

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i5.11437>

Fotodermatosis inmunomediadas: erupción polimorfa lumínica y reticuloide actínico con excelente respuesta al tratamiento

Immune-mediated photodermatoses: Polymorphic light eruption and actinic reticuloid with excellent response to treatment.

Virginia Daiana Dimotta, María Eugenia Amoreo, Lucía María Córdoba, Mara Lorena Ivanov, Alfonsina Martínez

Resumen

ANTECEDENTES: Las fotodermatosis son enfermedades cutáneas inducidas o exacerbadas por la radiación ultravioleta. Se clasifican en varios grupos, uno de ellos lo constituyen las fotodermatosis inmunomediadas, anteriormente denominadas idiopáticas. Su diagnóstico se basa principalmente en la clínica porque no hay pruebas específicas. Las medidas de fotoprotección son fundamentales en su tratamiento.

CASOS CLÍNICOS: Caso 1: paciente femenina de 70 años que consultó por padecer una erupción de múltiples pápulas pruriginosas tras una exposición solar intensa. La paciente refirió episodios recurrentes de brotes similares con varios años de evolución. El estudio histopatológico de una biopsia cutánea fue compatible con erupción polimorfa lumínica. Se indicó tratamiento con hidroxiclороquina a dosis de 400 mg/día, con lo que se observó una excelente respuesta a los dos meses de iniciado el tratamiento. Caso 2: paciente masculino de 60 años con antecedentes de exposición solar intensa sin fotoprotección, que acudió a la consulta por padecer una dermatosis eccematosa crónica localizada en la cara de 20 años de evolución. Con los estudios complementarios correspondientes se estableció el diagnóstico clínico e histopatológico de reticuloide actínico. Se indicó tratamiento con azatioprina, 100 mg/día, con un control evolutivo favorable a los dos meses y mejoría clínica significativa.

CONCLUSIONES: La erupción polimorfa lumínica y el reticuloide actínico son afecciones poco frecuentes, pero con un notable efecto en la calidad de vida, lo que hace indispensable su reconocimiento y tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis actínica crónica; radiación ultravioleta; hidroxiclороquina.

Abstract

BACKGROUND: Photodermatoses are skin diseases induced or exacerbated by ultraviolet radiation. They are classified into several groups, among which are immune-mediated photodermatoses, previously referred to as idiopathic. The diagnosis of these conditions is primarily based on clinical findings, as there are no specific tests available. Effective photoprotection measures are essential in their treatment.

CLINICAL CASES: Case 1: A 70-year-old female patient presented with multiple pruritic papules following intense sun exposure. The patient reported recurrent episodes of similar outbreaks over several years. A skin biopsy was performed for histopathological study, which was compatible with polymorphous light eruption. Treatment with

Servicio de Dermatología, Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata, La Plata, Argentina.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0004-9567-9307>
<https://orcid.org/0009-0006-0040-4306>
<https://orcid.org/0009-0004-4973-909X>
<https://orcid.org/0009-0007-7732-2605>
<https://orcid.org/0009-0006-1185-3535>

Recibido: marzo 2025

Aceptado: mayo 2025

Correspondencia

Virginia Daiana Dimotta
virginiadimotta@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Dimotta VD, Amoreo ME, Córdoba LM, Ivanov ML, Martínez A. Fotodermatosis inmunomediadas: erupción polimorfa lumínica y reticuloide actínico con excelente respuesta al tratamiento. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (5): 686-695.

hydroxychloroquine 400 mg/day was initiated, and an excellent response was observed two months after starting the treatment. Case 2: A 60-year-old male patient with a history of intense sun exposure without sun protection sought consultation for a chronic eczematous dermatosis localized on the face, with a 20-year evolution. Complementary studies were carried out, leading to a clinical and histopathological diagnosis of actinic reticuloid. Treatment with azathioprine 100 mg/day was initiated, with favorable follow-up at two months, showing significant clinical improvement.

CONCLUSIONS: Polymorphous light eruption and actinic reticuloid are uncommon conditions, but they significantly impact the quality of life, making their recognition and proper therapeutic management essential.

KEYWORDS: Chronic actinic dermatitis; Ultraviolet radiation; Hydroxychloroquine.

