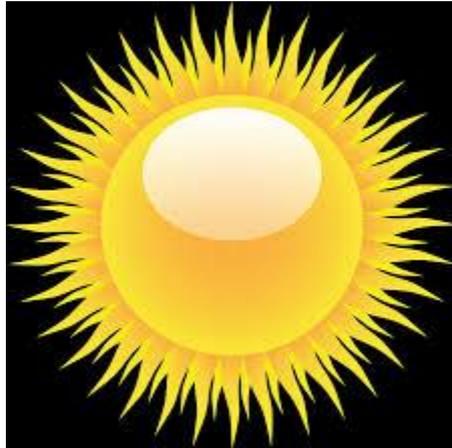


ALLERGIA AL SOLE.



Durante la stagione estiva capita di incontrare casi di allergia al sole o fotosensibilità. Si tratta di una reazione del sistema immunitario alla luce solare. Si manifesta solitamente come un'eruzione cutanea pruriginosa e accompagnata da pomfi che si possono estendere progressivamente rispetto all'area inizialmente interessata. Le zone maggiormente colpite sono quelle solitamente non esposte al sole, nei soggetti che si espongono al sole per abbronzarsi. Queste manifestazioni sono assai diverse dalle ustioni. Solitamente non sono pericolose ma possono creare un grande disagio psicologico oltre che fastidio intenso per il prurito persistente. Si tratta di una reazione di ipersensibilità ritardata e non di tipo allergico. Insorge anche dopo minuti di esposizione al sole.

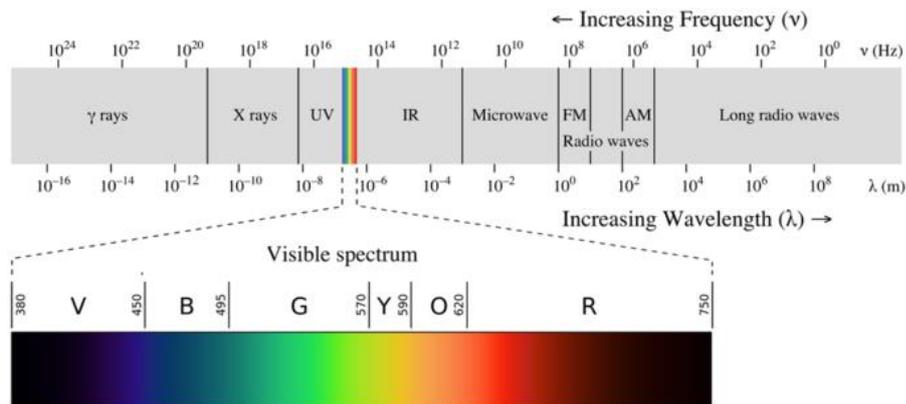
Si definisce come **dermatite polimorfa solare**. Interessa circa il 10% della popolazione e può esordire a qualsiasi età. Ha carattere familiare e insorge soprattutto nelle persone con carnagione chiara e nelle donne. Questa forma è diversa dalla dermatite fotoallergica, in cui la reazione cutanea è prodotta dall'effetto della luce solare sopra una sostanza chimica applicata sulla pelle (ad esempio una crema o un cosmetico) o farmaci ingeriti.



ETIOPATOLOGIA

Le cause sono poco conosciute. Si ritiene che l'*allergia al sole* dipenda da una reazione del sistema immunitario verso molecole presenti a livello cutaneo e attivate dall'esposizione ai raggi Ultravioletti. Né i vetri né le creme solari protettive rappresentano una difesa a questa patologia.

La manifestazione cutanea si può protrarre anche per parecchie ore dopo l'esposizione solare. Oltre al prurito possono comparire malessere generale, nausea, cefalea, brividi scuotenti. Si chiama polimorfa perché le manifestazioni possono assumere diverse forme, come puntini rossi, pomfi classici, immagini a bersaglio, eczemi, vescicole contenenti liquido, piccoli sanguinamenti sottocutanei. Le manifestazioni possono durare anche per alcuni giorni e di solito scompaiono spontaneamente. Di solito, in seguito ulteriori esposizioni al sole presentano reazioni di minor intensità, come se l'organismo si rafforzasse. Tuttavia, il fenomeno, in alcuni casi, persiste lo stesso con eguale intensità.



