

Dermatitis de Berloque en la infancia

F. Alfageme Roldán, C. Ciudad Blanco, D. Velázquez Tarjuelo, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

La dermatitis de Berloque es una fotodermatosis que requiere una anamnesis temporal cuidadosa: el antecedente de la aplicación de la sustancia en la superficie corporal y la exposición solar posterior nos dan la clave para su correcto diagnóstico.

Aunque habitual para el dermatólogo, no es un cuadro clínico común en el paciente pediátrico y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las dermatitis de contacto, incluso en casos de maltrato infantil.

Palabras clave

Dermatitis de Berloque, aceite de bergamota, fototoxicidad

Abstract

Title: Childhood Berloque dermatitis

Berloque dermatitis is a photodermatosis that requires a careful examination of the foregoing sequence of events. The application of a substance to some part of the body prior to sun exposure is the key for an accurate diagnosis.

Although it is commonly diagnosed by dermatologists, it is unusual among pediatric patients, and should be included in the differential diagnosis of certain forms of contact dermatitis and even cases of child abuse.

Keywords

Berloque dermatitis, bergamot oil, phototoxicity

Caso clínico

Niño de 7 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de interés, que refiere lesiones pigmentadas pruriginosas de una semana de evolución en los muslos y la cara posterolateral de las piernas.

La madre refiere una exposición solar del niño la semana previa, mientras estaba jugando con su prima en la piscina.

En la exploración física se observa una hiperpigmentación lineal en los muslos y la cara posterolateral de las piernas, con tendencia a la descamación (figuras 1 y 2).

Tras reinterrogar a la madre, ésta refiere que previamente apreció áreas enrojecidas en esas localizaciones relacionadas con la exposición solar.

Al preguntar al niño por los agentes externos que pudo haber empleado ese día, éste refiere haber jugado con una

20



Figura 1. Hiperpigmentación en trayectos lineales en los miembros inferiores

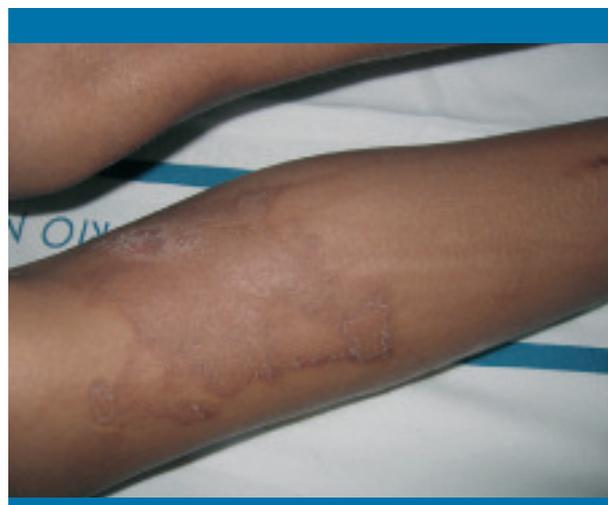


Figura 2. Claro componente descamativo que acompaña a la hiperpigmentación

Fecha de recepción: ?? . Fecha de aceptación: ??.

Correspondencia: F. Alfageme Roldán. Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid.
Correo electrónico: feralfarol@yahoo.es

TABLA 1

Diferencias entre reacciones fotoalérgicas y fototóxicas

	<i>Reacción fototóxica</i>	<i>Reacción fotoalérgica</i>
Clínica	Eritema, edema, hiperpigmentación y descamación	Lesiones urticariformes o eczematosas
Relación temporal	A las 2-6 h de la exposición	Tras sensibilización a las 24 h de la exposición
Anatomía patológica	Necrosis epidérmica, edema en la dermis, infiltrados polimorfonucleares	Espongiosis, vesiculación, infiltrado linfocítico

colonia de su prima que se aplicó en los miembros inferiores.

Con el diagnóstico clínico de dermatitis de Berloque, se pauta hidratación cutánea, fotoprotección de las lesiones y un antihistamínico oral para disminuir el prurito.

