

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i4.10630>

Prurigo crónico nodular de causa metabólica

Chronic nodular prurigo of metabolic cause.

Marilyn Dayana Rivero Bermúdez,¹ Elianny del Carmen Andazora González,¹ Sandra Carlina Vivas Toro²

Resumen

ANTECEDENTES: En dermatología, el término prurigo puede generar confusión, debido a que puede utilizarse para hacer referencia a dermatosis particulares, así como para describir lesiones cutáneas características. En 2018 el *European Prurigo Project* estableció la definición de prurigo crónico como una enfermedad independiente caracterizada por prurito crónico (más de seis semanas de evolución) y múltiples lesiones pruriginosas localizadas o generalizadas. El término prurigo crónico engloba variantes morfológicas, incluida la nodular.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 51 años, natural y procedente del estado Carabobo, Venezuela, de fototipo cutáneo IV, quien tenía una dermatosis generalizada, bilateral y simétrica, con predominio en los miembros inferiores, caracterizada por pápulas eritemato-violáceas, de bordes regulares, bien definidos, así como nódulos hiperpigmentados, de color pardo oscuro, redondeados, de consistencia dura con escamas blancas en la superficie, áreas de liquenificación y escoriaciones, pruriginosa y signo de la mariposa, de un año de evolución.

CONCLUSIONES: El prurigo crónico nodular es una enfermedad compleja, asociada con una gran cantidad de comorbilidades. Su origen puede ser heterogéneo y multifactorial. Gran parte de los casos resultan resistentes a los tratamientos convencionales, por lo que es indispensable un enfoque individualizado, así como un manejo multidisciplinario en el que el dermatólogo tiene el papel principal para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Prurigo crónico; prurito; liquenificación.

Abstract

BACKGROUND: In dermatology, the term prurigo can cause confusion, because it can be used to refer to particular dermatoses, as well as to describe characteristic skin lesions. In 2018 the *European Prurigo Project* established the definition of chronic prurigo as an independent disease characterized by chronic pruritus (more than six weeks of evolution), and multiple localized or generalized pruritic lesions. The term chronic prurigo encompasses morphological variants, including nodular.

CLINICAL CASE: A 51-year-old female patient, native and from the state of Carabobo, Venezuela, skin phototype IV, who presented generalized, bilateral and symmetrical dermatosis, predominantly on the lower limbs, characterized by erythematous-violet papules, with regular edges, well defined. Likewise, hyperpigmented nodules, dark brown in color, rounded, of a hard consistency with white scales on the surface, areas of lichenification and abrasions, pruritic, butterfly sign, of one year of evolution.

CONCLUSIONS: Chronic nodular prurigo is considered a complex disease, associated with many comorbidities. Its origin may be heterogeneous and multifactorial. In addition to this, many cases are resistant to conventional therapies, so an individualized approach is essential, as well as multidisciplinary management where the dermatologist has the main role in the diagnosis and treatment of these patients.

KEYWORDS: Chronic prurigo; Pruritus, Lichenification.

¹ Residente de segundo año del posgrado de Dermatología.

² Médica internista dermatóloga. Jefa del servicio de Dermatología. Coordinadora académica del programa de posgrado de Dermatología. Magister en Investigación educativa. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Universidad de Carabobo, Venezuela.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0003-1994-2607>

Recibido: julio 2023

Aceptado: noviembre 2023

Correspondencia

Marilyn Dayana Rivero Bermúdez
dra.marilynrivero@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Rivero-Bermúdez MD, Andazora-González EC, Vivas-Toro SC. Prurigo crónico nodular de causa metabólica. *Dermatol Rev Mex* 2025; 69 (4): 544-549.

ANTECEDENTES

En dermatología el término prurigo puede generar confusión debido a que puede utilizarse para hacer referencia a dermatosis particulares, así como para describir lesiones cutáneas características. Con la finalidad de aclarar las dudas en relación con este concepto, el *European Prurigo Project*, en 2018, estableció la definición de prurigo crónico como una “enfermedad independiente, caracterizada por prurito crónico (más de seis semanas de evolución), y múltiples lesiones pruriginosas localizadas o generalizadas”. El prurigo crónico se clasifica según la morfología de las lesiones en: nodular, papular, en placas, umbilicado o lineal. En otras palabras, el término prurigo crónico engloba a todas las variantes clínicas, incluida la nodular o *nodularis*.

