

EL PRURITO

Autores:

Dra. Soledad Saenz Guirado, R4 de Dermatología. HCU de Málaga

Dr. Guillermo Ruiz del Portal Lopez-Bryan. Adjunto del Servicio de Dermatología.

Hospital Clínico Universitario de Málaga

INDICE:

- I. LESIONES CUTÁNEAS SECUNDARIAS
- II. CLASIFICACION DEL PRURITO
- III. PRURITO GENERALIZADO
- IV. PRURITO LOCALIZADO
- V. DERMATOSIS PRURIGINOSAS
- VI. EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON PRURITO
- VII. TRATAMIENTO

El picor o prurito es uno de los síntomas más frecuentes en Dermatología y consiste en una sensación cutánea que cuando es moderada o intensa desencadena una respuesta motora, más o menos enérgica, que es el rascado.

Naturalmente, la severidad del prurito y, por ende, el rascado que induce, depende de los estímulos desencadenantes, del estado de las terminaciones y vías nerviosas donde se captan y por las que se transmiten éstos, y de la capacidad de percepción de los centros talamocorticales correspondientes. Los episodios leves y de corta duración, aun cuando puedan recidivar durante cierto tiempo, apenas causan trastornos. Por el contrario, cuando el picor es intenso, prolongado y/o recurrente origina importantes **lesiones cutáneas secundarias** e incluso es capaz de afectar a la personalidad.

El prurito no debe considerarse como una enfermedad sino como un síntoma, y como tal debe realizarse un diagnóstico etiológico que nos posibilite un enfoque terapéutico adecuado y la detección precoz de procesos de elevada morbimortalidad.

I. LESIONES CUTÁNEAS SECUNDARIAS

Los pacientes con prurito intentan aliviar dicha molestia con el rascado, que a veces puede modificar de forma importante el aspecto original de una dermatosis, o cuando el rascado ha sido de cierta violencia o se ha mantenido durante un espacio de tiempo prolongado, acaban apareciendo una serie de signos que llamamos lesiones secundarias, que a veces son el único hallazgo a la exploración del enfermo. Es importante conocer estas lesiones secundarias y saber diferenciarlas de las lesiones que producen el picor y reconocerlas en las causas sistémicas de prurito, donde no existe dermatosis que lo produzca.

Las lesiones secundarias más importantes son:

Eritema local: enrojecimiento local, más o menos pasajero, como consecuencia de una hiperemia reactiva.

Erosiones: pequeñas pérdidas de sustancia producidas generalmente por la uñas, superficiales que curan sin dejar cicatriz.

Costras: aparecen por desecación de serosidad y sangre sobre las erosiones. Pueden observarse fenómenos de impetiginización secundaria. Esta complicación es frecuente en niños.

Eczematización: frecuentemente por el uso de tratamiento tópicos no adecuados.

Equimosis.

Sección del pelo y foliculitis: como consecuencia del rascado incesante se descubre a veces en áreas pilosas numerosos tallos pilosos fracturados a diversos niveles, y con frecuencia episodios de foliculitis.

Hiperhipopigmentaciones: es una de las alteraciones más tardías en aquellos casos de prurito crónico.

Liquenificación secundaria: consiste en un engrosamiento de la piel a causa del rascado persistente y prolongado en el tiempo, de manera que los pliegues cutáneos se exageran y la piel toma un aspecto reticulado muy característico. Es habitual la presencia de escamas blanquecinas o grisáceas adherentes, excoriaciones múltiples y costras.

Cuando no existe una causa aparente que justifique el picor, la liquenificación se convierte en una lesión primaria, hablando entonces de **liquenificación primaria o liquen simple crónico**. Clínicamente, el liquen simple crónico y la liquenificación secundaria, son dos procesos indistinguibles, salvo por la existencia en ésta de signos de la dermatosis primaria causante.

Alteraciones ungueales: como consecuencia del rascado, aparecen cambios en el borde libre de la lámina ungueal, destacando un aspecto brillante, pulido y biselado de las uñas.

Adenopatías.

II. CLASIFICACIÓN DEL PRURITO.

Existen diferentes clasificaciones del prurito, sin embargo creemos que la clasificación más práctica es aquella que lo diferencia según la localización y la extensión del mismo y según la etiología:

Según la topografía:

Generalizado: afecta a la mayor parte de la superficie cutánea.

Localizado: interesa únicamente ciertas regiones corporales (anal, vulvar, etc).

Según la etiopatogenia:

Primitivo: su génesis obedece a factores internos o sistémicos y/o ignorados.

Secundarios: si se relacionan con una dermatosis concreta.

III. PRURITO GENERALIZADO.

Existen una serie de **patologías sistémicas**, que sin presentar ninguna sintomatología cutánea, se manifiestan con prurito generalizado. La potencial gravedad de estas enfermedades hace necesario un estudio exhaustivo del paciente para descartarlas. En el siguiente cuadro, se relacionan las causas sistémicas más importantes que pueden cursar con prurito:

Tabla 1. Causas sistémicas de prurito generalizado.

Alteraciones metabólicas: Hipertiroidismo. Diabetes mellitus. Síndrome carcinoide.	Enfermedades hematológicas: Policitemia vera. Paraproteinemia. Deficiencia de hierro.
Neoplasias malignas: Linfoma y leucemia. Carcinoma abdominal. Tumores SNC (prurito nasal). Mieloma múltiple. Micosis fungoide.	Enfermedades hepáticas: Obstrucción biliar. Embarazo (colestasis).
Infestaciones: Anquilostomiasis. Oncocerciasis. Ascariasis. Algunas zoonosis.	Estados psicógenos: Estrés emocional. Parasitosis imaginaria. Excoriaciones neuróticas.
Enfermedad renal: - Insuficiencia renal crónica.	Otros: Xerosis. Prurito senil. Mastocitosis.

