

Prúrigo nodular: presentación de un caso clínico

Nodular prurigo: case presentation

Alonso Cortés Cortés¹
Caroll Lucelly Cardona Giraldo²
Ana María Cortés Ballesteros²
Eliana Gómez Cadavid²
María Johana Londoño²

Resumen

El Prúrigo Nodular de Hyde es una dermatosis crónica que cursa con lesiones papulares y nodulares muy pruriginosas. 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. Se presenta el caso de una mujer de 22 años con lesiones diseminadas en estado avanzado en miembros superiores e inferiores, quien muestra una franca mejoría de aproximadamente el 60% en poco tiempo, con la combinación de tratamientos dermatológicos no tan agresivos como la Crioterapia y Capsaisina más la adición de un antidepresivo como la Trazodona. Además se realiza una breve revisión del tema.

Palabras clave: Prúrigo Nodular, dermatosis crónica.

Abstract

Hyde's Nodular Prurigo is a chronic dermatosis characterized by extremely itchy papular and nodular lesions. Concerning its treatment, a number of topical, intralesional and systemic medicines, along with cryotherapy and phototherapy have been used,

1 Médico especialista en Dermatología. Clínica SOMA.

2 Estudiante Pregrado en Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana.

Correspondencia: Alonso Cortés Cortés. Correo electrónico: elianagc@une.net.co.

Fecha de recibido: Enero 25 de 2008

Fecha de aprobación: Enero 30 de 2008

usually in a concomitant way. In spite of the various options, many treatments lack efficacy and there are no standardized protocols. This manuscript's the presentation of a clinical case concerning a 22-year-old woman with disseminated lesions in an advanced stage in both upper and lower limbs. The patient developed an important (60%) evolution of the clinical picture in little time with the combination of not-so-aggressive dermatological treatments such as cryotherapy and capsaine plus an anti-depressant such as trazodone. A short literature review is performed.

Key words: Lumpy skin, chronic dermatoses.

INTRODUCCIÓN

El Prúrigo Nodular de Hyde (PNH), es una dermatosis crónica pruriginosa, cuyo diagnóstico se realiza por correlación clínico-patológica. En 1880 Hardaway realiza la descripción de una enfermedad rara, en una mujer que presentaba múltiples "tumores" de la piel asociados a prurito¹. Posteriormente, en 1908 Newins Hyde, profesor de dermatología del Rusch Medical Collage, describe un caso en Chicago y propone el nombre de Prúrigo Nodularis^{2,3}. Darier posteriormente agrega el apellido Hyde, conocido desde entonces como PNH³.

Se ha descrito como una enfermedad poco frecuente, pruriginosa, de evolución crónica y por brotes; caracterizada por lesiones de aspecto nodular, múltiple o solitario que se ubican en las superficies extensoras de los miembros en forma diseminada con tendencia a la generalización.

Se presenta este caso de este tipo de dermatosis, por su infrecuencia en el medio, así como por el gran reto que implicó el manejo de esta paciente con un proceso de dos años de profusión de lesiones prácticamente idénticas, lo que le repercutió sobre la estabilidad psicológica,

debido especialmente a la intensidad extrema del prurito que la afectaba.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente mestiza de 22 años de edad, soltera, que consultó por que desde hacia un año venía presentando lesiones nodulares, localizadas especialmente en las extremidades, que producían un prurito desesperante, por lo cual había consultado a varios médicos generales, sin recibir alivio a pesar de las múltiples tratamientos formulados. La paciente además presentaba cierta ansiedad e inestabilidad emocional por su patología. En agosto de 2006 consultó al Servicio de Dermatología de la Clínica Soma de la ciudad de Medellín, donde se tuvo oportunidad de examinarla.

Descripción clínica de las lesiones cutáneas

Se apreciaron cerca de cien lesiones de aspecto nodular que medían de 0,5 a 1,5 cms. de diámetro, elevadas varios milímetros sobre la superficie cutánea, diseminadas por los miembros superiores e inferiores, sin tendencia a confluir, separadas una de otra por varios centímetros; eran de coloración oscura, de

superficie irregular, secas, algunas de ellas escoriadas y con microcostras hemáticas. En los espacios de la piel que separa las lesiones, no se encontraron cambios de pigmentación ni de textura. Escasas las lesiones se encontraban en fase involutiva. Ver foto 1.

Basados en los datos anteriores la impresión diagnóstica por el aspecto morfológico y la sintomatología fue de *Prurigo Nodular*. También se pensó en la posibilidad de un liquen córneo e hipertrófico, el cual se descartó por el cuadro histológico que en éste es patognomónico, y en tercer lugar, se descartó la neurodermatitis diseminada, que se presenta en forma de placas pruriginosas mas no de nódulos, por lo cual fue necesario tomar una biopsia para definir el diagnóstico.