Un paciente puede manifestar lesiones pruriginosas morfológicamente distintas al mismo tiempo, que pueden cambiar durante el curso de la enfermedad. De todas las variantes de prurigo crónico, la más estudiada es el prurigo crónico nodular.¹ Su origen puede ser diverso: dermatológico, sistémico, neurológico, psiquiátrico-psicosomático, multifactorial o indeterminado. La mayoría de los autores reconocen signos de dermatitis atópica en un porcentaje considerable de los pacientes.¹⁻⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 años, natural y procedente del estado Carabobo, Venezuela, de fototipo cutáneo IV, con antecedentes personales de síndrome de ovario poliquístico, quien acudió a la consulta por una dermatosis generalizada, bilateral y simétrica, con predominio de los miembros inferiores, caracterizada por pápulas eritemato-violáceas, de bordes regulares, bien definidos, con hematocostras en la superficie, así como nódulos hiperpigmentados, color pardo oscuro, redondeados, de consistencia dura, con escamas blancas en la superficie, áreas de

liquenificación y escoriaciones, pruriginosa, signo de la mariposa, de un año de evolución. **Figuras 1 y 2**

A la dermatoscopia se evidenciaron áreas blanco-perladas con patrón en estallido de estrellas, erosiones, finas escamas blanquecinas, taponamiento folicular y vasos puntiformes. **Figura 3**

Se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma completo, perfil metabólico, lipídico, renal, hepático y tiroideo, VIH, VDRL y radiografía de tórax. Los resultados de los estudios de laboratorios reportaron perfil lipídico alterado e insulina basal y posprandial sobre los valores normales. Se refirió con el endocrinólogo quien, luego de la evaluación física y paraclínica, planteó el diagnóstico de síndrome metabólico con hiperinsulinismo.



Figura 1. Dermatitis bilateral y simétrica, caracterizada por pápulas eritemato-violáceas y nódulos hiperpigmentados, con escamas blancas en la superficie.



Figura 2. Signo de la mariposa: ausencia de lesiones en la zona interescapular y la región central de la espalda.

En estudio histopatológico de piel teñido con hematoxilina eosina a 40 y 100x evidenció epidermis con hiperqueratosis, paraqueratosis focal, hipergranulosis, acantosis irregular, fibrosis leve en la dermis papilar y escaso infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial. **Figura 4**

Con los hallazgos mencionados se estableció el diagnóstico de prurigo crónico nodular de origen metabólico y se indicó el siguiente tratamiento: medidas generales de la piel, difenhidramina (tabletas de 25 mg), clobetasol (crema al 0.05%), fototerapia UVB de banda estrecha y metformina (tabletas de 500 mg), con alivio clínico de los síntomas.

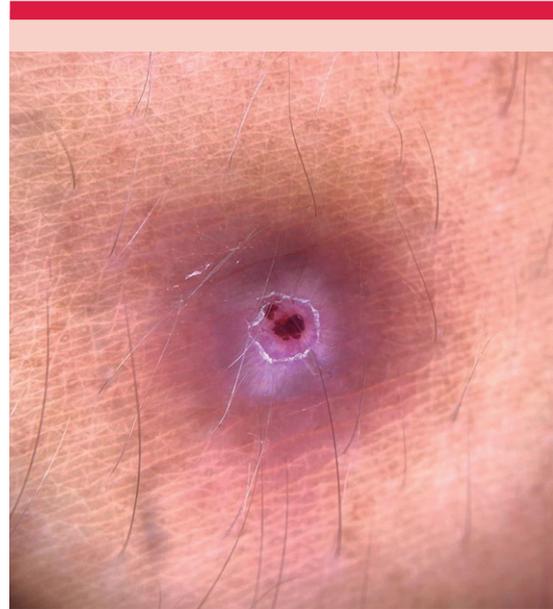


Figura 3. Dermatoscopia con luz polarizada: áreas blanco-perladas con patrón en estallido de estrellas, erosiones, finas escamas blanquecinas, taponamiento folicular y vasos puntiformes.

DISCUSIÓN

El prurigo nodular es una dermatosis pruriginosa, poco frecuente, de causa desconocida, caracterizada por nódulos, solitarios o múltiples, habitualmente simétricos y agrupados, que se ubican en las superficies extensoras de las extremidades, con tendencia a la generalización. Pueden mostrar hiperpigmentación posinflamatoria perilesional. La evolución es crónica y recurrente sin tendencia al alivio espontáneo.³

Esta dermatosis puede aparecer a cualquier edad, pero se observa con más frecuencia entre los 20 y 60 años. Algunos autores refieren que no hay predilección de sexo; sin embargo, otros señalan cierta prevalencia en el sexo femenino.⁵

