

Tratamiento de prúigo nodular con ultravioleta B de banda estrecha

Narrow-band UVB phototherapy in nodular prurigo

Carolina Cantalejo Rodríguez, Ana María Carrizosa Esquivel, Francisco Camacho Martínez

Departamento de Dermatología MQ y V. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Correspondencia:
 Carolina Cantalejo Rodríguez
 Avda. Dr. Fedriani, s/n
 41009 Sevilla. España
 Tel.: 954 37 64 74 - Fax: 954 38 27 63
 e-mail: caro4lina@supercable.es

Resumen

El prúigo nodular de Hyde es una dermatosis de curso crónico que cursa con elementos papulosos y nodulares muy pruriginosos. En su tratamiento se han empleado numerosos fármacos tópicos, intralesionales, sistémicos, crioterapia y fototerapia, habitualmente de forma combinada. A pesar de las numerosas opciones, muchos tratamientos resultan ineficaces y no existen protocolos estandarizados. La terapia ultravioleta B (UVB) de banda estrecha constituye una alternativa bien tolerada y moderadamente eficaz en esta patología.

(Cantalejo Rodríguez C, Carrizosa Esquivel AM, Camacho Martínez F. Tratamiento de prúigo nodular con ultravioleta B de banda estrecha. Med Cutan Iber Lat Am 2006;34:291-293)

Palabras clave: prúigo nodular, fototerapia, ultravioleta B de banda estrecha.

Summary

Prurigo nodularis is an uncommon chronic skin condition characterized by multiple intensely itchy papules and nodules. Both the pruritus and the skin lesions are difficult to treat and are often refractory to many treatments. Local, intralesional and systemic drugs, cryosurgery and phototherapy have been employed, even in combination. Therapy of nodular prurigo with narrow band UVB phototherapy is a safe and well-tolerated treatment that could be useful in these patients.

Key words: prúigo nodularis, phototherapy, narrow-band UVB.

El prúigo nodular de Hyde o liquenificación circunscrita nodular crónica es una dermatosis de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de nódulos de tamaño variable (1-3 cm), muy pruriginosos, localizados principalmente en las superficies de extensión de los miembros. En su tratamiento se han empleado numerosos fármacos, habitualmente con pobres resultados, por lo que se considera una enfermedad de difícil manejo. No obstante, el caso que presentamos a continuación, nos permite indicar que la terapia UVB de banda estrecha merece ser considerada en la actualidad como una buena posibilidad terapéutica.

Caso clínico

Mujer de 35 años, con antecedentes personales de rinoconjuntivitis alérgica, que en 1998 consultó por aparición de elementos nodulares muy pruriginosos en tronco y extremidades, respetando la cara, la superficie media de la espalda y las manos. El tamaño de los nódulos variaba entre 0,3 y 1,5 cm (Figura 1). El prurito era más intenso por la noche, ocasionando insomnio. Se realizó una biopsia cutánea, en la que se observó hiperqueratosis, acantosis y un denso infiltrado inflamatorio crónico con presencia de mastocitos y eosinófilos. Con estos datos clínicos e histológicos se esta-



Figura 1. Prúigo nodular resistente a numerosas terapias.

bleció el diagnóstico de prúigo nodular. Los anticuerpos antigliadina, antiendomisio y antirreticulina, que se solicitaron para descartar asociación con enteropatía por gluten, fueron negativos. Se instauró una primera línea de tratamiento con corticoides tópicos, antihistamínicos, benzodiazepinas e hipnóticos, sin mejoría. Entre los años 1998 y 2002 se realizaron tratamientos con dapsona (50 mg/día), que tuvo que ser suspendida por anemia, talidomida (100 mg/día) y ciclosporina (300 mg/día), sin respuesta. A la falta de eficacia de estos tratamientos se añadió un cuadro depresivo grave, acompañado de ideas autolíticas, que fue tratado con diferentes antidepressivos (incluida doxepina), ansiolíticos e hipnóticos. En el 2002 realizó terapia UVB de banda ancha durante 9 meses, alcanzando una dosis acumulada de 27 J/cm², con escasa mejoría. En el año 2003, al adquirir el Departamento la nueva cabina de UVB de banda estrecha, comenzó las sesiones con esta terapia. La paciente recibió 3 sesiones semanales (lunes, miércoles y viernes). La dosis inicial fue de 0,3 J/cm², con incremento de 0,1 J/cm² por sesión. La dosis máxima por sesión fue de 2,6 J/cm². A los 6 meses de tratamiento (con 54 sesiones y una dosis acumulada de 89 J/cm²) se había conseguido cierto aplanamiento de los elementos nodulares, destacando sobre todo la mejoría del prurito y, como consecuencia de ello, una importante mejoría psicológica (Figura 2).

Comentario

El prúigo nodular es una dermatosis de curso crónico en la que aparecen nódulos hiperqueratósicos localizados principalmente en las superficies de extensión de los miembros, siendo la característica más significativa su naturaleza extraordinariamente pruriginosa. Su etiología es desconoci-

da, aunque en ocasiones se ha asociado con atopía, enfermedades metabólicas, neoplásicas y trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión. Queda por establecer si es una enfermedad primaria o secundaria al rascado crónico. Se incluye entre las enfermedades de difícil tratamiento, ya que en muchas ocasiones es resistente a las distintas alternativas disponibles[1, 2]. Entre los tratamientos tópicos se emplean diferentes antipruriginosos (mentol, alcanfor, promoxina...), corticoides tópicos o intralesionales, capsaicina y derivados de la vitamina D. Los tratamientos sistémicos incluyen antihistamínicos antiH₁, talidomida, dapsona, ciclosporina A, azatioprina, psicofármacos, retinoides orales, etc. Entre las terapias físicas se encuentran la crioterapia y la fototerapia. Todos estos tratamientos se emplean habitualmente de forma combinada. También se ha empleado el láser de colorante pulsado en un paciente, obteniendo mejoría con 6 sesiones[3], y recientemente se ha publicado el empleo de tacrolimus tópico al 0,1% en un paciente, con mejoría del prurito y de las lesiones al mes del inicio del tratamiento[4].

