



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO- CLÍNICA

[Artículo traducido] Inicio demorado de urticaria solar coexistente con urticaria crónica espontánea y erupción polimorfa lumínica

Delayed-onset Solar Urticaria Coexisting With Spontaneous Chronic Urticaria and Polymorphic Light Eruption

Sr. Director:

La urticaria solar (US) se caracteriza por la aparición inmediata de eritema y habones pruriginosos en el lapso de 5 a 10 min de exposición a la radiación solar, que desaparece en pocas horas^{1,2}. Se han descrito con poca frecuencia casos de inicio demorado de US, en los que las lesiones aparecen varias horas después de la exposición solar, y que pueden durar hasta 24 h³⁻⁷.

Caso clínico

Una mujer de 58 años, con historia personal de asma y rinitis alérgica, fue remitida a nuestro departamento de dermatología debido al inicio demorado de brotes de habones pruriginosos en zonas fotoexpuestas a lo largo de los 8 años anteriores. Las lesiones aparecieron transcurridas entre 2 y 3 h de la exposición solar, desapareciendo tras 24-48 h. Además, al mismo tiempo, presentó también brotes espontáneos de habones en cualquier localización, no relacionados con ninguna actividad ni factores físicos desencadenantes. Como tratamientos previos había seguido fototerapia de UVB de banda estrecha (34 sesiones con una dosis total de 17,15 J/cm²) en otro hospital, con brotes frecuentes de lesiones que aparecieron transcurridas 5 h del tratamiento, sin lograr endurecimiento cutáneo (*skin hardening*).

Las pruebas complementarias incluyeron un análisis de sangre general con determinación de triptasa y autoinmunidad, que no reflejó alteraciones. El valor de IgE total fue de 210 UI/ml. La prueba de pinchazo fue positiva para 4 líneas.

La paciente no tenía historia dermatológica relevante y negó haber consumido o utilizado algún medicamento previamente



a los episodios. Su fototipo de Fitzpatrick era II y no existían lesiones en el momento de la consulta.

La exposición a la luz solar (cara, cuello, área zona del escote y parte posterior de los antebrazos) a las 12.00 a.m. no indujo lesiones transcurridas 20 min. Pasadas 2 h de la fotoexposición aparecieron lesiones eritematosas asintomáticas en el escote, desapareciendo transcurridas 3-4 h.

La fotoprueba/fotoprovocación utilizando un simulador solar (SS) UVB+UVA (6 dosis puntuales de 45,01, 33,31, 24,66, 18,25, 13, 51 y 10 mJ/cm²); UVA de banda ancha (Multiport 601, Solar Light Co®, EE. UU.) (5 series puntuales de hasta 8,9 J/cm²; Gigatest, Medisun® 2008, Alemania), UVB de banda ancha (5 series puntuales de 67, 56, 40, 22 5 mJ/cm²; Gigatest, Medisun® 2008, Alemania); y luz visible (LV) (proyector de diapositivas situado a 10 cm de distancia, con 8 × 8 cm de área puntual, en la zona dorsal izquierda, durante 30 min) fueron negativas en la lectura inmediata. Sin embargo, transcurridas 12 h de la fotoprueba, la paciente reportó y autofotografió la aparición de habones en los 6 puntos expuestos al SS (fig. 1).

En la lectura transcurridas 24 h, todos los habones habían desaparecido, considerándose que la dosis de eritema mínimo (MED) era normal para su fototipo (MED: 22 mJ/cm²) (fig. 2).

Varios meses después, la paciente se quejó de un brote intenso de pápulas eritematosas pruriginosas en escote, brazos y piernas, persistente durante diversos días. La paciente reportó que tuvo lesiones similares en los veranos anteriores, que se consideraron clínicamente consistentes con erupción polimorfa lumínica (EPL). No se realizó fotoprovocación de EPL adicional.

La paciente fue tratada con 7 dosis de omalizumab 300 mg s.c. cada 4 semanas, junto con bilastina 20 mg diarios y helioterapia progresiva, logrando el control total de la urticaria crónica espontánea (UCE) y el prurito en un plazo de 2 semanas, así como la mejora de la tolerancia al sol.

Discusión

El inicio demorado de US se describe raramente en la literatura médica³⁻⁷. Los habones son suscitados por altas dosis de UVA^{3,5}, bajas dosis de UVA o UVB^{4,6}, o únicamente de UVB⁷, como en el caso de nuestra paciente. Este hecho sugiere que el inicio demorado de US es muy raro y se debe en todos los casos a un espectro de efectos de la radiación UV en lugar de la LV, a diferencia de las series de US no demorada reportados en la literatura^{1,2,7-9}. Se ha reportado una presencia simultánea de EPL y US del 23% en una serie de casos de 87 pacientes⁸, mientras que EPL se ha reportado únicamente en coexistencia con el inicio demorado de US en un caso⁷, como en nuestro caso. Por último, únicamente Ghigliotti et al. reportaron la coexistencia de UCE con inicio demorado de US en un paciente⁵.

