

CASOS CLÍNICOS

Erupción del bañista

Resumen.— La erupción del bañista es una dermatitis aguda y pruriginosa supuestamente producida por larvas de celentéreos que debe sospecharse ante un exantema urticariforme o papuloso en pacientes que en las horas previas se han bañado en aguas marinas de climas cálidos. Típicamente, las lesiones afectan a las áreas cubiertas por el bañador y son autolimitadas.

Describimos el caso de una mujer de 30 años a la que le habían aparecido lesiones papulosas y pruriginosas en el tronco mientras pasaba sus vacaciones en Cancún (México).

Propia de las playas del Caribe, cada vez vemos más casos importados de esta afección debido al incremento de viajes turísticos a esa área geográfica.

Palabras clave: Erupción del bañista. Dermatitis acuáticas. Dermatitis marina. Celentéreos. Prurito del nadador.

JOSÉ GREGORIO ÁLVAREZ FERNÁNDEZ
RICARDO RUIZ RODRÍGUEZ
PALOMA CORNEJO NAVARRO
AGUSTÍN ACEVEDO BARBARÁ*
MARIANO ZOMEÑO GÓMEZ*
Unidades de Dermatología y Anatomía
Patológica*. Clínica Ruber. Madrid.

Correspondencia:

JOSÉ GREGORIO ÁLVAREZ FERNÁNDEZ.
Unidad de Dermatología. Clínica Ruber. Mal-
donado, 50. 28006 Madrid.

Aceptado el 17 de mayo de 1999.

INTRODUCCIÓN

La erupción del bañista es una dermatitis aguda y pruriginosa descrita en pacientes que horas antes de su aparición se han bañado en agua marina de climas cálidos. Es propia del área geográfica del Caribe, pero el aumento de viajes a esa zona del mundo, por motivos turísticos fundamentalmente, nos da la posibilidad de ver un número creciente de casos en nuestras consultas.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de un exantema urticariforme o papuloso, muy pruriginoso, en las zonas cubiertas por el bañador. De tratamiento sintomático y a menudo ineficaz, las lesiones se resuelven de forma espontánea en el plazo de 1 ó 2 semanas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 30 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a consulta por unas lesiones de 6 días de evolución que le habían aparecido en Cancún (México) mientras pasaba su luna de miel. Dos días antes de regresar a España había notado la aparición en ambas mamas de unas lesiones similares a habones, muy pruriginosas. En las horas siguientes las lesiones se habían transformado en pequeñas pápulas

y se habían extendido hasta afectar costados y abdomen, zonas todas ellas cubiertas por el traje de baño de una pieza que la paciente había usado en sus vacaciones. La paciente no había presentado fiebre ni otra sintomatología sistémica.

En la exploración se observaba una erupción consistente en lesiones papulosas, eritematosas, de 1-2 mm de diámetro, agrupadas pero no confluentes, localizadas en mamas, costados, abdomen y nalgas; alguna de las lesiones parecía iniciar vesiculación (Figs. 1 y 2).

El estudio histológico reveló edema dérmico superficial, tumefacción endotelial e infiltrados mononucleares superficiales, de predominio perivascular, con eosinófilos en cantidad moderada. No se apreciaban alteraciones epidérmicas significativas. No se observaron gérmenes PAS+.

La paciente fue tratada con un ciclo corto de corticoides (30 mg/día de prednisona v.o.) y clobetasol tópico (Clovate®), resolviéndose las lesiones en 5 días.

DISCUSIÓN

La erupción del bañista fue descrita inicialmente por Sams en 1949 en pacientes que presentaban «ha-



FIG. 1.—Presentación típica de lesiones en mama y pared torácica en zonas cubiertas por el bañador.

bones eritematosos, que aparecen a las pocas horas después de la exposición, persisten varios días e involucionan espontáneamente». En todos los casos el autor observó el antecedente de la exposición al agua en las playas de la costa sureste de Florida. Las lesiones aparecían de forma preferente en áreas cutáneas cubiertas por el bañador (1).

La mayoría de los casos descritos proceden del área geográfica del Caribe, bien en individuos residentes en la zona, bien en individuos que viajan al Caribe, principalmente por motivos turísticos (2, 3). También han sido publicados brotes en la costa de Nueva York (4).