La posible relación de un prurito de origen desconocido con una enfermedad sistémica no revelada, obliga al médico a la realización de una anamnesis y una exploración muy meticulosas, acompañada de una analítica básica. Se ha de valorar adecuadamente los antecedentes, la forma de presentación del prurito, sus características, los posibles factores desencadenantes y la respuesta a los tratamientos ya instaurados. Es fundamental el descartar la existencia de erupciones o de alteraciones cutáneas que pudieran justificar el picor o que fueran compatibles con alguna dermatosis.

El prurito puede ser la primera manifestación de la **diabetes mellitus**, aunque éste suele ser localizado en la región perineo-glútea. No existe relación entre la intensidad del prurito y la gravedad de la diabetes, aunque se suele aliviar con el control metabólico de la misma. Parece ser que la neuropatía que sufren los pacientes afectados de diabetes también está relacionada con el prurito.

El prurito en pacientes con **hiperfunción tiroidea** afecta de un 4 a un 11% de los mismos, siendo más frecuente en pacientes con enfermedad de Graves o con hipertiroidismo prolongado no tratado. La causa de este prurito parece ser el aumento de la vascularización cutánea y el aumento de temperatura de la piel. El prurito también suele corregirse con el control de la enfermedad. También los casos de **hipotiroidismo** pueden asociarse a prurito generalizado, lo que guarda relación directa con el grado de sequedad cutánea que presentan estos pacientes.

La **enfermedad hepatobiliar** puede presentarse acompañada de prurito cuando existe una obstrucción biliar, que al contrario de lo que se ha pensado durante mucho tiempo, no está relacionado con los niveles séricos de sales biliares. Sin embargo, fármacos que disminuyan los niveles de sales biliares en sangre como la colestiramina, disminuyen la intensidad del prurito. También se han implicado ciertos metabolitos del colesterol, sin llegar a confirmarlos, por lo que la patogenia del prurito en estos cuadros sigue siendo una cuestión desconocida. El prurito es el síntoma principal en la cirrosis biliar primaria, donde además, puede ser el síntoma más precoz.

En los pacientes con **insuficiencia renal y/o hemodiálisis crónica**, el prurito es un síntoma frecuente, que puede aparecer hasta en un 40% de los pacientes. En estos casos, el prurito no está relacionado con los niveles séricos de urea ni de creatinina, ya que en pacientes

con insuficiencia renal aguda, con niveles de urea mucho más altos no existe picor. Parece que la sequedad de la piel y el hiperparatiroidismo, son algunos de los factores responsables. Los antihistamínicos rara vez resuelven el prurito en estos pacientes. El trasplante renal alivia este síntoma.

Entre los **procesos hematológicos o neoplásicos**, la deficiencia crónica de hierro es capaz de desencadenar el prurito, y en la mayoría de los casos, se corrige con la reposición de los niveles del mismo. Es característico, en los pacientes con policitemia vera el desarrollo del picor tras la ducha con agua caliente, aunque no constituye un síntoma específico. En la enfermedad de Hodgkin, hasta un 30% de los pacientes refieren un intenso prurito, que puede ser de aparición precoz, siendo el motivo de consulta, y constituye un signo de mal pronóstico, aumentando a medida que avanza la enfermedad.

En las neoplasias viscerales, el prurito puede ser una manifestación importante aunque infrecuente, de carcinomatosis, y aparecer cuando el tumor primario invade la piel. Se asocia con mayor frecuencia a adenocarcinomas y a carcinomas de células escamosas. En caso de tumores del sistema nervioso central, es característico el prurito nasal.

En cuanto a las **enfermedades neuropsiquiátricas**, cualquier tipo de prurito puede ser intensificado por el estrés emocional, siendo en algunas ocasiones el único síntoma de un estado de tensión. La parasitosis delusoria puede ser una manifestación de psicosis hipocondríaca monosintomática.

Para eliminar el picor generalizado en estas patologías se deben realizar una serie de medidas generales como usar ropa ligera que no de mucho calor, tomar duchas o baños con agua fresca y utilizar lociones refrescantes de calamina, mentol, fenol, etc.

En el prurito producido por colestasis, puede usarse colestiramina o antihistamínicos H₁ no sedantes.

En el prurito que acompaña a las enfermedades renales, es importante una buena hidratación de la piel. Cuando se debe a un hiperparatiroidismo secundario, la hiperparatiroidectomía es muy eficaz. La hemodialisis también puede reducir el picor. La fototerapia con UVB es muy efectiva, tanto para el prurito localizado como para el generalizado. Los antihistamínicos reducen pobremente el prurito en estos pacientes.

En la anamnesis es fundamental descartar la toma de **fármacos** que, por sí solos, pudieran constituir la causa del picor. Los principios activos que más frecuentemente se han relacionado con la producción de picor son los siguientes:

Tabla 2. Fármacos que provocan prurito.

<p>* <u>Opiáceos y derivados</u>:</p> <p>Cocaína.</p> <p>Morfina.</p> <p>Butorfanol.</p> <p>* <u>Por colestasis</u>:</p> <p>Fenotiazinas.</p> <p>Tolbutamida.</p> <p>Eritromicina.</p> <p>Hormonas anabólicas.</p> <p>Estrógenos.</p> <p>Progestágenos.</p> <p>Testosterona.</p> <p>* <u>Aspirina</u>.</p> <p>* <u>Quinidina</u>.</p> <p>* <u>Sensibilidad subclínica a cualquier fármaco</u>.</p>
--

En cuanto a las pruebas analíticas a realizar en un prurito de origen desconocido, persistente y generalizado, deberíamos incluir:

- ❖ Hemograma completo y velocidad de sedimentación glomerular.
- ❖ Pruebas de función hepatobiliar: transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina.
- ❖ Urea, creatinina, ácido úrico y fosfatasa ácida.
- ❖ Glucemia.
- ❖ Hormonas tiroideas.
- ❖ Orina: albúmina, glucosa, sedimento.
- ❖ Heces: sangre y parásitos.
- ❖ Radiografía de tórax.

