

Urticária solar – Caso clínico

Solar urticaria – Case report

Data de receção / Received in: 26/11/2010

Data de aceitação / Accepted for publication in: 27/12/2010

Rev Port Imunoalergologia 2011; 19 (1): 43-46

Joana Soares¹, Anabela Lopes¹, Amélia Spínola Santos¹, Paulo Filipe², Manuel Pereira Barbosa¹

¹ Serviço de Imunoalergologia/ Immunoallergy Department

² Serviço de Dermatologia/ Dermatology Department

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

RESUMO

Introdução: A urticária solar é uma patologia rara, desencadeada pela exposição solar. **Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma mulher de 28 anos com um quadro de lesões maculopapulares pruriginosas, sempre que exposta à luz solar. O estudo fotobiológico foi positivo para luz visível e confirmou o diagnóstico de urticária solar. O uso de anti-histamínicos para controlo sintomático não foi eficaz. **Discussão/Conclusões:** O diagnóstico de urticária solar é clínico, sendo necessária a exclusão de outras fotodermatoses e a confirmação pelo estudo fotobiológico. A terapêutica de primeira linha com anti-histamínicos é frequentemente insuficiente. Recentemente têm sido usadas outras opções terapêuticas, como imunoglobulina G e anti-IgE com sucesso, sendo necessárias séries com maior número de casos para confirmação da sua eficácia.

Palavras-chave: Urticária solar, fotodermatose, urticária física.

ABSTRACT

Introduction: Solar urticaria is a rare disease, triggered by sunlight exposure. **Case report:** We describe the case of a 28-year-old woman with maculopapular, pruriginous lesions every time she was exposed to sunlight. Phototests were positive for visible light, thus confirming the diagnosis of solar urticaria. Treatment with antihistamines for the management of symptoms was not effective. **Discussion/Conclusions:** The diagnosis of solar urticaria is clinical, and requires exclusion of other photodermatoses and confirmation through phototesting. First line treatment with anti-histamines is frequently not enough to control the symptoms. New therapeutic options have been more recently used with success, such as immunoglobulin-G and anti-IgE, but larger studies are necessary to confirm their efficacy.

Key-words: Photodermatosis, physical urticaria, solar urticaria.

INTRODUÇÃO

A urticária solar (US) é um tipo raro de urticária cuja prevalência não está estabelecida. A etiologia não está totalmente esclarecida, mas alguns autores consideram que pode ser mediada por anticorpos IgE dirigidos contra um fotoalergénio activado por diferentes comprimentos de onda de luz (UVA, UVB e/ou luz visível)¹. As manifestações iniciam-se habitualmente na segunda ou terceira décadas de vida, mas podem ocorrer em qualquer idade¹, incluindo período neonatal². Parece existir um predomínio no sexo feminino^{1,3}.

O diagnóstico de US é essencialmente clínico. A confirmação é efectuada pelo estudo fotobiológico positivo para UVA, UVB e/ou luz visível, após serem excluídas patologias e o uso de fármacos tópicos ou sistémicos aos quais a fotossensibilidade possa ser secundária¹.

O objectivo do tratamento é o alívio sintomático, que na maioria dos casos se revela difícil; habitualmente é possível uma melhoria recorrendo a anti-histamínicos e fotoprotecção.

CASO CLÍNICO

Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, 28 anos, referenciada à consulta de Imunoalergologia em 2008 por um quadro com um ano de evolução de lesões maculopapulares pruriginosas que surgiam 10 minutos após iniciar exposição solar e regrediam cerca de 2 horas após terminar a exposição. Como antecedentes pessoais descrevia apenas sintomas sugestivos de rinite persistente ligeira desde a infância. Negava o uso de fármacos susceptíveis de fotossensibilidade. Na história familiar destacavam-se dois casos de lúpus eritematoso sistémico (LES).

A avaliação da doente revelou testes cutâneos em picada positivos e doseamentos de IgE específicas elevados para *Dermatophagoides pteronyssinus* (18,60 kU/L) e *farinae* (8,32 kU/L), com os restantes parâmetros dentro de limi-



Figura 1. Representação esquemática dos diagnósticos e respectivos sintomas sugestivos das várias doenças alérgicas inquiridas

tes normais, incluindo hemograma, velocidade de sedimentação, funções renal e hepática, doseamento de porfirinas (copro, proto e uroporfirinas), estudo da autoimunidade (ANA, anti-dsDNA, anticardiolipina, anticoagulante lúpico) e estudo infeccioso (EBV, CMV, HIV, VHB, VHC e *Helicobacter pylori*).

Uma vez excluídas causas secundárias, foi realizado o estudo fotobiológico pelo serviço de dermatologia, com simuladores de luz solar com filtros UVA e UVB que não desencadearam qualquer reacção e com um fotoprojector de luz visível que causou o aparecimento de lesões de urticária aos 10 minutos de estimulação (Figura 1). Foi realizada também exposição directa à luz solar, com aparecimento de lesões com apenas três minutos de estimulação (Figura 2.1). Em ambos os casos, verificou-se regressão completa das lesões em menos de duas horas (Figura 2.2).

