

ERUPCIÓN POLIMORFA LUMÍNICA

Dres. A. Moreno, A. Jucglà y X. Bordas

CONCEPTO

Reacción anormal a la luz con aparición de lesiones cutáneas tras la exposición directa a la luz solar.

ETIOPATOGENIA

Reacción anómala a la luz de causa desconocida. Los tests de provocación con UVB no demuestran diferencias entre los pacientes afectados y los controles normales y la administración repetida de UVA puede reducir las manifestaciones clínicas. No se han demostrado anticuerpos antinucleares en estos pacientes.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las lesiones aparecen en áreas de piel expuesta y se desarrollan entre 1/2 y 24 horas después de una exposición a la luz solar y suelen desaparecer después de unas horas o unos pocos días.

Se trata de una patología adquirida, más frecuente en mujeres jóvenes, que aparece después de la pubertad y suele presentarse en los periodos de aumento de las horas de sol (primavera e inicio de verano).

El cuadro puede ser polimorfo, con distintas lesiones elementales, como pápulas edematosas, papulovesículas (Fig. 1), lesiones costrosas. En ocasiones las lesiones coalescen formando placas más o menos extensas (Fig. 2). Suele condicionar prurito intenso. Generalmente a pesar del polimorfismo de la enfermedad cada paciente suele manifestar un solo tipo de lesiones.

CLAVES CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS

- Erupción cutánea tras exposición solar.
- Afectación predominando en áreas fotoexpuestas; enfermedad estacional (primavera e inicios de verano).
- Pápulas eritemato-edematosas, papulo-vesículas y costras.
- Prurito.

DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA

Las características histológicas varían dependiendo del tipo de lesión clínica.

Las pápulas muestran un patrón microscópico inespecífico. Se observa un discreto edema y un infiltrado linfocitario perivascular en la dermis superficial de composición linfocitaria (Fig. 3).

Las vesículas muestran un patrón de dermatitis espongiótica. Además del edema e infiltrado, se observa espongiosis. Suele ser una espongiosis poco intensa, con formación de pequeñas vesículas intraepidérmicas.

Las placas muestran un patrón más complejo. La dermis presenta un infiltrado más denso y profundo de predominio preferentemente perivascular. Puede haber un cierto componente espongiótico en la epidermis aunque la formación de vesículas es excepcional. La zona de la unión dermo-epidérmica es normal sin que se evidencien focos de daño vacuolar o necrosis de queratinocitos aislados.

Las lesiones de eritema difuso muestran un patrón poco intenso e inespecífico, en ocasiones sólo hay un mínimo infiltrado linfocitario y edema difícil de evaluar. Ocasionalmente se observan pseudovesículas (Fig. 4).

La inmunofluorescencia directa es siempre negativa, sin evidencia de depósitos de inmuno-



Figura 1. Erupción polimorfa lumínica. Pápulas y papulo-vesículas en la porción alta de la espalda tras exposición solar.



Figura 2. Lesiones predominantemente en placa en extremidades.

globulinas ni complemento en la zona de unión dermo-epidérmica.

CLAVES DEL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

- Pápulas: edema y leve infiltrado linfoide perivascular inespecífico.
- Pápulo-vesículas: dermatitis espongíotica poco intensa.
- Placas: infiltrado más denso, perivascular afectando a dermis superficial y media. En ocasiones espongiosis superficial sin vesículas. Ausencia de lesiones en la unión dermo-epidérmica.
- Eritema difuso: edema e infiltrado linfoide leve, inespecífico.
- Siempre, inmunofluorescencia directa negativa.

