

Piel, sol y plantas, mala combinación

Fátima Hernández Tienza, Cristina Llorente Ruiz, Ana Moreno Molinero, Cristina Eugenia Gilarte Herrera
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

PUNTOS CLAVE

- La fitofotodermatitis puede ser la causa de lesiones en piel expuesta al sol.
- Se originan por contacto con un desencadenante foto-tóxico.
- Pueden desencadenarse desde el primer contacto con la sustancia que la genera independientemente del tiempo de exposición solar.
- En el manejo inicial de esta patología es esencial una adecuada historia, ya que será la clave para el correcto diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Los motivos de consulta habituales en urgencias tanto en el centro de salud como en el medio hospitalario son repetitivos y de presentación clínica similar, sin embargo, detrás de clínica anodina, en ocasiones se esconden procesos fisiopatológicos diferentes que debemos reconocer.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 6 años traída a consulta en época estival, por haber presentado flictenas dolorosas en los dedos de ambas manos (Figura 1).

Los padres refieren aparición de las lesiones en las últimas horas, por la tarde, tras haber pasado el día en el campo. Niegan la presencia de fiebre o de otra clínica acompañante.

Se trata de una niña sana, bien vacunada y sin alergias, no residente en España que se encuentra de vacaciones en medio rural.

Es la primera vez que presenta este tipo de lesiones cutáneas. Ahondando en la historia, los padres nos cuentan que esa mañana ha estado jugando con agua estancada y a extraer el jugo de hojas de higuera.

En la exploración se evidencian flictenas a tensión con Nikolsky negativo, con líquido seroso en el interior, en dorso de ambas manos predominantemente en falanges del segundo y tercer dedo. Asocia lesiones aisladas en dorso de las manos de predominio distal, con base eritematosa, siendo el resto de la exploración normal.

Ante la clínica, y ante la sospecha de lesiones compatibles con fitofotodermatitis, se procede a la limpieza y drenaje de las flictenas en medio estéril, colocando vendaje con administración de fomentos secantes, añadiendo pauta de antibioterapia oral con amoxicilina-ácido clavulánico 50 mg/kg/día y corticoterapia tópica con hidrocortisona al 1%.

Se realiza seguimiento a las 48 horas en consulta, que evidencia la mejoría de las lesiones (Figura 2); persiste el edema, sin signos de sobreinfección acompañantes y la niña presenta buen estado general.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y JUICIO CLÍNICO

Muchas sustancias vegetales pueden tener consecuencias inimaginables, en cuanto a reacciones cutáneas, cuando se suma la fotoexposición solar. Las higueras son una de las plantas de nuestro medio con mayor peligrosidad.

La fitofotodermatitis, cuyo diagnóstico es eminentemente clínico, presenta lesiones identificables por lo que es necesario conocer su aspecto clínico para establecer el diagnóstico de sospecha.

Con este caso, se pretende destacar la importancia que tiene la historia clínica para realizar un diagnóstico correcto y considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial del exantema vesiculoampoloso.

Cómo citar este artículo: 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.



Figura 1. Lesiones cutáneas.



Figura 2. Lesiones cutáneas a las 48 horas de evolución.

Es imprescindible en el diagnóstico diferencial, descartar lesiones secundarias a quemaduras directas, a impétigo y reacciones de alergia cutánea por sustancias citotóxicas.

DISCUSIÓN

Los jugos de la higuera, sobre todo de hojas y frutos, contienen altas cantidades de psoralenos, como también ocurre en otras plantas, como la lima, el naranjo, el limonero, la bergamota o el apio. El contacto con los mismos desencadena depósitos en la piel lo que sumado a la fotoexposición, origina reacciones fototóxicas¹. Son reacciones inflamatorias sin base inmunológica, en las regiones expuestas, generando reacciones locales de enrojecimiento, edema, vesículas o ampollas, con pigmentación residual. Se pueden producir desde el primer contacto, dependiendo de la concentración de los depósitos vegetales y la cantidad de radiación solar recibida.

La hiperpigmentación generada por los psoralenos sucede secundariamente a una multitud de cambios interrelacionados: como el incremento de la mitosis y de la dendricidad o activación de los melanocitos, hipertrofia de estos, aumento de la actividad tirosinasa y el cambio en el tamaño y distribución.

En los casos más graves se produce la balonización de los queratinocitos de la dermis superficial con necrosis epidérmica².

En cuanto al tratamiento, será necesario valorar, como en el caso clínico presentado, la administración de corticoterapia tópica u oral, así como la administración de antibioterapia oral o

endovenosa en función de la extensión, y la asociación de anti-histamínicos. Sin olvidar el cuidado de las heridas con compresas estériles y realizar un desbridamiento adecuado. Para aliviar el malestar se pueden asociar compresas estériles frías en las zonas de mayor molestia.

CONCLUSIÓN

Las lesiones por fitofotodermatitis son muy habituales en la población pediátrica. Es necesario saber reconocerlas para diagnosticarlas y enfocar adecuadamente el tratamiento de estas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-García M, Moreno Onorato C, Hitos Urbano JL, Harris MJ. Lesiones ampollosas tras contacto con plantas. *An Pediatr (Barc)*. 2016;84:179-80.
2. Guerrero-Fernández J. Fitofotodermatitis. En: *Web PEDIátrica* [en línea] [consultado el 16/09/2021]. Disponible en: http://www.webpediatria.com/casosped/pdf/84_fitofotodermatitis.doc.pdf