

Revista del  
**Centro Dermatológico Pascua**

Volumen  
Volume **13**

Número  
Number **2**

Mayo-Agosto  
May-August **2004**

*Artículo:*

Prúigo nodular de Hyde.

Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Centro Dermatológico Pascua

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

# Prúrigo nodular de Hyde. Presentación de un caso

Dra. Gisela Navarrete,\* Dra. Diana Medina,\*\* Dra. Guadalupe Olguín\*\*\*

## RESUMEN

El prúrigo nodular de Hyde (PNH), es una dermatosis crónica pruriginosa, cuyo diagnóstico se realiza por correlación clínico-patológica. Se comunica el caso de una mujer de 44 años de edad y se hace una breve revisión del tema.

**Palabras clave:** Prúrigo nodular.

## ABSTRACT

*Prurigo nodularis is a chronic-pruritic dermatoses. Diagnostic needs clinical and pathologic correlation. We communicate the case of 44 years old woman and we make review of literature.*

**Key words:** *Prurigo nodularis.*

## INTRODUCCIÓN

En 1880 Hardaway realiza la descripción de una enfermedad rara, en una mujer que presentaba múltiples "tumores" de la piel asociados a prurito.<sup>1</sup>

En 1908 Newins Hyde, profesor de dermatología del Rusch Medical Collage, describe un caso en Chicago y propone el nombre de Prúrigo Nodularis, Darier posteriormente agrega el apellido Hyde, conocido desde entonces como PNH. Se ha descrito como una enfermedad poco frecuente, pruriginosa, de evolución crónica y por brotes; caracterizada por lesiones de aspecto nodular, múltiples o solitarios que se ubican en las superficies extensoras de los miembros en forma diseminada con tendencia a la generalización.

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo femenino de 44 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares de importancia; ama de casa, que acude por presentar una dermatosis diseminada a cabeza, tronco, extremidades superiores e inferiores. De cabeza afecta cara y de ésta: frente,

mejillas y mentón. De tronco, cara posterior de tórax; cara externa de antebrazos, (Figura 1) piernas y dorso de pies (Figura 2). Bilateral con tendencia a la simetría. Está constituida por numerosas lesiones de aspecto nodular, cuyo tamaño varía de 0.5 a 2 cm de diámetro, superficie áspera y zonas de liquenificación (Figura 3). Los estudios de rutina resultaron dentro de límites normales. Se realizó biopsia de antebrazo, la cual mostró epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica, formación de grandes tapones córneos, hipergranulosis focal, marcada acantosis irregular con zonas de hiperplasia pseudoepitelomatosa e hiperpigmentación de la capa basal. En dermis superficial se observa papilomatosis, zonas de edema de la colágena, focos moderadamente densos de linfocitos, numerosos vasos dilatados y algunas fibras nerviosas engrosadas (Figuras 4, 5 y 6). Con los datos clínicos e histopatológicos se establece el diagnóstico de PNH. Se inició tratamiento con talidomida 100 mg diarios, protectores solares y antihistamínicos. Con lo que la paciente evolucionó satisfactoriamente (Figura 7).

## DISCUSIÓN

El prúrigo nodular de Hyde es una dermatosis de etiología desconocida. Se atribuyen factores emocionales,<sup>2-4</sup> atópicos y quizás un factor individual de hiper-sensibilidad. Fitzpatrick apoya la teoría de trauma crónico, debido a fricción local repetitiva por rascado

\* Dermatopatólogo del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Dermatóloga del CDP.

\*\*\* Residente del 2º año de Dermatología.



**Figura 1.** Prúigo nodular de Hyde. Aspecto clínico. Lesiones de aspecto nodular en miembros superiores.



**Figura 2.** Prúigo nodular de Hyde. Aspecto clínico. Lesiones de aspecto nodular en miembros inferiores.

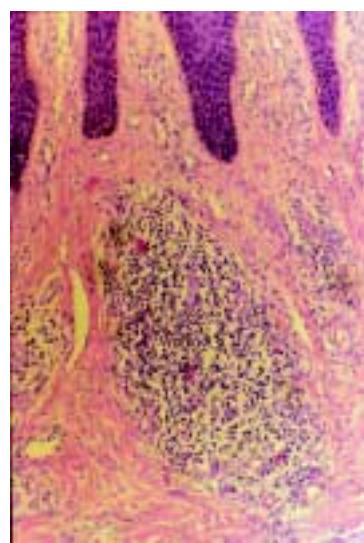


**Figura 3.** Prúigo nodular de Hyde. Aspecto clínico. Aumento de las lesiones nodulares.

**Figura 4.** Prúigo nodular de Hyde. Histopatología. Epidermis hiperplásica (HE 4X).



**Figura 5.** Prúigo nodular de Hyde. Histopatología. Hipertrofia epitelial con tapón queratósico (HE 4X).



**Figura 6.** Prúigo nodular de Hyde. Histopatología. Infiltrados linfocítarios focales (HE 10X).



**Figura 7.** Prúigo nodular de Hyde. Aspectos clínicos después de tratamiento.

persistente. La proliferación neural puede relacionarse con el prurito.