ANTECEDENTES

Las fotodermatosis son enfermedades infrecuentes, causadas o exacerbadas por la radiación electromagnética, ya sea solar o por fuentes artificiales.¹ Se agrupan en varias categorías, como las fotodermatosis inmunomediadas, cuya patogenia aún se desconoce, aunque se postula que tienen una base inmunológica, con una respuesta alterada a cromóforos endógenos.^{2,3} Su relevancia radica en su amplia distribución, su significativo efecto negativo en la calidad de vida y en sus características clínicas que se superponen con otras enfermedades fotosensibles, como el lupus eritematoso, diversas dermatosis eczematosas y el linfoma cutáneo de células T.

Este artículo se enfoca en la erupción polimorfa lumínica, una de las más comunes, y en el reticuloide actínico, que representa la manifestación más grave de la dermatitis actínica crónica.^{5,6} El diagnóstico de estas enfermedades requiere una evaluación integral, basada, principalmente, en la clínica y complementada con estudios histológicos, fotobiológicos y pruebas de laboratorio que descarten otras causas de fotodermatosis.^{4,5,7}

Se describen dos casos clínicos con diagnóstico clínico-histopatológico compatibles: el primero corresponde a una erupción polimorfa lumínica, tratada con hidroxycoloroquina, y el segundo a un reticuloide actínico, tratado con azatioprina. Ambos casos mostraron una excelente respuesta terapéutica, por lo que esta publicación aporta evidencia documentada de la eficacia de estos tratamientos indicados en estas enfermedades.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenina de 70 años, con fototipo cutáneo III según Fitzpatrick y antecedentes familiares de dos hermanos con enfermedades cutáneas fotosensibles similares, sin diagnóstico específico. Consultó por la aparición de una erupción pruriginosa posterior a una exposición solar intensa. La erupción consistió en múltiples pápulas eritematosas excoriadas, algunas se agrupaban formando placas. Las lesiones predominaron en las áreas fotoexpuestas, especialmente en los antebrazos y el dorso de las manos, así como en el abdomen. **Figura 1**



Figura 1. Múltiples pápulas eritematosas excoriadas que se agrupan formando placas en áreas fotoexpuestas de los antebrazos, las manos y el abdomen.

La paciente refirió episodios recurrentes de brotes similares, con una evolución de varios años, que se exacerbaban tras la exposición solar relacionada con su actividad laboral al aire libre en quintas agrícolas.

Ante el diagnóstico presuntivo de erupción polimorfa lumínica, se hizo un interrogatorio dirigido que descartó el consumo de fármacos sistémicos y el uso de sustancias tópicas. Los resultados de los estudios de laboratorio con perfil reumatológico no mostraron alteraciones. Además, el estudio histopatológico de la biopsia cutánea reveló una epidermis con hiperparaqueratosis focal, espongiosis y edema en la dermis, con

elastosis solar e infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular (**Figura 2**). Con estos hallazgos y el cuadro clínico característico se estableció el diagnóstico de erupción polimorfa lumínica.

Se indicaron medidas generales del cuidado de la piel, fotoprotección estricta, así como anti-histamínicos orales y corticosteroides tópicos y orales. A pesar de estas medidas, no se evidenció mejoría clínica, por lo que se inició tratamiento con hidroxycloroquina a dosis de 400 mg al día. La evaluación oftalmológica correspondiente no reveló alteraciones. A los dos meses de iniciado el tratamiento se observó una excelente respuesta terapéutica. **Figura 3**

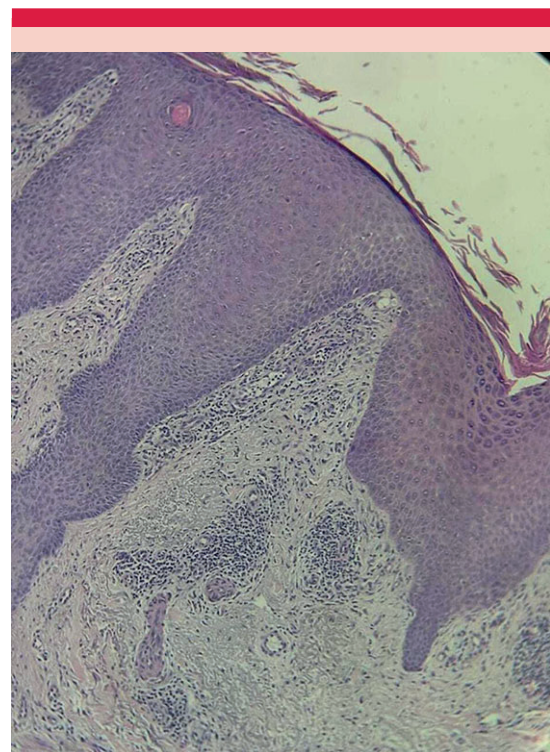


Figura 2. Estudio histopatológico de piel (H&E, 4X) que muestra la dermis con edema, elastosis solar e infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular.



