

Urticaria solar. Estudio de 20 casos

Patricia Eguino, Olatz Lasa, Jesús Gardeazábal y José L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Resumen.—*Introducción.* La urticaria solar es una enfermedad poco frecuente, pero probablemente infradiagnosticada. Se caracteriza por la aparición de forma súbita de habones en zonas habitualmente no fotoexpuestas tras irradiación solar o con otras fuentes artificiales de luz visible o ultravioleta. Los casos publicados en la literatura médica son pocos, por lo que la información que tenemos acerca de la enfermedad y su evolución natural es limitada.

Material y métodos. Se han recopilado los datos de los 20 pacientes que han sido diagnosticados de urticaria solar en nuestro servicio en los últimos 12 años (1990-2002), para intentar obtener información acerca de las características de esta enfermedad.

Resultados. Como características más relevantes de nuestra serie cabe destacar que el 60% de los pacientes eran mujeres; la duración media de la enfermedad antes de acudir a un dermatólogo era de alrededor de 3 años. En el 55% de los pacientes se respetaban zonas habitualmente fotoexpuestas como cara y manos (fenómeno de habituación o *hardening*). Los espectros responsables de la urticaria solar eran luz visible, UVA y UVB, por ese orden. Respecto a los tratamientos, con antihistamínicos y fotoprotectores se obtuvo una respuesta parcial y buenos resultados mediante desensibilizaciones progresivas con UVA/sol.

Conclusión. La urticaria solar es probablemente una enfermedad infradiagnosticada en nuestro medio. Hay pocas series publicadas que nos permitan conocer las características más importantes de la enfermedad. Se han recopilado los datos más interesantes de nuestros pacientes y se han comparado con el resto de las series publicadas en el intento de conocer mejor esta fotodermatosis.

Palabras clave: urticaria solar, fotodermatosis, serie de pacientes.

SOLAR URTICARIA. STUDY OF 20 CASES

Abstract.—*Introduction.* Solar urticaria is an infrequent disorder, but is probably underdiagnosed. It is characterized by the sudden appearance of weals in areas that are not usually photoexposed after exposure to the sun or to artificial sources of visible or ultraviolet light. Few cases have been published in literature, so the information available about this disorder and its natural evolution is limited.

Material and methods. We have compiled data from 20 patients diagnosed with solar urticaria in our department in the last 12 years (1990-2002) in order to try to obtain information about the characteristics of this condition.

Results. As the most relevant characteristics of our series, we can mention the fact that 60% of the patients were women, and the average duration of the condition before consulting a dermatologist was 3 years. In 55% of the patients, areas that are usually photoexposed, such as the face and hands, were less severely affected (due to acclimatization or hardening). The spectra responsible for the SU were visible light, UVA and UVB, in that order. With regard to treatment, we obtained a partial response with antihistamines and photoprotectors, and good results using progressive desensitization with UVA/sunlight.

Conclusion. Solar urticaria is probably an underdiagnosed condition in our milieu. There are few series in literature that provide any information about the most significant characteristics of this disorder. We have compiled the most relevant data from our patients and we have compared it with the other published series in an attempt to learn more about this photodermatosis.

Key words: solar urticaria, photodermatosis, series of patients.

INTRODUCCIÓN

La urticaria solar es una enfermedad poco común que pertenece al grupo de las fotodermatosis idiopáticas. Se manifiesta por la aparición súbita de habones en zonas fotoexpuestas que habitualmente se mantienen cubiertas tras exponerlas a la irradiación solar u otras fuentes de luz artificial (ultravioleta A [UVA], ultravioleta B [UVB], luz visible, y en casos raros, ra-

diación infrarroja). En la mayoría de los casos la erupción no afecta a áreas corporales acostumbradas a la exposición solar/lumínica, como la cara y las manos (fenómeno de desensibilización o *hardening*). Estos habones suelen acompañarse de prurito y sensación de quemazón. Las lesiones desaparecen rápidamente (minutos-horas) tras cesar la exposición a la luz responsable de la erupción. El diagnóstico debe basarse en la historia clínica del paciente, que se confirmará mediante la realización de un fototest para determinar el espectro lumínico responsable de la urticaria solar.

La mayoría de los casos publicados son aislados; sólo hemos encontrado cuatro series publicadas hasta el momento¹⁻⁴ que ayuden a hacernos una idea más global de las características y la evolución natural de la enfermedad.