Estudio histopatológico

La biopsia tomada de uno de los nódulos del brazo derecho mostró una epidermis irregularmente hiperplásica, con hiperqueratosis y paraqueratosis focal, en áreas con el aspecto de una hiperplasia pseudoepiteliomatosa. En la dermis se encontró un infiltrado linfocítico moderado perivascular e intersticial, acompañado de algunos eosinófilos, mastocitos, macrófagos y melanófagos; además de las papilas dérmicas ensanchadas, con haces colágenos engrosados, lo mismo que los muy característicos filetes nerviosos prominentes.

Desde agosto de 2006 se ha seguido la paciente, logrando ya, en noviembre del mismo año que el prurito haya cedido notablemente, y que, muchos de los

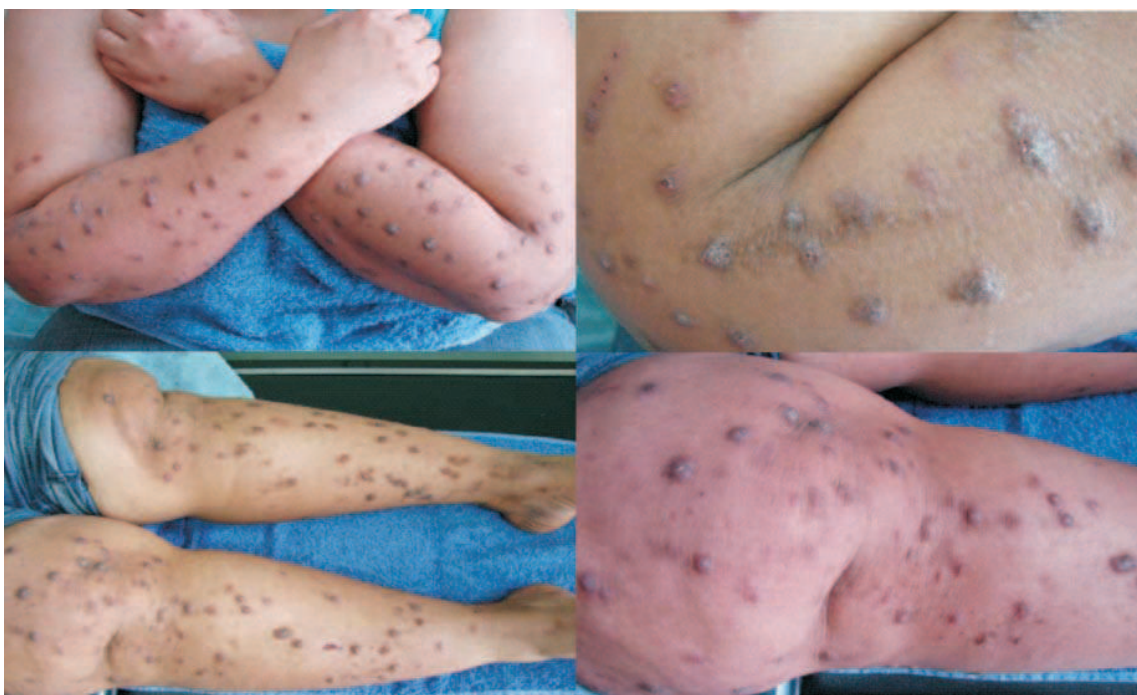


Foto1. Foto inicial del paciente con claras lesiones nodulares

nódulos hayan disminuido de tamaño y algunos de ellos han casi desaparecido con una mejoría del 60% en la paciente. Esto se ha logrado con el uso de la crioterapia en algunas áreas y la Capsaisina en otras, lo mismo que con el uso sistémico de la Trazodona a la dosis de 50 mg al día. La paciente sigue en observación cada 15 días y con el mismo tratamiento.

En la última revisión de la paciente, realizada en enero de 2007, se le encontró en franca mejoría de los síntomas y las lesiones, las cuales se han aplanado, llegando a convertirse casi en máculas hiperpigmentadas, razón por lo que se decide continuar con el mismo tratamiento.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Bajo el nombre de prúrigo se designa a un grupo de entidades dermatológicas, que se caracterizan desde un punto de vista clínico por presentar lesiones morfológicas y evolutivamente características que siempre van acompañadas de un prurito generalmente intenso ².

Las lesiones se inician bruscamente en las extremidades y el tronco (en las formas agudas) y de preferencia sólo en las extremidades (en las formas crónicas). Al principio se trata de habones eritematosos, urticariformes, pero más sólidos, pues a diferencia de las lesiones de la urticaria que duran horas, los del prúrigo duran de días a semanas y además presentan en su superficie una



Foto 2. Foto del paciente después del tratamiento.

vesícula que puede llegar al tamaño de una ampolla, la cual se rompe y va seguida de una costra hemática (seropápula de Tomasoli) ^{2,3}.

