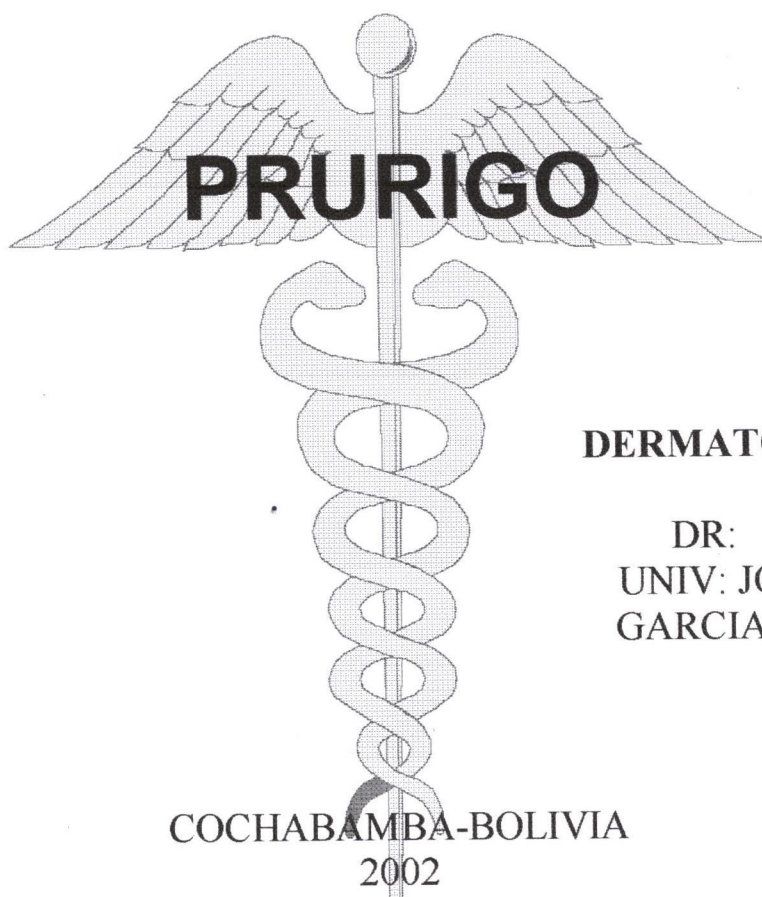


✓
X ✓
G 216P
2002

Universidad Mayor de San Simón
Facultad de Medicina
Quinto Año



DERMATOLOGIA

DR: JORDAN
UNIV: JOSE LUIS
GARCIA FLORES

COCHABAMBA-BOLIVIA
2002

#18

13 h

PRURIGO



DEFINICIÓN:

Palabra deriva del latín que implica rasquiña o comezón.

Bajo esta denominación se agrupan varias enfermedades cutáneas caracterizadas por prurito pertinaz y aparición de pápulas y micro vesículas. Algunas se desarrollan en la infancia, pudiendo persistir en la edad adulta. Otras se presentan tardíamente y pueden o no tomar una evolución crónica.

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS:

Existe controversia sobre la causa del prurigo. Esta situación se hace cada vez mas notoria a medida que las diferentes entidades consideradas como prurigo se reclasifican y pasan a formar parte de otro grupo de dermatosis. Así, por ejemplo, el prurito de besnier se considera hoy como una forma clínica de la dermatitis atópica. Existen diversos factores que tienen implicación en la patogénesis de algunos prurigos:

1. En el prurigo simple (urticaria papulosa o estrófulo) se considera que las picaduras por insectos y la hipersensibilidad del paciente (por sus antecedentes de atopia) tienen un valor de primera línea.
2. La infestación por parásitos intestinales.
3. La presencia de focos crónicos de infección (amigdalinos, dentales, bronquiales, urinarios, etc.) han sido reiteradamente incriminados en el desarrollo de algunas formas de prurigo.
4. La desnutrición.
5. La mala higiene y condiciones ambientales desfavorables, parecen contribuir a la cronicidad de esta dermatosis.

RASGOS DIAGNÓSTICOS

Historia

- **Antecedentes de picadura de insectos**
- **parasitismo intestinal**
- **desnutrición**
- **focos crónicos de infección**
- **mala higiene**
- **trastornos emocionales.**
- **Prurito intenso**

Lesiones

- **Pápulas**
- **micro vesículas**
- **excoriaciones**
- **nódulos**
- **Localización múltiple**
- **Con frecuencia prevalece en las extremidades.**

CUADRO CLINICO:

Consideraremos varias formas de prurigo;

Prurigo simple

- a) **De la infancia** (estrofulodermia, urticaria papulosa). Es el tipo más común de prurigo. Se inicia en la infancia y suele persistir hasta los dos a cuatro años de edad. Las lesiones consisten en pápulas eritematosas de pocos milímetros de diámetro que persisten por varias semanas y aun meses.

