

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Contreras J, De Arístegui Fernández J, Bernacer Borja M, Sánchez de Toledo Codina J. Recomendaciones de uso de la vacuna antivariela en niños inmunocomprometidos. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 113-118.
2. American Society of Health-System Pharmacists, Inc. Immune Globulin. En: *Drug Information*. Bethesda: AHFS, 1997; 2543.
3. Martorell M, Oliveras M, Juste C, López MT, Cabañas MJ, Barroso C. Varicella antibody content in inespecific immunoglobulin preparations. 24th European Symposium on Clinical Pharmacy. Praga, octubre 1995.
4. Paryani SG, Arvin AM, Koropchack CM, Wittek AE, Amylon MD, Dobkin MB et al. Varicella zoster antibody titers after the administration of intravenous immune serum globulin or varicella zoster immune globulin. *Am J Med* 1984; 76: 124-127.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Varicella: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1999; 48: 1-5.

Fitofotodermatitis

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 72-73)

Sr. Director:

La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria de la piel producida por el contacto con plantas capaces de sintetizar sustancias fototóxicas (furocumarinas o psoralenos) seguido de la exposición a la luz solar (rayos ultravioleta).

A continuación se presentan 7 niños de 6-8 años (5 niñas y 2 niños) más 2 jóvenes (un varón y una mujer de 20 años) de un grupo de 20, que tras un período de 12-24 horas de haber realizado una excursión, campo a través, por la sierra de Sant Mateu (Maresme/Barcelona), en un día soleado de verano, presentan lesiones en la piel de las zonas descubiertas (brazos, manos y piernas) tipo eritema, vesículas y ampollas, distribuidas de forma flagelada, lineal, indicando posible contacto externo (fig. 1). La extensión de las lesiones fue variable: una niña presentó una sola ampolla en el índice de la mano derecha, el resto presentaron lesiones múltiples en manos, brazos y piernas. El joven monitor tenía lesiones extensas en tronco, espalda y brazos, y la monitora, edema y ampollas confluentes en una mano.

La mayoría presentó prurito de intensidad variable.

El tipo de lesiones, su localización, la historia clínica de contacto con plantas y la exposición al sol, apoyan el diagnóstico de fitofotodermatitis.

Se siguió tratamiento con antisépticos, corticoides tópicos de baja potencia y antihistamínicos, según intensidad del prurito.

Las lesiones regresaron al cabo de una semana en la mayoría de los casos, si bien presentaron una hiperpigmentación residual de duración variable (3-6 semanas). Sólo los 2 monitores tuvieron una resolución más lenta de las lesiones.

Fitofotodermatitis es un término utilizado por Klüber¹ en 1942 para describir la reacción cutánea causada por el contacto con ciertas plantas y subsiguiente exposición al sol.

La molécula fotosensibilizante es la furocumarina (psoraleno), que sólo se halla presente en determinadas familias de plantas^{2,3} especialmente umbelíferas y rutáceas (tabla 1).

Figura 1. Lesiones lineales eritematosas con vesículas y ampollas en pierna derecha.

TABLA 1. Principales plantas causantes de fitofotodermatitis

Familia	Nombre botánico	Nombre común
Moráceas	<i>Ficus carica</i>	Higuera
Umbelíferas	<i>Pastinaca sativa</i>	Chirivía
	<i>Foeniculum vulgare</i>	Hinojo
	<i>Anethum graveolens</i>	Eneldo
	<i>Daucus carota</i>	Zanahoria
	<i>Petroselinum hortense</i>	Perejil
	<i>Apium graveolens</i>	Apio
Rutáceas	<i>Angelica</i> spp.	Angélica
	<i>Ruta graveolens</i>	Ruda
	<i>Ruta montana montesina</i>	Ruda
	<i>Dictamnus albus</i>	Díctamo blanco
	<i>Citrus limon</i>	Limonero
	<i>Citrus aurantium</i>	Naranja
Rosáceas	<i>Citrus aurantifolia</i>	Lima
	<i>Agrimonia eupatoria</i>	Agrimonia
	<i>Compuestas</i>	<i>Achillea millefolium</i>
Gutíferas	<i>Hypericum perforatum</i>	Hipérico
Convulvuláceas	<i>Convolvulus arvensis</i>	Correhuela

En el desplazamiento al lugar donde ocurrieron los hechos se identificó la posible planta causante: la ruda montesina (*Ruta montana*).

El contacto de la piel con el psoraleno, junto con la acción de las radiaciones UVA comprendidas en 320-420 nm, y cierta humedad cutánea que facilite la entrada del fotosensibilizante, dará lugar en las primeras 24-48 h, dependiendo de la severidad de la reacción, desde un leve eritema hasta un importante edema con formación de vesículas y ampollas. Las lesiones se localizan en zonas de piel descubiertas, sobre todo en manos, brazos y piernas, dibujando el contacto con las hojas o tallos de la planta, dando lugar a lesiones irregulares o lineales. Generalmente las lesiones son pruriginosas y evolucionan dejando hiperpigmentación residual.

La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria sin base inmunitaria y se puede producir ya en un primer contacto según la concentración de la sustancia y la cantidad de radiación recibida.