La erupción del bañista es una dermatosis aguda e intensamente pruriginosa que aparece típicamente



FIG. 2.—Lesiones papulovesiculosas en mama.

en la superficie cutánea cubierta por el bañador, horas después de bañarse en agua marina en zonas de clima cálido. Clínicamente, las lesiones cutáneas son urticariformes o maculopapulosas. En las horas posteriores pueden progresar a pápulas, vesículas, incluso llegar a formar pústulas. Las lesiones no son confluentes, pero pueden aparecer agrupadas en número variable. Afectan tanto a zonas foliculares como a no foliculares.

Las lesiones aparecen generalmente entre 4 y 48 horas tras el contacto con el agua marina, persistiendo, de forma variable, hasta 2-14 días después de su aparición (media de 12,5 días). Ocasionalmente, el paciente presenta clínica sistémica del tipo de fiebre, cefalea, náusea, vómito, diarrea o malestar general, más frecuente en niños que en adultos (5).

La etiología es incierta. Todos los trabajos apuntan al papel etiopatogénico de las larvas (de pocos milímetros de tamaño) pertenecientes a la especie denominada celentéreos (que incluye medusas, corales, anémonas e hidras) (4-6). Las larvas, tras darse atrapadas en el tejido del traje de baño, producen picaduras mediante unas estructuras tubuliformes que recubren su superficie, denominadas nematocistos, por las que inyectan un veneno, compuesto por enzimas y péptidos, tóxicos y antigénicos para el hombre, responsables de la aparición de las lesiones (7).

Mediante ELISA se demostró en suero de varios pacientes la presencia de IgG específica frente a antígenos de la medusa *Linuche unguiculata* (5). La presencia de estas inmunoglobulinas específicas, junto a la recurrencia de brotes cada vez más intensos en un mismo paciente, apoya la teoría de un fenómeno de hipersensibilidad alérgica al veneno tóxico de la larva (5-9).

Con estos estudios inmunológicos y con el estudio de las aguas en áreas de brote se han podido identificar alguna de estas especies. Así, en 1992 se comunicó un brote epidémico en el Caribe que se atribuyó a *Linuche unguiculata* (5). En años previos se habían comunicado varios brotes en la costa atlántica (área de Nueva York) atribuidos a *Edwardsiella lineata* (4). Parece existir un pico de incidencia en los meses de primavera, todo ello condicionado por la temperatura del agua y por las corrientes marinas.

La localización típica de las lesiones sugiere que el traje de baño perpetúa el contacto entre el agente etiopatogénico y la piel, sirviendo de estímulo mecánico. Por ello, los autores recomiendan como medidas preventivas una ducha enérgica en agua dulce y sin bañador tras el baño en agua salada, así como el lavado y centrifugado de la ropa de baño.

En un estudio sobre 70 pacientes las zonas más frecuentemente afectas son, por este orden, en mu-

TABLA I: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ERUPCIÓN DEL BAÑISTA Y DERMATITIS POR CERCARIAS

	Erupción del bañista	Dermatitis por cercarias (prurito del nadador)
Tipo de agua	Salada (océano)	Dulce
Área geográfica	Caribe	Mundial
Piel afectada	Cubierta	Expuesta
Etiología	Larvas de celentéreos (medusas)	Cercarias de esquistosomas
Lesión	Placas urticariformes Papulovesículas y papulopústulas	Pápulas y papulovesículas

jeros, las mamas (94,1%), pared abdominal (64,7%) y nalgas (55,9%); en hombres, las ingles (75%), nalgas (50%) y axilas (44,4%) (5). Las lesiones pueden aparecer en zonas no cubiertas, siendo la localización más frecuente los pliegues, y entre ellos, las axilas.

El estudio histológico es inespecífico, y en muchos casos similar a la picadura de un artrópodo: infiltrado inflamatorio, superficial y profundo, perivascular e intersticial, compuesto por linfocitos, eosinófilos y neutrófilos; normalmente no presentan relación con el folículo ni alteraciones epidérmicas significativas (5). Sin embargo, algunos autores han descrito la presencia de foliculitis, vacuolización epidérmica y vasos de dermis papilar dilatados (1).

