Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 18/03/2022
Data de Aprovação: 25/06/2023

RELATO DE CASO

Duas apresentações diferentes da mesma doença - um diagnóstico a considerar

Two different presentations of the same disease - a diagnosis to consider

Ana Fraga[1], Felicidade Santiago[2]

Palavras-chave:
Dermatite Fotoalérgica,
Plantas,
Dermatite de Contato,
criança.

Resumo

A fitotofodermatite é uma erupção cutânea inflamatória fototóxica causada após a pele ser exposta a compostos fotossensibilizantes em plantas, também conhecidas como furocumarinas; e radiação ultravioleta A. As lesões cutâneas limitam-se às áreas em contacto com o agente fototóxico, surgindo normalmente 24 horas após a exposição e atingindo o pico 48-72 horas depois. A área afetada geralmente descama e desenvolve hiper ou hipopigmentação, que pode demorar meses ou anos a desaparecer. O tratamento é essencialmente sintomático com a aplicação de esteróides tópicos e compressas frias, e com a evicção da luz solar, permitindo a auto-resolução da dermatose. Todavia, tratando-se este fenómeno de uma queimadura química, deve ser gerido de acordo com o impacto da mesma. A identificação e remoção adequadas do agente ofensivo conduz, comummente, a um bom prognóstico. Esta condição pode ser mal diagnosticada como outras perturbações da pele, a título de exemplo, dermatite de contacto alérgico, celulite, abuso físico, e deve ser sempre considerada como diagnóstico diferencial, mormente em meses de verão.

Keywords:
Photosensitivity Disorders,
Plant Diseases,
Child,
Food Hypersensitivity.

Abstract

Phytophotodermatitis is a cutaneous phototoxic inflammatory eruption caused after the skin is exposed to photosensitizing compounds in plants, also known as furanocoumarins, and ul-traviolet A radiation. The skin lesions are limited to the areas in contact with the phototoxic agent a sun-exposed, usually appear 24 hours after exposure and peaks at 48- 72 hours. The affected area usually peels and develops permanent hyper or hypopigmentation, which may take months or years to fade. Treatment is essentially symptomatic with topical steroids and application of cold patches, as well as avoidance of sunlight to allow the dermatitis to self-resolve. However, this phenomenon is a chemical burn and should be managed according to the impact. With appropriate identification and removal of the offending agent the prognosis is usually good. This condition may be misdiagnosed as other skin disorders, as allergic contact dermatitis, cellulitis, physical abuse, and it should always be considered in differential diagnosis in sum-mer months.

[1] Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Pediatria Médica - Leiria - Leiria - Portugal.
[2] Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Dermatologia - Leiria - Leiria - Portugal.

Endereço para correspondência:
Ana Fraga.
Centro Hospitalar de Leiria. R. de Santo André, 2410-197 Leiria, Portugal E-mail: anaisafo@hotmail.com

Resid Pediatr. 2024;14(1).
DOI: 10.25060/residpediatr-2024.v14n1-866

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

A fitofotodermatite é uma reação fototóxica que resulta da exposição tópica a substâncias derivadas de plantas.[1,2] Esses pacientes apresentam caracteristicamente eritema, edema e bolhas em configurações lineares ou bizarras na pele exposta ao sol. A hiper ou hipopigmentação geralmente aparece após uma erupção aguda; entretanto, o eritema nem sempre é notado. Essa lesão pode persistir por tempo indeterminado.[3]

Os autores apresentam dois casos de crianças com diferentes formas de apresentação da fitofotodermatite, evolução e tratamento. O objetivo deste trabalho é alertar para a existência deste diagnóstico e promover uma abordagem adequada.

RELATO DE CASO

Caso 1: Uma menina asmática de 14 anos apresentou-se para avaliação de lesões maculares pruriginosas purpúricas edematosas com duração de 5 dias na mão direita que progrediram para antebraço, dedos e pé. Além das lesões hiperpigmentadas, a paciente não apresentava bolhas ou outros sintomas (fig. 1). A adolescente apresentou inicialmente um edema nas mãos que desapareceu, permanecendo uma erupção cutânea irregularmente eritematosa com áreas de pele descamada. No dia anterior ao desenvolvimento das lesões, a paciente havia feito uma torta de limão e depois foi à praia em um dia ensolarado.



Figura 1. Lesões de hiperpigmentação descamativas maculares das mãos

Caso 2: Menino de 8 anos com dermatite atópica deu entrada no pronto-socorro pediátrico com placas eritematosas dolorosas com duração de 2 dias que evoluíram para lesões bolhosas no tronco, pernas e região perioral em poucas horas, sem causa aparente , durante as férias de verão (Fig. 2a,b,c). O paciente apresentou placas eritematosas ardentes e bolhas em configuração linear após exposição solar, sem outros sintomas relevantes.