Figura 3. Control evolutivo a los dos meses del inicio del tratamiento, donde se evidencia la mejoría clínica.

Caso 2

Paciente masculino de 60 años, con fototipo cutáneo II según Fitzpatrick y sin antecedentes personales de relevancia, que consultó por padecer una dermatosis pruriginosa localizada en la cara de 20 años de evolución, con diagnósticos previos histopatológicos de erupción polimorfa lumínica y dermatosis psoriasiforme. Recibió tratamiento con corticosteroides tópicos y sistémicos con respuesta clínica parcial y recurrencias tras su suspensión. Negó la aplicación tópica de otros productos y el consumo de otros fármacos.

Al examen físico se observó una erupción ecematososa crónica liquenificada con marcada

acentuación de los pliegues cutáneos en el rostro, sin afectar la línea de implantación pilosa, asociada con prurito intenso y alopecia de cejas. **Figura 4**

Refirió exacerbación de las lesiones tras la exposición solar prolongada y continua sin fotoprotección vinculada con su ocupación de sodero.

Con el diagnóstico presuntivo de dermatitis actínica crónica y de su afección extrema, el reticuloide actínico, se solicitó una analítica general, serologías y anticuerpos reumatológicos, en los que destacó una concentración de IgE (inmunoglobulina E) total de 1321 UI/mL (≤ 100 UI/mL). El estudio de una nueva biopsia

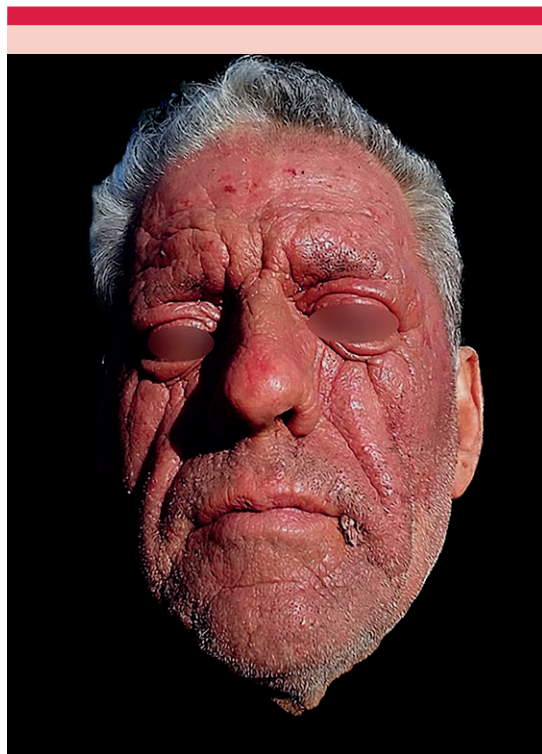


Figura 4. Erupción ecematososa liquenificada con marcada acentuación de los pliegues cutáneos, con la característica facies leonina.

cutánea informó una epidermis acantósica con hiperparaqueratosis, en la dermis fibroplasia ascendente, ectasias vasculares, infiltrados linfocitarios perivascuales e intersticiales con plasmocitos, eosinófilos, así como aislados fibroblastos estrellados. **Figura 5**

Se descartó linfoma cutáneo de células T debido a la ausencia de epidermotropismo y atipias citológicas características de esta enfermedad. La correlación entre los hallazgos clínicos, histopatológicos y de estudios de laboratorio confirmó el diagnóstico de reticuloide actínico.