DIAGNOSI

La diagnosi è abbastanza facile e lo specialista deve controllare la comparsa della manifestazione cutanea pruriginosa e che compare sulle zone esposte al sole dopo poche ore. È inoltre caratteristica la comparsa dei sintomi all'inizio della primavera (se non è parsimoniosa di sole come quella di quest'anno). Nei casi dubbi, si può addirittura effettuare una biopsia cutanea, con esame istologico al fine di escludere una cheratosi attinica o un iniziale carcinoma cutaneo. Si possono anche effettuare esami del sangue per escludere il lupus eritematoso sistemico o discoide. Infine, si può eseguire un Esame fotobiologico (test di fotosensibilità), in cui una piccola zona di pelle è esposta a una quantità controllata di luce ultravioletta per verificarne la reazione.

La prognosi di questa forma di allergia al sole è ottima, in quanto raramente è causa di complicazioni; nella maggior parte dei pazienti colpiti si osserva una progressiva riduzione del problema negli anni, in altre parole aumenta la tolleranza all'esposizione al sole. Nei soggetti più sensibili la condizione potrebbe tuttavia persistere anche in inverno; in questi casi non sussistono in ogni caso pericoli, ma il paziente dovrà imparare a convivere con il disturbo e i rimedi che vedremo in seguito.

PREVENZIONE

I consigli preventivi sono i seguenti: abituarsi gradualmente all'esposizione del sole nei primi giorni di sole primaverili; non esporsi al sole nelle ore più calde, coprirsi sempre soprattutto nelle zone più delicate; fare attenzione ai farmaci e ai cosmetici usati, comprese le creme protettive, in quanto possono essere causa di reazioni da fotosensibilità.

TERAPIA

Non esiste ancora una terapia che risolva del tutto questo problema. Di solito la reazione cutanea si risolve spontaneamente dopo tre giorni e con la stagione tenderebbe a estinguersi. Nei casi più fastidiosi e più persistenti si possono utilizzare gli antistaminici ai dosaggi consueti come nelle orticarie croniche spontanee, oltre ai soliti impacchi e docce fredde sulla pelle, che il paziente già avrà utilizzato di sua iniziativa. Vanno evitati i bagni o le docce calde che potrebbero esasperare il problema. Nei casi più severi anche i farmaci cortisonici per via orale possono essere molto utili. La vitamina D può essere un utile complemento, soprattutto se i suoi livelli ematici sono bassi.

Nei casi più gravi e persistenti lo specialista può suggerire una sorta di trattamento desensibilizzante. In prima battuta in maniera empirica, consigliando di esporsi al sole in maniera intermittente. Nei casi più impegnativi si può ricorrere alla fototerapia, che consiste in un'esposizione controllata e periodica a dosi crescenti di raggi ultravioletti, in particolare UV-B a banda stretta. Questa procedura si svolge di solito in ospedale o in centri attrezzati e si effettua con 3-5 sedute alla settimana per un mese o un mese e mezzo nel periodo primaverile. Non sempre i risultati sono brillanti.



BIBLIOGRAFIA

Induction of Light Tolerance Using Narrowband UV-B in Solar Urticaria.
Chicharro P¹, Rodríguez-Jiménez P², Capusan TM², Herrero-Moyano M², de Argila D². *Actas Dermosifiliogr.* 2018 Dec;109(10):888-892.

Exposure to Solar UVR Suppresses Cell-Mediated Immunization Responses in Humans: The Australian Ultraviolet Radiation and Immunity Study.
Swaminathan A, Harrison SL, Ketheesan N, van den Boogaard CHA, Dear K, Allen M, Hart PH, Cook M, Lucas RM. *J Invest Dermatol.* 2019 Jan 23

Ultraviolet A phototherapy in the prophylaxis of solar urticaria. *J Am Acad Dermatol.* Bernhard JD, Jaenicke K, Momtaz-T K, Parrish JA 1984 Jan;10(1):29-33.

Induction of tolerance in solar urticaria by ultraviolet A 'rush hardening': is this true desensitization? Dawe RS¹. *Br J Dermatol.* 2012 Jul;167(1):4-5.

Solar urticaria: long-term rush hardening by inhibition spectrum narrow-band UVB 311 nm. Wolf R¹, Herzinger T, Grahovac M, Prinz JC. *Clin Exp Dermatol.* 2013 Jun;38(4):446-7.

Successful treatment with UVA rush hardening in a case of solar urticaria. Mori N¹, Makino T¹, Matsui K¹, Takegami Y¹, Murayama S¹, Shimizu T¹. *Eur J Dermatol.* 2014 Jan-Feb;24(1):117-9.