Figura 2. Bolhas sobre placas eritematosas pigmentadas irregulares (a e b). Estrias hiperpigmentadas lineares e maculares no dorso (c).

Em ambas as situações, devido à súbita erupção eritematosa/bolhas na pele exposta ao sol, suspeitou-se de fitofotodermatite. Portanto, recomendou-se a aplicação de protetor solar de amplo espectro e evitar a exposição solar por pelo menos 2 dias. Quanto à apresentação mais exuberante no segundo caso, foram prescritos corticóides tópicos e orais. Os pacientes foram reavaliados em 2 a 4 semanas, no primeiro caso houve recuperação total das lesões, no segundo caso o paciente permaneceu com hiperpigmentação residual da pele.

DISCUSSÃO

A fitofotodermatite é uma erupção inflamatória cutânea fototóxica causada após a exposição da pele a compostos fotossensibilizantes em plantas, também conhecidos como furanocumarinas (as mais comuns são Moraceae, Rutaceae – lima, limão, toranja – e Umbelliferae – cenoura, salsa, erva-doce, nabo, aipo, erva-doce) e radiação ultravioleta A.[4]

As lesões cutâneas limitam-se às áreas de contato com o agente fototóxico expostas ao sol, e geralmente aparecem 24 horas após a exposição, com pico em 48-72 horas.

Essas lesões podem apresentar diferentes formas e manifestações, como manchas e estrias eritematosas irregulares, bolhas enormes e vesículas, o que pode ser uma característica confundente. Apesar da percepção de queimação ser padrão nessas lesões, o prurido não é uma forma comum de apresentação, porém sua presença não pode ser um fator de exclusão do diagnóstico.[1,5]

Como o dano epidérmico é determinado pela quantidade de tempo de exposição e pelo agente sensibilizante, a área afetada geralmente descama e desenvolve hiper ou hipopigmentação, que pode levar meses ou anos para desaparecer.[6]

O tratamento é essencialmente sintomático. Num primeiro caso, após contato da pele com um agente fototóxico, esta deve ser imediatamente lavada com água. O manejo também inclui analgesia com remédios antiinflamatórios não esteroides;

esteróides tópicos e aplicação de adesivos frios, bem como evitar a luz solar por um período superior a 48 horas, para permitir a auto-resolução da dermatite. Porém, esse fenômeno é uma queimadura química e deve ser manejado de acordo com o impacto, não tendo correlação com sensibilização prévia.[7]

Com identificação e remoção adequadas do agente agressor, o prognóstico geralmente é bom.

Essa condição pode ser diagnosticada erroneamente como outras doenças de pele, como dermatite alérgica de contato, celulite, abuso físico[2,8]; Assim, e considerando a baixa frequência de relatos de casos, os autores gostariam de destacar este fenómeno, que deve ser sempre considerado no diagnóstico diferencial, particularmente nos meses de verão.

REFERÊNCIAS

1. Moreau JF, English JC 3rd, Gehris RP. PhytophotodermatitisJ Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27(2):93–4. DOI: doi.org/10.1016/j.jpag.2013.11.001
2. Maniam G, Light KM, Wilson J. Margarita Burn: Recognition and Treatment of Phytophotodermatitis. J Am Board Fam Med. 2021;34(2):398–401. DOI: doi.org/10.3122/jabfm.2021.02.200382
3. Khachemoune A, Khechmoune K, Blanc D. Assessing phytophotodermatitis: boy with erythema and blisters on both hands. Dermatol Nurs. 2006 Apr;18(2):153-4.
4. Pfurtscheller K, Trop M. Phototoxic plant burns: report of a case and review of topical wound treatment in children. Pediatr Dermatol . 2014 Nov-Dec;31(6):e156-9. DOI: doi.org/10.1111/pde.12396
5. Harshman J, Quan Y, Hsiang D. Phytophotodermatitis: Rash with many faces. Can Fam Physician . 2017 Dec;63(12):938-940.
6. Son JH, Jin H, You HS, et al. Five Cases of Phytophotodermatitis Caused by Fig Leaves and Relevant Literature Review. Ann Dermatol. 2017 Feb;29(1):86-90. DOI: doi.org/10.5021/ad.2017.29.1.86
7. Mateus JE, Silva CD, Ferreira M, Porto J. Phytophotodermatitis: still a poorly recognised diagnosis. Case Reports 2018;2018:bcr-2018-227859. https://doi.org/10.1136/bcr-2018-227859
8. Hankinson, A, Lloyd B, Alweis R. Lime-induced phytophotodermatitis. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2014;4(4). DOI: 10.3402/jchimp.v4.25090.