Se solicitó interconsulta para la atención interdisciplinaria con el alergólogo, que efectuó la prueba del parche, misma que resultó positiva

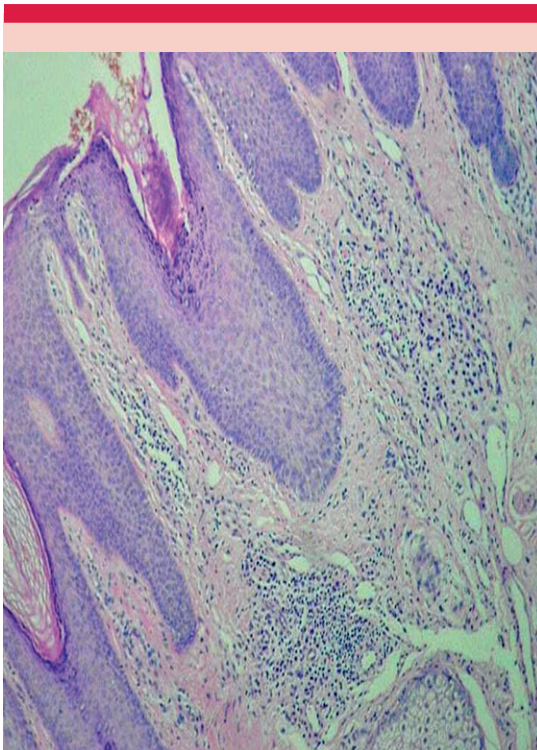


Figura 5. Estudio histopatológico de piel (H&E, 40X) que muestra hiperparaqueratosis y dermis con infiltrados linfocitarios perivascuales y fibroblastos estrellados.

para dicromato de potasio, Disperse Blue 106 y metronidazol clorhidrato, lo que orientó acerca de los alérgenos que deben evitarse. No se llevaron a cabo estudios fotobiológicos debido a limitaciones en la disponibilidad de esos procedimientos. Se indicaron medidas generales para el cuidado de la piel, fotoprotección estricta, tacrolimus tópico y se practicaron los estudios pertinentes previos al inicio del tratamiento inmunosupresor de primera línea con azatioprina a dosis de 100 mg al día. En el control evolutivo efectuado a los 2 meses del inicio del tratamiento se observó una significativa mejoría clínica. **Figura 6**

DISCUSIÓN

Los trastornos de fotosensibilidad cutánea comprenden un conjunto de enfermedades



Figura 6. Excelente respuesta terapéutica a los dos meses del inicio del tratamiento.

inflamatorias que son causadas o exacerbadas por la exposición a la radiación ultravioleta.^{1,8} Aunque las fotodermatosis son poco comunes y su prevalencia exacta se desconoce, los estudios disponibles sugieren que afectan a una proporción significativa de la población mundial. Esta prevalencia varía según la región geográfica, la genética de los individuos y factores ambientales.^{9,10}

Un estudio reciente acerca de la evaluación de la salud psicológica en pacientes con fotodermatosis reveló que entre el 31 y el 39% de los afectados experimentaron un efecto significativo en la calidad de vida. Además, los grados de ansiedad y depresión fueron aproximadamente el doble que en la población general, lo que subraya la importancia de su reconocimiento y tratamiento oportuno.¹¹

Las fotodermatosis se clasifican generalmente en cinco grupos: 1) trastornos de fotosensibilidad hereditarios, asociados con defectos en la reparación del ADN; 2) fotosensibilidad inducida por agentes exógenos, como fármacos o sustancias que causan fototoxicidad o fotoalergia; 3) fotodermatosis causadas por productos endógenos, como la porfiria y la pelagra; 4) dermatosis fotoagravadas, en las que la exposición solar agrava trastornos preexistentes, como el lupus eritematoso y la dermatitis atópica, y 5) enfermedades inmunológicamente mediadas, que incluyen el prurigo actínico, la urticaria solar, la hidroa vacciniiforme y, como foco principal en esta discusión, la erupción polimorfa lumínica y la dermatitis actínica crónica con su manifestación extrema, el reticuloide actínico.^{1,5,7}

La erupción polimorfa lumínica es la fotodermatosis más común en todo el mundo; afecta, aproximadamente, al 10% de la población general con una prevalencia variable según el país y la latitud.¹⁰ En Argentina, si bien no existen estudios epidemiológicos sistemáticos que cuantifiquen su prevalencia nacional, la experiencia clínica reportada sugiere que la erupción polimorfa lu-

mínica representa el diagnóstico más frecuente entre las fotodermatosis. No obstante, se han identificado diferencias geográficas y ambientales relevantes en las regiones de mayor altitud del norte y noroeste del país, en las que la población se ve expuesta a niveles de radiación ultravioleta hasta tres veces superiores a los de zonas a nivel del mar, lo que aumenta la susceptibilidad al fotodaño. En este contexto, otras afecciones, como el prurigo actínico, pueden manifestarse con mayor frecuencia o severidad.⁵

