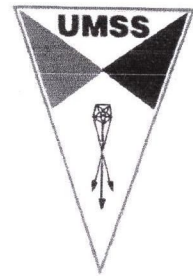


UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
CURSO QUINTO AÑO



DERMATOLOGIA

PRURIGO

DOCENTE : Dr. Ramiro Jordán
MATERIA : DERMATOLOGIA
ALUMNO : Henry Fernando Espinoza
FECHA : Cbba./27/VIII/2002

Cochabamba – Bolivia

#17

PRURIGO

Definición.

- Se agrupan a varias enfermedades cutáneas.
- Algunas se desarrollan en infancia.
- Otras se presentan tardíamente.

Etiología y patogenesis.

- Existen factores que tienen implicación en la patogénesis de algunos prurigos.
 1. En el prurigo simple (urticaria papulosa o escrófulo).
 2. Infestación por parásitos intestinales.
 3. Presencia de focos crónicos de infección.
 4. La desnutrición.
 5. La mala higiene.

Formas de prurigo.

1. Prurigo simple.

- a. De la infancia.
 - Es el tipo más común de prurigo.
 - Son papulas eritomasas de pocos milímetros de diámetro.
 - Se acompañan de costras excoriaciones y liquenificación.
 - Se localizan en extremidades, glúteos y abdomen.
- b. Del adulto.
 - Papulas firmes se acompañan de costras y excoriaciones la liquenificación es un hallazgo frecuente.
 - Evolución crónica y desencadenada por la picadura de insectos.
 - Factores de desarrollo (desnutrición, infestación por parásitos).

Prurigo de hebra.

- De intensidad marcada.
- Inicio en la edad adulta.
- Prurito intenso marcado, descamación, excoriaciones y grandes adenopatias regionales de presentación rara.

Prurigo Nodular (Hyde).

- Variante de Liquen simple crónico o neurodermatitis localizada.
- Son papulas o nódulos verrugosos firmes de 0.5 – 2 cm. de diámetro de aspecto liquenificado y son hiperpigmentados.
- A la histología hiperplasia de las fibras nerviosas, aumento de células de Merkel.

Prurigo Melanotico.

- Son papulas pequeñas asociadas a excoiraciones local, espalda, pecho y desarrolla pigmentación oscura en zonas afectadas, es un prurito moderado y constante, común en mujeres adultas.

Prurigo Actínico o Solar.

- Inicio en la infancia, las lesiones se desarrollan en áreas expuestas y consisten en papulas, nódulos, descamación, pigmentación residual.
- De evolución crónica persiste en el adulto.

Tratamiento.

- Grupos de fármacos usados hoy día.

Antipruríticos.

Como la pramoxina. Son fármacos que controlan el picor, el bloquear la transmisión nerviosa por inhibir la despolarización de las terminales sensitivas. Su principal inconveniente es que no puede entrar en contacto con heridas abiertas.

O como la capsaicina. Depleta de sustancia P de las terminales nerviosas sensitivas. Tampoco puede entrar en contacto con la piel "rota", y sólo puede aplicarse un máximo de 4 veces al día.

Análogos de la Vitamina D.

Como el calcipotrieno. Regula la producción de células cutáneas y su desarrollo. Psoralenos (solo para pacientes con prurito severo).

Como el 5-MOP o el trioxsaleno. Son inhibidores de la mitosis, que funcionan uniéndose al ADN cuando son activados por rayos UVA, por eso se suelen combinar estos fármacos con sesiones diarias de rayos UVA. Desaconsejados por sus serios riesgos de envejecimiento cutáneo o inducción de melanomas a largo plazo.

Antihistamínicos.

Podrían eliminar el picor al inhibir la liberación de histamina endógena. Se utilizan para controlar el picor, sobre todo el nocturno. Ejemplo son la **diphenhidramina** (tratamiento sintomático), la **clorpheniramina**, o la **hidroxizina** ("Atarax"). Estos dos actúan sobre receptores H1. La hidroxizina puede tener efectos sobre las regiones subcorticales del SNC, por lo que también es usada como ansiolítico.

Corticoesteroides.

Pueden inyectarse intralesionalmente o tomarse por vía oral. Tienen efecto antiinflamatorio y también modifican la respuesta inmune a ciertos estímulos. Ejemplos

son **triamcinolona, clobetasol, flurandrenolida...** Esta última se presenta en forma de cinta adhesiva que se debe adherir a los nódulos ejerciendo también un efecto protector contra el rascado.

Tratamientos antibióticos coadyuvantes si las lesiones están infectadas.

Tratamientos no farmacológicos.

Rayos UVB o UVA en combinación o no con psoralenos.

Crioterapia con nitrógeno líquido reduce el prurito y aplanan las lesiones.

Asistencia psiquiátrica si no se encuentran anomalías cutáneas o médicas.

Tratamiento Local

Calamina

Oxido de Zinc

Tratamiento Generalizado

Antihistaminicos

Difenhidramina

El frío

Acido Borico

Alcanfor.

Mentas en forma tópica.

Sedantes del SNC

Antihistaminicos de primera generación

Clorfemiramina.

Difenhidramina

Hidroxicina

No Penetran Barrera

Hematoencefálica

Antihistaminicos de segunda generación

Loratadina

Cetirizina

Fexofenafina

Algunos sedantes con efecto hipnótico modifican el nivel de percepción.