Correspondencia:

Patricia Eguino. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Pza. de Cruces, s/n. 48903 Barakaldo. Vizcaya. España. patriciaeguino@aedv.es

Recibido el 22 de junio de 2004.

Aceptado el 6 de octubre de 2004.



Fig 1.—Paciente con urticaria solar. Afectación de la «V» del escote.



Fig 2.—Resultados de fototest con luz visible.

PACIENTES Y MÉTODOS

Hemos recogido los datos de los 20 pacientes diagnosticados de urticaria solar en nuestro servicio en los últimos 12 años (1990-2002), para intentar conocer mejor las características de estos pacientes y la evolución natural de la enfermedad en nuestro medio.

Las variables estudiadas incluyeron sexo, edad al inicio de la enfermedad, tiempo de evolución hasta la consulta con un dermatólogo, tipo de luz responsable de la urticaria solar, tiempo de irradiación necesario para la aparición de la sintomatología, localización de las lesiones, tratamiento y evolución de la enfermedad a lo largo del seguimiento.

Para realizar los fototest se utilizaron las fuentes de fototerapia para UVB, UVA y un proyector de diapositivas para la luz visible.

Además, se realizó una analítica general, incluyendo anticuerpos anti-Ro y anti-La y porfirinas en sangre para descartar lupus eritematoso y protoporfiria eritropoyética.

RESULTADOS

Los pacientes fueron 12 mujeres y 8 varones (60 % mujeres), con edades comprendidas entre 19 y 63 años al inicio de la enfermedad (edad media, 30 años). Llama la atención que cuatro de las pacientes (20 % del total) eran trabajadoras de nuestro hospital.

Los pacientes presentaban los síntomas entre 1 mes y 20 años antes de acudir al dermatólogo (media de 3 años), habiendo consultado su problema previamente con otros médicos (médicos de cabecera, alergólogos). El 40 % llevaban menos de un año de evolución, el 50 % entre 1 y 10 años, y el 10 % restante presentaba la urticaria solar durante más de 10 años.

Las lesiones respetaban zonas habitualmente fotoexpuestas (fig. 1) como cara y manos en el 55 % de los pacientes, como consecuencia del fenómeno de acostumbramiento o desensibilización (*hardening*). Las lesiones aparecían tras un tiempo de 8 min de media al exponerse a la fuente causante de la urticaria, y tardaban unos 40 min en desaparecer al dejar de exponerse a la luz responsable. El espectro responsable de la urticaria solar resultó ser la luz visible en el 90 % de los casos (figs. 2 y 3), seguido por UVA (56 %) y UVB (26 %). En la mayoría de los casos se encuentra una combinación de ellos como causantes de la erupción. En cuanto al tratamiento recibido por estos pacientes y su respuesta, señalar que los tratamientos médicos como los filtros solares y antihistamínicos (anti-H₁), tuvieron una eficacia parcial. En todos los pacientes se consiguió la no aparición de las lesiones mediante desensibilizaciones progresivas en 3-5 días con UVA o sol, que luego el paciente mantenía 1-2 veces por semana para conservar esta desensibilización⁵. Diez pacientes realizaron tratamiento con desensibilizaciones con UVA y nueve directamente con luz solar⁵.

A lo largo del seguimiento de nuestros pacientes (2 meses-12 años) se ha observado que en la actualidad ocho de ellos se encuentran libres de enfermedad en los primeros 5 años tras el inicio de los síntomas, como evolución natural de ésta. De éstos, cinco están

asintomáticos en los primeros 5 años tras el diagnóstico; una persona en los 6-10 años y otras dos tras más de 10 años del diagnóstico. En los 11 casos restantes la enfermedad persiste, pero se consigue la no aparición de habones con desensibilizaciones progresivas con UVA/sol⁵, como ya se ha comentado anteriormente (tabla 1).

DISCUSIÓN

La urticaria solar es una fotodermatosis idiopática extendida por todo el mundo, poco común, que se presenta como eritema y lesiones habonosas en regiones fotoexpuestas inmediatamente después de la exposición a rayos UVA, UVB y/o luz visible^{1,2}.

Estos habones desaparecen rápidamente, casi siempre en minutos-horas tras la evitación de la exposición solar^{1,2}.

La urticaria solar está extendida por todo el mundo, aunque el número total de pacientes es pequeño. La mayoría de los casos publicados son aislados; sólo hemos encontrado 4 series publicadas hasta el momento, una belga, una italiana, una japonesa y una británica¹⁻⁴.

