

Fitofotodermatitis. Descripció clínica d'un cas florit

Daniel Aguadé-Borrull¹, Ariadna Carsi-Durall², Jorgina Vila-Soler², Vicente García-Patos³,
 Sebastià González-Peris¹

¹ Urgències Pediàtriques, Servei de Pediatria; ² Hospitalització Pediàtrica, Servei de Pediatria; ³ Servei de Dermatologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

RESUM

Introducció. Les fitofotodermatitis són les reaccions cutànies induïdes pel contacte de certs vegetals amb la pell sumades a l'efecte de la radiació ultraviolada. Les substàncies que hi estan implicades més sovint solen ser les furocumarines, presents en rutàcies (lilmoner, taronger i llima), moràcies (figuera) i umbel·líferes (pastanaga, api i julivert), entre altres. Aquestes reaccions es manifesten amb plaques eritematoses urticariformes sobre les quals es poden arribar a formar vesícules i butllofes, simulant una cremada. Típicament, el contacte amb les plantes ocasiona lesions cutànies amb patrons lineals. Aquest treball permet desenvolupar les característiques clíniques de l'entitat partint d'un cas particular.

Cas clínic. Un nen de 9 anys va acudir a urgències per una placa eritematosa a la cama esquerra sobre la qual havien aparegut butllofes i en què s'intuïa una disposició lineal. Dos dies abans havia estat jugant al camp exposat al sol i amb pantalons curts. El pacient va ser hospitalitzat i es va procedir a la flictenectomia de les ampolles tenses més grans, a l'administració d'analgèsics, corticoides i antihistamínics per via endovenosa, i a cures amb fomentos de permanganat potàssic i crema de sulfadiazina argèntica. L'evolució va ser favorable i el nen va poder continuar amb les cures de forma ambulatoria. Revisant les plantes presents al camp que va visitar el pacient trobem algun exemplar d'umbel·lífera.

Comentaris. La fitofotodermatitis és una condició infreqüent que generalment no suposa gravetat, però les lesions ampul·lars locals poden ser molt cridaneres ja que semblen una cremada. El diagnòstic és fonamentalment clínic, i és imprescindible mantenir un alt grau de sospita.

Paraules clau: Dermatitis fototòxica. Malalties cutànies vesículoampolloses. Plantes tòxiques.

FITOFOTODERMATITIS. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UN CAS FLORIDO

Introducción. Las fitofotodermatitis son aquellas reacciones cutáneas inducidas por el contacto de ciertos vegetales con la piel sumadas a la radiación ultravioleta. Las sustancias más frecuentemente implicadas suelen ser furocumarinas, presentes en rutáceas (limonero, naranjo y lima), moráceas (higuera) y umbelíferas (zana-

horia, apio y perejil), entre otras. Dichas reacciones se manifiestan con placas eritematosas urticariformes sobre las que pueden llegar a formarse vesículas y ampollas, simulando una quemadura. Típicamente, el contacto con las plantas ocasiona lesiones cutáneas con patrones lineales. Este trabajo permite desarrollar las características clínicas de la entidad partiendo de un caso particular.

Caso clínico. Un niño de 9 años acudió a urgencias por una placa eritematosa en la pierna izquierda sobre la que habían aparecido ampollas, y en la que se intuía una disposición lineal. Dos días antes había estado jugando en el campo y, con pantalón corto, había estado también expuesto al sol. El paciente fue hospitalizado y se procedió a la flictenectomía de las ampollas tensas de mayor tamaño, a la administración de analgésicos, corticoides y antihistamínicos por vía endovenosa, y a curas con fomentos de permanganato potásico y crema de sulfadiazina argéntica. La evolución fue favorable y el niño pudo continuar con las curas de forma ambulatoria. Revisando las plantas presentes en el campo que visitó el paciente encontramos algún ejemplar de umbelífera.

Comentarios. La fitofotodermatitis es una condición infrecuente que generalmente no supone gravedad, pero las lesiones ampollas locales pueden ser muy llamativas simulando una quemadura. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo imprescindible mantener un alto grado de sospecha.

Palabras clave: Dermatitis fototóxica. Enfermedades cutáneas vesículoampollosas. Plantas tóxicas.

