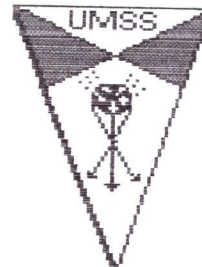


UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DERMATOLOGÍA



PRURIGO

DOCENTE : Dr. Ramiro Jordán
ESTUDIANTE : Elfi B. Arce Gomez
CURSO : 5° Año
FECHA : 17 - IX - 02

Cochabamba - Bolivia

76

PRURIGO

DEFINICIÓN.

Palabra derivada del latín que implica rasquiña o comezón. Bajo esta denominación se agrupan varias enfermedades cutáneas caracterizadas por prurito pertinaz y aparición de pápulas y/o microvesículas. 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 PATOGENESIS.

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 inclinados 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 estas dermatosis.

CUADRO CLÍNICO.

Consideraremos varias formas de prurigo; algunas de ellas son clasificadas de diversa manera por diferentes autores, pero hemos tratado de acogernos a las denominaciones y sinonimias más comunes.

1.- 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 doce o cuatro años de edad. Las lesiones consisten en pápulas eritematosas de pocos milímetros de diámetro, que persisten por varias semanas y a veces varios meses.

A medida que pasa el tiempo, estos elementos se acompañan de costras, excoriaciones y liquenificación, dando lugar a un erupción más persistente. Usualmente puede identificarse una pequeña microvesícula en la cúpula de las pápulas. Se localizan en las superficies extensoras de las extremidades y regiones glúteas o abdomen. Con relativa frecuencia se infectan secundariamente por el raspado crónico.

La historia de atopia 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 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, entre la segunda y cuarta décadas de la vida. Las pápulas son firmes y se acompañan de costras y excoriaciones. La liquenificación es un hallazgo frecuente.

Pueden comprometer múltiples áreas, pero también tienen predilección por las extremidades y el abdomen. La evolución es 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 crónica y del difícil manejo.

2.- 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. Mediante técnicas de inmunodifusión se han encontrado anticuerpos humorales a extractos de pulga. Esta dermatosis en la actualidad es bastante rara.

3.- Prurigo nodular (Hyde).

Aunque se considera como una variante del liquen simple crónico, o neurodermatitis localizada, se discute dentro de este capítulo por su relativa semejanza clínica con los prurigos. Inicialmente se presenta como pápulas 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 cortes histológicos se han visualizado hiperplasia de las fibras nerviosas y de las células de Schwann; también se ha encontrado un aumento significativo de fibras nerviosas evidenciadas mediante la proteína S-100 de la misma manera se ha reportado un aumento de las células de Merkel; esto hace sospechar que estos elementos neurales y celulares están involucrados en la patogénesis de esta entidad.

Aunque todavía existe controversia sobre su etiología, es innegable la influencia de los trastornos emocionales en la patogénesis de este cuadro cutáneo.

4.- Prurigo melanótico.

Las lesiones consisten en pápulas pequeñas, asociadas con excoriaciones y localizadas en la espalda, pecho y áreas postero laterales de los brazos. Después de algún tiempo, se desarrolla la característica pigmentación oscura en las zonas afectadas.

El prurito suele ser moderado y constante y es más común en mujeres adultas. Existe otra forma de prurigo asociado con un patrón reticular, que recibe el nombre de prurigo pigmentosa, las lesiones, muchas de ellas papulares, se localizan en el tronco o extremidades.

5.- Prurigo actínico o solar.

Se inicia en la infancia y puede presentarse en varios miembros de una familia. Las lesiones se desarrollan en las áreas expuestas y consisten en brotes polimorfos de pápulas, nódulos, infiltración, descamación y pigmentación residual. Su evolución es crónica y persiste en el adulto. Su evolución es crónica y persiste en el adulto, siempre y cuando continúe la exposición solar; prefiere las razas con mezcla indígena y es más frecuente en las zonas geográficas altas, aunque ha sido descrito a nivel del mar. La histopatología es indistinguible de aquella de la erupción polimorfa solar. Estudios genéticos han demostrado asociación con HLA CW4 en pacientes de extracción indígena en Colombia. Característicamente cede al tratamiento con talidomida.

PATOLOGÍA.

En las lesiones tempranas de las pápulas del prurigo se observan grupos polimorfonucleares en la dermis superior y algunas células mononucleares. Dependiendo del estado clínico de la lesión, podrán además observarse diferentes grados de acantosis, paraqueratosis o hiperqueratosis, alteraciones que se acentúan a medida que las lesiones toman características más crónicas. Dichos cambios no son específicos.

TRATAMIENTO.

Es importante en los pacientes desnutridos mejorar no solamente su estado general sino también insistir en las condiciones de higiene; se debe proscribir todo tipo de automedicación tópica, por las posibilidades de aumentar la irritación primaria y la dermatitis de contacto por sensibilización.

Los corticoesteroides tópicos suelen tener algún valor, en especial en aquellas lesiones eczematizadas. Es recomendable el uso de antihistamínicos sistémicos para disminuir el prurito.

En ocasiones la infiltración intralesional de las pápulas o nódulos con triamcinolona, 2,5 mg/cc, puede ser indispensable. La crioterapia con nitrógeno líquido tiene valor en casos seleccionados.

Los antibióticos solo están indicados en presencia de infección bacteriana. La tolidomida es eficaz en el prurito actínico y también en el prurigo nodular. En la primera de estas dermatosis también son útiles los antioxidantes por vía oral como la vitamina E y la tetraciclina.

No sobra recomendar reiteradamente a estos pacientes que deben interrumpir el ciclo prurito-rascado-prurito como un factor esencial que contribuye a la mejoría de estas dermatosis.