A medida que pasa el tiempo, estos elementos se acompañan de costras, excoriaciones y liquenificación, dando lugar a una erupción más persistente. Usualmente puede identificarse una pequeña micro vesícula en la cúpula de la pápula. Se localizan en las superficies extensoras de las extremidades y regiones glúteas o abdomen. Con relativa frecuencia se infectan secundariamente por el rascado crónico. La historia de atopía coexiste habitualmente con esta dermatosis. No es raro observar la mejoría de los pacientes con el cambio de ambiente.

Algunos autores catalogan este cuadro como una forma diferente de la urticaria papulosa, pero también la consideran como una fase precursora de esta última.

- b) **Del adulto**. Corresponde a una forma de prurigo similar al anterior pero de aparición tardía, de la segunda a cuarta década de la vida. Las pápulas son firmes y se acompañan de costras y excoriaciones. La liquenificación es frecuente.

Pueden comprometer múltiples áreas, pero también tienen predilección por las extremidades y el abdomen. La evolución por lo general crónica y como agentes desencadenantes se han implicado las picaduras de insectos. El parasitismo intestinal, los focos infecciosos, los problemas emocionales y también el agravamiento por la automedicación e irritantes primarios, la desnutrición y mala higiene, son factores que pueden tener un papel predominante en el desarrollo del cuadro clínico.

La evolución es aguda con una involución en pocas semanas o meses, pero en ocasiones se torna crónico y de difícil manejo.

Prurigo del embarazo de Besnier

Descrito en 1904 por Besnier, pudiera ser una variante de las placas y pápulas urticariformes del embarazo (PPUP) o una forma nodular de la neurodermatitis. Su nombre refleja semejanza con otras dermatosis, en especial la dermatitis atópica.

Es una dermatosis pruriginosa que puede aparecer en cualquier momento entre el cuarto y noveno mes de gestación, con incidencia máxima registrada en las semanas 20-34, es relativamente frecuente (0.5-2%).

Clinicamente, esta patología está constituida por pápulas agrupadas en placas muy pruriginosas, la mayoría escoriadas y con costras hemáticas, que aparecen en las áreas de extensión de los miembros, distribuidas de forma distal con posterior diseminación a abdomen, pecho y espalda. La erupción tiende a desaparecer luego del parto, aunque puede persistir una hiperpigmentación pos-inflamatoria durante un período variable. Es infrecuente que recurra en embarazos posteriores.

Desde el punto de vista etiológico y de su patogénesis, existe poca información; sin embargo, la predisposición de sujetos atópicos a desarrollar prurito como consecuencia de rascado es bien conocida. Alrededor del 18% de embarazos se complican con prurito y dado que un porcentaje alto de la población es atópica, se considera un fenómeno independiente pero que coincidiría aproximadamente en el 2% de embarazos. Por consiguiente, es necesario investigar si el prurito del embarazo es el resultado de un pruritus gravidarum en una mujer con diátesis atópica.

Además de los criterios clínicos, existen exámenes de laboratorio que pueden complementar el diagnóstico:

Histopatología: es inespecífica, se observa infiltrado peri vascular superficial de linfocitos, espongiosis, paraqueratosis.

➤ **Inmunofluorescencia:** negativa.

➤ **Laboratorio:** química sanguínea normal.

No se ha informado de complicaciones materno-fetales.

Para su tratamiento tenemos antihistamínicos orales., antipruriginosos tópicos (calamina, alcanfor, mentol) y corticoides tópicos; los corticoides sistémicos se utilizan en casos severos.

- **Prurigo del embarazo:** Erupción de **pápulas pruriginosas en la superficie extensora de las extremidades, dorso de manos y pies.** Se inicia al comienzo del tercer trimestre y desaparece a los tres meses post parto. No tiene riesgo materno fetal y el tto es ídem

Prurigo de Hebra

similar en sus manifestaciones clínicas a los anteriores, pero cursa en brotes y su intensidad es marcada dando lugar a lesiones más excoriadas y extensas. Se inicia la mayor parte de las veces en la edad adulta, aunque también puede presentarse en la niñez. El prurito suele ser intenso. Se asocia con marcada descamación, excoriaciones y grandes adenopatías regionales. Los pacientes afectados tienen tendencia a la irritabilidad, la desnutrición y mal estado general. Esta dermatosis es bastante rara.

Prurigo Nodular (Hyde)

Aunque se considera una variante del liquen crónico, o neurodermatitis localizada, se discute dentro de este capítulo por su relativa semejanza clínica con los prurigos.

Inicialmente se presenta como pápula o nódulos verrugosos, firmes, de 0,5-2 cm de diámetro con centro umbilicado y costra queratósica.

Las lesiones tienen aspecto liquenificado y habitualmente son hiperpigmentadas. En algunos cortes histológicos se visualiza una hiperplasia de las fibras nerviosas y de las células de Schwann. Aunque existe controversia sobre su etiología, es innegable la influencia de los trastornos emocionales en la patogénesis de este cuadro.

