

# Cartas al Director

Localizador  
09-027

## Prurito de larga evolución como manifestación inicial de linfoma de Hodgkin

Sr. Director:

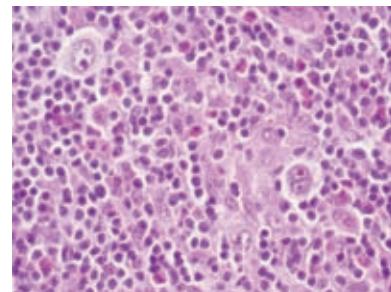
El prurito es un síntoma ya descrito por Hipócrates, que se ha definido como la sensación de incomodidad que lleva al paciente a rascarse. Puede acompañarse o no de lesiones cutáneas evidentes. El prurito es el síntoma más frecuente en los pacientes con enfermedades cutáneas aunque entre el 10 y el 50 % son debidos a una enfermedad sistémica[1].

Presentamos el caso de un varón de 69 años bronquítico crónico e hipertenso que consultó por prurito persistente y generalizado de casi dos años de evolución. Había seguido diversos tratamientos con antihistamínicos y en dos ocasiones siguió una pauta de permethrina al 5% sin éxito. No observó lesiones cutáneas salvo ligera hiperpigmentación en región facial. En los últimos dos meses consultó por lumboiciatalgia rebelde a tratamiento analgésico convencional. La exploración física demostró ligera ictericia en conjuntivas, hiperpigmentación difusa en región frontal y malar, y múltiples excoriaciones sobre una base eritematosa en flanco izquierdo y espalda, así como adenopatías laterocervicales bilaterales de pequeño tamaño, duras, rodaderas y no adheridas a planos profundos. No se palpaban visceromegalias. Los estudios analíticos generales mostraban leucocitosis (24.000) a expensas de neutrófilos (75%), VSG 88, PCR 5,94 (0-0,5), LDH 497 (230-460) y GGT 88 (10-66), el resto de las pruebas complementa-

rias incluidas urea, creatinina, AST, ALT, porfirinas en orina y serología para lúes, VHC y VIH fueron negativos o en los rangos de la normalidad. La ecografía abdominal mostró una adenopatía de 4 cm delante de la cava, y el TAC la presencia de múltiples adenopatías en retroperitoneo, mediastino y ambas axilas, así como una vértebra lumbar blástica (vértebra en marfil) (Figura 1). El estudio histopatológico de una adenopatía axilar mostró un ganglio desestructurado, con células atípicas de morfología binuclear y marcados nucleolos (células de Reed-Sternberg), sobre un fondo constituido por linfocitos, eosinófilos y células plasmáticas (Figura 2). Las células tumorales presentaban un perfil fenotípico CD30 y CD15 positivos, con negatividad para marcadores de línea B y T así como la inmunotinción para el virus Epstein-Barr. Con el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin de celularidad mixta se realizó estudio con tomografía por emisión de positrones (PET) mostrando captaciones difusas en hueso, en múltiples adenopatías y en segmento IV hepático compatibles con metástasis y enfermedad en estadio IV, por lo que se inició quimioterapia paliativa con ABVD. Tras 6 ciclos de tratamiento quimioterápico el paciente entró en remisión completa, no presentando signos de recidiva en el momento actual.

El prurito es una manifestación común de las enfermedades dermatológicas, pero cuando no aparecen manifestaciones cutáneas se deben descartar enfermedades sistémicas asociadas[2].

Si bien es conocido que el prurito es un síntoma frecuente en los casos de linfomas, suele aparecer pocos meses antes o incluso después del diagnóstico, aunque puede precederlo hasta en 5 años[3, 4]. Desde nuestro conocimiento sólo existen dos casos descritos en la literatura en el que prurito de años de evolución sea la manifestación inicial de un linfoma de Hodgkin[1, 5]. Omidvari et al presentaron el caso de una mujer de 16 años con un prurito de 4 años de evolución previo al diagnóstico de enfermedad de Hodgkin, el cual remitió al iniciarse el tratamiento específico[1]. Stadie y Marsch publicaron un caso de prurito paroxístico asociado a hiperhidrosis de 6 meses de duración previos al diagnóstico de enfermedad de Hodgkin, y concluyó que ante un prurito sin causa aparente asociado a hiperhidro-