IV. PRURITO LOCALIZADO.

Ciertas dermatosis pruriginosas tienen predilección por localizarse en regiones anatómicas concretas, que junto a la frecuencia con la que ocurre permite considerarlas como zonas pruriginosas en sí mismas.

Prurito anal.

Aparece frecuentemente en varones blancos de edad media. Puede aparecer sin relación aparente con ninguna patología de la zona, con signos de rascado secundario. En este tipo de prurito hay que descartar la presencia de hemorroides o fisuras anales como causas del mismo; las infecciones bacterianas, ciertas comidas como picantes, y factores psicológicos también pueden influir en la aparición del prurito anal.

Prurito vulvar.

Se delimita a la región vulvar y perineal. Puede acompañar a algunas dermatosis de la zona a patología general.

La escabiosis, pediculosis, micosis y la dermatitis de contacto son causas frecuentes de prurito vulvar. Con menor frecuencia, también pueden producirlo el liquen escleroatrófico, leucoplasia y carcinomas.

El liquen escleroatrófico es una enfermedad muy pruriginosa que puede afectar tanto a la vulva como al pene, que se caracteriza por la formación de lesiones de pequeño tamaño, que van confluyendo hasta formar placas, de coloración blanquecina y atróficas que a menudo presentan una retracción cicatricial. La evolución es crónica o intermitente y puede estacionarse espontáneamente. Si coincide con la existencia de leucoplaquia en la región vulvar o en pene, existe la posibilidad de que se desarrolle un carcinoma escamoso. El tratamiento no es muy eficaz. Se realiza con corticoides tópicos y con preparados de testosterona al 2%, sobre todo en varones ya que en mujeres pueden aparecer signos de virilización.

En otras ocasiones no existe una dermatosis específica que lo produzca, siendo la diabetes una causa frecuente de esta situación.

V. DERMATOSIS PRURIGINOSAS.

Siempre que estemos frente a un paciente con prurito, lo primero que debemos hacer es una buena historia clínica y una buena exploración de la superficie cutánea para descartar una de las múltiples dermatosis pruriginosas que pueden producirlo.

Las diferentes **patologías cutáneas** que pueden producir prurito como síntoma más importante, son las siguientes:

Tabla 3. Etiología del prurito de origen dermatológico:

INFESTACIONES	Pediculosis. Escabiosis. Picaduras de insectos. Infestación por animales de compañía. Parásitos (oxiuros).
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	Penfigoide. Dermatitis herpetiforme. Dermatitis atópica. Psoriasis. Miliaria. Urticaria. Prurito acuagénico. Hipersensibilidad por fármacos. Erupción lumínica polimorfa. Liquen escleroso y atrófico. Liquen plano.
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Dermatofitos. Varicela. SIDA. Candidiasis.
OTROS	Piel seca. Piel senil. Mastocitosis cutánea. Micosis fungoide. Quemadura solar. Dermatitis exfoliativa.

V.1. Pediculosis.

Los piojos son insectos capaces de parasitar al hombre. Existen diferentes tipos de infestaciones por piojos:

Piojo de la cabeza: *Pediculus capitis*.

Piojo del cuerpo (ropa): *Pediculus corporis*.

Piojo del pubis: *Phthirus pubis*.

La *Pediculosis capitis* se caracteriza por prurito intenso en cuero cabelludo, especialmente en región occipital y retroauricular, con frecuentes impetiginizaciones secundarias por rascado. Es frecuente en los niños, y se transmite de persona a persona, siendo más fácil la transmisión en individuos con pelo largo.

Las lesiones consisten en pápulas urticariformes, eritematosas, que son intensamente pruriginosas.

El diagnóstico se realiza a través de la visualización del insecto adulto o de sus liendres.

El tratamiento de la *Pediculosis capitis* puede hacerse bien con lindane al 1% o bien con permetrina al 1% en loción o en champú, repitiendo la aplicación en una semana.

La *Pediculosis corporis* se caracteriza por un prurito intenso y generalizado producido por la presencia del insecto en los pliegues y costuras de la ropa. Puede aparecer eritema, habones o nódulos. La piel pronto queda cubierta de escoriaciones lineales, lo que se conoce como enfermedad del vagabundo.

El diagnóstico se hace con la demostración del insecto en la ropa.

En cuanto al tratamiento, es suficiente con medidas de higiene habituales, tanto personales como personales como con la ropa.

La *Pediculosis pubis* se contrae a través de relaciones sexuales y más raramente a través de la ropa, sábanas o toallas. Puede afectar no sólo al pubis, sino también a axilas, área anogenital, y a áreas muy pilosas del tronco y el abdomen. El prurito es moderado y suele ser más intenso por la noche. No suelen observarse lesiones de rascado, pero pueden apreciarse picaduras del insecto, como máculas azuladas que oscilan entre 3 y 10 mm. La presencia de estas máculas son muy útiles para el diagnóstico, además de la demostración de la presencia del insecto.

El tratamiento de la *Pediculosis pubis* es el mismo que el de la *Pediculosis capitis*.

V.2. Sarna o escabiosis

La sarna humana está producida por el *Sarcoptes scabiei*. Es una enfermedad extremadamente contagiosa, que se transmite por contacto íntimo (sobre todo, con relaciones sexuales) y, menos frecuentemente, a través de vestidos y ropas de cama. Desde un punto de vista clínico, se caracteriza por un prurito generalizado, con predominio nocturno, y que respeta la cara y el cuero cabelludo. Tiene carácter familiar.

A la exploración física, destacan los surcos acarinos, que son finas líneas de trayecto sinuoso o recto, que pueden medir de 5 a 20 mm de longitud, de color gris parduzco, y con una elevación o eminencia acarina en uno de sus extremos. También son características la presencia de vesículas perladas.

Todos estos rasgos deben buscarse en los espacios interdigitales, en la superficie ventral de las muñecas, en la areola mamaria en mujeres, en genitales externos y glúteos en varones, y en la planta de los pies en los niños.

En los lactantes, las lesiones pueden tomar un aspecto nodular.