El **prurigo nodular** (prurigo nodularis o prurigo de Hyde) fue descrito por primera vez en 1909 por Hyde y Montgomery. Es una enfermedad cutánea poco común, que resulta bastante inhabilitante para quienes la sufren, en especial para quienes la adquieren en la tercera década de sus vidas, en plena época de rendimiento profesional. Las personas que la adquieren siendo niños (que son pocas) aprenden de algún modo un cierto autocontrol, y no les resulta tan inhabilitante.

El problema de esta enfermedad, y que la diferencia de otras lesiones cutáneas como podrían ser las psoriasis, es la intensísima sensación de picor que se siente en la piel de forma más o menos continua y por zonas, y que sólo llega a calmarse cuando es sustituida por otras señales táctiles más "fuertes", como el dolor. De ahí el hábito reflejo del rascado intenso que las personas que la sufren suelen adquirir. En ocasiones, sólo la sensación de apertura y sangrado de la lesión puede hacer parar la conducta de rascado.

Las personas que han aprendido a autocontrolar de forma consciente la conducta de rascado, suelen tener problemas para evitarla mientras duermen.

A su vez, el rascado es como "ejercicio físico" para las terminales nerviosas de la piel, que se fortalecen y cada vez envían más señales, produciendo mayor sensación de picor.

El prurigo nodular:

- No es contagioso
- No tiene aún un tratamiento definitivo
- Es poco común y, por tanto, desconocido para el "gran público"... y para algunos médicos.

Clínica y lesiones



Lesiones en superficies extensoras

Manifestaciones físicas

- Pacientes mayoritariamente de mediana edad o ancianos
- Nódulos (o pápulas) de unos 3-20 mm, discretos, escalados, generalmente simétricos, hiperpigmentados o purpúreos, y firmes.
- Los nódulos o pápulas aparecen en las superficies extensoras de brazos, piernas, y a veces el tronco.
- Las lesiones pueden mostrar signos de excoriación, ser planas, o tener forma de "ombligo", o ser costrosas.
- El número de las lesiones varía de 1-2 a cientos de ellas.
- El patrón de los nódulos puede ser folicular.
- Al entrar en la consulta, y mientras los pacientes describen la localización de las lesiones, pueden actuar rascándolas o frotándolas, en lugar de señalarlas.
- Muchos pacientes se muestran muy ansiosos, preocupados o incluso obsesionados por los nódulos.

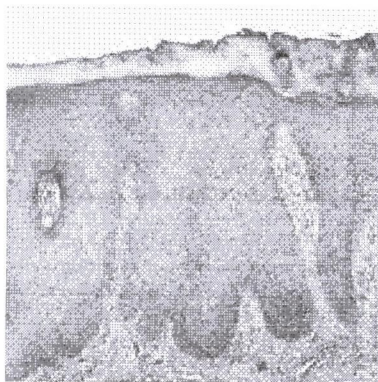
Historia clínica

- Los pacientes con prurigo nodular invariablemente se quejan de un largo historial de prurito severo y no remitente.
- Habitualmente pueden señalar sitios concretos en que empezaron a sentir picor y en los que poco tiempo después se formaron nódulos de color oscuro.

- Los nódulos maduros raramente aumentan o disminuyen de tamaño. La resolución espontánea de los mismos es incluso aún más rara.
- El prurigo nodular normalmente es bilateral-simétrico, con nódulos que son o bien estables o bien crecientes en número.
- El historial clínico podría tener importancia si refleja alguna de estas enfermedades:
 - Disfunción hepática o renal
 - Daños o traumas locales en la piel
 - Infecciones
 - Inmunodeficiencias o VIH
 - Ansiedad u otros diagnósticos psiquiátricos
- Sin embargo, los pacientes pueden no tener una historia "significativa" en el campo médico o psiquiátrico.
- El historial a menudo revela una larga lista de medicamentos tópicos y orales que fueron prescritos pero que habitualmente no produjeron apenas alivio de los síntomas.

Morfología de las lesiones

- Células cebadas y neutrófilos suelen estar en niveles mayores de los normales en el prurigo nodular, pero los productos de su degranulación no están incrementados. No se ven eosinófilos en grandes cantidades, pero los productos proteicos de sus gránulos (proteína básica mayor, proteína catiónica eosinófila y neurotoxina derivada de eosinófilos) se encuentran a niveles significativamente mayores.
- Los nervios papilares de la dermis, y las células de Merkel, son nervios sensitivos que se encuentran en la dermis y en la epidermis respectivamente. Ambos tipos se encuentran aumentados en número en el prurigo nodular. Son receptores neuronales que detectan el tacto, la temperatura, el dolor y el picor. El aumento de estos nervios sensitivos no se ve en otras lesiones como el liquen simple crónico.



- La histología del prurigo nodular muestra una epidermis hiperqueratósica con acantosis y paraqueratosis. Las crestas papilares están elongadas y son irregulares, con un infiltrado compuesto por neutrófilos, eosinófilos, histiocitos y monocitos. También son notables en la dermis las fibras nerviosas engrosadas, y cierta fibrosis con haces de colágeno engrosados.
- Las fibras nerviosas engrosadas se ven dilatadas bajo microscopía electrónica. Las