

Tema 21

DERMATITIS FOTOALÉRGICA Y FOTOTÓXICA

Dres. E. Herrera y M.V. de Gálvez

DEFINICIÓN

Enfermedades cutáneas que se producen por el aumento de capacidad de reacción de la piel a las radiaciones lumínicas tras la administración de una sustancia fotosensibilizante. Se conocen como reacciones de fotosensibilidad y pueden desencadenarse tanto por contacto como por la administración sistémica del agente fotosensibilizante. Si existe implicación inmunológica se denomina dermatitis fotoalérgica y si no dermatitis fototóxica.

ETIOPATOGENIA

La sustancia fotosensibilizante absorbe la energía lumínica de una determinada longitud de onda. Posteriormente cede esa energía y se producen radicales libres y especies reactivas de oxígeno que pueden lesionar estructuras celulares. En las fotoalergias la sustancia química, tras absorber fotones, se une a unas proteínas de membrana y se transforma en un alérgeno.

CLÍNICA

Dermatitis fototóxica

No existe un mecanismo inmunológico, puede afectar a muchas personas siempre que exista dosis elevada de irradiación y cantidad suficiente de sustancia química. Las lesiones aparecen tras la primera exposición, son monomorfas, y se caracterizan por eritema intenso, edema y vesiculación en áreas de piel fotoexpuestas, marcando claramente los bordes de las zonas descubiertas, y onicolisis ungueal (Fig. 1). Formas particulares de fototoxía: fitofotodermatitis (dermatitis de los prados, apio) (Fig. 3), dermatitis de Berloque, fotosensibilidad en tatuajes (sulfuro de cadmio),

fármacos (tetraciclinas, AINEs, amiodarona (color azulado), clorpromacina (color gris...)).

Dermatitis fotoalérgica

Existe alteración inmunológica por lo que afecta a un pequeño porcentaje de personas con idiosincrasia especial. Se produce más por contacto con la sustancia fotosensibilizante que por vía sistémica. Aparece con pequeñas cantidades de la sustancia y dosis pequeñas de radiación. Las lesiones son más polimorfas que en la fototoxía (pápulas, vesículas, lesiones eccematosas), y pueden sobrepasar las zonas descubiertas. Las sustancias fotosensibilizadoras más frecuentes son fármacos como fenotiacinas, sulfamidas, AINEs, quinidina, y por vía tópica: antimicronianos (hexaclorofeno, diclorofeno, bitionol), cremas solares (PABA, benzofenonas, cinamatos) y fragancias (ambrosía almizclada, 6-metilcumarina, aceite de sándalo) (Fig. 2).

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica (exposición a una determinada sustancia previa a la exposición lumínica). Por la clínica, en la fototoxía las lesiones recuerdan a un eritema solar exagerado, y en fotoalergia las lesiones recuerdan al eccema alérgico de contacto.

El fototest muestra cambios en la dosis eritema médica (MED) con disminución cuando el paciente toma un fármaco determinado, y MED normal cuando se retira éste. La prueba del fotoparche es útil en fotoalergias. Cada sustancia se aplica por duplicado, una zona se irradia y la otra no; si la zona irradiada es positiva y la otra no, existirá fotoalergia.

HISTOPATOLOGÍA

La histopatología de la reacción fototóxica aguda muestra epidermis con edema intercelular y grado variable de queratinocitos apoptóticos que a



Figura 1. *Reacción fototóxica a antipsicóticos.*



Figura 2. *Reacción fotoalérgica a fragancias.*



Figura 3. Fitofotodermatitis.