Al otro lado del aspecto morfológico-evolutivo se presentan los prúrigos crónicos que son persistentes e intensamente pruriginosos, que se inician en forma similar a las pápulas ya descritas del Prúrigo simple agudo y subagudo, pero que debido al repetido y prolongado rascado se transforma en pápulas de 0,5 a 2 cms de diámetro altamente queratinizadas y muchas de ellas con excoiraciones ⁴.

Prúrigo nodular o de Hyde

Con este nombre se designa una dermatosis que se caracteriza por presentar múltiples nódulos de extensa dimensión cutánea y que a pesar de ser poco frecuente, tiene suma importancia por el intenso y persistente prurito que produce y que se hace casi incontrolable ⁵.

Epidemiología

Esta dermatosis afecta de preferencia al sexo femenino ^{1,6}, de edad media a avanzada ^{1,3,7} y que generalmente presente factores emocionales concomitantes ^{7,8}, mostrando relación con las exacerbaciones de este proceso patológico. No existe evidencia alguna de transmisión genética ^{1, 3, 5, 6,9}.

Descripción clínica

Las lesiones elementales que caracterizan a esta dermatosis, son nódulos de 0,5 a 2cm de diámetro, numerosos, casi siempre más de 20, diseminados por las superficies de extensión de los miembros ^{1,6,10}, inexistentes o muy escasos

en el tronco, prácticamente nunca en la cara, de color café oscuro, de superficie seca rugosa, ocasionalmente excoriada con micro costras hemáticas, de consistencia sólida y persistencia tenaz ^{3,5}.

El prurito del que se quejan los pacientes es desesperante y casi inaguantable ¹.

Histología

Existe hiperplasia epidérmica irregular que puede rodear los anexos cutáneos y dar origen a una hiperplasia pseudoepiteliomatosa ⁵. La capa córnea muestra hiperqueratosis con área de paraqueratosis y ocasionalmente exulceraciones. En la dermis superior hay notorio infiltrado mononuclear especialmente de linfocitos con escasos eosinófilos, mastocitos, algunos macrófagos y melanófagos, lo mismo que eritrocitos extravasales. En la dermis papilar hay haces colágenos engrosados y de orientación vertical, fibroblastos prominentes y vasos abundantes y dilatados ³. En la dermis reticular se aprecia hiperplasia de los filetes nerviosos en algunos casos y cuando esto sucede se da como argumento para la presencia del prúrigo intenso.

Etiopatogénesis

Estudios recientes han demostrado aumento de neuropéptidos (sustancia P y péptidos vaso activos intestinales) en los nódulos del Prúrigo Nodular ⁹ que podrían ser los desencadenantes de la proliferación dermo- epidérmica y neural de estas lesiones ^{4, 11}.

Igualmente, se encuentra en muchos pacientes con esta afección un aumento en los niveles de Inmunoglobulina E ^{9,11} que podría delatar un terreno atópico que

predispondría a las antes mencionadas proliferaciones dermo-epidérmicas y neurales⁴.

Tratamiento

Hay que tener en cuenta la expansión de las lesiones desde el punto de vista local y la existencia o no de trastornos emocionales¹².

Desde el punto de vista tópico es posible, si son pocas lesiones, la infiltración con Triamcinolona diluyendo 10mg en 4cc de Xilocaína al 1%, o la aplicación tópica de ungüento potente de corticoesteroides o de Capsaicina, que neutralizaría los neuropéptidos que están aumentados en las lesiones del Prúrigo Nodular.

En muchos casos es necesario, además, el tratamiento sistémico con antihistamínicos con acción central como la hidroxicina o corticoesteroides por vía oral o parenteral, que servirían como antipruriginosos y antiinflamatorios, con estricto control para evitar los efectos adversos de estos fármacos.

Asimismo, la Talidomida ha sido usada en casos ya desesperantes¹³⁻¹⁶, muchas veces con éxito, pero su utilización debe ser muy vigilada ya que tiene efectos teratogénicos¹⁶.

En pacientes que presenten claros signos depresivos o ansiedad notoria, se deben usar antidepresivos y ansiolíticos que frecuentemente colaboran para aliviar la sintomatología^{9,12,17,18} y han mostrado una ayuda al tratamiento convencional en la mejoría del cuadro clínico.

DISCUSIÓN

El Prúrigo Nodular es por sí, una patología de difícil tratamiento, lo que hace interesante la publicación de este caso clínico.

En esta paciente la presentación agresiva, su gran extensión, la forma de las lesiones y la sintomatología tan severa nos llevó a pensar en un difícil manejo, pero que, por fortuna, respondió satisfactoriamente con tratamientos no tan agresivos, lo que muestra que en este caso fuera de su patología dermatológica, tenía ciertos componentes emocionales, principalmente un cuadro ansioso, que al parecer, exacerbaban la clínica, por lo que se concluye que la mejoría fue debida, en buena parte, al adicionar al tratamiento del prúrigo un antidepresivo, sin restar importancia al manejo con la Capsaicina y la crioterapia.

