

Erupción Polimorfa Lumínica

La erupción polimorfa lumínica (EPL), la forma más común de enfermedad cutánea inducida por la luz, es un trastorno recurrente desencadenado por la exposición a la luz ultravioleta (UV). Caracterizada por su naturaleza estacional, la EPL surge en respuesta a la exposición solar, apareciendo a menudo a finales de primavera o principios de verano y resolviéndose con la llegada de los meses más fríos. La condición afecta predominantemente a individuos con piel clara, particularmente mujeres, y puede persistir durante años, con algunos pacientes experimentando remisiones y otros enfrentando brotes continuos. Aunque la erupción a menudo sana sin dejar cicatrices, puede causar molestias significativas debido a picazón, ardor y eritema.

Etiología

La causa exacta de la EPL permanece poco clara, aunque generalmente se considera una reacción de hipersensibilidad a la radiación UV, específicamente la luz UVB, que desencadena una respuesta inmune en individuos genéticamente predispuestos.

En individuos con EPL, la exposición a la radiación UV conduce al desarrollo de lesiones en áreas expuestas al sol, incluyendo el área en forma de V del pecho, el dorso de las manos, los antebrazos externos y la parte inferior de las piernas. Estas lesiones típicamente se desarrollan de 2 a 6 horas después de la exposición y a menudo se acompañan de síntomas como picazón, ardor y eritema. La gravedad y el patrón de la erupción varían significativamente entre pacientes, con algunos individuos experimentando formas leves de la enfermedad y otros desarrollando brotes más extensos y persistentes.

La condición es a menudo más pronunciada durante los primeros meses de verano cuando la piel no está acostumbrada a la luz solar, ya que la exposición UV se acumula con el tiempo. La exposición repetida a la luz UV puede resultar en "endurecimiento", un fenómeno donde la piel se vuelve menos sensible a la luz solar debido a la adaptación inmunológica. Con el tiempo, los individuos con EPL pueden tolerar períodos más largos de exposición solar sin experimentar erupciones.

Factores de Riesgo y Características Clínicas

La EPL puede comenzar a cualquier edad, aunque se manifiesta más comúnmente en adultos jóvenes. La cantidad de exposición a la luz solar necesaria para desencadenar una erupción varía ampliamente entre pacientes, con algunos requiriendo exposición mínima para desarrollar síntomas. En individuos con predisposición hereditaria, como ciertas poblaciones nativas americanas, la EPL puede ser más prevalente. Los estudios sugieren que hasta el 50% de los pacientes con EPL tienen un historial familiar positivo de la enfermedad.

La erupción a menudo se presenta como pequeñas protuberancias o placas, que pueden volverse confluentes, particularmente en áreas como los antebrazos, el pecho y las manos. El tipo papular, caracterizado por numerosas pequeñas protuberancias, es la forma más común de EPL. El tipo de placa, que

puede ser superficial o similar a urticaria, afecta principalmente los brazos, la parte inferior de las piernas y el pecho y a menudo se asocia con vesículas y picazón significativa.

Además de los síntomas dermatológicos, pueden ocurrir manifestaciones sistémicas, incluyendo fatiga, escalofríos, dolor de cabeza y náuseas. Estos síntomas típicamente emergen pocas horas después de la exposición solar y duran un corto período (1–2 horas). La erupción a menudo dura de 2 a 3 días, aunque en algunos casos puede persistir hasta el final del verano.

Diagnóstico

El diagnóstico de la EPL es típicamente clínico, basado en el historial del paciente de exposición solar, recurrencia estacional de erupciones y la apariencia característica de las lesiones. Las pruebas de laboratorio generalmente no son necesarias a menos que haya sospecha de otras condiciones subyacentes, como enfermedades del tejido conectivo. En casos raros, se puede realizar una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico y excluir otras condiciones dermatológicas, como lupus eritematoso o reacciones de fotosensibilidad inducidas por medicamentos.