Los síntomas generalmente comienzan en la juventud, aunque la edad y la forma de presentación varían de forma considerable. En las distintas series de pacientes predomina el sexo femenino y la edad varía ampliamente, con una media de inicio en la 30-40 décadas de la vida. En nuestra serie, llama la atención que cuatro de nuestros pacientes son trabajadoras de nuestro hospital; esto nos plantea dos preguntas: ¿es la urticaria solar más frecuente en mujeres o éstas consultan más por su «alergia al sol»?; y por otra parte, ¿es la urticaria solar una enfermedad infradiagnosticada en la población general?

Todos estos datos son comparables a los que encontramos en nuestra serie (tabla 2).

La intensidad de la reacción depende de la duración de la exposición y de la intensidad de la radiación solar. También influyen las actividades profesionales y recreativas del paciente, así como la altitud, latitud y la estación del año.

Dependiendo de la cantidad de radiación solar, el paciente puede presentar habones, prurito, escozor y eritema. Las lesiones suelen aparecer rápidamente tras la irradiación, pero en algunos casos existe un período de latencia desde el final de la exposición y la aparición de las lesiones. Las lesiones son idénticas a las que se aprecian en otros tipos de urticarias, con la excepción de que la urticaria solar aparece sólo tras una exposición solar u otras fuentes de luz y se limita a las áreas fotoexpuestas. Cuando cesa la exposición solar, las lesiones tardan minutos-horas en desaparecer; en casos aislados la urticaria persiste más de un día. Ocasionalmente pueden darse síntomas sistémicos, como astenia, cefalea y pérdida de conocimiento.



Fig 3.—Resultados de fototest con UVA, UVB y luz visible.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE NUESTRA SERIE

n = 20
Tiempo de seguimiento: 2 meses-12 años
12 mujeres/8 varones (1,5:1)
Edad: 19-63 años (media: 30)
Duración de la urticaria solar antes de acudir al dermatólogo: 1 mes-20 años (media: 3 años)
Fenómeno de habituación o <i>hardening</i> en el 55% de los pacientes
Tiempo de exposición hasta aparecer las lesiones: 8 min
Tiempo hasta la desaparición al dejar de exponerse a la fuente: 40 min
Espectros responsables:
Luz visible: 90%
UVA: 56%
UVB: 26%
Eficacia parcial de antihistamínicos y fotoprotectores
Desensibilizaciones progresivas con UVA/sol, consiguiendo la no aparición de las lesiones
Evolución:
8 pacientes libres de la enfermedad (como evolución natural de ésta)
11 pacientes en lo que persiste: no aparición de lesiones mediante desensibilizaciones progresivas con UVA/sol

UVA: ultravioleta A; UVB: ultravioleta B.

Todas las áreas fotoexpuestas pueden resultar afectadas, aunque ocurre generalmente en aquellas zonas que por lo habitual no están expuestas al sol. Puede incluso ocurrir en zonas cubiertas, ya que tanto los rayos UVA como la luz visible pueden atravesar la ropa fina. Las localizaciones más frecuentes son la «V» del

TABLA 2. DATOS COMPARATIVOS DE LAS DIFERENTES SERIES

	<i>Ryckaert et al (1998)</i>	<i>Uetsu et al (2000)</i>	<i>Monfrecola et al (2000)</i>	<i>Beattie et al (2003)</i>	<i>H. Cruces (2004)</i>
N.º de casos	25	40	57	87	20
Tiempo de seguimiento	–	1 semana-25 años	1-12 años	3 meses-26 años	2 meses-12 años
Mujeres/Varones (%)	–	60/40	56/44	70/30	60/40
Edad de inicio (años)	35	32	23	37	30
Tiempo de evolución hasta diagnóstico (años)	7,5	3,6	5	2	2,7
Asociación con atopía (%)	48	0	21	0	
Tiempo hasta aparición de habones (min)	30	–	40	7	8
Duración de los habones (min)	30	–	10-90	< 24 h	40
Tratamientos	Anti-H ₁ PUVA UVA pre-PUVA UVA mantenimiento	Anti-H ₁ PUVA FP	Anti-H ₁ PUVA Sol + Anti-H ₁	Anti-H ₁ FP	UVA/Sol
Evolución de los pacientes	No lo comentan	No curas completas Mejoría gradual	74% curados 18% persiste	25% curados 32% mejorados	40% curados 55% UVA/SOL

Anti-H₁: antihistamínicos anti-H₁; PUVA: psoraleno y luz ultravioleta; FP: fotoprotección; UVA: ultravioleta A.

