



Erupción polimorfa lumínica



▲ 18.1. Variante papular de erupción polimorfa lumínica, con pápulas eritematosas en el escote.



▶ 18.2. Variante en placas de erupción polimorfa lumínica, con aparición de placas eritematosas en la nuca.



◀ 18.3. Erupción primaveral juvenil, subtipo de erupción polimorfa lumínica típica de pacientes pediátricos, que se caracteriza por la aparición de pápulas eritematosas y vesículas localizadas en el hélix de ambas orejas.¹



▶ 18.4. Pápulas y placas eritematosas en la espalda de un paciente con erupción polimorfa lumínica. Se realizó biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa y analítica con autoinmunidad, y se descartó un lupus cutáneo.

Características específicas de las lesiones

La erupción polimorfa lumínica (EPL) es una fotodermatosis idiopática que se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas pruriginosas polimorfas en zonas fotoexpuestas^{1,2}. Se han descrito múltiples variantes clínicas de EPL, siendo las formas papular, en placas y papulovesicular las más frecuentes; en un mismo paciente, las lesiones tienden a ser similares en los distintos brotes³.

Las lesiones acostumbran a ser simétricas. Aparecen al cabo de unas horas o unos días de la exposición solar y se curan en unos días sin dejar cicatriz.

El cuadro suele comenzar y ser más grave en las primeras exposiciones solares (primavera o inicio del verano) y generalmente mejora, o incluso desaparece, conforme progresa la exposición al sol (fenómeno de *hardening*). Las zonas corporales más afectadas son el escote, la espalda, los hombros y el dorso de los brazos, mientras que la cara y las manos suelen permanecer intactas⁴.

Normalmente presenta un curso crónico, con recurrencia de manera estacional.

Afecta principalmente a mujeres jóvenes.

Síntomas de alarma

El principal diagnóstico diferencial es con el lupus eritematoso cutáneo (LEC), habiéndose descrito una asociación entre ambas entidades²⁻⁵. La aparición más tardía de las lesiones en el LEC, habitualmente tras semanas de exposición solar intensa, su mayor persistencia en el tiempo (semanas o meses), la observación de atrofia, cicatrices, telangiectasias o tapones foliculares, así como la afectación de localizaciones como la cara, el cuero cabelludo o las orejas, pueden ayudarnos al diagnóstico diferencial³. En caso de dudas, está indicada la realización de una biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa y una analítica con anticuerpos antinucleares, anti-Ro y anti-La.

Puntos clave para el diagnóstico diferencial

- Lesiones no evanescentes (duración >24 h), que perduran unos días y no dejan cicatriz.
- Aparición más tardía que la urticaria (>30 min), habitualmente unas horas o unos días después de la exposición solar.
- Aparición tras las primeras exposiciones solares y recurrencia estacional.
- Afectación característica de zonas habitualmente no fotoexpuestas (escote, zona alta de la espalda y dorso de los brazos) de manera simétrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lava SA, Simonetti GD, Ragazzi M, Guarino Gubler S, Bianchetti MG. Juvenile spring eruption: an outbreak report and systematic review of the literature. *Br J Dermatol*. 2013; 168(5): 1.066-1.072.
2. Gruber-Wackernagel A, Byrne SN, Wolf P. Polymorphous light eruption: clinic aspects and pathogenesis. *Dermatol Clin*. 2014; 32(3): 315-334.
3. Stratigos AJ, Antoniou C, Katsambas AD. Polymorphous light eruption. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002; 16(3): 193-206.
4. Hönigsman H. Polymorphous light eruption. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2008; 24(3): 155-161.
5. Hasan T, Ranki A, Jansen CT, Karvonen J. Disease associations in polymorphous light eruption. A long-term follow-up study of 94 patients. *Arch Dermatol* 1998; 134(9): 1.081-1.085.