Además de estas lesiones específicas, es característico la presencia de lesiones de rascado, impetiginización, eczematización, etc.

La sarna noruega es una variante rara de la sarna con lesiones cutáneas muy aparatosas y extensas. Se caracteriza por la presencia de queratosis y costras grisáceas de distribución simétrica, especialmente en las manos, codos, rodillas y tobillos, pudiendo afectar a áreas normalmente indemnes en la sarna clásica como es el cuero cabelludo. Esta forma de sarna afecta sobre todo a pacientes con una inmunodeficiencia importante, como en pacientes con SIDA, leucemias...

Para el diagnóstico es suficiente con una buena historia clínica y con la exploración del paciente, localizando los rasgos específicos de esta patología. Además, como en cualquier parasitosis nos podemos encontrar un aumento de eosinófilos y de IgE.

Y en cuanto al tratamiento, existen diferentes opciones:

Hexaclorogammahexano (lindane) al 1%: deben hacerlo todos los miembros de la familia, aplicándolo desde el cuello hasta los pies antes de acostarse, dejándolo actuar durante toda la noche, seguido de un baño al día siguiente. Hay que repetirlo durante dos noches consecutivas, y repetir pasada una semana si fuera necesario. No es conveniente su uso en niños ni en embarazadas.

Permetrina al 5%: igualmente hay que aplicarla durante tres noches consecutivas, desde el cuello a los pies, y repetir a la semana una noche si no hubieran cedido los síntomas. Dada su

escasa toxicidad, puede emplearse en niños y en embarazadas, teniendo una eficacia igual que el lindane.

El tratamiento con antihistamínicos también es recomendable, mientras los escabicidas hacen su función.

Además del tratamiento farmacológico, son necesarias una serie de medidas de higiene como el lavado de las sábanas y de la ropa.

V.3. Picaduras de insectos.

Las picaduras de los diferentes tipos de insectos dan lugar a distintos tipos de lesiones cutáneas, la mayoría de ellas muy pruriginosas. Estas reacciones locales pueden manifestarse de varias formas:

Roncha urticariada de muy breve duración (3 ó 4 horas).

Pápulas firmes, a veces con un punto hemorrágico central, que persisten pocos días.

Pápulas eritematosas, duras, con una diminuta vesícula en su superficie (prurigo agudo).

Lesiones ampollosas, especialmente en las extremidades inferiores y en niños.

El diagnóstico de picadura de insecto debe considerarse siempre y cuando se observen habones, pápulas o elementos tipo prurigo distribuidos asimétricamente con agrupación característica, en forma de brotes de ritmo estacional o relacionados con actividades o ambientes específicos (contacto con plantas, estancia en el campo...).

El tratamiento consiste en medidas generales de desinsección de habitaciones y animales domésticos, el uso de repelentes de insectos y antihistamínicos orales (nunca tópicos).

V.4. Prurigo.

El prurigo se caracteriza por la presencia de unas lesiones primarias que consisten en unas seropápulas urticariformes, pápulas urticariformes o papulonódulos que llegan a excoriarse con el rascado.

Podemos diferenciar varios tipos de prurigo:

A/. Prurigo agudo de la infancia

Es una reacción recurrente, generalmente debida a insectos, que ocurre de forma especial en los niños. Aparece sobre todo en verano y en otoño. La frecuencia

de la enfermedad es muy alta en regiones rurales, y el predominio estacional se relaciona con los hábitos de picaduras de insectos.

Clínicamente se caracteriza por la aparición, de forma aguda, de una seropápulas pruriginosas en los miembros y en el tronco, con una areola sobreelevada eritematosa. No hay síntomas sistémicos acompañantes. Esta seropápula puede desarrollar una pequeña vesícula central, y a veces pueden aparecer ampollas (prúrigo ampolloso). Generalmente, con el rascado aparecen pápulas excoriadas infiltradas y con costra. A causa de las escoriaciones pueden producirse impetiginización de las lesiones.

El tratamiento se base en antihistamínicos orales y medidas higiénicas junto con la desinfección de la habitación

El tratamiento se basa en antihistamínicos orales y pueden utilizarse repelentes de insectos para evitar nuevas picaduras.

B/ Prúrigo subagudo

Es una dermatosis inflamatoria, con prurito y lesiones cutáneas que se caracterizan por ser pápulas urticariformes similares a picaduras de insectos con una vesícula tensa central, con una disposición simétrica en miembros superiores, espalda y muslos. Igualmente aparecen frecuentemente cubiertas por una costra debido al rascado. Las lesiones residuales son hiperpigmentadas. Tiene una evolución crónica de meses e incluso de años.

El tratamiento consiste en antihistamínicos orales con efectos sedativo. Las pautas cortas de corticoides orales también pueden ser útiles.

En algunos casos de ha relacionado con la toma de anticonceptivos orales, con problemas a nivel hepático, con infestaciones (ascariasis, oxiuriasis), con alteraciones ginecológicas, alteraciones gastrointestinales...La eliminación de la causa cuando se identifique es primordial para la resolución del cuadro.

C/ Prúrigo crónico

Es una enfermedad que aparece en mujeres adultas y que se caracteriza por la presencia de pápulas urticariformes y nódulos con prurito intenso y excoriaciones severas. Las extremidades es lo que aparece afecto más frecuentemente. Aparecen nódulos eritematosos, inflamatorios con queratosis leve; son hiperpigmentados y muestran una erosión central secundaria.

En cuanto al tratamiento, se deben considerar múltiples causas, en especial, las enfermedades hematológicas, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica. La talidomida a dosis de 100-200 mg/día suele ser un tratamiento válido, a demás de un tratamiento tópico con corticoides que pueden aplicarse intralesionalmente en aquellas lesiones de mayor tamaño.