La erupción polimorfa lumínica puede ocurrir en individuos con diferentes fototipos de piel; es más frecuente en sujetos con fototipos altos de la escala de Fitzpatrick.^{10,12,13} La prevalencia es mayor en mujeres (cuatro veces mayor que en los hombres) y afecta, principalmente, a personas entre 20 y 40 años, aunque también puede aparecer en la infancia o la adultez avanzada, como en los casos comunicados.^{14,15}

En términos clínicos, se caracteriza por brotes intermitentes de lesiones polimorfas, como pápulas y vesículas pruriginosas, que aparecen en horas a días tras la exposición solar. Las lesiones suelen desaparecer sin dejar cicatrices y predominan en áreas expuestas al sol. La bibliografía refiere que los brotes son más frecuentes en primavera y verano, estacionalidad que también se observó en la paciente del caso, quien refirió exacerbaciones anuales coincidentes con los meses de mayor irradiación solar. Con exposiciones solares repetidas, los brotes pueden disminuir progresivamente, un fenómeno conocido como endurecimiento.^{14,15} Existen variantes, como la erupción primaveral juvenil, la erupción polimorfa lumínica sin erupción y en personas de piel oscura, en las que pueden observarse minúsculas pápulas o vesículas agrupadas en zonas expuestas al sol.^{14,15,16}

La erupción polimorfa lumínica puede persistir a lo largo de toda la vida y aproximadamente un tercio de los pacientes experimentan remisión después de más de 20 años de evolución.^{17,18}

La patogenia de la erupción polimorfa lumínica sigue siendo un tema de debate, pero los factores genéticos parecen desempeñar un papel importante; se han encontrado antecedentes familiares con mayor prevalencia en gemelos monocigóticos.¹⁹ También se asocia con una respuesta de hipersensibilidad retardada a antígenos cutáneos y se ha sugerido que las alteraciones en el microbioma cutáneo debido a la exposición a la radiación ultravioleta puedan influir en su manifestación. Además, los factores hormonales, como el estradiol y los receptores de estrógenos, contribuyen a la mayor prevalencia en las mujeres.^{14,16,20}

El diagnóstico es principalmente clínico, basado en un interrogatorio y un examen físico completo.^{14,17} El estudio histopatológico, que varía según la morfología clínica, es un método adicional para confirmar el diagnóstico. En él puede observarse espongiosis epidérmica y, en la dermis, un infiltrado linfohistiocítico perivascular y perianexial, junto con un importante edema.^{15,20}

El diagnóstico diferencial incluye otras fotodermatosis inmunomediadas, como la dermatitis actínica crónica y el prurigo actínico. Durante años este último se consideró una variante de la erupción polimorfa lumínica, aunque, actualmente, se reconocen diferencias clínicas significativas, como una edad de inicio más temprana, antecedentes familiares positivos y el daño de semimucosas.

Deben solicitarse pruebas de laboratorio, incluidos anticuerpos antinucleares, anti-Ro y anti-La, con el objetivo de descartar dermatosis fotoexacerbadas de origen autoinmunitario, como el lupus eritematoso cutáneo. Ante la sospecha de fotodermatosis de origen endógeno, como la porfiria cutánea, se determinan porfirinas en orina, sangre y materia fecal. Asimismo, en casos con sospecha de mecanismos fotoalérgicos o fototóxicos, se solicitan estudios fotobiológicos, como el fototest o la prueba de fotoprovocación,

para evaluar la respuesta cutánea a diferentes fuentes de radiación ultravioleta.^{5,16,17,19}

El tratamiento varía según la severidad de los brotes; en casos leves, se recomienda fotoprotección estricta y exposición gradual a la luz solar en primavera, como estrategia de “desensibilización”. Además, se ha investigado el uso preventivo de antioxidantes orales, como la nicotinamida y el extracto de *Polypodium leucotomos*, que pueden ayudar a reducir la recurrencia de los episodios.¹⁹ En el tratamiento sintomático de los brotes agudos se indican antihistamínicos y corticosteroides tópicos o sistémicos, como la prednisolona o prednisona, administrados por periodos cortos, no más de cuatro a cinco días para evitar efectos adversos a largo plazo.^{14,16,19}

