

DERMATOLOGÍA

PRURIGO NODULAR:
CONCEPTOS BÁSICOS

Alexandra Rodríguez Briceño*

SUMMARY

Prurigo nodularis is a condition characterized by the presence of hyperkeratotic and excoriated papules and nodules secondary to skin damage from chronic pruritus. The pathogenesis is poorly understood; it frequently appears in people around twenty to sixty years, and is located on extensor surface of the extremities; this skin condition has suboptimal response to treatment, and requires multiple approaches.^{1,3}

INTRODUCCIÓN

Trastorno pruriginoso crónico de patogenia desconocida,^{1,2}

que se caracteriza por la formación de pápulas y nódulos hiperqueratósico, firmes, con excoriaciones y liquenificación.^{1,15} Este trastorno se presenta a cualquier edad, pero se observa más entre los veinte años y sesenta años.³ Algunos textos dicen que no hay predilección de sexo, mientras que otros marcan cierta prevalencia en el sexo femenino.^{1,3,11} Es considerado una respuesta de la piel al trauma repetitivo ocasionado por prurito crónico, lo que hace necesario descartar causas sistémicas como agente etiológico. La asociación con la dermatitis atópica sigue siendo incierta, sin embargo,

cuando estas dos entidades coexisten se denomina prurigo de Besnier o prurigo atópico.^{3,9}

CAUSAS

La fisiopatología de esta entidad sigue siendo desconocida, sin embargo estudios recientes apuntan a un componente neurocutáneo.¹⁷ El factor de crecimiento nervioso y su receptor tirosina kinasa se encuentran sobre expresados, al igual que neuropéptidos como la sustancia P y el péptido derivado del gen de la calcitonina.⁶ Se han postulado alteraciones en neurotransmisores como la dopamina, serotonina,

* Médico General, Universidad de Ciencias Médicas. Correo: alexandrarodriguez.br@gmail.com

histamina y los péptidos opioides, principalmente en aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos asociados como la depresión, ansiedad, estrés y el trastorno obsesivo compulsivo.^{3,8} Se han visto implicados factores como el calor, sudor, el liquen simple crónico que pueden actuar como agravantes o desencadenantes de esta patología.³ Dentro de las enfermedades sistémicas que se deben considerar por ser causantes de prurito sistémico están: la insuficiencia renal, la insuficiencia hepática, alteraciones tiroideas, HIV, parásitos, linfoma no hodgkin, leucemia, enfermedad celiaca, dermatitis herpetiforme, embarazo, la fotodermatitis, enteropatía por gluten, dermatitis atópica, deficiencia de hierro, hepatitis B y C,^{8,11} y se ha documentado esta patología como debut de una hepatitis crónica autoinmune.¹⁰

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se caracteriza por prurito intenso asociado a nódulos de entre 0,5 y 3 cm, duros a la palpación, hiperqueratósico, con excoriaciones que predominan en las superficies extensoras de las extremidades y mantienen cierta simetría.^{3,16} Se puede tener desde una hasta cien lesiones y

resuelven con o sin cicatriz.^{3,11} En hasta un cincuenta por ciento de los casos se asocia con atopía.⁴

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, el principal síntoma es el prurito crónico severo asociado a las lesiones que caracterizan esta entidad; se recomienda el examen histológico en casos de duda diagnóstica o aquellos que no tienen respuesta adecuada a los medicamentos de primera línea. Se debe realizar un hemograma completo con diferencial, pruebas de función renal, pruebas de función tiroidea y pruebas de función hepática con el fin de descartar las principales causas sistémicas; además se recomienda una radiografía de tórax para descartar un linfoma y las pruebas de detección de HIV o enfermedad parasitaria.³ Histológicamente la lesión evidencia acantosis epidérmica con hiperqueratosis, hiperplasia pseudoepiteliomatoso, dermis con infiltrados inflamatorios densos,¹³ hipertrofia neural cutánea y un aumento de las células de merkel.³ Los principales diagnósticos diferenciales que se deben considerar son el liquen plano hipertrófico, penfigoide nodular, prurigo actínico, queratoacantomas múltiples, escabiosis nodular, dermatitis herpetiforme, la enfermedad

perforante, dermatitis atópica y excoriaciones por neurosis.^{3,11}

TRATAMIENTO

Los pacientes no tienen una adecuada respuesta al tratamiento, por lo que se deben tomar varias medidas simultáneamente. El paciente debe comprender la importancia de interrumpir el ciclo de prurito-rascado, mediante medidas oclusivas, uso de uñas cortas, guantes, o cubrir con ropa o vendas las áreas afectadas. Como primera línea se tienen los medicamentos tópicos, estos son útiles para el prurito localizado, se cuenta con medicamentos como los corticoesteroides de alta potencia, capsaicina tópica, corticoides intralesionales o inhibidores de la calcineurina; se ha visto que son más efectivos si se usan bajo oclusión.^{5,7,11} Lociones antipruriginosas con mentol o fenol y preparaciones emolientes, son fundamentales para aliviar la xerosis y mejorar la atopía que puede producir el prurito; considerar el uso de antihistamínicos, sedantes o antidepresivos tricíclicos para mejorar el dormir del paciente. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina principalmente fluoxetina y setralina, ayudan en pacientes con depresión, ansiedad o algún trastorno psiquiátrico asociado.¹¹ Terapias sistémicas