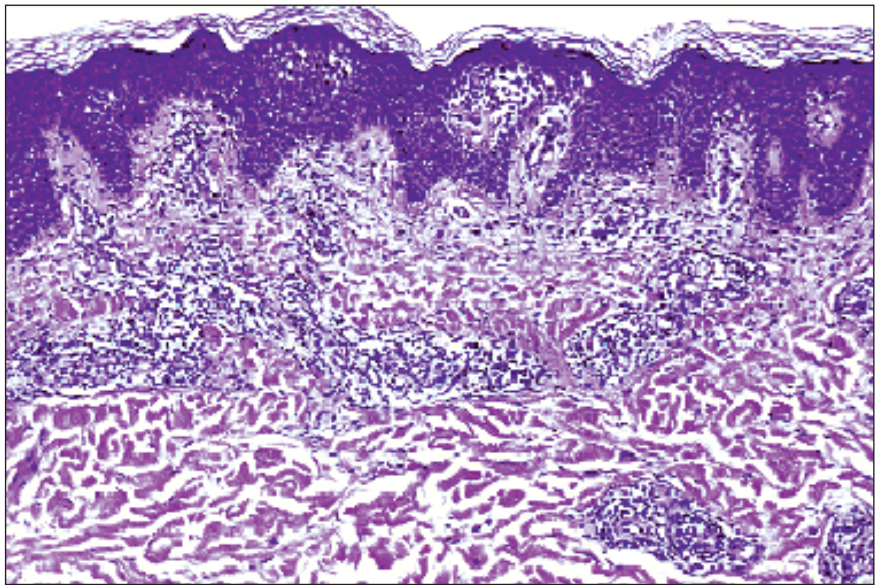


Figura 4. Dermatitis fotoalérgica subaguda con hiperqueratosis y espongiosis.

veces, dependiendo de la intensidad del proceso, ocupan la totalidad de la epidermis. También se observa exocitosis eosinofílica en grado variable y edema y vasodilatación de los capilares de dermis superficial con infiltrado perivascular linfocitario y numerosos eosinófilos y neutrófilos. En fases avanzadas hay hiperqueratosis e hipergranulosis, acantosis e incluso atrofia. Los melanocitos se hacen hiperplásicos, aumentando la melanina y

la incontinencia pigmentaria. En fases crónicas se visualiza elastosis y telangiectasias (Figs. 5 y 6).

La histopatología de la dermatitis fotoalérgica es similar a la que ocurre en las dermatosis con patrón espongiótico. Si bien hay espongiosis, paraqueratosis y acantosis, la aparición de vesículas es rara. Existe un infiltrado de células mononucleadas de mediana intensidad, de localización perivascular en dermis superficial. Un dato que, a veces permite

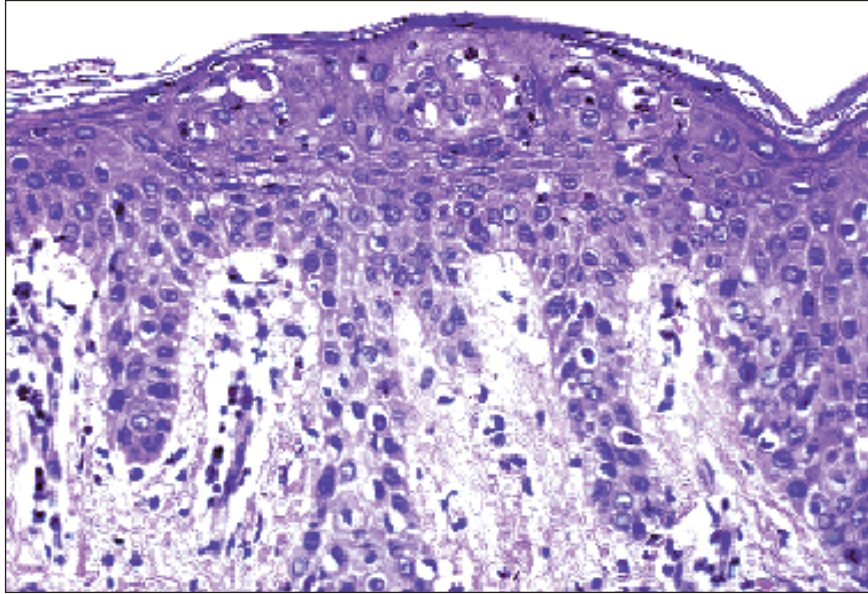


Figura 5. *Dermatitis fototóxica. Queratinocitos necróticos en capas altas de la epidermis.*