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.01.045>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.10.017>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

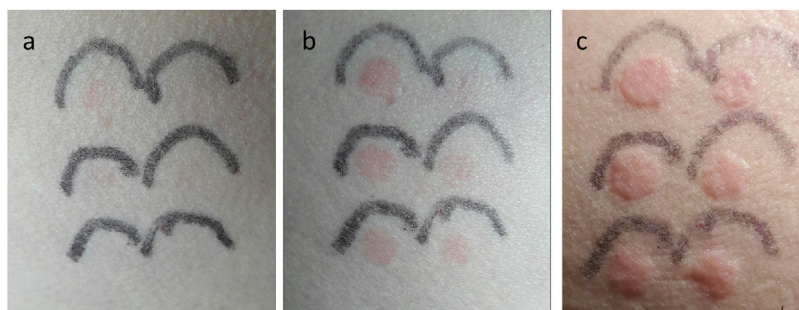


Figura 1 Respuesta demorada a la exposición a SS: 6 h (a), 8 h (b) y 10 h (c) tras la estimulación. Las imágenes muestran la aparición de habones que desaparecieron transcurridas 24 h. Las dosis de irradiación con SS fueron (de la parte superior izquierda a la inferior izquierda, y de la parte inferior izquierda a la superior derecha): 45,01, 33,31, 24,66, 18,25, 13, 51 y 10 mJ/cm², respectivamente.

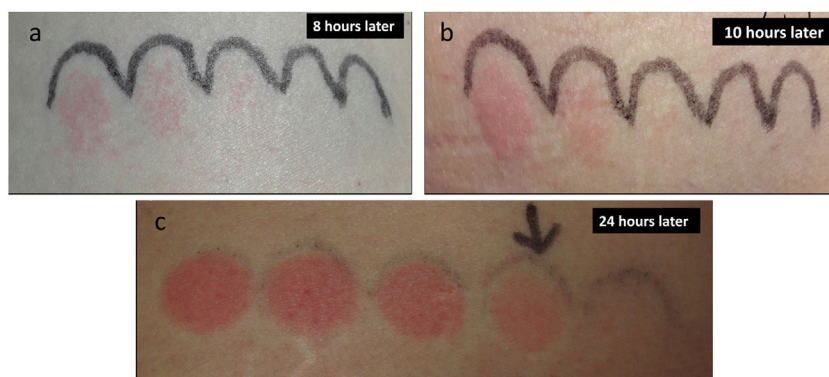


Figura 2 Respuesta demorada a luz UVB de banda ancha: eritema transcurridas 8 h (a) y habones, transcurridas 10 h de la estimulación, que desaparecieron 24 h después (b). Cálculo de MED, que fue de 22 mJ/cm², considerándose normal para el fototipo de la paciente (c).

Para concluir, nos gustaría señalar que, además de UCE, la US puede estar asociada también con otra urticaria crónica inducible, dificultando su diagnóstico. Aunque se ha descrito la asociación con otras fotodermatosis, deberán realizarse estudios fotobiológicos en los casos de solapamiento de una forma demorada de US con EPL.

Aunque la US demorada es muy rara, debe ser considerada clínicamente, a fin de realizar e interpretar correctamente las pruebas de fotoprovocación. En nuestro caso, la colaboración de la paciente fue esencial para evaluar las respuestas cutáneas transcurridas diversas horas.

Presentamos el primer caso de inicio demorado de US inducido por la radiación de UVB, asociada a EPL y UCE. La relación potencial entre el inicio demorado de US, EPL y UCE es incierta, y deberá investigarse en el futuro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Botto NC, Warshaw EM. Solar urticaria. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:909–20.
2. Pérez-Ferriols A, Barnadas M, Gardeazábal J, de Argila D, Carras-cosa JM, Aguilera P, et al. Solar urticaria: Eepidemiology and clinical phenotypes in a Spanish series of 224 patients. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:132–9.

3. Ihm CW. Solar urticaria. Report of an unusual case. *Cutis.* 1979;23:784–6.
4. Monfrecola G, Nappa P, Pini D. Solar urticaria with delayed onset: A case report. *Photodermatology.* 1988;5:103–4.
5. Ghigliotti G, Brusati C, Guarrera M, Nigro A. Persistent solar urticaria. A case report. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 1999;15:140–1.
6. Wessendorf U, Hanneken S, Haust M, Neumann NJ. Fixed solar urticaria with delayed onset. *J Am Acad Dermatol.* 2008;60:695–7.
7. De Gálvez MV, Aguilera J, López N, Herrera E. Delayed-onset solar urticaria with generalized wheals caused by UVB associated with polymorphic light eruption caused by UVA. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2015;3:107–10.
8. 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.
9. Eguino P, Lasa O, Gardeazabal J, Díaz-Pérez JL. Solar urticaria. Study of 20 cases. *Actas Dermosifilogr.* 2005;96:25–9.

A. Reolid*, E. Muñoz-Aceituno, P. Rodríguez-Jiménez y D. de Argila

Department of Dermatology, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alereolid@gmail.com (A. Reolid).