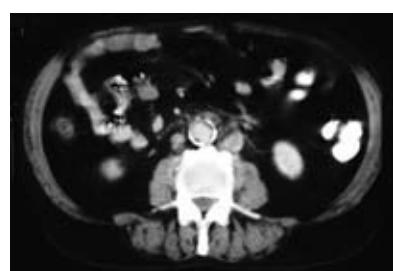


**Figura 2.** Ganglio desestructurado con células atípicas de morfología binuclear y marcados nucleolos (hematoxilina-eosina x 400).

sis se deben descartar enfermedades malignas subyacentes[5]. En ambos casos los pacientes eran jóvenes (16 y 35 años) y recibieron tratamiento con intención curativa, en contraposición al nuestro, un caso en el que la enfermedad se encontraba ya avanzada.

Es bien conocido que en los pacientes con linfoma de Hodgkin los macrófagos producen Interleuquina (IL)-1 que aumenta la síntesis de prostaglandina E2, que junto con la producción excesiva de IL-6 por parte de las células del linfoma, justifican la fiebre y la hiperhidrosis de estos pacientes[6]. Sin embargo, la etiopatogenia del prurito asociado a la enfermedad de Hodgkin está poco estudiada. Se cree que puede ser debido a un alteración en los linfocitos T, ya que al igual que ocurre en la dermatitis atópica, en la enfermedad de Hodgkin se produce un incremento de citoquinas Th2 que activaría neuronas pruritoceptivas[7]. Aunque recientemente, Weisshaar y Dalgard, han encontrado mayores tasas de prurito en pacientes con enfermedad de Hodgkin que están colonizados por Stafilococo dorado[8], por lo que son necesarios más estudios para conocer los mecanismos patogénicos exactos por los que el prurito puede preceder a la enfermedad de Hodgkin.

En pruritos generalizados sin causa aparente se debe completar historia clínica y solicitar analítica completa, radiografía de tórax y serologías (principalmente VHC y VIH)[9]. La mera elevación de LDH y adenopatías podría justificar la realización de biopsia ganglionar. Si bien las causas más frecuentes de prurito son las asociadas a patologías cutáneas, no



**Figura 1.** Vértebra lumbar blástica como consecuencia de enfermedad diseminada.

podemos olvidar que es un síntoma frecuente en enfermedades sistémicas y puede ser durante mucho tiempo el único síntoma de una enfermedad maligna potencialmente curable, como en el caso que presentamos.

**A. Mas-Vidal<sup>1</sup>, F. Vázquez-López<sup>1</sup>, MªS Fernández-García<sup>2</sup>, N. Pérez-Oliva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología.

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Central de Asturias.

**Correspondencia:**

Albert Mas Vidal  
Servicio de Dermatología  
Hospital Universitario Central de Asturias  
C/ Celestino Villamil, s/n  
33006 Oviedo

Tel.: +34 985 108 000  
e-mail: albert.mas.vidal@gmail.com

**References**

1. Omidvari SH, Khojasteh HN, Mohammadianpanah M, Monabati A, Mosalaei A, Ahmadloo N. Long-term pruritus as the initial and sole clinical manifestation of occult Hodgkin's disease. *Indian J Med Sci* 2004; 58: 250-2.
2. Krajnik M, Zylicz Z. Understanding pruritus in systemic disease. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 151-68.
3. Krajnik M, Zylicz Z. Pruritus in advanced internal diseases. Pathogenesis and treatment. *Neth J Med* 2001; 58: 27-40.
4. Gobbi PG, Cavalli C, Gendarini A, Crema A, Ricevuti G, Federico M et al. Reevaluation of prognostic significance of symptoms in Hodgkin's disease. *Cancer* 1985; 56: 2874-80.
5. Stadie V, Marsch WC. Itching attacks with generalized hyperhidrosis as initial syptoms of Hodgkin's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 559-61.
6. Fealey RD, Sato K. Trastornos de las glándulas sudoríparas ecrinas y de la transpiración. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, directores. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana; 2009; pp. 720-30.
7. Rubenstein M, Duvic M. Cutaneous manifestations of Hodgkin's disease. *Int J Dermatol* 2006; 45: 251-6.
8. Weisshaar E, Dalgard F. Epidemiology of itch: adding to the burden of skin morbidity. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 339-50.
9. Greaves MW. Recent advances in pathophysiology and current Management of itch. *Ann Acad Med Singapore* 2007; 36: 788-92.