Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2599

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/489 - LA CLAVE ESTÁ EN LO QUE HICISTE AYER

P. Morán Oliva[1], S. Basoco Lizana[1], E. Díaz García[2] y M. Montes Belloso[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid. [3]Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 26 años, sin enfermedades crónicas. Acude a nuestra consulta por la aparición de lesiones eritematosas y pruriginosas, inicialmente se localizan en extremidades superiores con posterior diseminación a tronco, cuello y extremidades inferiores. Las lesiones van modificándose de forma progresiva hasta convertirse en vesículas con contenido seroso. No otra sintomatología acompañante. Convive con sus sobrinos pequeños. Inicialmente había acudido a Urgencias del Centro de Salud donde se indica que podría tratarse de un herpes zóster incipiente e indican aplicar pomada emoliente y observación. Cuando acude a nuestra consulta se reinterroga y nos comenta que hace 48 horas estuvo realizando escalada al aire libre en la provincia de Jaén.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Auscultación cardiaca rítmica a 70 lpm. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Presenta en la base del cuello, extremidades superiores e inferiores, lesiones eritematosas, algunas de ellas lineales y otras en forma de placa, unas vesiculosas con contenido seroso, acompañadas de otras zonas donde sólo se observan lesiones de rascado. No se observan signos de sobreinfección. Las zonas de las lesiones coinciden con zonas fotoexpuestas, respetando mucosas, palmas y plantas de los pies.

Orientación diagnóstica: Fitofotodermatosis.

Diagnóstico diferencial: Impétigo ampolloso, penfigoide ampolloso, quemaduras, micosis o necrólisis epidérmica tóxica.

Comentario final: Se trata de una dermatosis relacionada con la exposición a plantas y a la luz solar. Existen determinados grupos de plantas con mayor predisposición a generar esta enfermedad por su contenido en psoralenos o furocumarinas (Rutaceae, Apiaceae, etc.), que se activan tras la exposición solar, generando una reacción fototóxica. El tratamiento se puede realizar con corticoides tópicos o sistémicos en función de la afectación, fomentos secantes y antihistamínicos. En este caso se administró prednisona 30 mg via oral cada 24 horas 3 días con mejoría progresiva. Todo ello nos hace reflexionar sobre la importancia del conocimiento de las lesiones dermatológicas, en las que la anamnesis resulta fundamental ayudándonos a realizar un diagnóstico adecuado.

Bibliografía

1. Jordán-Domingo M, Sáenz-Abad D, Muñoz-Lafoz MA, Baquer-Sahún CA, Lahoza-Pérez MC. Fitofotodermatitis diseminada, una entidad nosológica a conocer. Carta clínica. Semergen. 2017;43(7):532-4.
2. Zayas-Pinedo, P, Gabilondo-Zubizarreta F.J., Torrero-López, V. Fototoxicidad tras exposición a ruta graveolens. Cir Plást Iberolatinoam. 2014;40(4):455-8.

Palabras clave: Fitofotodermatosis. Furocumarinas. Dermatitis fototóxica.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.