En pacientes con síntomas graves y resistentes los estudios recientes evidencian que la fototerapia ultravioleta B de banda angosta profiláctica durante la primavera, aplicada por un mes con dos sesiones semanales, resulta tan eficaz como la fotoquimioterapia con psoraleno más rayos ultravioleta A para el control de los brotes, pero con menor riesgo de efectos adversos.²¹

En cuanto a los tratamientos sistémicos puede considerarse la hidroxycloquina, ciclosporina y talidomida. La primera ha demostrado un buen perfil de seguridad y eficacia en el tratamiento de la erupción polimorfa lumínica. Un estudio reciente demostró que un régimen de hidroxycloquina a dosis de 400 mg/día durante un mes, seguido de 200 mg/día durante otro mes, resultó en alivio significativo de los síntomas en el 68.9% de los pacientes,²² por lo que se convierte en un fármaco de elección en quienes padecen formas persistentes de erupción polimorfa lumínica, como en el paciente del caso.

El reticuloide actínico es una fotodermatosis crónica y poco frecuente, pero más grave porque

representa el estadio avanzado de la dermatitis actínica crónica. Además, se considera un pseudolinfoma cutáneo debido a sus similitudes clínicas e histológicas con el linfoma cutáneo de células T.²³ Afecta principalmente a hombres blancos de mediana y avanzada edad, aunque recientemente se ha observado un aumento de casos en mujeres jóvenes con piel oscura o antecedentes de dermatitis atópica.^{24,25}

Su causa exacta se desconoce; se cree que se debe a una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV en respuesta a un antígeno cutáneo endógeno. Entre los factores predisponentes están las actividades laborales al aire libre y antecedentes de dermatitis de contacto alérgicas, ambos presentes en el paciente del caso. El reticuloide actínico puede ser una manifestación de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en estadios avanzados, por lo que su aparición obliga a descartar esta infección.^{23,25,26}

En términos clínicos, el reticuloide actínico se distingue por placas eccematosas crónicas, liquenificadas y pruriginosas en zonas fotoexpuestas que, en etapas avanzadas, pueden extenderse a áreas no expuestas y en menos del 10% evolucionar hacia la eritrodermia.²⁵ Las exacerbaciones se relacionan con la exposición solar y no muestran variabilidad estacional, lo que coincide con el paciente del caso, caracterizado por una evolución crónica secundaria a una exposición solar persistente en contexto laboral.^{24,26}

El diagnóstico se establece mediante criterios clínicos, histológicos y fotobiológicos, complementados con estudios de laboratorio que incluyen anticuerpos reumatológicos y serologías, principalmente para virus de inmunodeficiencia humana. Boonstra y su grupo²⁷ propusieron tres criterios básicos para el diagnóstico del reticuloide actínico: 1) erupción eccematosa persistente en zonas fotoexpuestas, que a veces se extiende a áreas no expuestas

o evoluciona a eritrodermia; 2) *fototest* que demuestra una disminución de la dosis mínima de eritema frente a rayos ultravioletas A y B y luz visible, y 3) infiltrado inflamatorio de linfocitos T en la dermis, algunos de ellos atípicos.^{23,26}

En estadios más avanzados el estudio histopatológico muestra semejanzas con el linfoma cutáneo de células T y evidencia un infiltrado inflamatorio en banda compuesto, principalmente, por linfocitos normales o atípicos, fibroblastos de aspecto estelar y células gigantes en la dermis, perivascular y perianexial. Un hallazgo característico es el predominio de células T CD8 en la epidermis y una baja relación CD4:CD8, lo que ayuda a diferenciarlo del linfoma cutáneo de células T. En situaciones necesarias, puede hacerse un análisis más detallado mediante inmunofenotipo con inmunomarcación y genotipo por reacción en cadena de la polimerasa.^{4,23,26}

Si bien no es un criterio diagnóstico decisivo, la prueba del parche debe practicarse en todos los pacientes debido a su estrecha relación con la dermatitis actínica crónica.²⁶