Discusión

La dermatitis de Berloque está causada por una reacción de tipo fototóxico, producida cuando se aplica a la piel una sustancia que contiene aceite de bergamota o un psoraleno, junto con la radiación ultravioleta, fundamentalmente de tipo A¹.

Este tipo de reacciones fototóxicas están mediadas directamente por fotoactivación de un psoraleno que produce radicales libres y una reacción inflamatoria no mediada inmunológicamente, a diferencia de las reacciones fotoalérgicas en las que existe una fotosensibilización a una sustancia que en una segunda exposición provoca una reacción inmunológica tipo IV (tabla 1).

Clínicamente, en las dermatitis fototóxicas por un agente externo se produce un eritema, seguido de una hiperpigmentación que sigue el recorrido de la sustancia. En el caso de las fragancias, la tendencia del líquido a caer configura formas caprichosas que remedan la caída del líquido o la dispensación de éste (marcas de las manos en el cuello u otras partes del cuerpo), delineando el conocido «patrón de Berloque».

Si la reacción es grave, como en este caso, se pueden observar vesículas o vesiculoampollas en las áreas implicadas².

La hiperpigmentación residual dura entre semanas y meses, siempre que se elimine el agente causante.

El término «dermatitis de Berloque» es el término clásico que indica que el agente fototóxico es una fragancia. Hasta hace unos años el aceite de bergamota era el agente habitual,

TABLA 2

Productos vegetales que causan fotodermatitis

<i>Nombre común</i>	<i>Nombre botánico</i>	<i>Comentario-usos</i>
Bergamota	<i>Citrus bergamia</i>	Típica dermatitis de Berloque
Apio	<i>Apium graveolens</i>	Alimentación
Planta del gas	<i>Dictamnus albus</i>	Ornamental
Rue	<i>Ruta graveolens</i>	Repelente de insectos
Lima	<i>Citrus aurantifolia</i>	Bebidas
Mokihana	<i>Pelea anisata</i>	Collares de flores hawaianos (leis)

pero su uso se está restringiendo y otras sustancias pueden producir el citado patrón de Berloque (tabla 2).

En nuestro caso, la colonia —utilizada muchas veces en juegos de niños— no presentaba la misma composición, pero es evidente la capacidad fototóxica de alguno de sus componentes.

Este cuadro clínico, que es habitual para el dermatólogo, puede no ser reconocido por el pediatra, quien puede establecer el diagnóstico diferencial con la dermatitis de contacto alérgica, incluso con un maltrato infantil, por la disposición que a veces simula una caída de líquidos o el flagelo de una lesión que, a primera vista, podría confundirse con una escaldadura o un hematoma lineal³.

El tratamiento de esta dermatitis requiere⁴: a) la retirada y la identificación del agente fototóxico que, en el caso de los niños, puede ser tan inocente y tan difícil de desenmascarar como una fragancia utilizada en los juegos infantiles; b) aplicar un corticoide tópico de potencia intermedia que reduzca las molestias de la fase inflamatoria, y c) fotoprotección para evitar en lo posible la pigmentación postinflamatoria; se recomiendan fotoprotectores que cubran tanto el espectro UVA como el UVB, ya que la mayoría de los protectores habituales sólo cubren el espectro UVB y, como hemos apuntado, este tipo de reacciones están mediadas mayoritariamente por el espectro UVA. ■

Bibliografía

1. Pathak MA. Phytophotodermatitis. Clin Dermatol. 1986; 4: 102-121.
2. Kaddu S, Kerl H, Wolf P. Accidental bullous phototoxic reactions to bergamot aromatherapy oil. J Am Acad Dermatol. 2001; 45: 458-461.
3. Moed Gruson L, Wu Chang M. Berloque dermatitis mimicking child abuse. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002; 156: 1.091-1.093.
4. Zaynoun ST, Aftimos BA, Tenekjian KK, Kurban AK. Berloque dermatitis: a continuing cosmetic problem. Contact Dermatitis. 1981; 7: 111-116.