El estudio de las dermatitis por plantas es complejo, requiriendo en ocasiones la colaboración de un botánico para identificar y clasificar las plantas recolectadas en el lugar de los hechos⁴.

Estas dermatitis son más frecuentes en determinadas profesiones: floristas, jardineros y agricultores⁵. También pueden presentarse en niños durante el verano tras una excursión al campo o a la piscina, ya que pueden tener contacto con determinadas plantas cultivadas o silvestres que contienen gran cantidad de psoralenos en esta época del año.

El diagnóstico no presenta dificultades si se conoce la morfología de las lesiones y se realiza una buena historia clínica.

Se debe realizar diagnóstico diferencial^{6,7} con el resto de lesiones vesiculoampollosas agudas. Así, se ha de descartar picadura de insecto, lesión herpética, impétigo en fases iniciales, dermatitis producida por diversas sustancias químicas, caso de herbicidas, pesticidas, fungicidas, con reacciones fototóxicas o fotoalérgicas producidas por medicamentos tópicos o sistémicos, perfumes o cosméticos, y por último cabe resaltar la importancia de la sospecha diagnóstica de esta entidad, puesto que puede simular abusos o malos tratos^{8,9}.

La prevención de este tipo de reacciones es difícil. Es importante identificar el tipo de plantas, para poder evitar el contacto con ellas. No queda claro el papel protector de las cremas barrera solar; en cambio, ha demostrado ser eficaz cubrirse las zonas expuestas con prendas adecuadas.

En cuanto al tratamiento¹⁰, en las lesiones agudas y supuradas se utilizarán fomentos húmedos de solución de Burow o permanganato potásico al 1/10.000; seguidamente se aplicará un corticoide tópico de baja potencia. En los casos más graves se requerirá el uso de corticoides sistémicos. Los antihistamínicos orales ayudarán a atenuar el prurito.

**M.R. Fernández Mateos, A. García Canals
y M. Llussà Arboix**

Área Básica de Salud Mataró 7. Mataró. Barcelona

BIBLIOGRAFÍA

1. Klaber R. Phytophotodermatitis. Br J Dermatol 1942; 54: 193-211.
2. Mitchell J, Rook A. Botanical dermatology: plants and plant products injurious to the skin. Vancouver: Greenglas Ltd., 1979; 26.
3. Pathak MA, Daniels F Jr, Fitzpatrick TB. The presently known distribution of furocoumarins (psoralens) in plants. J Invest Dermatol 1962; 39: 225-239.
4. Stoner JG, Rasmussen JE. Plant dermatitis. L Am Acad Dermatol 1983; 9: 1-15.
5. Santucci B, Picardo M. Occupational contact dermatitis to plants. Clin Dermatol 1992; 10: 157-166.
6. Esquinas G, González-Enseñat MA. Butllofes cutànies després de jugar al jardí sota exposició al sol. Pediatría Catalana 1997; 57: 321-322.
7. Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. Rook-Wilkinson-Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Scientific, 1992.
8. Dannaker CJ, Glover RA, Goltz RW. Phytophotodermatitis: a mystery case report. Clin Pediatr 1988; 27: 289-290.
9. Hill PF, Pickford M, Parkhouse N. Phytophotodermatitis mimicking child abuse. J R Soc Med 1997; 90: 560-561.
10. Fonseca Capdevila E. Dermatología pediátrica (1.ª ed.). Madrid: Grupo Aula Médica, 1997; 537-567.

Estudio de una población gitana rural en relación con la lactancia materna. ¿Una población atípica?

(An Esp Pediatr 2000; 52: 73-75)

Sr. Director:

La incorporación progresiva de la mujer al trabajo fuera de su casa y el empezar a poder disponer de productos sustitutivos de la leche materna, junto a la falta de apoyo familiar y un elevado grado de ignorancia sobre las ventajas de la lactancia materna, motivaron el abandono progresivo de esta práctica¹. Este nuevo tipo de lactancia se generalizó comenzando por los países más desarrollados y alcanzando unas 2 décadas después al resto. Esta diferencia en el tiempo respecto a los cambios en la lactancia, se apreció asimismo entre las clases superiores y las inferiores^{1,2}.

En nuestra sociedad, la población gitana representa una minoría social con unos niveles de educación, vivienda, sanidad, trabajo y economía propios en gran parte de los casos de los países subdesarrollados³. Clásicamente, los pediatras han considerado a la población gitana como un grupo étnico en el que la duración de la lactancia materna era mucho mayor que en las madres no gitanas⁴, aunque no hemos encontrado en la literatura revisada ningún trabajo que lo ponga de manifiesto.

Presentamos un estudio retrospectivo de todas las historias de los niños que acuden a la consulta de pediatría de un centro de atención primaria rural, con población gitana estable. Se eligieron los nacidos entre marzo de 1997 y octubre de 1998. Se seleccionaron 159 niños (excluidos partos gemelares; peso neonatal, < 2.500 g; edad gestacional, < 37 semanas; ingreso neonatal por cualquier motivo o serología materna positiva para el VIH). Pertenecían a la raza gitana (G) 21 de los niños y