D/ Prúrigo nodular de Hyde

Es una enfermedad muy pruriginosa que se caracteriza por la presencia de nódulos redondeados sin tendencia a la regresión. Se afectan principalmente la superficie de extensión de las extremidades. Son nódulos sólidos, de 0,5 a 3 cm de diámetro. El tratamiento se basa en antihistamínicos con efecto sedativo, y en los casos más resistentes, la talidomida. El tratamiento tópico se realiza con corticoides, que pueden aplicarse intralesionalmente. Los nódulos más molestos pueden extirparse quirúrgicamente.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de los distintos tipos de prúrigo.

<u>Signo/síntoma</u>	<u>P. agudo.</u>	<u>P. subagudo.</u>	<u>P. crónico.</u>	<u>P. de Hyde.</u>
<u>Lesión primaria</u>	Seropápulas	Seropápulas o pápulas urticariformes	Seropápulas urticariformes de mayor tamaño	Nódulos hiperpigmentados
<u>Lesión secundaria</u>	Lesiones variceliformes y pápulas costrosas	Lesiones excoriadas con costra hemorrágica	Nódulos inflamatorios hiperpigmentados	
<u>Lesión Residual</u>	Manchas hiper- o hipopigmentadas	Manchas hipopigmentadas con atrofia central	No hay regresión espontánea	No hay regresión espontánea.
<u>Picor</u>	Rascado severo	Severo. No hay signos de rascado en piel normal.	Severo.	Severo. Excoriación de nódulos. No rascado en piel normal.

V.5. Penfigoide ampolloso.

Es una enfermedad ampollosa crónica que aparece en personas mayores, y que se caracteriza por la presencia de ampollas voluminosas, tensas, que pueden aparecer sobre piel sana o sobre placas congestivas urticariformes. Se localizan preferentemente y de forma simétrica en cuello, axilas, pliegues inguinales, cara interna de muslos y porción superior del abdomen. Las erosiones resultantes por la rotura de las ampollas presentan costras hemorrágicas. En un 20-30% de los casos puede afectar a mucosa oral. Las lesiones incipientes son muy pruriginosas y cuando se producen erosiones, éstas provocan dolor. El estado general suele ser bueno. El curso de la enfermedad es crónico, con brotes y remisiones en el transcurso de meses o años.

Tratamiento: se realiza con corticoides sistémicos a dosis de 40-80 mg al día de prednisolona, disminuyendo progresivamente una vez conseguida la remisión. En cuanto al tratamiento tópico, es importante evitar la infección de las lesiones a través de desinfectantes o antibióticos tópicos.

V.6. Dermatitis herpetiforme.

Se trata de una dermatosis benigna, simétrica, recidivante y crónica, que da lugar a una vesiculación herpetiforme con sensación de quemazón y prurito. A menudo se asocia a enteropatía sensible a gluten.

La enfermedad puede iniciarse de forma súbita o progresiva. Habitualmente se afectan de forma simétrica la cintura escapular, la región glútea y el cuero cabelludo, así como las superficies de extensión. Es raro la afectación de la mucosa oral. En primer lugar aparecen máculas eritematosas urticariformes, y luego una agrupación de vesículas herpetiformes. Es típico la presencia de prurito intenso, particularmente en la áreas afectadas. También es característico la sensibilidad al yodo, que provoca de forma inespecífica la erupción. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el penfigoide ampolloso.

La enfermedad puede persistir durante años, con episodios recidivantes con períodos interrecurrentes libres de enfermedad.

El tratamiento de elección son las sulfonas, dosis de 100 a 200 mg/día, manteniendo posteriormente las dosis más bajas para el control de la enfermedad. Los corticoides producen una mejoría moderada a dosis muy altas, por lo que no están indicados. Es importante el hacer una dieta libre de gluten, no sólo en pacientes con una enteropatía asociada.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial entre el penfigoide ampolloso y la dermatitis herpetiforme.

	<u>Penfigoide ampolloso</u>	<u>Dermatitis herpetiforme</u>
<u>Edad</u>	60-80 años	30-40 años
<u>Prurito</u>	+	+++
<u>Ampollas</u>	De gran tamaño	De pequeño tamaño
<u>Localización</u>	Grandes pliegues	Planos de extensión
<u>Distribución</u>	Asimétrica	Simétrica
<u>Mucosas</u>	Si	No
<u>Evolución</u>	Meses - años	De por vida
<u>Tratamiento</u>	Corticoides	Sulfonas

V.7. Dermatitis atópica.

La atopia es un estado constitucional de hiperreactividad a diferentes estímulos y que puede manifestarse como eczema, como asma, como rinitis o conjuntivitis. Es una reacción de hipersensibilidad tipo I, con un aumento de inmunoglobulinas del tipo E.

La dermatitis atópica o eczema atópico es una enfermedad cutánea inflamatoria, crónica o crónica – recurrente, con prurito intenso y variabilidad en la morfología de las lesiones y en la evolución. Tiene carácter hereditario. La expresión morfológica habitualmente cambia con la edad del paciente y con la agudeza de las manifestaciones cutáneas.

Se caracteriza por un prurito intenso con lesiones de rascado, lesiones eczematosas papulovesiculosas y a veces costrosas, pápulas pruriginosas, nódulos y liquenificación. En la primera infancia predominan lesiones exudativo-eczematosas, mientras que en la edad escolar y en el adulto son más importantes el prurito, las lesiones papulares liquenoides pruriginosas y la liquenificación.

A/ Eczema atópico en edad neonatal

Aparece, por lo general, en el tercer mes de vida, empezando por las mejillas y el cuero cabelludo. Se desarrolla un eritema circunscrito con lesiones

papulovesiculosas, que provoca el rascado y desencadena lesiones cutáneas inflamatorio – costrosas.

Durante el período de gateo, las rodillas pueden verse afectadas. Hay una gran tendencia a infecciones secundarias. El 50% de las lesiones curarán hacia el segundo año de vida.

B/ Eczema atópico en la infancia

En este caso la zona de predilección de las lesiones son los grandes pliegues flexurales, en la nuca, y dorso de los pies y de las manos. Se aprecian eritemas inflamatorios mal delimitados y pápulas, así como marcas de rascado lineares con costras e infiltración inflamatoria inicial y liquenificación. En los pliegues de las flexuras aparece una tendencia a pápulas liquenoides pruriginosas. En otras localizaciones como el dorso de las manos, las lesiones suelen ser más exudativas, y pueden llegar incluso a la onicodistrofia.