CLINICAL DESCRIPTION OF A SEVERE CASE OF PHYTOPHOTODERMATITIS

Introduction. Phytophotodermatitis is a skin reaction occurring after contact of the skin with a plant in conjunction with exposure to UV irradiation. The substances most frequently involved are furocumarines, which are usually present in *Rutaceae* (lemon, orange, and lime), *Moraceae* (fig), and *Umbelliferae* (carrot, celery, and parsley), among others. Such reactions manifest by erythematous urticarial plaques that can develop vesicles and blisters, simulating a burn. Contact with the plants usually causes skin lesions with linear patterns. In this report we present a clinical characterization of this condition.

Case report. A 9 years old boy presented to the Emergency Department with an erythematous plaque and blisters in a linear pattern in his left leg. Two days earlier he had been playing in a field wearing shorts and exposed to the sun. The patient was admitted, the large blisters were drained and treated with potassium permanganate soaks and silver sulfadiazine cream, and he received intravenous analgesics, corticosteroids, and antihistaminics. The outcome was good and topical treatments were continued as

Correspondència: Sebastià González-Peris
 Urgències Pediàtriques. Hospital Universitari Vall d'Hebron
 Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona
 segonzalez@vhebron.net

Treball rebut: 25.07.2016
 Treball acceptat: 22.02.2017

Aguadé-Borrull D, Carsi-Durall A, Vila-Soler J, García-Patos V, González-Peris S.
 Fitofotodermatitis. Descripció clínica d'un cas florit.
 Pediatr Catalana. 2017;77(3):97-9.

outpatient. Evaluation of the plants in the playing field revealed the presence of *Umbelliferae*.

Comments. Phytophotodermatitis is not a common or severe disease, but bullous lesions can be striking and mimic a burn. Diagnosis is clinical, and a high level of suspicion is required.

Key words: Phototoxic dermatitis. Vesiculobullous skin diseases. Toxic plants.

Introducció

Les fitofotodermatitis són les reaccions cutànies induïdes pel contacte de certs vegetals o els seus derivats amb la pell, sumades a l'exposició a la radiació ultraviolada. És clàssic l'exemple de la melanosí produïda pel contacte de l'oli de bergamota (component d'alguns perfums i essències) en una pell després exposada a la radiació solar (dermatitis berloque), però podem observar altres formes clíniques de dermatosi diferents¹⁻².

Des del punt de vista fisiopatològic es diferencien dos tipus de reaccions: fototòxiques i fotoal·lèrgiques. En les reaccions fototòxiques associades al contacte amb plantes solen estar implicats compostos com les furocumarines. Els coneguts psoralens pertanyen a aquesta família de compostos i es fan servir, per exemple, en combinació amb la radiació ultraviolada en el tractament de diverses dermatosis (teràpia PUVA).

Les fitofotodermatitis d'origen al·lèrgic són reaccions d'hipersensibilitat retardada mediades per cèl·lules i que exigeixen sensibilització prèvia; tenen lloc únicament en pacients predisposats, a diferència de les d'origen tòxic³.

Cas clínic

Un nen de 9 anys, sense antecedents patològics rellevants, acudeix a urgències per l'aparició d'una placa eritematosa amb butllofes, pruriginosa i dolorosa, que liafecta gran part de la cama esquerra, d'aproximadament 72 hores d'evolució. Està afebril i l'estat general és bo. En l'anamnesi destaca una excursió al camp (comarca de la Noguera, Lleida), en què portava pantalons curts, el dia previ a l'aparició de la lesió. Havia consultat al seu pediatre al cap de 24 hores de l'inici de la clínica, i havia iniciat corticoides orals i antihistamínic, sense millora de la lesió.

En l'exploració destaca una placa eritematosa ben definida, amb vores que dibuixen patrons lineals, a més de butllofes seroses tenses i confluentes en el seu si (Fig. 1). L'altra cama està indemne.

Es realitza una anàlisi general que no mostra signes d'infecció i per l'antecedent de l'excursió al camp i l'exposició a la llum solar s'orienta la lesió com una fitofotodermatitis. S'hospitalitza el pacient per fer un maneig correcte del dolor i cures locals. S'inicia tractament sistèmic amb corticoides, antihistamínics i analgèsics. Per al tractament local inicialment es fan flictenectomies



Fig. 1. Placa eritematosa extensa amb butllofes seroses i tenses, a l'ingrés. Es pot observar la morfologia clarament lineal a la part externa de la cama.



Fig. 2. Imatge de l'evolució durant l'estada. Procés de reepitelització.



Fig. 3. Aspecte a l'alta. Eritema residual, amb clara disposició lineal de les zones de contacte amb les plantes.

de les ampolles més grans i tenses, i posteriorment cures oclusives diàries amb sulfadiazina argèntica prèvia aplicació de foment amb permanganat potàssic.