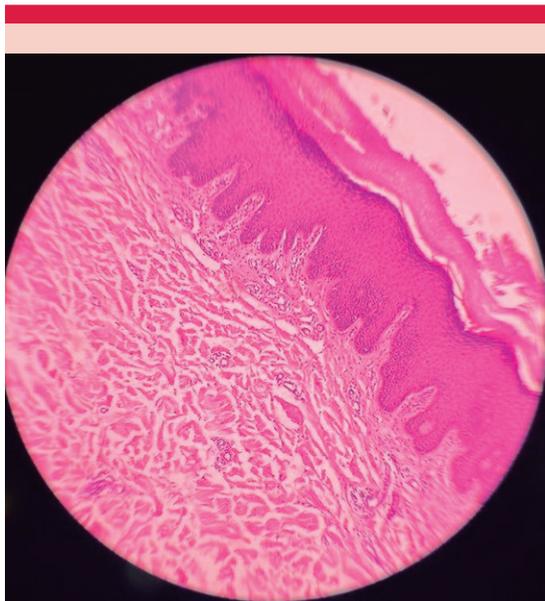


Figura 4. Estudio histopatológico: epidermis con hiperqueratosis, paraqueratosis focal, hipergranulosis, acantosis irregular, fibrosis leve en la dermis papilar y escaso infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial (HE, 40x).

La fisiopatología de este padecimiento sigue siendo desconocida. Los estudios recientes apuntan a un componente neurocutáneo. Están sobreexpresados el factor de crecimiento nervioso y su receptor tirosina cinasa, así como neuropéptidos (sustancia P y el péptido derivado del gen de la calcitonina). Se han postulado alteraciones en neurotransmisores, como la dopamina, serotonina, histamina y los péptidos opioides, principalmente en los pacientes con trastornos psiquiátricos asociados: depresión, ansiedad, estrés y trastorno obsesivo-compulsivo.⁵

Se han descrito diversos factores locales y sistémicos, que pueden actuar como agravantes o desencadenantes de esta enfermedad: calor, sudor, liquen simple crónico, picaduras de insectos, foliculitis, eccema numular, infección

por micobacterias, enfermedad obstructiva biliar, hepatitis B y C, VIH, insuficiencia renal crónica, enfermedad de Hodgkin, leucemia, anemia, policitemia vera, estasis venosa, tumores sólidos, síndrome carcinoide, hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes, parasitosis, reacciones a fármacos, enteropatías inducidas por gluten u otra forma de malabsorción. Gran parte de los pacientes afectados tienen antecedentes personales o familiares de atopia y pueden tener concentraciones elevadas de IgE sérica. Cuando estas afecciones coexisten se denomina prurigo de Besnier o prurigo atópico.³⁻⁷

Algunos autores apoyan la teoría del traumatismo crónico debido a la fricción repetida por rascado persistente y lo consideran una respuesta de la piel al traumatismo, por lo que resulta indispensable descartar causas sistémicas como agente etiológico.^{3,5}

El diagnóstico del prurigo crónico es clínico y se basa en una exploración física completa y una historia clínica detallada. El principal e inicial síntoma es el prurito severo asociado con múltiples lesiones papulares y nodulares, escoriadas, de distribución generalizada en la mayoría de los casos, que no afectan la cara, las palmas y las plantas. Es característica la ausencia de lesiones en la zona interescapular y la región central de la espalda, que forma el denominado signo de la mariposa.^{5,2}

Los estudios paraclínicos que deben solicitarse son: hemograma completo con diferencial, pruebas de función renal, tiroidea y hepática con el fin de descartar las principales causas sistémicas. Además, se recomienda practicar una radiografía de tórax para descartar un linfoma y las pruebas de detección de VIH o enfermedad parasitaria. La necesidad de evaluaciones más extensas deberá individualizarse, según los antecedentes del paciente y los resultados de las pruebas mencionadas.^{5,8}

El examen histológico se recomienda en casos de duda diagnóstica o sin respuesta adecuada a los medicamentos de primera línea. La epidermis se describe con ortohiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis que, en ocasiones, llega al grado de una hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Se produce el signo de la palma peluda, en el que se visualiza una hiperqueratosis similar a la observada en piel acral, pero con folículos pilosos. Se evidencia fibrosis en la dermis papilar y reticular, con aumento de fibroblastos y un infiltrado inflamatorio predominantemente perivascular e intersticial con linfocitos y macrófagos.²

La dermatoscopia puede facilitar su diferenciación de otras enfermedades, especialmente del liquen plano hipertrófico. En el prurigo crónico nodular se evidencian como hallazgos más frecuentes: líneas blanquecinas dispuestas radialmente, patrón de estallido de estrellas blanco, o halo blanquecino periférico con algunas proyecciones centrífugas gruesas sobre un fondo pardusco o rojizo, así como áreas blancas perladas. Otros hallazgos dermatoscópicos frecuentes en el área central de los nódulos hiperqueratósicos incluyen: hiperqueratosis-escamas, costras pequeñas, únicas o múltiples, de color marrón rojizo o amarillento y erosiones. Entre las características menos comunes se describe el taponamiento folicular, puntos y glóbulos rojos, vasos punteados o glomerulares.^{2,9}