C/ Eczema atópico en adolescente y adulto

Las lesiones cutáneas son simétricas y se localizan en cara, parte alta del tórax y hombros, grandes pliegues flexurales y dorso de manos. La clínica más prominente en el tronco son las lesiones planas inflamatorias infiltradas, con tendencia a confluir y pueden mostrar una marcada hiperpigmentación secundaria. Toda la piel muestra un eritema difuso inflamatorio y engrosamiento con aspecto áspera y descamativa. Las lesiones erosivas y escoriaciones con costras hemorrágicas son típicas y son el resultado de un rascado intenso. Las crisis pruriginosas nocturnas provocan insomnio y agotamiento.

En el **tratamiento** del eczema atópico podemos diferenciar:

Tratamiento sistémico: esencialmente es un tratamiento sintomático; cuando haya infecciones bacterianas secundarias, será necesaria la administración de antibióticos. Los antihistamínicos son muy importantes en el tratamiento del eczema atópico ya que el prurito intenso es el síntoma principal. Hay que usar antihistamínicos no sedativos durante un período de 4 a 6 semanas. Los corticoides sistémicos se reservan para aquellos casos de afectación extensa a dosis de 40 mg de prednisolona o equivalentes.

Tratamiento tópico: los glucocorticoides tópicos son efectivos en el tratamiento del eczema atópico. Hay que tener en cuenta la potencia del corticoide aplicado y la extensión de

la lesión a tratar, ya que corticoides de alta potencia en niños pequeños pueden producir una supresión adrenal.

Medidas higiénicas: es muy importante en los pacientes atópicos una buena hidratación de la piel, mediante baños de avena o de aceite de oliva y la aplicación de emolientes de manera frecuente, dada la tendencia a secarse de la piel en estos casos. Las habitaciones no deben estar excesivamente reseca, y normalmente empeoran con el polvo (alfombras, cortinas, ...) o con animales caseros (gatos, perros, pájaros, ...), sobre todo cuando el eczema atópico se acompaña de asma, rinitis o conjuntivitis.

V.8. Dermatitis de contacto

Consiste en una inflamación aguda de la piel, causada por agentes externos y caracterizada por prurito o quemazón. La reacción se inicia a las 24 – 48 horas, y los cambios inflamatorios agudos tienen un curso regular y secuencial.

- ❖ Estadio eritematoso: se caracteriza por una reacción inflamatoria exudativa vascular con marcado enrojecimiento y tumefacción edematosa de la zona de contacto. El edema cutáneo puede ser masivo en regiones con tejido conectivo poco denso como los párpados..
- ❖ Estadio vesicular: aparecen vesículas de diferente tamaño como resultado de los cambios exudativos inflamatorios.
- ❖ Estadio exudativo: consiste en áreas enrojecidas e inflamadas con erosiones y exudación.
- ❖ Estadio costroso: se produce al secarse la secreción. Habitualmente son costras amarillentas y transparentes, aunque cuando hay infecciones secundarias pueden ser purulentas o serohemorrágicas.
- ❖ Estadio descamativo: por la eliminación cutánea del alérgeno y la regeneración de la dermis.
- ❖ Estadio de curación: eritema persistente en la zona de contacto por la reacción inflamatoria aguda previa.

Cuando la dermatitis de contacto aguda se hace crónica, la piel se muestra engrosada, con producción de una capa córnea aumentada, mostrando, en algunos casos liquenificación. Existe una tendencia del eczema de contacto crónico a diseminarse por zonas distantes. Los principales síntomas que presentan las dermatitis de contacto son la irritación de la piel y el prurito.

El tratamiento del eczema de contacto se basa, en primer lugar, en reconocer el alérgeno causante y evitarlo. Para ello se recurre a las pruebas epicutáneas, que consiste en aplicar una batería de sustancias sobre la piel del paciente haciendo lecturas a las 48 y 96 horas, vigilando si alguna de éstas provoca irritación cutánea.

Para el tratamiento específico del eczema, es muy importante elegir de forma adecuada el vehículo que se va a usar. Cuando nos encontramos ante un eczema en estadio de vesiculación, hay que usar lociones o pastas secantes, o cremas del tipo aceite en agua. Se pueden utilizar corticoides tópicos o algún antibiótico tópico en el caso de que haya signos de infección.

Y si nos encontramos un eczema crónico, con liqenificación, cuanto más graso sea el vehículo, mejor; si es posible, hay que utilizar ungüentos o pomadas. Son preferibles los tratamientos oclusivos que facilitan la penetración y la absorción de la piel enferma.

El tratamiento con corticoides sistémicos se reserva para casos graves por su extensión o por el grado de inflamación que presenten. Se utilizan a dosis de 40 a 60 mg de prednisolona o equivalentes.

El uso de antihistamínicos orales para el prurito también es útil.

V.9. Psoriasis.

El psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria consistente en lesiones en forma de placas eritematosas bien delimitadas, con forma variable y con una descamación plateada característica.

Pueden aparecer en cualquier localización. Las lesiones eritematodescamativas pueden estar limitadas a algunas máculas o confluir en grandes áreas o incluso presentar una distribución universal. La afectación de uñas es frecuente y puede observarse asociada a una artropatía.

Por lo general, el psoriasis vulgar no es pruriginoso, pero en fase eruptivas, puede producirse un prurito intenso. En el caso de la eritrodermia psoriásica, con afectación de la totalidad o casi totalidad del tegumento, es frecuente el prurito intenso.

En el tratamiento del psoriasis, hay que considerar un tratamiento tópico y sistémico.