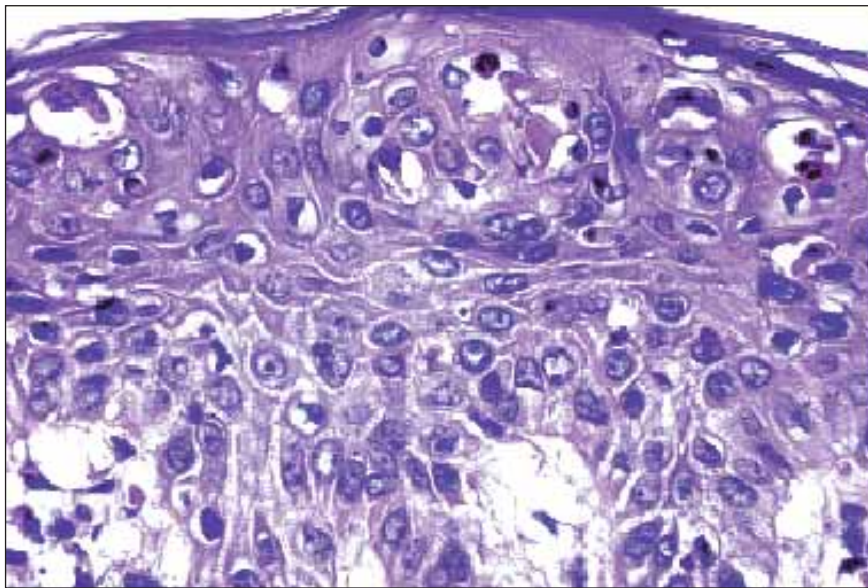


Figura 6. *Dermatitis fototóxica. Detalle de la anterior.*

diferenciar este proceso de la dermatitis de contacto, es que el infiltrado de la dermatitis fotoalérgica es de localización más profunda y se pueden encontrar fenómenos de elastosis solar (Fig. 4).

La reacción liquenoide fotoinducida es similar al liquen plano y se diferencian por la presencia de eosinófilos, paraqueratosis y edema e infiltrado perivascular en dermis superficial y profunda.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de las reacciones de fotoalergia hay que hacerlo con las reacciones fototóxicas. Clínicamente es, a veces muy difícil. La presencia de mayor número de queratinocitos apoptóticos apoyaría el diagnóstico de dermatitis fototóxica mientras que la presencia de espongio-

Tabla 1. Dermatitis fotoalérgica y fototóxica

Diferencias clínicas e histopatológicas

	<i>D. Fotoalérgica</i>	<i>D. Fototóxica</i>
Dosis necesaria para reacción	Pequeña	Alta
Inicio de manifestaciones clínicas	Más de 24 h.	Minutos
Lesión clínica	Eczema	Quemadura
Topografía	Áreas foto/no fotoexpuestas	Áreas fotoexpuestas
Presencia pigmentación	Si	No
Histopatología	Reacción espongiótica	Necrosis epidérmica
Reacciones cruzadas	Si	No

sis y vesiculación haría inclinarse hacia una dermatitis fotoalérgica. En relación con otros procesos, desde el punto de vista clínico la fototoxia habrá que diferenciarla de eccemas de contacto, fotodermatitis idiopáticas, y sobre todo de quemaduras solares tras exposición solar intensa. También habría que hacer el diagnóstico diferencial con aquellas otras enfermedades fotoinducidas tales como el lupus eritematoso sistémico y porfirias.

TRATAMIENTO

Evitar sustancias fotosensibilizantes y exposición solar, y utilizar filtros solares.

En lesiones exudativas lociones astringentes, en inflamación leve loción calmante tópica, en dermatitis más intensa corticosteroides tópicos. En cuadros graves corticoides sistémicos.