El diagnóstico diferencial debe incluir el liquen plano hipertrófico, en el que, generalmente, se observan lesiones típicas de liquen plano en otra localización, penfigoide nodular, prurigo actínico, queratoacantomas múltiples, escabiosis nodular, dermatitis herpetiforme, enfermedad perforante, dermatitis atópica y excoiaciones por neurosis.^{3,5}

El prurigo crónico nodular es una afección resistente a las terapias convencionales, por lo que su tratamiento suele ser limitado y poco

satisfactorio. Las terapias tienen como objetivo principal romper el círculo vicioso del rascado, curar las lesiones cutáneas pruriginosas y tratar las enfermedades subyacentes. La intensidad del prurito, la edad, las comorbilidades, los factores emocionales, la medicación, los tratamientos previos y sus posibles efectos secundarios deben tenerse en cuenta y tratarse, si es necesario, de manera multidisciplinaria. Resulta fundamental un régimen multimodal a largo plazo de tratamientos sistémicos y tópicos, así como educación y orientación detallada. En pacientes con una gran cantidad de nódulos inflamados o excoiados y deterioro grave de la calidad de vida y la salud mental es más difícil lograr una buena respuesta al tratamiento.^{3,10}

Las opciones de tratamiento tópico consisten en emolientes, corticosteroides tópicos (de media a alta potencia) o intralesionales, inhibidores de la calcineurina y capsaicina. La fototerapia que incluye psoraleno o luz ultravioleta, especialmente UVB de banda estrecha, o la terapia con láser, también pueden conducir al alivio del prurito y a la curación de las lesiones pruriginosas. Los antihistamínicos H1, los gabapentinoides (gabapentina, pregabalina), los antagonistas de los receptores de opioides (naloxona, naltrexona), los antidepresivos (mirtazapina), los inmunosupresores (ciclosporina A, metotrexato, talidomida), las moléculas pequeñas (los antagonistas de los receptores de neurocinina 1 como aprepitant) y los productos biológicos (dupilumab) representan el tratamiento sistémico.

Los inhibidores de la Janus cinasa se prescriben cada vez más en la rutina clínica, pero aún no están aprobados para tratar el prurigo crónico nodular. Éstos comprenden productos biológicos que interfieren con los mecanismos neuroinmunitarios en el prurigo crónico nodular. En la actualidad se están probando varias moléculas novedosas en ensayos controlados aleatorios en Estados Unidos y Europa.¹⁰

CONCLUSIONES

El prurigo crónico nodular se describe como una dermatosis intensamente pruriginosa, que evoluciona con persistencia o recurrencia de las lesiones, por lo que puede afectar drásticamente la calidad de vida de los pacientes, así como favorecer la aparición de trastornos psicosociales. Su origen puede ser muy heterogéneo y, gran parte de las ocasiones, multifactorial. Aunado a esto, en muchos casos es resistente a los tratamientos convencionales, por lo que es indispensable un enfoque individualizado, así como un manejo multidisciplinario en el que el dermatólogo tiene el papel principal para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Espiñeira Sicre J, Docampo Simón A, Silvestre Salvador JF. Prurigo crónico nodular: Estudio retrospectivo de 74 casos. *Actas Dermosifiliogr* 2022; 113 (9): 866-73. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.05.018>
2. Docampo-Simón A, Sánchez-Pujol MJ, Silvestre-Salvador JF. Update on Chronic Prurigo. *Actas Dermosifiliogr* 2022; 113: 563-74. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.11.002>
3. Lezcano DL, Di DB, Ortiz M, et al. Prurigo nodular Prurigo nodularis. *Arch. Argent. Pediatr* 2008; 106 (5): 443-57. doi: 10.1590/S0325-00752008000500013
4. Carrascosa M, Ferrándiz C. Estrategias terapéuticas en el prurigo nodular. *Piel* 2001; 16 (7): 360-4. [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(01\)72480-X](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(01)72480-X)
5. Rodríguez BA. Prurigo nodular: conceptos básicos. *Rev Med Cos Cen* 2016; 73 (618): 157-59.
6. Williams KA, Roh YS, Brown I, et al. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of prurigo nodularis. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2021; 14: 67-77. <https://doi.org/10.1080/17512433.2021.1852080>
7. Reyes L. Prurigo nodular, revisión del tema a propósito de un caso. *PIEL-L Latinoamericana* 2012. <http://piel-l.org/blog/2667>
8. Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K, et al. *Dermatología en Medicina General*. 8a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2014; 184-186.
9. Errichetti E, Piccirillo A, Stinco G. Dermoscopy of prurigo nodularis. *J Dermatol* 2015; 42 (6): 632-4. doi: 10.1111/1346-8138.12844
10. Müller S, Bieber T, Ständer S. Therapeutic potential of biologics in prurigo nodularis. *Expert Opin Biol Ther* 2022; 22 (1): 47-58. <https://doi.org/10.1080/14712598.2021.1958777>

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**. Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