Se considera una entidad de origen neurogénico, puesto que se presentan pronunciadas manifestaciones de inestabilidad neurocirculatoria. Es posible que neuropéptidos como la sustancia P y el péptido relacionado con el gen que codifica para la calcitonina, contribuyan al prurito intenso, dado que son desencadenantes potentes de liberación de histamina. Se ha relacionado con múltiples alteraciones, entre las que se incluyen problemas endocrinos testiculares y ginecológicos; enteropatía por gluten y síndrome de mala absorción; uremia<sup>5,6</sup> (Greer menciona una verdadera relación con los pacientes en hemodiálisis)<sup>7</sup> hepatitis granulomatosa, penfigoide buloso, hipertensión arterial y diabetes mellitus 2.<sup>8</sup>

Afecta ambos sexos entre la 3<sup>a</sup> y 5<sup>a</sup> década de la vida.<sup>9</sup> Se ha descrito en pacientes menores entre los 10 y 13 años de edad, pero esto es poco frecuente. La frecuencia estacional, conocida como crisis de prurito es durante el otoño.

Es una dermatosis diseminada<sup>10</sup> que afecta con frecuencia extremidades superiores e inferiores, principalmente superficies de extensión. Se puede observar esporádicamente en piel cabelluda, tronco, muslos, dorso de manos y pies; regiones glúteas y en cara. Respeta palmas, plantas y mucosas.

La dermatosis es bilateral con tendencia a la simetría. De aspecto monomorfo, constituida por lesiones de aspecto nodular, tamaño variable 0.5 a 3 cm de diámetro, en un inicio son lisas y brillantes, salientes y elevadas sobre la piel normal, de consistencia firme al tacto, existe un grado variable de liquenificación. La evolución es crónica, no hay tendencia a la curación espontánea.

El prurito es un dato clave de la enfermedad. Es intenso, intolerable y desesperante, con exacerbaciones diurnas y nocturnas. Aumenta con la ansiedad, angustia, fatiga, menstruación y menopausia.

Histológicamente se observa hiperqueratosis parakeratósica, presencia de tapones córneos y acantosis moderada e irregular con zonas de hiperplasia pseudoepitelomatosa. En la dermis hay papilomatosis con infiltrados en focos o bandas de linfocitos, histiocitos y eosinófilos. Estos infiltrados adoptan una distribución perivascular alrededor de anexos y perineural. Hay fibrosis de la colágena, los vasos son tortuosos y dilatados, con endotelio turbante. Hay cambios neurales, con hiperplasia de las fibrillas y proliferación de las células de Schwann, como un neuroma verdadero.

Desde el punto de vista terapéutico; se incluye antihistamínicos, ciclosporina A, azatioprina, retinoides, psicofármacos y talidomida, como el de mejor resultado<sup>11,12</sup> a diferentes dosis según los diversos estudios, con el

principal inconveniente de sus efectos secundarios, los más importantes son los síntomas neurológicos, fundamentalmente parestesias. Los beneficios de la talidomida podrían estar relacionados tanto con su acción sedante en el sistema nervioso central, lo que disminuye la percepción de estímulos periféricos, como el prurito, y la neurotoxicidad directa del fármaco sobre las terminaciones nerviosas periféricas. Se obtienen magníficos resultados durante las primeras dos semanas de tratamiento con 100 a 400 mg/día, y disminución progresiva de la dosis, continuando durante al menos 6 meses.<sup>13</sup>

Hay tratamiento físicos como criocirugía o fototerapia y tratamientos combinados, con vista a disminuir efectos secundarios, como es talidomida con UVB-terapia de banda estrecha.

También se menciona criocirugía y vendas elásticas para bloquear el círculo vicioso prurito-rascado-prurito. Con rasurado (*curettage*) o extirpación quirúrgica, las lesiones reinciden en el mismo sitio. Se aconseja psicoterapia y el uso de tranquilizantes o sedantes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quesada MB. Prúrito nodular de Hyde. Correlación clínico-histopatológica de los casos observados en el CDP durante 25 años (1959-1984) y valoración de cinco casos tratados con talidomida. *Tesis de posgrado*. Centro Dermatológico Pascua. México 1984.
2. McKenzie AW, Stubbing DG, Eloy BL. Prurigo nodularis and gluten enteropathy. *Br J Dermatol* 1976; 95: 89-92.
3. Aceves R. Prúrito nodular de Hyde. *Dermatología Rev Mex* 1962; 6: 160-178.
4. Grasa P, Marrón J, Martín J, Porta N, Navarro M, y cols. Prúrito nodular de Hyde: A propósito de cinco casos observados en adultos y dos infantiles. *Actas Dermo Sif* 1983; 74:170-76.
5. Jorezzi JL, Gatti S, Esmith E. Prurigo: A clinical review. *J Am Acad Dermatol* 1981; 4: 723-728.
6. Rien BE. Prurigo nodularis: As association with uremia. *J Am Pediatric Assoc* 1982; 72: 321-323.
7. Greer E. Prurigo nodularis and uremia. *South Med J* 1975; 68: 138-141.
8. Fernández E. Prúrito nodular de Hyde ¿Prúrito diabético? *Dermatología Rev Mex* 1972; 16: 240.
9. Estrada C. Prúrito nodular de Hyde. *Dermatología Rev Mex*. 1960; 4: 268.
10. Arenas R. En Dermatología Atlas. Prúrito nodular de Hyde McGraw-Hill Interamericana. México 2<sup>a</sup> edición 1996: 70-71.
11. Carrascosa JM, Ferrández C. Estrategias Terapéuticas en el prúrito nodular. *Piel* 2001; 16: 360-364.
12. Radomsky CL, Levine N. Talidomida. *Clinicas Dermatológicas* 2001; 1: 87-103.
13. Alfadley A, Al-Hawsawi K, Thestrup-Pedersen K, Al-Aboud K. Treatment of prurigo nodularis with thalidomide: a case report and review of the literature. *Int J Dermatol* 2003; 42: 372-375.