Image

18. Erupción polimorfa lumínica

Características específicas de las lesiones

La erupción polimorfa lumínica (EPL) es una fotodermatosis idiopática que se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas pruriginosas polimorfas en zonas fotoexpuestas[1,2]. Se han descrito múltiples variantes clínicas de EPL, siendo las formas papular, en placas y papulovesicular las más frecuentes; en un mismo paciente, las lesiones tienden a ser similares en los distintos brotes[3].

Las lesiones acostumbran a ser simétricas. Aparecen al cabo de unas horas o unos días de la exposición solar y se curan en unos días sin dejar cicatriz.

El cuadro suele comenzar y ser más grave en las primeras exposiciones solares (primavera o inicio del verano) y generalmente mejora, o incluso desaparece, conforme progresa la exposición al sol (fenómeno de hardening). Las zonas corporales más afectadas son el escote, la espalda, los hombros y el dorso de los brazos, mientras que la cara y las manos suelen permanecer intactas[4].

Normalmente presenta un curso crónico, con recurrencia de manera estacional.

Afecta principalmente a mujeres jóvenes.

Image

18.1. Variante papular de erupción polimorfa lumínica, con pápulas eritematosas en el escote.

Image

18.2. Variante en placas de erupción polimorfa lumínica, con aparición de placas eritematosas en la nuca.

Image

18.3. Erupción primaveral juvenil, subtipo de erupción polimorfa lumínica típica de pacientes pediátricos, que se caracteriza por la aparición de pápulas eritematosas y vesículas localizadas en el hélix de ambas orejas1.

Image

18.4. Pápulas y placas eritematosas en la espalda de un paciente con erupción polimorfa lumínica. Se realizó biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa y analítica con autoinmunidad, y se descartó un lupus cutáneo.

Características específicas de la lesión

El principal diagnóstico diferencial es con el lupus eritematoso cutáneo (LEC), habiéndose descrito una asociación entre ambas entidades[2-5]. La aparición más tardía de las lesiones en el LEC, habitualmente tras semanas de exposición solar intensa, su mayor persistencia en el tiempo (semanas o meses), la observación de atrofia, cicatrices, telangiectasias o tapones foliculares, así como la afectación de localizaciones como la cara, el cuero cabelludo o las orejas, pueden ayudarnos al diagnóstico diferencial[3].

En caso de dudas, está indicada la realización de una biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa y una analítica con anticuerpos antinucleares, anti-Ro y anti-La.

Puntos clave para el diagnóstico diferencial

- Lesiones no evanescentes (duración >24 h), que perduran unos días y no dejan cicatriz.
- Aparición más tardía que la urticaria (>30 min), habitualmente unas horas o unos días después de la exposición solar.
- Aparición tras las primeras exposiciones solares y recurrencia estacional.
- Afectación característica de zonas habitualmente no fotoexpuestas (escote, zona alta de la espalda y dorso de los brazos) de manera simétrica.

Image

Capítulo 18

PDF
Descargar

Volver al :

Atlas Diferencial de la Urticaria

Atlas Diferencial de la Urticaria

See more details

Hide details

-

19. Penfigoide gestacional

19. Penfigoide gestacional

See more details

Hide details

Referencias

1. Ale IS, Maibach HI. Irritant contact dermatitis. Rev Environ Health. 2014; 29(3): 195-206.
2. McGuckin M, Govednik J. Irritant contact dermatitis on hands. Am J Med Qual. 2017; 32(1): 93-99.
3. Kostner L, Anzengruber F, Guillod C, Recher M, Schmid-Grendelmeier P, Navarini AA. Allergic contact dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am. 2017; 37(1): 141-152.
4. Bains SN, Nash P, Fonacier L. Irritant contact dermatitis. Clin Rev Allergy Immunol. 2018 .
5. Mowad CM, Anderson B, Scheinman P, Pootongkam S, Nedorost S, Brod B. Allergic contact dermatitis: patient diagnosis and evaluation. J Am Acad Dermatol. 2016; 74(6): 1.029-1.040.

Source URL:
https://www.pro.novartis.com/es-es/dermatologia/urticaria/atlas-de-la-urticaria/18-erupcion-

polimorfa-luminica