El tratamiento del reticuloide actínico no está estandarizado e incluye la concientización acerca de la fotoprotección estricta, el uso regular de emolientes, la evitación de alérgenos y la aplicación de inhibidores tópicos de la calcineurina, así como corticosteroides tópicos y orales en régimen intermitente. Una opción terapéutica adicional es la fototerapia con psoraleno más rayos ultravioleta A o B de banda angosta, administrados tres veces por semana a dosis bajas, lo que ha mostrado eficacia en algunos casos.²³⁻²⁶ En pacientes resistentes a estas intervenciones, se recurre a tratamientos sistémicos, que incluyen fármacos antipalúdicos e inmunomoduladores, como la talidomida. Además, se indican inmunosupresores: ciclosporina, micofenolato de mofetilo, metotrexato y azatioprina; esta última es la primera opción terapéutica, administrada

a dosis de 1-2.5 mg/kg/día, con mejorías observadas al cabo de un mes de tratamiento, como en el paciente del caso.^{24,26,28,29}

En los casos resistentes más severos se han documentado respuestas positivas al tratamiento con el anticuerpo monoclonal dupilumab, así como también con el inhibidor oral de la Janus quinasa tofacitinib.^{30,31}

CONCLUSIONES

La falta de datos epidemiológicos, métodos diagnósticos específicos y tratamientos estandarizados de las fotodermatosis inmunomediadas dificultan la atención adecuada y oportuna de estas enfermedades, lo que manifiesta la necesidad de continuar investigando para profundizar en su comprensión y obtención de datos más precisos acerca de su carga global. La comunicación de estos casos proporciona evidencia documentada de la eficacia terapéutica de la hidroxycloroquina en la erupción polimorfa lumínica y de la azatioprina en el retículoide actínico, lo que ofrece opciones valiosas para el tratamiento de las formas persistentes o graves de estas enfermedades. Además, destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario y un tratamiento personalizado, con el objetivo primordial de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Uso de IA

Los autores declaran que no se recurrió a la inteligencia artificial para la realización del artículo.

REFERENCIAS

1. Mariaca CJ, Nuñez R. Immunologically mediated photodermatoses. *Rev. Asoc. Col Dermatol Cir Derm* 2016; 24 (1): 54-64. <https://doi.org/10.29176/2590843X.300>
2. Beani JC. Fotodermatosis: aspectos fundamentales, clasificación y diagnóstico. *Lucitis idiopáticas. EMC - Dermatología* 2022; 56 (1): 1-19. [https://doi.org/10.1016/S1761-2896\(22\)46055-9](https://doi.org/10.1016/S1761-2896(22)46055-9)
3. Osorio Gómez GF. Dermatitis solares idiopáticas. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dematol* 2006; 14 (3): 1-5.
4. De Argila D, Aguilera J, Sánchez J, et al. Study of Idiopathic, exogenous photodermatoses. Part 1: Pathophysiology and technical aspects of photobiologic studies. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105 (2): 112-21. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.025>
5. Balboni C, González MI, Stella I, et al. Diagnosticando una fotodermatosis. Reporte y revisión de caso de Prurigo Actínico. *Rev Argent Dermatol* 2021; 102 (2): 73-90.
6. Huerta Brogerasa M, Avilés Izquierdo JA, Suárez Fernández R, et al. Fotodermatosis. *Medicina de Familia – SEMERGEN* 2004; 31 (1): 10-14. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72874-4](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72874-4)
7. Nahhas AF, Oberlin DM, Braunberger TL, et al. Recent developments in the diagnosis and management of photosensitive disorders. *Am J Clin Dermatol* 2018; 19 (5): 707-731. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0365-6>
8. Choi D, Kannan S, Lim HW. Evaluation of patients with photodermatoses. *Dermatol Clin* 2014; 32 (3): 267-75. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.03.006>
9. Burfield L, Rutter KJ, Thompson B, et al. Systematic review of the prevalence and incidence of the photodermatoses with meta-analysis of the prevalence of polymorphic light eruption. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023; 37 (3): 511-520. <https://doi.org/10.1111/jdv.18772>
10. Hamel R, Mohammad TF, Chahine A, et al. Comparison of racial distribution of photodermatoses in USA academic dermatology clinics: A multicenter retrospective analysis of 1080 patients over a 10-year period. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2020; 36 (3): 233-240. <https://doi.org/10.1111/phpp.12543>
11. Rutter KJ, Ashraf I, Cordingley L, et al. A review of studies looking at quality of life and psychological impact in people with photodermatoses - skin diseases triggered by sunlight. *Br J Dermatol* 2020; 182 (5): e161-e182. <https://doi.org/10.1111/bjd.18987>
12. Passeron T, Lim HW, Goh CL, et al. Photoprotection according to skin phototype and dermatoses: practical recommendations from an expert panel. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021; 35 (7): 1460-1469. <https://doi.org/10.1111/jdv.17242>
13. Gutierrez D, Gaulding JV, Motta Beltran AF, et al. Photodermatoses in skin of colour. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32 (11): 1879-1886. <https://doi.org/10.1111/jdv.15115>