En la literatura médica se han reportado pocos casos de Prúrigo Nodular, donde la clínica y la sintomatología son muy parecidas al caso presentado en este artículo, llamando la atención el componente emocional presente en algunos de ellos^{17,18}.

Con relación al manejo, los casos reportados presentan una importante mejoría clínica con tratamientos muy agresivos como es el uso de la Talidomida¹³⁻¹⁶; a demás de ser pacientes de edad avanzada, a diferencia de la paciente reportada en este caso, cuya mejoría fue notoria con tratamientos poco agresivos, evitándole así efectos secundarios importantes de los medicamentos comúnmente utilizados.

Con esta presentación de caso, queda abierta la posibilidad de hacer otros estudios donde se pueda evaluar la fre-

cuencia de esta enfermedad en nuestro medio y los factores de riesgo que están asociados con el Prúrigo Nodular. ■

REFERENCIAS

1. Navarrete G, Medina D, Olgúin G, Navarrete G, Medina D, Olgúin G. Prúrigo Nodular de Hyde: presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004;13 (2).
2. Soter AN. Prurigo Nodularis en Fitzpatrick's *Dermatology in General Medicine*. 6. ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1196 -97.
3. Sanpaio S, Rivitti EA. *Dermatología*. 2. ed. San Pablo, Brasil: Saunders; 2000. p. 213 – 14.
4. Johansson, et al. Increased nerve growth factor and tyrosine kinase like immunoreactivities in Prurigo Nodularis. *Arch Dermatologie Research* 2000; 293: 614 – 19.
5. Braun F, Plewig W. *Dermatologie und venerologie*. 5. ed. Massachussetts : Blackwell; 2005. p. 418 – 20.
6. *Atlas de eccema atopico*. Philadelphia : Saunders ; s.f. p.59.
7. Grasa P, Marrón J, Martín J, Porta N, Navarro M, et al. Prúrigo Nodular de Hyde: a propósito de cinco casos observados en adultos y dos infantiles. *Actas Dermo Sif* 1983; 74:170-76.
8. McKenzie AW, Stubbing DG, Eloy BL. Prurigo Nodularis and gluten enteropathy. *Br J Dermatol* 1976; 95: 89-92.
9. Paus R, Schmelz M, Biró T, Steinhoff M. Frontiers in pruritus research: scratching the brain for more effective itch therapy. *J Clin Investig* 2006; 116: 1173 – 83
10. Arenas R. *Dermatología Atlas: Prúrigo Nodular de Hyde*. 2. ed. México: McGraw-Hill Interamericana ; 1996. p. 70-71.
11. Harris B, Harris K, Penneys NS. Demonstration by S-100 protein staining of increased numbers of nerves in the papillary dermis of patients with Prurigo Nodularis. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 26: 56-58.
12. Johny MK. San Francisco. *West J Med*. December 1989 : 151 – 6.
13. Pellido P, Agüero C, Kriunis I. Thalidomide and analogous. *Alergia e Inmunología Clínica* 2005; 36(2): 41-51.
14. Thomas L, Ducros B, Secchi T, Balme B, Moulin G. Successful treatment of adult's Langerhans cell histiocytosis with thalidomide. *Arch Dermatol*. 1993; 129: 1261-64.
15. Maurer T, Poncelet A, Berger T. Thalidomide treatment for prurigo nodularis in humans. 2006.
16. Perri III AJ , Hsu S. A review of thalidomide's history and current dermatological applications. *Dermatology online Journal* 9
17. John MK. Treating Compulsive Behaviors in *Dermatology*. *West J Med*. 2000; 155: 523.
18. Schneider G. Psychological factors in Prúrigo Nodularis. *Br J Dermatol* . 2006 ;154 : 61
19. Vega JA, García-Suárez O, Hannestad J, Pérez-Pérez M, Germanà A. Neurotrophins and the immune system anatomical. *J Anat*. 2003 July; 203(1): 1–19.
20. Iglesias DL, Guerra TA, Ortiz R. PL. Prúrigo tratado de dermatología. *Medicina*; 2000: 396 - 97.



**Universidad
Pontificia
Bolivariana**

SU OPINIÓN



Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerle un excelente producto.
La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será
muy valiosa en el proceso de mejoramiento que realizamos.

Para darnos su opinión, comuníquese a través
de la línea (57)(4) 415 9012 o vía E-mail a editorial@upb.edu.co
Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación,
su nombre, e-mail y número telefónico.

Esta revista se terminó de imprimir
en los talleres de Artes y Letras S.A.
en el mes de junio de 2007.