

Lesiones diana en cara

Target lesions on face

Carolina Pérez Uribe¹, Jorge Yutronic Herrera¹, Jocelyn Manfredi Santi²

¹ Dermatólogos, Departamento de Dermatología Universidad de Chile, Chile

² Anatomopatóloga, Clínica Santa María, Chile

Contacto del autor: Carolina Pérez Uribe

E-mail: Qarollita@yahoo.es

Correspondencia: Santos Dumont 999, Independencia, Santiago, Chile

Fecha de trabajo recibido: 12/03/15

Fecha de trabajo aceptado: 11/06/16

Conflictos de interés: los autores declaran que no existen conflictos de interés

CASO CLÍNICO

Mujer de 21 años, sin antecedentes personales ni familiares de dermatosis ni mesenquimopatías, estudiante, usuaria de anticonceptivos hace 4 años. Consultó por cuadro de 8 años de evolución caracterizado por la presencia de lesiones eritematosas, pruriginosas, dolorosas ocasionalmente, en cara, dorso de manos y pabellones auriculares que aparecían y aumentaban tras cada exposición solar; las lesiones remitían sin dejar cicatriz, pero reaparecían durante la primavera y ante cada exposición solar. La paciente negaba síntomas sistémicos, ingesta de fármacos o infecciones recientes durante estos episodios.

Al examen físico se encontraban pápulas y placas eritematosas ovales, infiltradas, rodeadas de un halo eritematoso; algunas de ellas presentaban una vesícula en el centro que se ubicaban en ambos párpados, nariz, mejillas, sienes y dorso de manos. No se evidenciaron otras lesiones en el resto del cuerpo. (Fotos 1 y 2).

La analítica de sangre, orina y estudio de anticuerpos antinucleares no mostraron alteraciones.

En el estudio histopatológico se observó una epidermis conservada, con focos de spongiosis y daño vacuolar de la interfase dermoepidérmica, moderado infiltrado liquenoide en banda, perivascular superficial y medio, con exocitosis de linfocitos normotípicos (Foto 3).



FOTO 1: Placas eritematosas, redondeadas, con acentuación del eritema en los contornos, algo infiltradas en párpados y mejilla derecha.



FOTO 2: Pápulas y placas eritematosas, algunas con vesícula central en dorso de ambas manos.

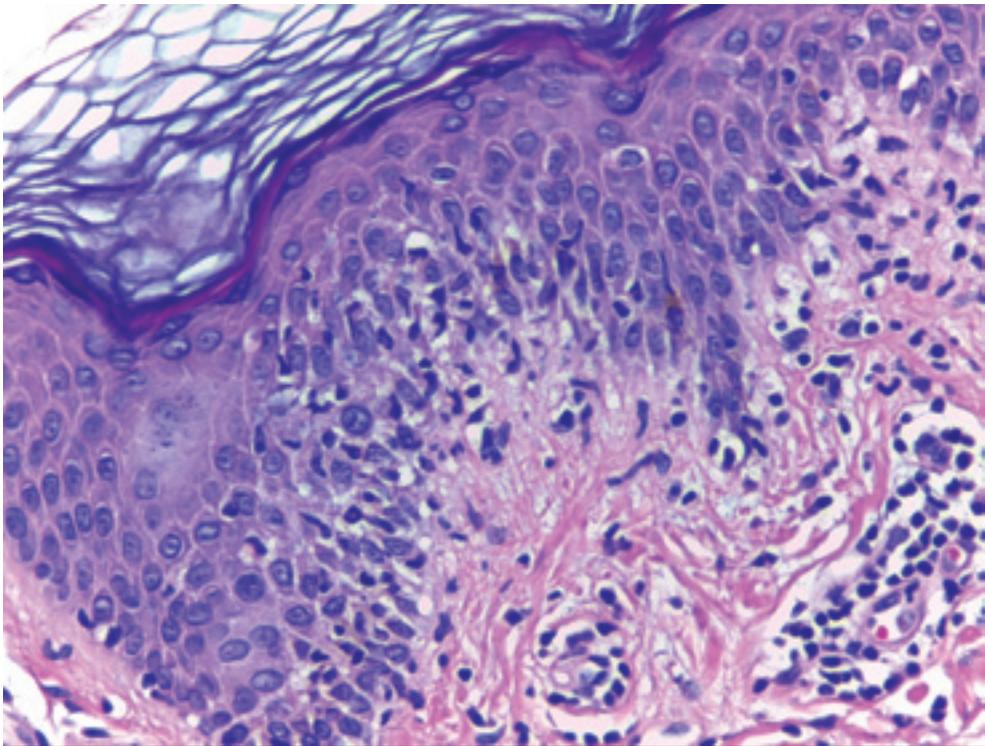


FOTO 3: Focos de espongiosis y daño vacuolar de la interfase dermoepidérmica (HyE, 400x).