El diagnóstico diferencial principal hay que establecerlo con el prurito del nadador (que aparece en piel no cubierta y en agua dulce) (tabla I), así como con el resto de dermatosis marinas: picaduras por medusas (en la que no aparecen pústulas); dermatitis de contacto por algas (con afectación predominante de zonas expuestas), o por celentéreos y crustáceos (donde las lesiones suelen consistir únicamente en placas urticarianas), y dermatitis por cercarias o dermatitis por crustáceos de arena (donde no existe necesariamente el baño, sino sólo contacto con la arena) (10). Incluso pueden plantearse dudas diagnósticas con picaduras de insectos, varicela, sífilis o urticaria (8).

En la bibliografía española únicamente hemos recogido tres casos descritos por Casals y cols. en tres turistas procedentes de Cancún (México) (2).

El tratamiento es sintomático y a menudo ineficaz. La aplicación tópica de corticoides de baja potencia o tiabendazol, o los antihistamínicos orales no son eficaces. Sin embargo, tiabendazol v.o. 1,5 g dos veces al día

durante 2 días resolvió el cuadro en dos pacientes (10). El tratamiento con un ciclo de corticoides orales o corticoides de alta potencia tópicos sigue siendo el más efectivo (5, 6, 8). Muchos pacientes refieren mejoría tras tratamientos «anecdóticos» como vinagre, alcohol, aceite de oliva, azúcar, orina o bicarbonato sódico (11).

Nuestra paciente experimentó una rápida mejoría con un corto ciclo de prednisona oral y clobetasol tópico, resolviéndose el cuadro.

En resumen, destacamos el interés de conocer esta dermatitis importada, por la posibilidad de que se observe un aumento de casos, dado el elevado número de personas, que por turismo u otras causas viajan al área geográfica del Caribe.

Abstract.—Seabather's eruption is an acute and pruritic dermatitis presumably due to coelenterate larvae that should be suspected when there is a history of an urticariform or papular rash that occurs several hours after bathing in the seawater. Typically the eruption involves the areas covered by the bathing suit, and usually resolves spontaneously.

We report the case of a 30-year-old woman with puriginous and papular lesions on the trunk that appeared while she spent her holidays in Cancún (México).

Although this condition appears in the Caribbean beaches, we can also see some imported cases due to increasing tourism in this geographic area.

Álvarez Fernández JG, Ruiz Rodríguez R, Cornejo Navarro P, Acevedo Barbará A, Zomeño Gómez M. Seabather's eruption. Actas Dermosifiliograf 1999;90:451-454.

Key words: Seabather's eruption. Aquatic dermatosis. Marine dermatitis. Coelenterates. Swimmer's itch.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sams WM. Seabather's eruption. Arch Dermatol 1949;60:227-37.
2. Casals M, Aspiolea F, G.^a Muret P, Camps A. Erupción del bañista de mar. Piel 1996;11:121-3.
3. Frankel EH. Seabather's eruption develops following Mexican vacation. Clin Cases Dermatol 1992;4:6-8.
4. Freudenthal AR, Joseph PR. Seabather's eruption. N Engl J Med 1993;329:542-4.
5. Wong DE, Meinking TL, Rosen LB, y cols. Seabather's eruption. Clinical, histologic, and immunologic features. J Am Acad Dermatol 1994;30:399-406.
6. MacSween RM, Williams HC. Seabather's eruption—a case of Caribbean itch. BMJ 1996;312:957-8.

7. Fisher AA. Toxic and allergic cutaneous reactions to jellyfish with special reference to delayed reactions. *Cutis* 1987;40:303-5.
8. Tomchik RS, Russell MT, Szmant AM, Black NA. Clinical perspectives on seabather's eruption, also known as sea lice. *JAMA* 1993;269:1669-72.
9. Burnett JW, Kumar S, Malecki JM, Szmant AM. The antibody response in seabather's eruption. *Toxicon* 1995;33:99-101.
10. Burnett JW. Seabather's eruption. *Cutis* 1992;50:98.
11. Auerbach PS. Marine envenomations. *N Engl J Med* 1991;325:486-93.