TABLA 3. ESPECTROS RESPONSABLES DE LA URTICARIA SOLAR EN LAS DISTINTAS SERIES

	Luz visible (%)	UVA (%)	UVB (%)
Ryckaert et al ¹ (1998)	90	68	27
Uetsu et al ² (2000)	72,5	30	27,5
Monfrecola et al ³ (2000)	67	28	0
Beattie et al ⁴ (2003)	93	68	20
Hospital de Cruces (2004)	90	52	26

UVA: ultravioleta A; UVB: ultravioleta B.

escote y los brazos, al igual que en la erupción polimorfa lumínica. El diagnóstico diferencial con ésta se basa en que en la erupción polimorfa lumínica las lesiones aparecen unos días después de la primera exposición solar y perduran unos días¹⁻⁶. Por otra parte, distintas publicaciones remarcaban que las áreas expuestas al sol, como la cara y las manos, son menos sensibles que las que habitualmente permanecen cubiertas. Esto parece ser la base de la desensibilización como tratamiento propuesto años después^{5,6}.

Llama la atención en las series belga, italiana y británica el bajo porcentaje de pacientes que parecen no presentar esta desensibilización de zonas habitualmente fotoexpuestas a la irradiación solar. Los autores lo justifican por la huida de los pacientes del sol por temor a un brote de la urticaria solar, lo que evitaría el posible acostumbamiento de la piel a la radiación responsable de la erupción (en la serie británica lo cifran como el 62%), o por el clima poco soleado de sus respectivos países, que dificultaría esta desensibilización natural.

El intervalo de 320-500 nm es el espectro implicado con más frecuencia en la urticaria solar (UVA y luz

visible) (tabla 3). Hay que recordar que la obtención de resultados negativos al realizar los fototest no excluye el diagnóstico de urticaria solar, y si fuera necesario, habría que exponer la piel directamente a la luz solar para provocar las lesiones^{1,6}.

La urticaria solar es una de las fotodermatosis más difíciles de tratar, ya que una mínima dosis de luz ultravioleta o visible es capaz de provocar la aparición de lesiones. Además, gran parte de los pacientes tienen su espectro de acción en el rango de la luz visible, siendo la protección de este espectro más complicada; incluso los filtros de amplio espectro ofrecen poca protección en el rango de la luz visible.

Los anti-H₁ son útiles para disminuir el prurito y la aparición de habones⁶, y lo que es más importante, permitirán que el paciente pueda exponer su piel regularmente al sol. Esto facilitará que esta sea progresivamente más tolerante al sol, y que esta protección natural pueda ser mantenida con una exposición regular. Se han realizado estudios con diferentes anti-H₁ (cimetidina, 200 mg/día; doxepina, 75 mg/día; cetirizina, 10 mg/día, y fexofenadina, 180 mg/día), con una menor intensidad de la urticaria solar⁷⁻¹², aunque el efecto terapéutico varía mucho de unos pacientes a otros.

Otra manera de tratar a estos pacientes, como ya se ha comentado anteriormente es la exposición fototerapéutica repetida a una luz ultravioleta artificial. Se sabe que las áreas cutáneas expuestas al sol son menos sensibles que las que suelen mantenerse tapadas. Se puede obtener una tolerancia similar tras exposiciones repetidas a lámparas de luz ultravioleta artificial. Se han utilizado diferentes tipos de fototerapia, como UVB^{13,14}, UVB-NB¹⁵ UVA^{16,17} y luz visible¹⁸. El mayor problema en el uso de la fototerapia para el tratamiento de la urticaria solar es que, por definición, ésta no es bien tolerada por el paciente, por lo que debe

considerarse como una desensibilización que puede reproducir las lesiones⁵.

Se ha descrito un efecto más duradero con fotoquimioterapia con PUVA (psoraleno y luz ultravioleta)^{14,19}. En pacientes con una MUD muy disminuida puede realizarse una desensibilización con UVA previa a PUVA²⁰. En las distintas publicaciones se hace referencia a que esta desensibilización sería más duradera si en lugar de UVA se utilizara PUVA¹, pero nosotros no hemos encontrado una diferencia sustancial y tenemos la ventaja de no utilizar los psoralenos.

