johnson, sepsis..., por lo que hay que estar muy atentos a su tratamiento y evolución. Posteriormente, puede quedar una pigmentación residual que se curará sin dejar cicatriz¹.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con quemaduras, eccemas de contacto y enfermedades fotoinducidas, como el lupus eritematoso sistémico y la porfiria. De ahí la importancia de la anamnesis precisa, la exploración de las lesiones y conocer los antecedentes personales del paciente^{2,5}.

Las plantas, frutos y vegetales que más producen esta alteración son higos, perejil, apio, lima, limón, *Campositae* spp, *Umbiliferae* spp^{2,6}. El

Figura 2. Extenso eritema en tronco (tórax y abdomen) y raíz de miembros superiores con grandes ampollas diseminadas (hemis-cuerpo izquierdo)



tratamiento requiere curas locales húmedas con corticoides tópicos y/u orales y a veces se precisa antibiótico y antihistamínicos orales.

Queremos hacer especial mención a la importancia de que los especialistas en Medicina de Familia del ámbito de Atención Primaria o de urgencias y pediatría (es más frecuente en niños) puedan identificar la fitofotodermatitis para su detección precoz, prevención y tratamiento. De esa forma facilitaremos una adecuada vigilancia evolutiva y prevención de eventuales complicaciones.

Figura 3. Extenso eritema en tronco (tórax y abdomen) y raíz de miembros superiores con grandes ampollas diseminadas (hemicuerpo derecho)



BIBLIOGRAFÍA

1. Verdeguer Miralles JM, Cevallos Madrid B, Pérez Antón C, Catalá Hortelano L. La piel en el campo [The skin in the field]. *Aten Primaria*. 2019;51(6):384-5.
2. Hernández Tienza, F, Llorente Ruiz C, Moreno Molinero A, Gilarte Herrera CE. Piel, sol y plantas, mala combinación. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2021;14 (3):137-9.
3. Klaber RE. Phytophotodermatitis. *Br J Dermatol*. 1942; 54:193-211 (Abstract).
4. Galvan-Pérez del Pulgar JI, Linares-Barrios M, Galvan-Pozo JI Jr. Acropigmentation of the Dorsum of the Hands From Preparing Mojitos: A Lime-Induced Phytophotodermatitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(3):253-5.
5. Luiña Madera A, López Álvarez L, Álvarez Megido M, Fernández Cuevas J. 37 Congreso Nacional SEMERGEN. Fitofotodermatitis: La importancia de la historia clínica. Valencia. *Semergen*. 2015;41 (Espec Congr):1702.
6. Estévez Garrido C, Correa Precedo CM, Teijeiro Blanco P, Diéguez García T. 37 Congreso Nacional SEMERGEN Lesiones ampollosas en un jardinero. Valencia. *Semergen*. 2015;41 (Espec Congr):1692.