

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

FIEBRE Y RASH DESPUÉS DE OCHO DÍAS MIRANDO VOLAR AVIONES

Dres. Ignacio Mackinnon¹, Marcela Bacchiocchi², Miguel Maxit¹

Un varón de 53 años sin antecedentes consultó por fiebre de alto grado y un rash maculopapular, pseudovesicular, no pruriginoso, en cuello, cara, ambas manos, brazos y piernas; en zonas expuestas de seis días de evolución (fig. 1-3). Diez días antes había participado en una convención de aviadores en OshKosh, Wisconsin, Estados Unidos. Estuvo sentado en el pasto mirando el show durante el día y se hospedaba en un hotel al costado del lago. Durante esa estadía tuvo una pápula pruriginosa en la nuca, pero negó haber sido picado. Durante la internación tenía astenia moderada. La fiebre duró ocho días y cedió sin tratamiento. Los hemocultivos y urocultivos fueron negativos, la eritrosedimentación fue de 66 mm en la primera hora, tenía 7600 leucocitos por mm³, con 75% de neutrófilos y 22% de linfocitos. ALT de 52 y GGT de 76. Sodio, potasio, creatinina, albúmina, colinesterasa, LDH, FAL y AST eran normales. Alfa 2 y beta globulinas estaban ligeramente elevadas. El ANCA fue positivo 1/10 con patrón perinuclear.



Figura 1. Rash maculopapular, pseudovesicular, que compromete manos, cuello y cara.



Figura 2. Lesiones eritematopapulosas en cuello.



Figura 3. Lesiones maculopapulares en manos.

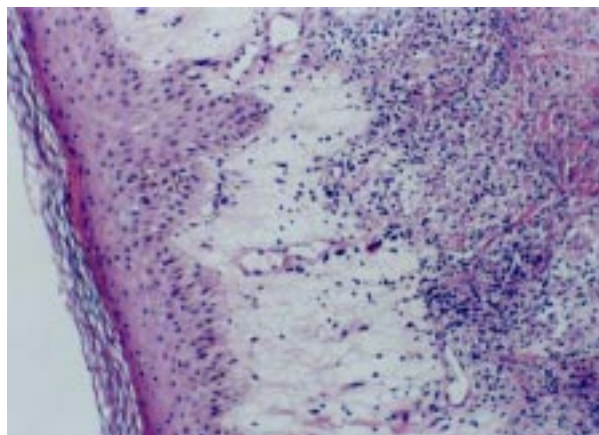


Figura 4. Se observa acentuado edema de la dermis papilar e infiltración inflamatoria en la dermis reticular. HyE x 100.

*1. Servicio de Clínica Médica. 2. Servicio de Dermatología.
Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545 (B7602CBM)
Mar del Plata, Argentina.*

DIAGNÓSTICO

Erupción lumínica polimorfa

La biopsia de piel (Dr. Paz) evidenció la epidermis conservada y la dermis papilar con acentuado edema. En todo el espesor de la dermis e hipodermis había infiltrados inflamatorios predominantemente mononucleares con escasos polinucleares favoreciendo el diagnóstico de erupción solar polimorfa (fig. 4). Al mes se encontraba muy mejorado, habiendo recibido dosis bajas de esteroides, con eritema residual e hiperpigmentación en manos.

Los diagnósticos diferenciales planteados inicialmente fueron: fiebre de las montañas rocallosas, enfermedad de Lyme, Erlichiosis (el frotis de sangre no mostró neutrófilos morulados característicos de esta enfermedad), síndrome de Sweet, fotofitodermatitis, reacción alérgica a drogas o colorantes, reticuloide actínico y micosis profunda.

La erupción lumínica polimorfa (ELP) pertenece al grupo de las fotodermatitis idiopáticas, junto al prurigo actínico (PA), la urticaria solar, la dermatitis actínica crónica y otras menos frecuentes. Se caracteriza por pápulas eritematosas pruriginosas, placas y vesículas que no dejan cicatrices. Compromete fundamentalmente áreas expuestas al sol, si bien puede afectar sitios cubiertos. Es la más común de las fotodermatitis idiopáticas; ocurre en todas las razas pero predomina en las de piel más rubia¹.