El tratamiento tópico es el más importante en esta patología, reservando el sistémico para psoriasis muy extensos o cuando hay afectación extracutánea como la artropatía. Los principales agentes tópicos son:

queratolíticos: que permitan eliminar las escamas permitiendo la acción a los tratamientos antipsoriásicos específicos: ácido salicílico, urea a concentraciones altas...

corticoides tópicos: sin prolongar el tratamiento más de 8 o 10 días debido a los efectos adversos locales que producen éstos.

Derivados de la vitamina D: calcipotriol o tacalcitol.

Derivados de la vitamina A: tazaroteno.

Antralinas como el ditranol.

El tratamiento sistémico se basa en derivados de la vitamina A (acitretina) o inmunosupresores como la ciclosporina o el metotrexate. Se utilizan en psoriasis que afecten a la totalidad o casi la totalidad del tegumento o presenten manifestaciones extracutáneas como la artropatía psoriasisica.

V.10 Liquen Plano.

Es una dermatosis papular inflamatoria, no contagiosa, clínica e histologicamente muy característica, de curso progresivo subagudo o crónico, que determina un intenso prurito y tiende a desarrollarse en mucosas.

Las lesiones cutáneas tienen una morfología poligonal, bien delimitadas por los pliegues cutáneos, con un reborde sobreelevado y con superficie plana y brillo metálico característico con el reflejo de la luz. La presencia de estrías conocidas como estrías de Wickham es un dato de gran valor diagnóstico.

Las localizaciones características son las articulaciones de la mano y el antebrazo, las caras laterales del cuello, las nalgas, el sacro y los tobillos.

En un 25 a un 70% de los pacientes presentan alteraciones en las mucosas que se manifiestan, sobre todo en la mucosa oral, como una placas blanquecinas reticuladas, que pueden pasar inadvertidas por el paciente.

Con frecuencia se pueden producir erosiones dolorosas, lo que se denomina liquen plano erosivo de mucosas.

También puede manifestarse en la mucosa genital, como pápulas sobreelevadas, bien circunscritas, que curan por el centro, dando un aspecto anular.

El liquen plano se asocia característicamente con infección por el virus de la hepatitis C.

En el tratamiento del liquen plano cutáneo se usan los corticoides tópicos de alta potencia, y pueden utilizarse mediante cura oclusiva. También se ha utilizado la tretinoína con

buenos resultados. En el caso del liquen plano de mucosa, se utilizan corticoides en orabase, que forma una película en la mucosa que permite el contacto del corticoide con la lesión. En el caso del liquen erosivo de mucosa, se pueden utilizar anestésicos tópicos (lidocaína) para disminuir el dolor, sobre todo a la hora de la ingesta.

La administración de corticoides sistémicos durante 2 a 6 semanas también ha disminuido los síntomas del liquen en la mayoría de los casos.

V.11 Dermatitis pruriginosas del embarazo

Existe un grupo de dermatosis pruriginosas asociadas al embarazo, cuyo diagnóstico y tratamiento precoces son importantes por las repercusiones que pueden tener tanto para la madre como para el feto.

Tabla 6. Prurito en el embarazo.

Sin lesiones cutáneas	Asociado a dermatosis
Colestasis recurrente del embarazo (pruritus gravidarum). Idiopático.	Dermatitis preexistente o coincidente. Dermatitis específica: Herpes gestationis. Pápulas y placas urticarianas y pruriginosas del embarazo (PPUPE). Prúrigo del embarazo.

A/ Herpes gestationis

Es una dermatosis ampollosa e intensamente pruriginosa que se produce hacia el final del embarazo y en el período postparto. Cura espontáneamente pero puede recidivar en embarazos posteriores.

Los estudios inmunológicos demuestran el depósito de anticuerpos IgG en la zona de la membrana basal y la activación del complemento. Estos anticuerpos se pueden transmitir al feto vía placentaria, lo que explica la frecuencia de partos prematuros y fetos muertos en las madres afectas.

Clínicamente se caracteriza por una erupción polimorfa, semejante al penfigoide ampollosa, con máculas de eritema sobreelevado o urticariforme y vesículas y ampollas tensas, especialmente localizadas en la zona periumbilical y en la porción distal de las extremidades. Puede acompañar al cuadro algunas

manifestaciones sistémicas como debilidad, fiebre, y en la analítica suele existir eosinofilia.

La enfermedad se exacerba alrededor del parto y comienza la involución unas 2 ó 3 semanas después del mismo.

El tratamiento consiste, en los casos más graves, en corticoides sistémicos a dosis de 20 a 80 mg de prednisolona al día. Después del parto, hay que tener cuidado con los anticonceptivos orales. En cuanto al tratamiento tópico, pueden usarse corticoides tópicos y lociones de zinc.

B/ Pápulas y placas urticariales y pruriginosas del embarazo (PPUPE)

Es una enfermedad intensamente pruriginosa, que se inicia en tercer trimestre del embarazo, y que se manifiesta con pápulas y placas urticariformes, que se inician en el abdomen y desaparecen después del parto. Se extienden por las piernas, nalgas, brazos y caras laterales del tronco y suelen desaparecer a los pocos días. No existen alteraciones de laboratorio. Excepcionalmente, las lesiones pueden recurrir en posteriores embarazos. El tratamiento se basa en antihistamínicos (el más indicados durante el embarazo es la dexclorfeniramina) orales, y sólo en casos graves pueden utilizarse corticoides orales a dosis bajas.

C/ Prúrigo gestationis

Se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas, la mayoría excoriadas por el rascado, que se localizan en la parte superior del tronco y en la raíz de las extremidades, que producen un picor generalizado muy intenso. Suele aparecer en el segundo trimestre del embarazo o fases más avanzadas. No existe afectación fetal. El tratamiento debe ser poco agresivo, recurriendo sólo a medidas antipruriginosas (antihistamínicos orales, corticoides tópicos).

V.12 Erupción lumínica polimorfa

Es una enfermedad cutánea relativamente frecuente, de patogenia desconocida, que se caracteriza por la presencia de eritema, dermatitis y lesiones dispersas pobremente definidas, que aparecen habitualmente con la primera exposición solar. Sólo se afectan las áreas expuestas, siendo los sitios de predilección la cara, el cuello y las caras laterales de los

antebrazos. Las lesiones pueden ser con forma de pápula, urticariforme, similar a un eritema polimorfo o a un prúrigo.