Existen pocos casos publicados del empleo de fototerapia para el tratamiento de prúigo nodular. Väätäinen y cols.[5] presentaron 15 pacientes tratados con PUVA-terapia tópica con metoxaleno, con mejoría superior al 60-90% en 53% de los pacientes y de 30-60% en el resto. No obtuvieron ninguna remisión completa. Hann y cols.[6] obtuvieron mejoría en 2 pacientes tratados con 24-30 sesiones de UVB de banda ancha. En otro trabajo reciente, Divekar y cols.[7] emplearon UVB de banda ancha y PUVA oral y en baños en 14 pacientes, consiguiendo mejoría parcial en el 68 % y completa en 15%. Los autores opinan que estas terapias generalmente mejoran la patología pero no consiguen la resolución de la misma.



Figura 2. Prúigo nodular después del tratamiento con UVB de banda estrecha.

La terapia UVB, aunque empleada inicialmente en el tratamiento de la psoriasis, ha demostrado eficacia en otras dermatosis inflamatorias como el liquen plano o la dermatitis atópica[8]. Alora y Taylor[9] obtuvieron mejoría en 1 de 2 paciente después de 12 sesiones de tratamiento, aunque no concretan la magnitud ni la duración de las sesiones. Carrascosa y Ferrández[10] trataron 15 pacientes con UVB de banda estrecha, obteniendo buenos resultados, con mejorías superiores al 50% en el 73% de los pacientes, y remisiones completas en el 23%. Se empleó una media de 32 sesiones, con una dosis media acumulada de 26,2 J/cm². A pesar de estos buenos resultados iniciales, hubo recidivas en el 64% de los pacientes después de 24 semanas de finalizar el tratamiento. En otro trabajo del mismo equipo[11], efectuaron un tratamiento combinado de UVB de banda estrecha con talidomida en 4 pacientes, con una dosis de talidomida de 100 mg/día hasta conseguir la disminución del prurito, que lograron en unas 12 semanas de media, seguido de tratamiento con UVB de banda estrecha, que se mantuvo hasta obtener la remisión completa. La administración de talidomida tuvo que ser suspendida en un caso por aparición de neuropatía periférica.

La respuesta en este grupo fue muy buena, permitiendo dosis medias acumuladas inferiores a las del grupo tratado con fototerapia exclusivamente (12 J/cm²). Para hacer frente a los casos de recidivas, estos autores propusieron pautas de mantenimiento o nuevos ciclos de fototerapia durante las exacerbaciones en aquellos pacientes que previamente habían presentado una respuesta satisfactoria. En todos los casos, dado el potencial carcinogénico de la radiación, la decisión de llevar a cabo pautas de mantenimiento, debería valorarse de forma individualizada.

Conclusiones

Aunque existen numerosas opciones disponibles en el tratamiento del prúigo nodular, siguen sin existir protocolos estandarizados para la estos pacientes, pues la mayoría de las publicaciones hacen referencia a casos aislados o a series cortas. No obstante, si bien queda aún mucho camino por recorrer en el tratamiento del prúigo nodular, la terapia UVB de banda estrecha puede constituir una alternativa segura y eficaz en estos pacientes.

Bibliografía

- Carrascosa JM, Ferrández C. Estrategias terapéuticas en el prúigo nodular. *Piel* 2001;16:360-4.
- Wallengren J. Prurigo: diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol* 2004;5: 85-95.
- Woo PN, Finch TM, Hindson C, Foulds IS. Nodular prurigo successfully treated with the pulsed dye laser. *Br J Dermatol* 2000;143: 215-6.
- Edmonds EV, Riaz SN, Francis N, Bunker CB. Nodular prurigo responding to topical tacrolimus. *Br J Dermatol* 2004;150:1216-7.
- Väätäinen N, Hannucksela M, Karvonen J. Local photochemotherapy in nodular prurigo. *Acta Derm Venereol* 1979;59:544-7.
- Hann SK, Cho MY, Park YK. UV treatment of generalized prurigo nodularis. *Int J Dermatol* 1990;29:436-7.
- Divekar PM, Palmer RA, Keefe M. Phototherapy in nodular prurigo. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:92-102.
- Carrascosa C, Bigatà X. UVB terapia de banda estrecha: experiencia en la práctica clínica diaria y factores predictivos de respuesta. *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:555-61.
- Alora MBT, Taylor CR. Narrow-band UVB phototherapy: an audit of the first year's experience at the Massachusetts General Hospital. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1997;13:82-4.
- Carrascosa JM, Mangas C, Ferrández C. Terapia UVB de banda estrecha en el prúigo nodular. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94:294-99.
- Ferrández C, Carrascosa JM, Just M, Bielsa I, Ribera M. Sequential combined therapy with thalidomide and narrow-band (TL01) UVB in the treatment of prurigo nodularis. *Dermatology* 1997;195:359-61.