

SINTOMAS COMUNES EN LA PRACTICA DE MEDICINA FAMILIAR: EL PRURITO

Dra. Nancy Heidy Montes Montaña.
Médico Familiar Policlínico Miraflores

DEFINICIÓN

El prurito es un síntoma preocupante que además de causar molestias, pone en peligro la eficacia de la piel como barrera de protección, es el síntoma más común en la práctica diaria del médico familiar, su causa puede ser obvia cuando se acompaña de alguna erupción de la piel, pero puede ser muy difícil cuando viene como sintomatología única (Prurito Sinemateria).

Puede ser definido como un hormigueo peculiar o irritación incómoda en la piel que provoca deseo de rasgar el área afectada y ser considerado como una forma leve de dolor ya que en las zonas cutáneas de hipoalgesia un estímulo normalmente doloroso sólo provoca prurito.

EPIDEMIOLOGÍA

En los ancianos, el prurito es una de las molestias más frecuentemente observadas, estimándose una incidencia del 10 al 50%.

Se observa prurito generalizado en un gran porcentaje de los pacientes con enfermedad renal terminal y en un 70-90% de aquellos que deben ser sometidos a hemodiálisis. Otras enfermedades que conllevan prurito generalizado asociado son las colestasis.

La incidencia del prurito en los enfermos de SIDA es del 84% mientras que en los que padecen infecciones oportunistas alcanza al 100%.

En la enfermedad de Hodgkin se observa prurito en un 10-25% de los pacientes

PATOGENIA

La piel, que constituye el 15% del peso total del cuerpo, tiene varias funciones la principal de constituir una barrera protectora frente a las agresiones del medio ambiente a través del sentido del tacto. Los síntomas de un picor generalizado con o sin lesiones cutáneas pueden estar relacionados con un gran número de patologías, desde una sequedad de la piel hasta

un carcinoma, por lo que su etiología debe ser explorada.

Tanto el dolor como el prurito son el resultado de la activación de las terminales nerviosas en la epidermis de toda la red nerviosa, puede ser el resultado de una estimulación interna o externa de origen químico, mecánico, eléctrico o térmico, mediada por una serie de sustancias como la histamina, los péptidos vasoactivos, las encefalinas, las takininas y las prostaglandinas.

Se cree que algunos factores no anatómicos (como el estrés o la presencia de otras sensaciones) determina la presencia de picores en diferentes regiones del cuerpo. La sensación del picor es transmitida por los mismos nervios por los que viajan los estímulos dolorosos (es decir, desde las terminales nerviosas de la piel, hasta los cuernos dorsales de la médula espinal, ascendiendo por el tracto espinotalámico hasta llegar a los núcleos laminares del tálamo contralateral). A la percepción del picor sigue la respuesta motora del rascado, respuesta que es modulada por el centro córtico-talámico y que es un reflejo espinal. Después del rascado, se consigue un alivio que puede durar entre 15 y 25 minutos. Aunque se desconoce el mecanismo por el cual el rascado alivia el prurito, se cree que el primero genera unos impulsos sensoriales que rompen los circuitos en las áreas de la médula espinal. Sin embargo, el rascado puede aumentar la sensación de prurito, creando un círculo vicioso picor-rascado-picor.

La patogénesis del prurito asociado a algunas condiciones patológicas ha sido objeto de varias hipótesis. Las enfermedades biliares, hepáticas, renales y malignas pueden producir prurito al introducir en la circulación sustancias tóxicas. La histamina liberada por los basófilos y la excreción de leucopetidasa por los leucocitos puede desencadenar el prurito asociado a las leucemias y linfomas. En la enfermedad de Hodgkin, los niveles de kininógeno están aumentados y los tumores sólidos liberan precursores de histamina y bradikinina que pueden estar relacionados con el prurito. En las personas que además reciben

quimioterapia citotóxica o irradiaciones, la probabilidad de un prurito es mayor por estar más expuestos a agentes que modifican la integridad de la piel y que van desde la xerosis hasta la desescamación producida por la radiación.

CLASIFICACIÓN

Por su etiología, puede dividirse en dos grandes grupos:

1. Prurito primitivo (sin alteraciones cutáneas previas) localizado o generalizado

A. Pruritos primitivos generalizados

* Prurito senil, uno de los más rebeldes, influyen en él múltiples factores (sequedad de la piel, vasoconstricción periférica, alteraciones endocrinas y vasculares degenerativas y absorción deficiente de vitamina A).

*Prurito del embarazo suele iniciarse en etapas avanzadas del mismo y desaparece después del parto.

*Desórdenes hematológicos: policitemia vera y deficiencia de hierro.

*Desórdenes endocrinológicos: diabetes y tirotoxicosis.

* SIDA

* Condiciones malignas: enfermedad de Hodgkin, otros linfomas y leucemias. Adenocarcinomas y los carcinomas de células escamosas de varios órganos (estómago, páncreas, pulmones, colon, cerebro, mama y próstata) producen un prurito generalizado más pronunciado en las piernas, tronco superior y extremidades superiores.