Para evitar la aparición de esta erupción es importante el uso de protectores solares, con buena absorción de los UVA. El empleo de corticoides tópicos sólo produce un alivio del prurito.

VI. EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON PRURITO.

Ante un paciente con prurito es importante hacer una buena *historia clínica*, investigando las características de éste, su intensidad, su cronología, si es o no de carácter familiar... y una buena *exploración física*, para determinar la presencia de lesiones cutáneas responsables del picor, la existencia de lesiones secundarias al rascado, diferenciándolas de las primeras o, por el contrario, descartar una causa cutánea determinante del picor.

Historia clínica: antes de dirigir la anamnesis hacia posibles causas de prurito, es importante detallar las características del mismo. La gravedad del prurito puede valorarse en función de la modificación que éste sea capaz de producir en la conducta del paciente; el que interfiera con el sueño, hace que haya que considerarlo como un prurito grave. Es importante conocer si el prurito aumenta en determinadas épocas del año, confiriendo al prurito un carácter estacional; si existe algún factor que empeore o mejore el picor, si hay más miembros de su familia afectados. La realización de tratamientos previos y si han sido efectivos o no también puede ser de utilidad para llegar a un diagnóstico.

Es también importante indagar en los hábitos del paciente, en sus actividades habituales.

Exploración física: ha de ser muy meticulosa. Es importante explorar todo el tegumento del paciente, por lo que se ha de pedir al paciente que se descubra completamente. Como ya hemos comentado anteriormente, es fundamental diferenciar las lesiones cutáneas causantes del prurito de aquellas provocadas por el propio rascado.

Estudios analíticos y pruebas complementarias: ante un paciente con prurito generalizado, es importante contar con un hemograma completo, velocidad de sedimentación glomerular, bioquímica, pruebas de función hepática, renal y tiroidea; análisis de orina y de heces (sangre, huevos y parásitos) y Rx de tórax.

El siguiente algoritmo trata de representar de forma sencilla que patologías debemos sospechar cuando nos encontremos a un paciente con prurito importante asociado o no a lesiones.

LESIONES PRIMARIAS DÉRMICAS

Afectación de contactos
Animales de compañía
Salidas al campo
Viajes a países tropicales
Conductas de riesgo



Sospechar infecciones o infecciones

Lesiones vesículo-ampollosas



Penfigoide
D. Herpetiforme
Miliaria

Pápulas, escamas y costras



Psoriasis
D. Atópica
D. Contacto
Liquen escleroatrófico
Liquen plano

Piel seca o edad avanzada



Prurito senil
Xerosis cutánea

Habones evanescentes



Urticaria
Mastocitosis

Máculas o placas en área del bañador



Micosis fungoide

Por contacto con agua



Prurito acuagénico

Exposición solar



Erupción lumínica polimorfa
Quemadura solar

Ingesta de fármacos



Hipersensibilidad
Dermatitis exfoliativa

SIN LESIONES DÉRMICAS O SECUNDARIAS AL RASCADO

Fármacos



Prurito farmacológico

Embarazo



Prurito del embarazo

Enfermedad sistémica conocida



Prurito de origen sistémico

Adenopatías, esplenomegalia, sd. constitucional



Prurito neoplásico

Trastornos psíquicos



Prurito psicógeno

Prurito con el baño



Policitemia vera

VII. TRATAMIENTO

En el tratamiento de las dermatosis que producen prurito, lo primero que hay que tener en cuenta es la causa que lo está produciendo, y tratarla directamente como hemos visto en cada una de las patologías.

Sin embargo, la sintomatología que presentan estas enfermedades de la piel puede llegar a ser tan importante que discapacite al paciente para llevar una vida normal, por lo que el tratamiento del picor es tan importante como el tratamiento de la propia enfermedad.

Para tratar el prurito actualmente se pueden utilizar o bien antihistamínicos o lociones refrescantes que eliminan este síntoma de forma transitoria (mentol, emolientes, calamina, etc).

Los antihistamínicos son fármacos que bloquean los receptores de la histamina. Actualmente existen dos tipos de antihistamínicos, según bloqueen los receptores H1 o los H2. Los primeros son los más antiguos, y su principal inconveniente es que bloquean los receptores a nivel del sistema nervioso central, por lo que producen sedación, aunque en aquellas patologías en que el prurito sea más intenso por la noche o que imposibiliten el sueño, este “inconveniente” puede mejorar la calidad de vida del paciente.

En el capítulo de urticarias se explica de forma más detallada los tipos de antihistamínicos, sus efectos secundarios y la forma de administración.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Formento JA. Prurito. Fomeco 199; 3 (3): 169-175.
2. Bernhard JD.: Clinical aspects of pruritus. En Fitzpatrick TB. y col. (eds), Dermatology en General Medicina, 2 vol., 3ª ed., McGraw-Hill Book Con., New York, 1987.
3. Denman ST.: A review or pruritus. J Am Aced Dermatol 1986; 14: 375-392.
4. Leppard B, Ashton R. Tratamiento en s;dermatología. Oxford Radcliffe Medical Press 1994.
5. Armijo M, Camacho F. Dermatología 1ª ed. Madrid Ed. Cea 1987:105-110.
6. Braun-Falco y col. Dermatología 1995. Springer-Verlag Ibérica.
7. Carretero G, Gómez JM, Armijo M. Picor: del signo y/o el síntoma al diagnóstico en dermatología. Madrid, Ed. Cea 1990.



Liquenificación



Dermatitis atópica



Liquenificación



Dermatitis atópica. Onico



Dermatitis de contacto por cemento



Dermatitis herpetiforme



Estadio costroso descamativo



Sarna



Sarna



Penfigoide



Picadura



Prurigo ampoloso



Prurigo agudo