El mecanismo patogénico no está completamente entendido, pero una respuesta inmunológica anormal del tipo IV de Gell y Coombs ante un neoantígeno inducido por la luz, ha sido propuesto hace muchos años². Trastornos en el metabolismo del ácido araquidónico fueron implicados recientemente³.

En la mayoría de los pacientes la enfermedad presenta límites estacionales claros, apareciendo en primavera y verano. Casi siempre existe un retraso de varias horas o días entre la exposición y el inicio de la erupción, pero a veces ocurre en los primeros 30 minutos⁴.

Si se discontinúa la exposición, las lesiones remiten completamente en uno a siete días. Las lesiones tienden a ser simétricas y a afectar las zonas expuestas, aunque las zonas cubiertas por prendas finas pueden comprometerse.

Los síntomas sistémicos son raros, pero escalofríos, cefalea y fiebre son posibles¹.

La ELP ha sido subdividida en variantes morfológicas llamadas papular, papulovesicular, en

placas, vesicobullosa, eczematosa, tipo picadura de insecto o tipo eritema multiforme, dependiendo del tipo de lesión que predomine¹. La forma papular es la más común.

Las características histológicas no son patognomónicas y varían con la presentación.

En el tipo de placas se ven infiltrados en parches de células linfoides que se asemejan a las del lupus eritematoso en estadio temprano, excepto que aquel es de distribución perivascular y no presenta licuefacción de la lámina basal⁵. Este tipo de placa debe ser diferenciado de la infiltración linfocítica de Jessner, el linfoma y el pseudo linfoma de Spiegler-Fendt⁶.

El diagnóstico se basa principalmente en el cuadro clínico, la evolución de las lesiones con el tiempo y la morfología de las mismas.

El lupus eritematoso cutáneo subagudo debe ser excluido midiendo anti SSA y SSB.

El tiempo de persistencia de las placas lo diferenciará de la infiltración linfocítica benigna de Jessner. Una protoporfiria eritrocítica también debe ser descartada.

La moderación a la exposición en horas de alta intensidad de la radiación UV controla satisfactoriamente la enfermedad leve.

Las formas más severas pueden requerir fototerapia, corticoides sistémicos o antimaláricos.

Existe mucha controversia si el prurigo actínico es una forma severa de ELP o si es una entidad distinta por sí sola. La fuerte asociación con HLA-DR4 encontrada en la ELP sugieren que son condiciones diferentes con bases fisiopatológicas similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hawk JLM, Norris PG. Abnormal response to ultraviolet radiation: idiopathic. En Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al. Fitzpatrick's: dermatology in general medicine. 5th ed. McGraw-Hill. 1999;136:1573-8
2. Epstein J. Studies in abnormal sensitivity to light, IV. Photoallergic concept of prurigo aestivalis. *J Invest Dermatol* 1942;5:289
3. Ruzicka T, Pryzbilla B. Eicosanoid release in polymorphous light eruption: selective UVA-induced LTB₄ generation by peripheral blood leukocytes. *Skin Pharmacol* 1988;1:186
4. Ramsay CA. Reacciones cutáneas a las radiaciones actínicas e ionizantes. En Rook A, Ebling FJG, Burton JL et al. Tratado de dermatología. 4^{ta} ed. Doyma Ed., Barcelona 1998;19:709
5. Wright ET, Winer LH. Histopathology of allergic solar dermatitis. *J Invest Dermatol* 1960;34:103-6
6. Lever WF, Shauburg-Lever G. Inflammatory disease due to physical agents and foreign substances. En Lever WF, Shauburg-Lever G. Histopathology of the skin. 6th ed. Lippincott Company 1983;12:211-2