

Prurigo nodular tratado con UVB de banda estrecha

Prurigo nodularis treated with narrow band UVB.

Diego Mauricio Ordóñez¹, Ana Francisca Ramírez², Antonio Torres³.

1. RIII Dermatología, Universidad del Valle.

2. Dermatóloga Oncóloga, Universidad del Valle.

3. Dermatopatólogo. Universidad del Valle.

Correspondencia:

Diego Mauricio Ordóñez

Email: dmordonezb@hotmail.com

Recibido: Octubre 3 de 2007.

Aceptado: Noviembre 15 de 2007.

No se reportan conflictos de intereses.

Resumen

Paciente femenina de 32 años, con cuadro clínico de cinco años de pápulas y nódulos pruriginosos, desarrollados en la parte distal de las extremidades; las lesiones excoriadas estaban cubiertas por costras y descamación. Se hizo diagnóstico de prurigo nodular confirmado por biopsia. La respuesta a los tratamientos convencionales fue pobre. Se inició fototerapia UVB de banda estrecha con buenos resultados.

PALABRAS CLAVE: prurigo nodular, excoriaciones, fototerapia, UVB de banda estrecha.

Summary

We show a case of a 32 years old female patient, who complained of five years of itchy papules and nodules, developed on the distal parts on the limbs. Crust and scale covered excoriated lesions. A punch biopsy was reported as prurigo nodularis. The response to the conventional treatments was poor, narrow-band UVB was started with good results.

KEY WORDS: prurigo nodularis, excoriation, phototherapy, narrow-band UVB.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 32 años, procedente de Cali, con cuadro clínico de cinco años de pápulas pruriginosas, pigmentadas, excoriadas, liquenificadas, algunas hiperqueratósicas que confluían y formaban placas y nódulos, localizadas en las extremidades inferiores y se extendían a los miembros superiores, el cuello y la cara. (FIGURAS 1 Y 2). Había recibido tratamiento con anti-histamínicos, talidomida, esteroides tópicos y orales, con efectos adversos y sin respuesta clínica satisfactoria.

No se reportan antecedentes personales ni familiares. Hemograma, TSH, pruebas hepáticas, electrolitos normales, serología no reactiva. Elisa para VIH, HBsAg, Anti VHC, negativos.

Histología: secciones de piel con gran hiperqueratosis ortoqueratósica, granulosis, marcada acantosis y papilomatosis irregular. En la dermis presenta escaso infiltrado

inflamatorio perivascular superficial constituido por linfocitos (FIGURA 3).

Se inicia mirtazapina (inhibidor de la recaptación de serotonina) sin respuesta después de dos meses. La paciente rechaza intervención de psiquiatría. Se decide iniciar fototerapia UVB de banda estrecha (311nm), dos sesiones semanales, con lo cual se obtiene una mejoría aproximada del 80% de sus lesiones en cuatro semanas, con buena tolerancia y adherencia al tratamiento.

Discusión

El prurigo nodular es una enfermedad de etiología desconocida.¹ Descrita en 1880 por Hardaway en un paciente con lesiones cutáneas crónicas nodulares y extremadamente pruriginosas. Posteriormente Hyde y Montgomery (1909) denominaron prurigo nodular a una erupción intratable, rara e idiopática caracterizada por la



FIGURA 1. Lesiones iniciales. Nódulos y pápulas hiperqueratósicos, pigmentados, excoriados.



FIGURA 3. Ocho sesiones de fototerapia. Mejoría de las lesiones en la piel; persisten pigmentaciones.

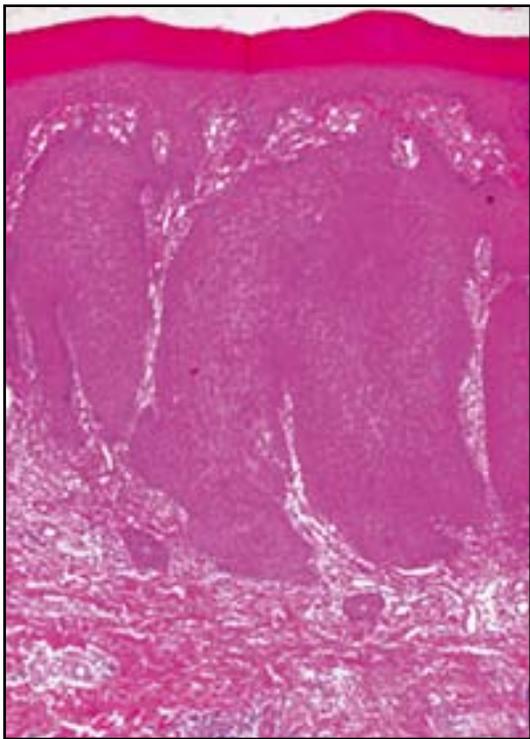


FIGURA 2. Histopatología. Piel con gran hiperqueratosis ortoqueratósica, granulosis, marcada acantosis y papilomatosis irregular. En la dermis presenta escaso infiltrado inflamatorio perivascular superficial constituido por linfocitos.

persistencia de nódulos y/o pápulas hiperqueratósicas pruriginosas localizadas en la superficie extensora de las extremidades. El prurito únicamente aliviado por el rascado produce daño cutáneo, e induce la formación de excoriaciones y cicatrices.²

Se ha asociado a estrés emocional, trastornos neuropsiquiátricos, dermatitis atópica, anemia, déficit de hierro, enfermedades hepáticas, incluso hepatitis C, VIH, embarazo, insuficiencia renal, fotodermatitis, enteropatía por gluten, disfunción tiroidea y picaduras de insectos.

Los hallazgos histológicos corresponden a una dermatitis crónica con marcada liquenificación, hiperqueratosis, acantosis irregular y un infiltrado dérmico perivascular de células mononucleares.³

El tratamiento convencional es limitado y poco satisfactorio.⁴ Las medidas locales incluyen lociones antipruriginosas y emolientes, esteroides tópicos o intralesionales, útiles en lesiones aisladas; en caso de lesiones generalizadas, el tratamiento mediante este método suele ser difícil de aplicar y es discutible su eficacia.

En los casos generalizados la fototerapia UVB de banda estrecha (311nm) es utilizada con muy buenos resultados. La PUVA y la UVA1 han mostrado efectividad.⁵ Se han obtenido buenos resultados con talidomida, terapias combinadas en forma secuencial con UVB y talidomida, ciclosporina a dosis de 3- 4.5 mg/ kg/día; como terapia

adyuvante se ha utilizado crioterapia.

Los psicofármacos utilizados para el tratamiento de este trastorno son los inhibidores de la recaptación de serotonina : fluoxetina y sertralina. Cuando el resultado sea positivo debe mantenerse de forma prolongada y en algunos casos de manera indefinida.

Conclusión

El prurigo nodular es una enfermedad de etiología desconocida y de difícil manejo. En los casos generalizados o resistentes al tratamiento, la fototerapia UVB de banda estrecha (311nm) es una alternativa efectiva.

Referencias

1. Lee MR, Shumack S. Prurigo nodularis : a review. *Australas J Dermatol.*2005; 46: 211-8.
2. Wallengren J. Prurigo : diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.*2004;5: 85-95.
3. Rowland Payne CM, Wilkinson JD, McKee PH, Nodular prurigo-a clinicopathological study of 46 patients. *Br J Dermatol.*1985;113:431-9.
4. Hundley JL, Yosipovitch G., Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: A pilot study. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:889-91.
5. Ferrandiz C. Sequential combined therapy with thalidomide and narrow-band UVB in the treatment of prurigo nodularis. *Dermatology.* 1997; 195:359.