* Fármacos: derivados opiáceos (morfina, cocaína, butorfanol), las fenotiazinas, la tolbutamina, las hormonas anabólicas, los estrógenos, la testosterona, la quinidina y otros antimaláricos, el estolato de eritromicina, productos de origen biológico como los anticuerpos monoclonales y vitaminas del complejo B

* Algunas parasitosis como áscaris, triquinosis y quiste hidatídico

* Condiciones ambientales o factores físicos como fibra de vidrio, pólenes y polvos.

* Factores psíquicos: tensión emocional y la ansiedad que producen un prurito cuya intensidad es dependiente del estado emocional.

B. Pruritos primitivos localizados

Los más frecuentes se desarrollan en la piel de cuello, nuca, conducto auditivo externo, cuero cabelludo, región periorbital y pliegues antecubitales y poplíteos.

*En la piel contigua a mucosas dermopapilares se describen el prurito anogenital y el prurito vulvar, en los que se debe investigar la presencia de factores inductores como hemorroides, proctitis, fisuras, parásitos y alteraciones gastrontestinales (como colitis ulcerosa o estreñimiento) en el caso del prurito anogenital y la presencia de candidiasis, tricomoniasis y otras leucorreas en el caso del prurito vulvar.

* Por factores externos: naturaleza de la ropa (nylón, lana), tintes, detergentes de la ropa, duchas y antisépticos vaginales, desodorantes, polvos, sales de baño, lociones y cremas.

* Factores psíquicos: tensión emocional, angustia, frustración, depresión (por ejemplo abortos o partos, intervenciones que causan esterilidad), vida matrimonial infeliz, etc.

2. Prurito a consecuencia de dermatosis bien caracterizadas.

Generalizado o localizado.

A. *Generalizados*: sarna, candidiasis, urticaria, enfermedad de Duhring-Brocq, prurigo, liquen plano, eczema, dermatitis atópica, lesiones cutáneas secundarias a hemopatías y linfomas (p. ej. micosis fungoide).

B. *Localizados*: acompañan numerosas patologías como en los síndromes escleroatróficos vulvares, liquen escleroso, picaduras de mosquitos y garrapatas, etc.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayoría de los pruritos no requieren evaluación médica y se debe tratar de descartar sus causas obvias, como la picadura de un mosquito. Algunas veces, es fácil deducir la causa del prurito y generalmente una simple revisión visual ayudará a identificar cualquier mordedura, picaduras, erupciones, piel seca o irritación.

El prurito recurrente sin una causa obvia, el prurito generalizado y la urticaria recurrente son todos indicadores de la necesidad de evaluación de esta condición tan pronto como sea posible, ya que puede ser un síntoma de una enfermedad o condición subyacente probablemente grave.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica: debe incluir la: naturaleza del prurito, hora de comienzo y de mejoría, calidad

del prurito y cantidad, si el prurito cambia la actividad diaria del paciente, si se asocia a medicamentos, cosméticos o sustancias exógenas. Averiguar historia familiar similar, incluyendo historia de atopía.

Algunas de las preguntas de la historia clínica que documentan el prurito pueden ser:

- ¿Cuánto tiempo se ha tenido la picazón?
- ¿Se siente picazón todo el tiempo?
- ¿Parece empeorar y se ha diseminado?
- ¿Cuál cree que es la causa probable del prurito?
- ¿Ha tenido este tipo de prurito antes?
- ¿Recuerda haber estado en contacto con algún irritante recientemente?
- ¿Tiene alguna alergia o sensibilidad?
- ¿Ha usado nuevos jabones, suavizantes para la ropa, perfumes, desodorantes, telas (lana), químicos?
- ¿Ha estado cerca de animales?
- ¿Ha comido mariscos o nueces últimamente?
- ¿Ha sufrido picaduras de insectos últimamente?
- ¿Utiliza lociones en la piel?
- ¿Ha habido exposición al sol recientemente?
- ¿En qué parte del cuerpo se presenta prurito?
- ¿Se presenta en todo el cuerpo (prurito generalizado)?
- ¿Se presenta el prurito en un área específica?
- ¿Qué área?
- ¿Qué aspecto tiene la piel en donde se presenta prurito?
- ¿Se presenta erupción? De ser así, ¿se presentan ampollas o escamas?
- ¿Está recibiendo tratamiento por otros problemas de salud?
- ¿Qué otros síntomas se presentan?

Examen físico: Se buscarán lesiones de la piel, dermatografismo o iniciación del prurito frente a estímulos como sudor, frío, calor, emociones, vibraciones etc., además facilitará información sobre los puntos siguientes:

- posibles infecciones puntuales
- signos de reacciones a fármacos
- factores ambientales (temperatura, humedad)
- factores físicos (prendas constrictivas o ajustadas)
- evidencia de lesiones (eritema, sequedad, escoriaciones)
- textura de la piel, color, temperatura y lesiones

En caso de no encontrar lesiones cutáneas se pueden pedir los siguientes exámenes para el

estudio del paciente.