con talidomida, metotrexato y ciclosporina, se han utilizado en condiciones de difícil tratamiento, sin embargo, esto se ha dificultado por los efectos secundarios que estos ocasionan.^{13,15} Otros medicamentos que se han utilizado con éxito son la pregabalina, gabapentina,^{9,11} lenalidomida, naltrexone y la combinación de fexofenadina con montelukast.^{2,12,14} En última instancia cabe mencionar la fototerapia, que puede ser efectiva, ya sea UVB de banda estrecha o UVA con psolareno.^{3,5}

PRONÓSTICO

Se ha visto que esta enfermedad causa severas alteraciones del sueño en los pacientes, presenta una evolución crónica y recidivante, con muy mala respuesta al tratamiento, convirtiéndose en una condición tediosa para los profesionales y los pacientes.¹

RESUMEN

El prurigo nodular es un trastorno de patogenia desconocida, que involucra la formación de pápulas o nódulos hiperqueratósicos y excoriados, en respuesta al trauma en la piel ocasionado por prurito crónico. Es más frecuente en pacientes entre los veinte a sesenta años, predomina en superficies extensoras de las

extremidades y la respuesta al tratamiento es subóptima, por lo que se deben utilizar múltiples medidas para controlarlo.^{1,3}

BIBLIOGRAFÍA

1. Fostini A, Girolomoni G, Tessari G. Prurigo nodularis: an update on etiopathogenesis and therapy. Journal of dermatological treatment. 2013; (24):458-462.
2. Gencoglan G, Inanir I, Gunduz K. Therapeutic hotline: Treatment of prurigo nodularis and lichen simplex chronicus with gabapentin. Dermatol Ther 2010; 23:194.
3. Goldsmith L., et al. (2012). Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Octava Edición. Editorial Médica Panamericana. S. A. VERSIÓN EN ESPAÑOL. 184-187.
4. Iking A, Grundmann S, Chatzigeorgakidis E, et al. Prurigo as a symptom of atopic and non-atopic diseases: aetiological survey in a consecutive cohort of 108 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013; 27:550
5. Kennedy WR, Vanhove GF, Lu SP, et al. A randomized, controlled, open-label study of the long-term effects of NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, on epidermal nerve fiber density and sensory function in healthy volunteers. J Pain 2010; 11:579
6. Mazza M, Guerriero G., Marano G., Janiri L, Bria P, Mazza S., Treatment of prurigo nodularis with pregabalin. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 2013;38: 16-18.
7. Nolano M, Simone DA, Wendelschafer-Crabb G, et al. Topical capsaicin in humans: parallel loss of epidermal nerve fibers and pain sensation. Pain 1999; 81:135.
8. Ordonez D M, Ramirez AF, Torres A. Prurigo nodular tratado con UVB de Banda estrecha. Rev Asoc Col Dermatol.2007. 15(4):295-297.
9. Plugiarello S, Cozzi A, Gisondi P, Girolomoni G. Phenotypes of atopic dermatitis. J Dtsch Dermatol Ges. 2011;12-20
10. Rodrigo N. B., Velasco P. M, Gonzales L. O. Debut de hepatitis crónica autoinmune como prurigo nodular. Gastroenterol Hepatol. 2014;37(8): 462-470.
11. Saco M, Cohen G. Prurigo Nodularis: Picking the right treatment. The journal of family practice. 2015; 64(4):221-226.
12. Shintany T., Ohata CH., Koga H, Ohyama B, Hamada T, Nakama T, Furumura M, Daisuke T, Ishii N, Hashimoto T.(2014). Combination Therapy of fexofenadine and montelukast is effective in prurigo nodularis and pemphigoid nodularis. Dermatologic Therapy,(27): 135-139 .
13. Spring P, Gschwind, Gilliet M. Prurigo Nodularis Retrospective Study of 13 cases managed with methotrexate. Clinical and experimental dermatology 2014; (39):468-473.
14. Ständer S, Siepmann D, Herrgott I, et al. Targeting the neurokinin receptor 1 with aprepitant: a novel antipruritic strategy. PLoS One 2010; 5:e10968.
15. Taefehnorooz H, Truchetet F, Barbaud A, Schmutz J, Bursztein AC. Efficacy of thalidomide in the treatment of prurigo nodularis. Acta Derm Venereol. 2011 . (91): 344-345.
16. Weigelt N, Mezte D, Stander S. Prurigo nodularis : systematic analysis of 58 histological criteria in 136 patients. J Cutan Pathol 2010; 37: 578-586.
17. Yosipovitch G, Samuel L.S. Neuropathic and psychogenic itch.. Dermatol Ther.2008;21:32.