Opciones de Tratamiento

Si bien no existe una cura para la EPL, se emplean varias estrategias de tratamiento para manejar los síntomas y prevenir brotes. Los enfoques de tratamiento se centran en aliviar los síntomas, reducir la exposición UV y mejorar la tolerancia de la piel a la luz solar. Las siguientes opciones se usan comúnmente:

- **Corticosteroides Tópicos:** Cursos cortos de esteroides tópicos, generalmente de potencia leve a moderada, son a menudo efectivos para reducir la inflamación y aliviar los síntomas. Los corticosteroides tópicos se aplican típicamente a las áreas afectadas durante 3–14 días durante los brotes para controlar la picazón y el eritema.
- **Protección Solar:** La prevención es la piedra angular del manejo de la EPL. Las medidas de protección solar deben implementarse durante los momentos de mayor intensidad solar (10 a.m. a 3 p.m.), que es cuando la radiación UV es más fuerte. Los pacientes deben usar protectores solares de amplio espectro con un factor de protección solar (FPS) alto, idealmente conteniendo bloqueadores físicos como dióxido de titanio u óxido de zinc. Los protectores solares deben reaplicarse con frecuencia, especialmente después de sudar o nadar. Además, la ropa protectora, como sombreros, mangas largas y pantalones, puede ayudar a minimizar la exposición solar.
- **Fototerapia:** La fototerapia se considera un tratamiento fundamental para la EPL, particularmente para individuos con brotes frecuentes o severos. La fototerapia implica exposición controlada y repetida a la luz UV para inducir endurecimiento y desensibilizar la piel a la luz solar. Este tratamiento se puede realizar usando luz solar natural o fuentes de luz ultravioleta artificial. La terapia PUVA (psoraleno más ultravioleta A), que implica el uso de un agente fotosensibilizante (psoraleno) seguido de exposición a luz UVA, ha mostrado eficacia en pacientes que no responden a tratamientos tópicos o que experimentan erupciones significativas cada verano.
- **Medicamentos Orales:** En casos severos o durante brotes agudos, se pueden recetar corticosteroides orales para reducir la inflamación y acelerar la resolución. Sin embargo, debido a los posibles efectos secundarios, como aumento de peso, cambios de humor y supresión inmune, estos se reservan típicamente para uso a corto plazo. Los medicamentos antipalúdicos, como la hidroxicloroquina, también pueden usarse en pacientes con EPL severa o persistente, especialmente

aquellos que no responden a otros tratamientos. Se cree que los antipalúdicos modulan las respuestas inmunes y pueden ofrecer protección contra brotes inducidos por el sol.

- **Desensibilización (Endurecimiento):** La desensibilización a través de la exposición solar controlada es otro enfoque utilizado para manejar la EPL. La exposición gradual a la luz solar puede ayudar a "endurecer" la piel, reduciendo la sensibilidad y previniendo la erupción. Este proceso debe ser cuidadosamente monitoreado por un dermatólogo para evitar quemaduras solares y daño cutáneo excesivo.

Pronóstico

La EPL es una condición crónica y recurrente que a menudo mejora con la exposición solar repetida, pero es probable que los brotes continúen en veranos posteriores. Si bien la condición no es potencialmente mortal y típicamente se resuelve sin dejar cicatrices, puede impactar significativamente la calidad de vida debido a las molestias asociadas con los brotes. Con el tratamiento apropiado y medidas de protección solar, la mayoría de los individuos pueden manejar sus síntomas efectivamente, aunque la remisión permanente es poco común.

Conclusión

La erupción polimorfa lumínica es un trastorno de fotosensibilidad común caracterizado por erupciones recurrentes y pruriginosas desencadenadas por la luz solar. Si bien la condición es típicamente benigna, puede causar molestias significativas e interrumpir la vida diaria. El manejo efectivo requiere una combinación de medidas preventivas, incluyendo protección solar, e intervenciones terapéuticas como corticosteroides tópicos, fototerapia y medicamentos orales. La exposición prolongada a la luz solar, aunque inicialmente exacerba los síntomas, puede eventualmente conducir a la desensibilización y una reducción en la frecuencia y gravedad de los brotes.

Referencias

- ❖ Korman, N. J., & DeLeo, V. A. (2021). Polymorphous light eruption: Pathogenesis, clinical features, and treatment. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(2), 319-329.
- ❖ Katz, S. I., & Matsuoka, L. Y. (2019). Advances in the treatment of polymorphous light eruption. *Dermatologic Therapy*, 32(4), e13060.
- ❖ Laskowski, T. M., & Leachman, S. A. (2018). Photodermatoses and the management of polymorphous light eruption. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 221-231.