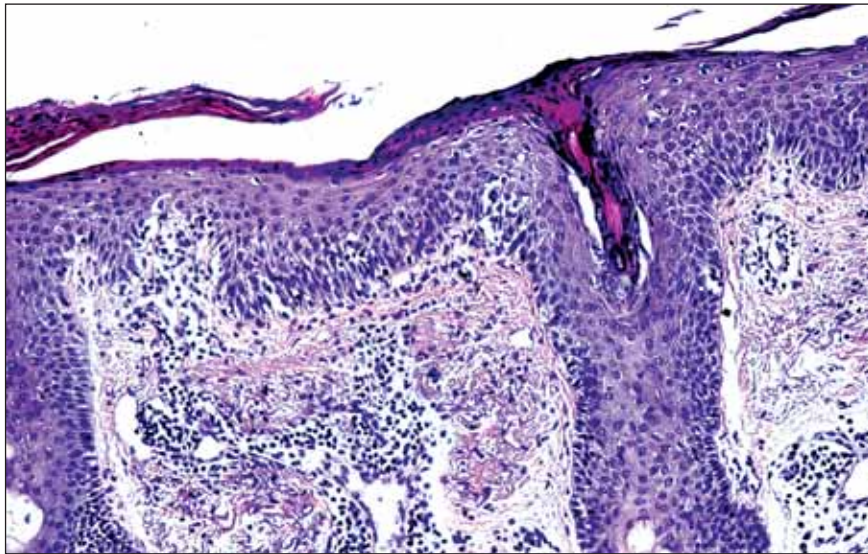


Figura 3. Imagen a bajo aumento. Piel actínica. Infiltrado linfoide perivascular leve, espongiosis leve, paraqueratosis.

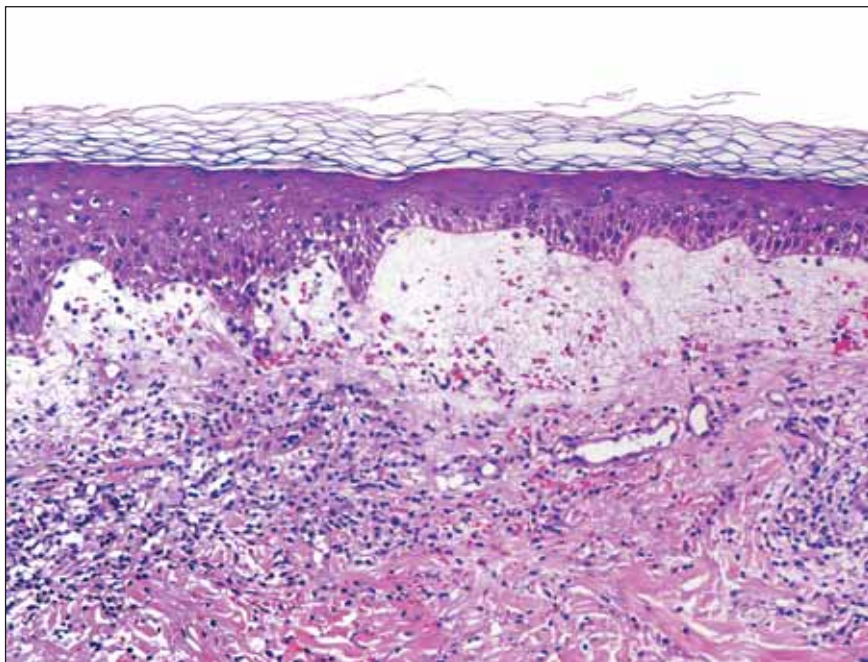


Figura 4. Lesión pseudovesiculosa. Destaca en intenso edema de la dermis papilar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aunque ocasionalmente puede plantearse el diagnóstico diferencial con el lupus eritematoso la historia evolutiva de la EPL es distinta (inicio al principio del verano pudiendo mejorar en pleno verano a pesar de nuevas exposiciones solares; resolución relativamente rápida cuando se evitan nuevas exposiciones). Histológicamente en la erupción polimorfa lumínica no hay mucinosis dérmica ni lesiones en la unión dermo-epidérmica pero estos cambios pueden también estar ausentes en lesiones iniciales de lupus discoide o túbidos. La inmunofluorescencia directa positiva descarta erupción polimorfa lumínica. La presencia de focos espongióticos ayuda al diagnóstico.

Infiltración linfocitaria de la piel: Indistinguible de la erupción polimorfa lumínica en ausencia de

espongiosis. Probablemente la infiltración linfocítica de la piel corresponden a formas menores de lupus cutáneo sin lesión epidérmica.

Linfoma B cutáneo: infiltrados más densos y profundos, folículos linfocíticos en la periferia, células de aspecto centrocítico o B-monocítico características.

TRATAMIENTO

Generalmente puede controlarse evitando la exposición prolongada a la luz solar. Pueden precisarse filtros solares de alta protección. En casos intensos puede plantearse tratamiento con dosis bajas de fototerapia (UVB de banda estrecha o PUVA).