

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Verano, sol y guacamole casero, ¿qué podía salir mal?



Summer, sun and homemade guacamole... what could go wrong?

L. Linares-González^{a,*}, T. Ródenas-Herranz^a y F.J. Navarro-Triviño^b

^a Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^b Departamento de Eczema de Contacto e Inmunoalergia, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Presentamos el caso de un paciente varón de 32 años de edad sin antecedentes personales de interés, que acudió al servicio de urgencias por presentar lesiones cutáneas pruriginosas no dolorosas de 48 h de evolución, localizadas en el dorso de la mano derecha y los dedos de ambas manos. Durante la anamnesis, el único dato relevante fue la preparación casera de guacamole, cuya receta incluía el jugo de lima, y la posterior exposición solar. Negó episodios previos similares y no asociaba síntomas sistémicos ni lesiones cutáneas en otras localizaciones.

A la exploración física, se objetivó una erupción eritemato-edematosa de bordes bien delimitados en el dorso de la mano derecha y ampollas aisladas de contenido seroso en varios dedos (*fig. 1*). La naturaleza de las lesiones y su localización, sumado a los antecedentes de contacto con la lima y exposición al sol, nos hizo sospechar el diagnóstico de fitofotodermatitis por lima. Se indicó tratamiento tópico con corticoides de media potencia (metilprednisolona aceponato al 0,1% crema) asociado a fotoprotección estricta. La evolución fue favorable, con considerable mejoría de la sintomatología y persistencia de la típica hiperpigmentación residual (*fig. 2*).

Las fitofotodermatitis fueron descritas por Klüber en 1942 como la reacción cutánea a la exposición solar tras el contacto previo con plantas, debido a sustancias fotosen-



Figura 1 Erupción eritemato-edematosa de bordes bien delimitados localizada en el dorso de la mano derecha y ampollas tensas de contenido seroso en los dedos (flechas).



Figura 2 Hiperpigmentación residual tras resolverse la erupción fototóxica por jugo de lima.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.linares.gz@gmail.com (L. Linares-González).

sibilizantes presentes en las mismas, como furocumarinas y derivados de las antraquinonas¹. Dichas sustancias quedan depositadas en la piel y, tras incidir la luz ultravioleta, originan una reacción fototóxica. Dado que no es una reacción inmunológica, no es necesaria una sensibilización previa y cualquier persona puede verse afectada incluso en un primer contacto, dependiendo de la concentración de la sustancia y la cantidad de radiación solar recibida. Las especies vegetales que más comúnmente causan este tipo de reacción son las pertenecientes a las familias *Apiaceae* y *Rutaceae*, que comprenden la ruda, el apio, el perejil o la lima.

La fitofotodermatitis inducida por la lima es ampliamente conocida y se trata de una entidad con un creciente incremento de casos comunicados. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se encuentra relacionada con la preparación de mojitos u otras bebidas que contienen el jugo de esta fruta, no habiendo encontrado en la bibliografía consultada ningún caso vinculado a la elaboración de guacamole.

La lima, perteneciente a la familia de las rutáceas, contiene compuestos fotosensibilizantes, siendo el bergapteno y el psoraleno los máximos responsables². Típicamente, esta fruta induce una fitofotodermatitis que puede manifestarse de manera aguda de forma similar a una quemadura limitada a las áreas de contacto, con edema, eritema y formación de vesículas o ampollas. Las lesiones se resuelven dejando, como en el caso de nuestro paciente, una hiperpigmentación residual que puede persistir meses o años³. El pico máximo de fotosensibilidad es a los 30-120 min del contacto con la planta⁴, sin embargo, el inicio de los síntomas es variable, desde las pocas horas hasta días después de contactar con la lima y exponerse al sol⁵. En el diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones es fundamental la historia clínica y debemos descartar que se trate de procesos infecciosos, como la celulitis o infecciones fúngicas, o en el contexto de una dermatitis de contacto alérgica⁶. Generalmente, el tratamiento es sintomático, incluyendo frío local, antihistamínicos orales y corticoides tópicos, sin olvidar la prevención, evitando la exposición solar tras el contacto con agentes fotosensibilizantes³.

Como conclusión, es fundamental tener en cuenta la época del año y las aficiones del paciente, entre ellas la cocina, para alcanzar el diagnóstico correcto de fitofotodermatitis. Esto implicará evitar tratamientos innecesarios y permitirá una rápida resolución de la erupción fototóxica.

Responsabilidades éticas

Los autores han seguido los protocolos establecidos en su lugar de trabajo para la publicación de datos relativos a los pacientes y se ha contado con el consentimiento del paciente.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Klaber RE. Phytophotodermatitis. *Br J Dermatol.* 1942;54:193-211.
2. Nigg HN, Nordby HE, Beier RC, Dillman A, Macías C, Hansen RC. Phototoxic coumarins in limes. *Food Chem Toxicol.* 1993;31:331-5, [http://dx.doi.org/10.1016/0278-6915\(93\)90187-4](http://dx.doi.org/10.1016/0278-6915(93)90187-4).
3. Raam R, DeClerck B, Jhun P, Herbert M. Phytophotodermatitis: The Other «Lime» Disease. *Ann Emerg Med.* 2016;67:554-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.02.023>.
4. Hankinson A, Lloyd B, Alweis R. Lime-induced phytophotodermatitis. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2014;4, <http://dx.doi.org/10.3402/jchimp.v4.25090>.
5. Wagner AM, Wu JJ, Hansen RC, Nigg HN, Beiere RC. Bullous phytophotodermatitis associated with high natural concentrations of furanocoumarins in limes. *Am J Contact Dermat.* 2002;13:10-4, <http://dx.doi.org/10.1053/ajcd.2002.29948>.
6. Goskowitz MO, Friedlander SF, Eichenfield LF. Endemic «lime» disease: Phytophotodermatitis in San Diego County. *Pediatrics.* 1994;93:828-30.