Durant l'ingrés el nen presenta una evolució favorable de les lesions cutànies, amb disminució gradual de l'eritema, millora del dolor i un adequat procés de reepitelització de les solucions de continuïtat cutànies (Fig. 2 i 3). El pacient pot ser donat d'alta a domicili després de 4 dies d'hospitalització, i completa el tractament amb corticoides per via oral i les cures tòpiques en el seu centre d'atenció primària. En aquest cas, l'hospitalització va ser una mica perllongada pel dolor, la residència en medi rural i la impossibilitat de fer les cures en la seva àrea bàsica de salut en cap de setmana.

Revisant les plantes presents al camp que va visitar el pacient, amb l'ajuda dels pares, trobem algun exemplar d'umbel·lífera i també d'*Euphorbia characias*, vegetal amb un làtex bastant irritant que emana dels talls produïts a la planta.

Discussió

L'exposició a la llum solar després del contacte amb certes plantes (especialment en condicions d'humitat de la pell) pot provocar una cascada inflamatòria a nivell cutani. Les substàncies implicades, com ara les furocumarines, es poden trobar en una àmplia varietat de plantes, com ara les rutàcies (lilimoner, taronger, llima i ruda), moràcies (figuera) i umbel·líferes (pastanaga, api i julivert), entre altres. Clínicament es produeix la formació de plaques eritematoedematoses d'aspecte urticariforme amb vesícules i butllofes que poden arribar a simular una cremada greu³⁻⁷. Típicament, el contacte amb la superfície irregular de les plantes provoca lesions amb disposició lineal o patrons capriciosos, amb àrees de diferent gravetat lesional, segons el grau de contacte amb el vegetal. L'aparença i la distribució de les lesions condueix ocasionalment a diagnòstics diferencials diversos entre els quals s'inclouen l'herpes simple i, fins i tot, el maltractament infantil¹⁻². Generalment, la clínica arriba al seu punt àlgid al cap d'unes 48-72 hores del contacte. Les lesions solen curar amb hiperpigmentació residual que pot durar setmanes o mesos.

El maneig de les fitofotodermatitis depèn fonamentalment de la seva extensió, i els pacients amb reaccions extenses s'han d'enfocar com un gran cremat. El tractament inclou antiinflamatoris (corticoides tòpics o sistèmics, depenent de l'extensió i la gravetat), analgèsics, antihistamínics i cures tòpiques amb foment amb permanganat potàssic i sulfadiazina argèntica. En la literatura també apareix descrit l'ús de substitutius epidèrmics en casos d'afectació extensa i greu. Des-

prés de la fase aguda del quadre serà convenient recomanar una adequada fotoprotecció i evitar el contacte amb fotosensibilizants coneguts⁸.

Aquest cas representa una clara il·lustració clínica i iconogràfica d'una entitat infreqüent, però que eventualment pot ser molt florida. És imprescindible una bona història clínica i un alt índex de sospita per arribar al diagnòstic.

Agraïment

Al pares del pacient i al Dr. J. Llistosella, del Departament de Botànica de la Universitat de Barcelona, per la seva ajuda en la identificació de les espècies vegetals.

Bibliografia

1. Gruson LM, Chang MW. Berloque dermatitis mimicking child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(11):1091-3.
2. Carlsen K, Weismann K. Phytophotodermatitis in 19 children admitted to hospital and their differential diagnoses: child abuse and herpes simplex virus infection. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(5 Suppl):S88-91.
3. Sarhane KA, Ibrahim A, Fagan SP, Goverman J. Phytophotodermatitis. *Eplasty.* 2013;13:ic57.
4. Fernández Mateos MR, García Canals A, Llusà Arboix M. Fitofotodermatitis. *An Esp Pediatr.* 2000;52:72-3.
5. Marcos LA, Kahler R. Phytophotodermatitis. *Int J Infect Dis.* 2015;38:7-8.
6. Esquinas G, González-Enseñat MA. Butllofes cutànies després de jugar al jardí sota exposició al sol. *Pediatr Catalana.* 1997;57:321-2.
7. Fernandez-Garcia M, Moreno Onorato C, Hitos Urbano JL, Harris MJ. Lesiones ampollasas tras contacto con plantas. *An Pediatr (Barc).* 2016;84(3):179-80.
8. Pfuertscheller K, Trop M. Phototoxic plant burns: report of a case and review of topical wound treatment in children. *Pediatr Dermatol.* 2014;31(6):e156-9.