En la literatura especializada se han publicado otros tratamientos para los casos más graves, como plasmaféresis²¹, ciclosporina A en dosis de entre 3,5 y 4 mg/kg/día²², e inmunoglobulinas por vía intravenosa (0,4 g/kg/día durante 5 días consecutivos con intervalos de 2 meses)²³.

Como conclusión, la urticaria solar se puede considerar una enfermedad rara, probablemente infra-diagnosticada, con unas características clínicas definidas. La evolución natural del proceso tiende a la curación en un porcentaje variable de pacientes, y en muchos de ellos parece que la intensidad de la reacción disminuye con los años.

BIBLIOGRAFÍA

- Ryckaert S, Roetlands R. Solar urticaria. A report of 25 cases and difficulties in phototesting. *Arch Dermatol* 1998; 134:71-4.
- Uetsu N, Miyauchi-Hashimoto H, Okamoto H, Horio T. The clinical and photobiological characteristics of solar urticaria in 40 patients. *Br J Dermatol* 2000;142:32-8.
- Monfrecola G, Masturzo E, Riccardo AM, Balato F, Ayala F, Di Costanzo MP. Solar urticaria: a report on 57 cases. *Am J Contact Dermatitis* 2000;11;2:89-94.
- Beattie PE, Dawe RS, Ibbotson SH, Ferguson J. Characteristics and prognosis of idiopathic solar urticaria. A cohort of 87 cases. *Arch Dermatol* 2003;139:1149-54.
- Eguino P, Gardezabal J, Díaz-Pérez JL. Urticaria solar. *Piel* 2003;18:481-7.
- Roelands R. Diagnosis and treatment of solar urticaria. *Dermatol Therapy* 2003;16:52-6.
- Diffey BL, Farr PM. Treatment of solar urticaria with terfenadine. *Photodermatology* 1988;5:25-9.
- Ferguson J. Idiopathic solar urticaria: natural history and response to non-sedative antihistamine therapy. A study of 26 cases *Br J Dermatol* 1988;119(Suppl 33):16.
- Tokura Y, Takiyawa M, Yamauchi T, Yamada M. Solar urticaria: a case with good therapeutic response to cimetidine. *Dermatologica* 1986;173:224-8.
- Neittaanmäki H, Jääskeläinen T, Harvima RJ, Fräki JE. Solar urticaria: demonstration of histamine release and effective treatment with doxepine. *Photodermatology* 1989 6:52-5.
- Monfrecola G, Masturzo E, Roiccardo AM, Del Sorbo A. Cetirizine for solar urticaria in the visible spectrum. *Dermatology* 2000;200:334-5.
- Schwarze HP, Marguery MC, Journe F, Loche E, Bazex J. Fixed solar urticaria to visible light successfully treated with fexofenadine: *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2001;17:39-41.
- Machet L, Vaillant L, Muller C, Henin P, Brive D, Lorette G. Traitement par UVB Thérapie d'une urticaire solaire induite par les UVA. *Ann Dermatol Venereol* 1991;118:535-7.
- Addo HA, Sharma SC. UVB phototherapy and photochemotherapy (PUVA) in the treatment of polymorphic eruption and solar urticaria. *Br J Dermatol* 1987; 116:539-47.
- Collins P, Ferguson J. Narrow-band UVB(TL-01) phototherapy: an effective preventative treatment for the photodermatoses. *Br J Dermatol* 1995;132:956-63.
- Dawe RS, Ferguson J. Prolonged benefit following ultraviolet A phototherapy for solar urticaria. *Br J Dermatol* 1997;137:144-8.
- Beissert S, Stander H, Schwarz T. UVA rush hardening for the treatment of solar urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:1030-2.
- Diffey BL, Farr PM, Ive FA. Home phototherapy of solar urticaria. *Photodermatology* 1984;1:145-6.
- Ferguson J, Addo HA. Solar urticaria treated with PUVA. *Br J Dermatol* 1982;107:(Suppl 13):59.
- Roelands R. Pre-PUVA UVA desensitization for solar urticaria. *Photodermatology* 1985;2:174-6.
- Bissonnette R, Buskard N, McLean DI, Lui H. Treatment of refractory solar urticaria with plasma exchange. *J Cutan Med Surg* 1999;3:236-8.
- Edström DW, Ros AM. Cyclosporin A therapy for severe solar urticaria. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1997;13:61-3.
- Puech-Plottova I, Michel JL, Rouchouse B, Perro JL, Dzvinga C, Cambazard F. Urticaire solaire: un cas traité par immunoglobulines polyvalentes. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127:831-5.