DIAGNÓSTICO

Erupción poliforma lumínica.

COMENTARIOS

La erupción poliforma lumínica es la fotodermatosis idiopática más frecuente; los estudios más recientes sugieren que es una reacción de hipersensibilidad de tipo retardada a un antígeno cutáneo fotoinducido^{1,2}. Suele iniciarse en las primeras tres décadas de la vida, es dos a tres veces más frecuente en mujeres que en hombres². Se caracteriza por la aparición de lesiones pruriginosas, simétricas, en áreas fotoexpuestas ante cada exposición solar o frente a la radiación ultravioleta reflejada en la nieve, con un curso recurrente, persistente. Aparecen posterior a 30 minutos y hasta 2-3 días después de la exposición solar y desaparecen en 7-10 días sin dejar cicatriz, empeoran en primavera e inicios del verano, mejoran en invierno (excepto en los casos de exposición a radiación ultravioleta reflejada en la nieve) y la severidad tiende a mejorar con el tiempo^{1,2}. La morfología más frecuente es la presencia de pápulas, placas, papulovesículas, vesículas, ampollas o placas edematosas confluentes³. Con menor frecuencia se presentan aquellas de aspecto similar a mordeduras de insecto o eritema multiforme^{4,5}. En un mismo individuo las exacerbaciones del cuadro presentan habitualmente el mismo patrón morfológico².

Las pruebas diagnósticas de foto provocación son innecesarias para el diagnóstico.

Los diagnósticos diferenciales planteados durante el estudio de este caso fueron: lupus cutáneo subagudo, micosis, reacción fotoalérgica, eritema multiforme fotosensible^{5,6}. La ausencia de cicatrices, así como la analítica sérica normal y la falta de autoanticuerpos,

alejan la posibilidad de un lupus cutáneo. Los años de evolución, la topografía, morfología y comportamiento de las lesiones, sumado a la ausencia de una historia reciente de ingesta de fármacos, inmunizaciones o infecciones, en concordancia con los hallazgos histopatológicos nos ayudaron a catalogar este caso clínico como una erupción poliforma lumínica.

Los pilares de tratamiento incluyen: el manejo de las exacerbaciones agudas con el uso de corticoides tópicos y fotoprotección (evitar exposición, protección física y química, ésta última se recomienda de amplio espectro, en particular frente a UVA). En los casos moderados pueden emplearse distintas modalidades de fototerapia: PUVA, UVB de banda ancha, UVB banda angosta (con el fin de inducir fototolerancia), antimaláricos, talidomida y/o antioxidantes, aunque la eficacia de estos últimos aún no ha sido demostrada. En casos severos y/o refractarios puede utilizarse ciclosporina o azatioprina^{1,2}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hönigsmann H. Polymorphous light eruption. *Photodermatol. Photoimmunol Photomed* 2008; 24:155-161.
2. Gruber-Wackernagel A, Byrne S, Wolf P. Polymorphous light eruption, clinic aspects and pathogenesis. *Dermatol. Clin.* 2014; 32: 315-334.
3. Das A, Ghosh A, Shome K. Plaque-type polymorphous light eruption. *Indian Pediatr.* 2014; 51: 84.
4. Akarsu S, Ilknur T, Fetil E, Lebe B, et al. Erythema multiforme-like eruption localized to a sun-exposed area. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2010; 26: 101-103.
5. Rodríguez-Pazos L, Gómez-Bernal S, Rodríguez-Granados MT, Toribio J, et al. Eritema multiforme fotodistribuido. *Actas Dermosifiliogr.* 2013; 104: 645-653.
6. Yaghoobi R, Feily A, Behrooz B, Yaghoobi E, et al. Palpebral involvement as a presenting and sole manifestation of discoid lupus erythematosus. *Scientific World Journal.* 2010; 10: 2130-2131.