

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

«Doctor... ¡me he ido de *Ruta!*» Fitofotodermatitis inducida por rutáceas

«Doctor... I've gone on *Ruta!*» Phytophotodermatoses induced by Rutaceae

S. García-González*, A. Montes-Torres y E. Bularca

Departamento de Dermatología y Venereología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España



Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 44 años de edad, sin antecedentes personales relevantes de interés, que acudió al servicio de urgencias por presentar, desde hacía 72 horas, lesiones cutáneas intensamente dolorosas y no pruriginosas en el abdomen y en la pierna derecha. Como único antecedente refería salida en bicicleta por el entorno rural 48 horas antes de la aparición de las mismas. No asociaba fiebre ni otra sintomatología sistémica, y en la analítica sanguínea no se evidenciaron alteraciones significativas.

A la exploración física se apreciaban grandes placas eritemato-purpúricas bien delimitadas, con múltiples ampollas y vesículas de contenido seroso en superficie, localizadas a nivel del mesogastrio, el flanco derecho y el muslo derecho, así como pequeñas placas purpúricas lineales en la región pretibial derecha (fig. 1).

Dada la morfología de las lesiones y el antecedente de excursión al aire libre, se planteó el diagnóstico clínico de fitofotodermatitis, revelando la anamnesis dirigida contacto durante la misma con la ruda. Dada la extensión y la severidad de las lesiones, se decidió el ingreso hospitalario, iniciándose tratamiento intravenoso con metilprednisolona 40 mg y cefazolina 2 g, dosis profiláctica, además de curas diarias con fomentos de sulfato de cinc 1:1.000 y betametasona/gentamicina tópica, con resolución progresiva de las lesiones e hiperpigmentación residual.

Comentario

La fitofotodermatitis es una reacción cutánea fototóxica no inmunomediada producida por el contacto con furocumarinas, sustancias químicas fotosensibilizantes contenidas en algunas plantas, y la posterior exposición a la radiación ultravioleta A (UVA). Las plantas más frecuentemente involucradas pertenecen a las familias *Moraceae*, *Apiaceae* y *Rutaceae*, destacando la lima, el higo, el ficus, la ruda, el heraclum y las zanahorias^{1,2}.

Al exponerse los psoralenos, principalmente furocumarina, a la radiación UVA forman enlaces covalentes con el ADN de las células dérmicas y epidérmicas, impidiendo su división celular y provocando la muerte celular. Así mismo, se liberan radicales libres que dañan las membranas celulares y las uniones intercelulares^{3,4}. El resultado a nivel cutáneo se traduce en la aparición, 24-48 horas tras el contacto, de eritema, edema y la formación de vesículas o ampollas. Por otro lado, las furocumarinas fotoexcitadas incrementan la actividad de la enzima tirosinasa⁵, incrementando la síntesis de melanina y dando lugar a la característica hiperpigmentación residual de esta enfermedad, que puede persistir durante semanas o meses, describiéndose, incluso, un incremento de la sensibilidad de la zona ante la exposición solar⁴⁻⁶.

El diagnóstico de esta entidad es eminentemente clínico, basándose principalmente en una buena anamnesis y en la historia clínica, que revelen el contacto con plantas y la posterior exposición solar. Son especialmente sugestivas la aparición de lesiones en zonas fotoexpuestas, frecuentemente antebrazos y piernas, y de morfología lineal^{7,8}. Su

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: srg96@hotmail.es (S. García-González).



Figura 1 A) Placa eritemato-violácea de bordes bien definidos, localizada en el abdomen, con presencia de vesículas y ampollas en superficie. B) Cara lateral externa de muslo derecho de la paciente, donde se objetiva placa eritemato-violácea de bordes demarcados y siluetas lineales, con ampolla de gran tamaño sobre la misma. C) Placa eritematosa de menor tamaño sobre la rodilla derecha, con ampolla aislada en el polo inferior, con eritema lineal en la región pretibial ipsilateral.

tratamiento es sintomático, e incluye el uso de corticoides y de antibióticos tópicos, así como antihistamínicos orales para aliviar el prurito^{1,7}.

Presentamos un caso severo, con amplia extensión de las lesiones, que precisó seguimiento estrecho y curas en planta de hospitalización.

Responsabilidades éticas

Para el presente caso clínico, se ha contado con el consentimiento del paciente, así como también se han seguido los protocolos del hospital sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

Este artículo no ha percibido ningún tipo de financiación procedente de entidades públicas ni privadas, así como tampoco comerciales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Eickhorst K, DeLeo V, Csaposs J. Rue the Herb: *Ruta graveolens*-associated phytophototoxicity. *Dermatitis*. 2007;18:52–5.
2. Sheehan MP. Plant associated irritant & allergic contact dermatitis (phyto dermatitis). *Dermatol Clin*. 2020;38:389–98.
3. Avallone G, Mastorino L, Agostini A, Merli M, Siliquini N, Rubatto M, et al. *Ruta graveolens* phytophotodermatitis. *Dermatol Online J*. 2021;27:20.
4. Kung AC, Stephens MB, Darling T. Phytophotodermatitis: Bulla formation and hyperpigmentation during spring break. *Mil Med*. 2009;174:657–61.
5. Ellis CR, Elston DM. Psoralen-induced phytophotodermatitis. *Dermatitis*. 2020;32:140–3.
6. Fernández-García M, Moreno Onorato C, Hitos Urbano JL, Harris MJ. Lesiones ampollosas tras contacto con plantas. *An Pediatr (Barc)*. 2016;84:179–80.
7. Oliveira AA, Morais J, Pires O, Burmester I. Fig tree induced phytophotodermatitis. *BMJ Case Rep*. 2020;13:e233392.
8. Sasseville D. Clinical patterns of phyto dermatitis. *Dermatol Clin*. 2009;27:299–308.