- Sangre: Cuadro hemático completo con VSG, diferenciación celular y frotis de sangre periférica; química sanguínea que debe incluir pruebas de función renal y hepática, estudios de hepatitis C, pruebas de autoinmunidad, IgE, pruebas de función tiroidea, hierro sérico, ferritina electroforesis e inmunoelectroforesis de proteínas prueba de embarazo.

- Orina: 5-hidroxiindolacético.

- Heces: sangre oculta y coproparasitológico seriado.

- Anatomíapatólogica: biopsia de piel o para estudios específicos como: (inmunofluorescencia, anticuerpos monoclonales etc.) biopsia de ganglio linfático.

- Estudios radiológicos.

- Evaluación psiquiátrica.

TRATAMIENTO

Es importante romper el círculo prurito – rascado - más prurito.

El tratamiento puede ser clasificado en cuatro categorías:

1) *Educación del paciente y eliminación o minimización de los factores causales*

Evitar rascarse o frotarse las áreas afectadas. Mantener las uñas cortas con el fin de evitar el daño en la piel al rascarse inconscientemente.

Los miembros de la familia o amigos pueden ayudar llamando la atención a la persona cuando se está rascando.

Utilizar ropa de cama fresca y liviana. Se deben evitar prendas de vestir ásperas, en particular lana, sobre el área afectada.

Tomar baños de agua tibia usando poco jabón y enjuagando completamente. Se recomienda un baño de avena o un baño de maizena para suavizar la piel.

Aplicar una loción suavizante después de bañarse para suavizar y refrescar la piel.

Aplicar compresas frías en el área afectada.

Evitar exposiciones prolongadas al calor o la humedad excesivos.

Dedicarse a actividades que lo distraigan de la picazón durante el día y que sean lo suficientemente agotadoras para permitir dormir durante la noche.

2) *Aplicación de medicaciones tópicas y*

3) *tratamientos sistémicos*

Capsaicina en crema al 0.025% o al 0.075% tres veces al día.

Doxepina 25 a 50 mgs. V. O una o dos veces al día teniendo en cuenta que es muy sedante y que debe ser tratado con cuidado en pacientes ancianos o en pacientes con cardiopatías.

Fluoxetina 20 a 40 mg. diarios.

Los antihistamínicos no son útiles, puesto que no son antipruriginosos, a menos que se

compruebe que el prurito es inducido por histamina o que se usen antihistamínicos sedantes con ese fin.

Los corticoides son muy poco útiles por vía tópica aunque a veces se usan y son inútiles por vía sistémica.

Terapias como colchicina, talidomida, dapsona, ciclosporina etc., solamente sirven si son indicadas en la causa del prurito.

Interferón en la hepatitis C, Danazol en los casos de policitemia vera y mielofibrosis.

4) *Modalidades físicas de tratamiento*

Estimulación nerviosa transcutánea (TENS), estimulación de los campos nerviosos cutáneos (CFS)

PUVA (Psoralenos + UVA) y UVB de banda angosta (narrow band), han mostrado ser excelentes como terapéutica en los pruritos por HIV, enfermedad renal, enfermedad hepatobiliar, linfomas y policitemia vera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falabella R, Vistoria J., Barona MA., Domínguez L. Dermatología. 6ª ed. Medellín (Colombia: Ediciones Corporación para Investigaciones Biológicas; 2002
2. Woodall TG, Kantor G. Pruritus. Curr. Probl. Dermatol 2000, 112: 14-16.
3. Kantor G, Bernhard JD. Investigation of the pruritic patients in daily practice. Seminars Dermatol 1995; 14: 290-296
4. Ródenas JM, Tercedor J. Conducta ante un prurito sinemateria. Piel 1994; 9: 343-352.
5. Krajnik M, Zyllicz Z . Pruritus in advanced internal diseases. Pathogenesis and treatment. Neth J Med 2001 Jan 58:1 27-40
6. Yosipovitch G, David M. The diagnostic and therapeutic approach to idiopathic generalized pruritus. Int J Dermatol 1999 Dec 38:12 881-7
7. Klein PA, Clark RA. An evidence-based review of the efficacy of antihistamines in relieving pruritus in atopic dermatitis. Arch Dermatol 1999 Dec 135:12 1522-5
8. Bueller HA, Bernhard JD . Review of pruritus therapy. Dermatol Nurs 1998 Apr 10:2 101-7
9. .Duncan WC, Fenske NA: Cutaneous signs of internal disease in the elderly. Geriatrics 45 (8): 24-30, 1990.
10. Greaves MW: Pathophysiology of pruritus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al., eds.: Dermatology in General Medicine. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill, 1987, Chapter 7, pp 74-78.
11. Larrondo RJ, González A, Hernández L, Larrondo RP. Técnicas para la exploración de los signos patognomónicos de las enfermedades de la piel. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10(4):388-92.
12. Fonseca Capdevila E. Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. En: Rozman C, ed. Medicina Interna Farreras-Rozman. 14ª ed. Madrid: Harcourt 2000, p. 1532-5.