14. Cruz-García NM, Mendiola-Pastrana IR, Morales-Juárez I, et al. Erupción polimorfa lumínica. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (3): 380-389. <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i3.8853>
15. Gruber-Wackernagel A, Byrne SN, Wolf P. Polymorphous light eruption: clinic aspects and pathogenesis. *Dermatol Clin* 2014; 32 (3): 315-34. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.03.012>
16. Carvajal Elizondo M, Jiménez Tung I. Erupción polimórfica lumínica. *Rev Clin Esc Med UCR-HSJD* 2020; 10 (1): 20-27. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v10i1.37387
17. Rivero Bermúdez MD, Vivas Toro SC, Soto Pernía ML, et al. Erupción polimorfa lumínica: manifestación en un paciente fototipo cutáneo IV según Fitzpatrick. *Dermatol Rev Mex* 2024; 68 (2): 210-215. <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i2.9621>
18. Gruber-Wackernagel A, Schug T, Graier T, et al. Long-term course of polymorphic light eruption: A registry analysis. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8: 694281. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.694281>
19. Lembo S, Raimondo A. Polymorphic light eruption: What's new in pathogenesis and management. *Front Med (Lausanne)* 2018; 10 (5): 252. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00252>
20. Kadurina M, Kazandjieva J, Bocheva G. Immunopathogenesis and management of polymorphic light eruption. *Dermatol Ther* 2021; 34 (6): e15167. <https://doi.org/10.1111/dth.15167>
21. Combalia A, Fernández-Sartorio C, Fustà X, et al. Successful short desensitization treatment protocol with narrowband UVB phototherapy (TL-01) in polymorphic light eruption. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108 (8): 752-757. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.04.004>
22. Morgado-Carrasco D, Ibaceta-Ayala J, Piquero-Casals J. Hydroxychloroquine: An essential drug in dermatology and its controversial use in COVID-19. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2022; 113 (2): 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.07.005>
23. Ochoa De León DA, Leal-Guevara LV, Martínez Pérez L. Reticuloide actínico como manifestación inicial de un paciente con infección por VIH. *Dermatol Rev Mex* 2024; 68 (2): 238-244..
24. Wang CX, Belsito DV. Chronic actinic dermatitis revisited. *Dermatitis* 2020; 31 (1): 68-74. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000531>
25. Cepeda J, Bittar M, Amprino A. Dermatitis actínica crónica. *Rev Argent Dermatol* 2020; 101 (1): 55-66.
26. Tassi F. Dermatitis actínica crónica: reticuloide actínico. *Dermatol Argent* 2014; 20 (2): 84-928.
27. Boonstra HE, van Weelden H, Toonstra J, van Vloten WA. Polymorphous light eruption: a clinical, photobiologic, and follow-up study of 110 patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42 (2 pt 1): 199-207. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(00\)90126-9](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(00)90126-9)
28. Paracha MM, Zahoor H, Khan AQ, et al. Efficacy of methotrexate versus azathioprine in the treatment of chronic actinic dermatitis: A randomized control trial. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2022; 34 (Suppl 1): S644-S648. <https://doi.org/10.55519/JAMC-03-S1-9643>
29. Handa S, Mehta H, Bishnoi A, et al. Efficacy and safety of azathioprine versus mycophenolate mofetil in chronic actinic dermatitis in skin of color: results of a randomized controlled trial. *Int J Dermatol* 2025; 64 (2): 333-340. <https://doi.org/10.1111/ijd.17412>
30. Vanhaecke C, Viguier M. Long-term remission of severe and refractory chronic actinic dermatosis with dupilumab: A case report with review of the literature. *Acta Derm Venereol* 2024; 104: adv40453. <https://doi.org/10.2340/actadv.v104.40453>
31. Zhong J, Ali K, Yang P, et al. Successful treatment of chronic actinic dermatitis with tofacitinib. *Clin Cosmet Invest Dermatol* 2024; 17: 399-407. <https://doi.org/10.2147/CCID.S451824>

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando sólo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.