À data da primeira consulta a doente já se encontrava sob terapêutica com cetirizina 10mg/dia, sem qualquer resposta, pelo que, uma vez estabelecido o diagnóstico, foi medicada com levocetirizina em dose dupla (10mg/dia), com melhoria apenas parcial. No entanto, ao iniciar exposições solares mais frequentes e prolongadas (durante o Verão), foi notória a aquisição de tolerância, permanecendo a doente praticamente assintomática ao fim de algumas semanas. Terminada a época das exposições frequentes a



Figure 2.1. Reacção após exposição à luz solar directa – Após 3 minutos de exposição



Figure 2.2. Reacção após exposição à luz solar directa – 1 hora após terminada a exposição directa

tolerância foi rapidamente perdida, ficando a doente novamente sintomática, o que motivou a associação à terapêutica anterior de desloratadina em dose dupla (10mg/dia). Alguns meses mais tarde, dada a ausência de resposta, a desloratadina foi substituída por ebastina (20mg/dia), sempre sem melhoria do quadro. Durante o Verão do ano seguinte, a tolerância adquirida foi apenas parcial, e ao terminar esta época houve agravamento do quadro, com lesões mais frequentes e tempos de exposição cada vez menores, tendo nessa altura sido iniciada uma combinação terapêutica de levocetirizina e desloratadina em doses duplas e montelucaste (10mg/dia). Com esta associação terapêutica apenas se verificou melhoria parcial.

Ao longo dos meses seguintes a doente notou agravamento progressivo do quadro, sem resposta à terapêutica.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de US é habitualmente clínico. O estudo fotobiológico permite a confirmação do diagnóstico, com determinação do espectro desencadeante (mais frequentemente luz visível, 300-500nm^{1,4}) e pode também avaliar a resposta à terapêutica. As situações mais frequentemente associadas a quadros de fotossensibilidade são o LES,

as porfirias e o uso de fármacos tópicos (compostos contendo alcatrão) ou sistémicos (anticoncepcionais orais, tetraciclina, sulfonamidas)¹. Outras fotodermatoses devem ser excluídas, como a hidroa vaciniforme e o prurigo actínico, embora a que mais frequentemente leva a um diagnóstico errado de US seja a erupção polimorfa solar (EPS)⁵. Na US as lesões são típicas de urticária, surgem poucos minutos após o início da exposição e desaparecem quase de imediato (1-2 horas) uma vez terminada a estimulação, poupando as zonas expostas com maior frequência (habitualmente a face e as mãos), devido a um mecanismo de tolerância que ainda não foi esclarecido^(1,4). Na EPS as lesões são habitualmente micropapulares, surgem com maior frequência no tronco várias horas após a exposição solar e podem persistir por vários dias. O fenómeno de tolerância não é comum nesta patologia, pelo que a face é também muitas vezes atingida⁵.

Em cerca de um terço dos casos de US, o tratamento de primeira linha (anti-histaminicos de segunda geração) não é eficaz³. Outras terapêuticas têm sido propostas, sem eficácia comprovada até à data, nomeadamente a fototerapia (com eficácia de curta duração e risco aumentado de malignidade), a plasmaferese e o uso de outros fármacos, como a hidroxicloroquina, a ciclosporina e os antagonistas dos leucotrienos.

Mais recentemente têm sido descritos casos de sucesso no tratamento da US com imunoglobulina G^{6,7} e anti-IgE^{8,9}, pelo que os autores ponderam o seu uso nesta doente, caso a urticária se mantenha refractária à terapêutica de 1.ª linha, em doses optimizadas, conforme recomendado pelas *guidelines* mais recentes¹⁰.

CONCLUSÃO

A descrição deste caso, com manifestações características e típicas de US, pretende realçar aspectos clínicos fundamentais para o diagnóstico diferencial desta patologia que, sendo rara, é frequentemente confundida com outras patologias, como a EPS, esta sim mais frequente.

A abordagem terapêutica destes doentes é difícil e os anti-histamínicos são frequentemente ineficazes. Os autores defendem que outras terapêuticas, como a imunoglobulina G e a anti-IgE poderão ser úteis neste tipo de urticária, sendo, no entanto, necessárias séries com maior número de casos para avaliar a sua eficácia.

Declaração de conflitos de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Contacto

anabelamargarida@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Botto N, Warshaw E. Solar urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 909-20.
2. Harris A, Burge SM, George SA. Solar urticaria in an infant. *Br J Dermatol* 1997; 136(1):105-7.
3. Eguino P, Lasa O, Gardeazábal J, Días-Perez J. Urticaria solar. Estudio de 20 casos. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96:25-9.
4. Uetsu N, Miyauchi-Hashimoto H, Okamoto H, Horio T. The clinical and photobiological characteristics of solar urticaria in 40 patients. *Br J Dermatol* 2000; 142:32-8.
5. Gambichler T, Al-Muhammadi R, Boms S. Immunologically mediated photodermatoses: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10: 169-80.
6. Correia I, Silva J, Filipe P, Gomes M. Solar urticaria treated successfully with intravenous high-dose immunoglobulin: a case report. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2008; 24:330-1.
7. Hughes R, Cusak C, Murphy G, Kirby B. Solar urticaria successfully treated with intravenous immunoglobulin. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34: e660-2.
8. Gzelbey O, Ardelean E, Magerl M, Zuberbier T, Maurer M, Metz M. Successful treatment of solar urticaria with anti-IgE therapy. *Allergy* 2008; 63: 1559-65.
9. Waibel K, Reese D, Hamilton R, Devillez R. Partial improvement of solar urticaria after omalizumab. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125:490-1.
10. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau AM, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy* 2009; 64: 1427-43.