

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**REFERENTES PARA LA COMPETENCIA
PROFESIONAL DEL MEDICO GENERAL
INTEGRAL ANTE PACIENTES CON PRURITO**

Dr. José Antonio Bordelois Abdo¹, Dra. Ileana Fernández Ramírez¹, Dra Lourist Palomares Picirí², Dr. José Manuel López Fernández², Dra María Cristina Ruíz Martínez¹, Dr. Max Santiago Bordelois Abdo³, Yudith Bordelois Abijana⁵, Sucl Elías Sierra.⁵

RESUMEN

La piel tiene diferentes funciones, siendo la más importante la de servir como mecanismo protector, además de que es esencial para la imagen. Por ello sus alteraciones inducen con frecuencia a los pacientes a solicitar tratamiento. Una de las causas más frecuentes es el prurito. El prurito, picor o comezón, se define como una sensación cutánea que provoca la necesidad de rascarse. Es una sensación desagradable que al provocar el deseo de rascarse afecta la eficacia de la piel en su función de barrera de protección. El prurito no es una enfermedad o un diagnóstico, sino un síntoma. Entre sus causas más comunes se encuentra la sequedad de la piel, por lo que es elevada su incidencia en la población senil. Teniendo en cuenta el perfil demográfico de Cuba, se comprende que el médico general básico siente la obligación de enfrentar y solucionar este problema de salud, de ahí la necesidad de ofrecerles referentes que le permitan elevar su competencia profesional para desempeñarse ante un paciente con prurito, lo cual motiva esta revisión.

Palabras clave: PRURITO; COMPETENCIA PROFESIONAL; MEDICOS DE FAMILIA; PRURITO/ terapia.

¹ *Especialista de I Grado en Dermatología.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

³ *Especialista de II Grado en Medicina Interna.*

⁵ *Estudiante de Medicina.*

INTRODUCCION

La piel tiene diferentes funciones, siendo la más importante la de servir como mecanismo protector, además de que es esencial para la imagen. Por ello, sus alteraciones inducen con frecuencia a los pacientes a solicitar tratamiento. Una de las causas más frecuentes de ello es el prurito.

DESARROLLO

DEFINICION DE PRURITO

El prurito, picor o comezón, se define como una sensación cutánea que provoca la necesidad de rascarse. Es una sensación desagradable que al provocar el deseo de rascarse afectar la eficacia de la piel en su función de barrera de protección.

APROXIMACION A LA FISIOPATOLOGIA DEL PRURITO

Debido a la naturaleza subjetiva del prurito, la falta de una definición precisa y la carencia de modelos animales apropiados, el prurito es un trastorno que no ha sido investigado adecuadamente.

Se podría considerar una variedad leve de dolor, ya que comparten vías neuroanatómicas y mecanismos fisiológicos. Puede estar relacionado con alteraciones de gravedad variable, desde una piel seca hasta un cáncer no diagnosticado. Suele aumentar por la noche.

Las hipótesis sobre los mecanismos del prurito han sido inferidas de estudios sobre el dolor, ya que el dolor y la comezón comparten mecanismos comunes moleculares y neurofisiológicos. Las sensaciones tanto de comezón como de dolor resultan de la activación de una red de terminaciones nerviosas libres en la unión dérmico-epidérmica.

La activación puede ser el resultado de estimulación térmica, mecánica, química o eléctrica, tanto interna como externa. La estimulación nerviosa cutánea se activa o se media a través de varias sustancias entre las que se encuentran la histamina, los péptidos vasoactivos, las encefalinas, la sustancia P (una taquicina que afecta al músculo liso) y las prostaglandinas. Se cree que los factores no anatómicos (como el estrés psicológico, la tolerancia, la presencia e

intensidad de otras sensaciones y/o las distracciones) determinan la sensibilidad de la comezón en diferentes regiones del cuerpo.

El impulso de la comezón se transmite a lo largo de la misma vía neural que los impulsos de dolor, es decir, viaja de los nervios periféricos al asta dorsal de la médula espinal, a través de la médula vía la comisura anterior, y asciende a lo largo del tracto espinotalámico a los núcleos laminares del tálamo contralateral.

Se cree que los tractos talamocorticales de neuronas terciarias retransmiten el impulso a través del sistema activador de integración reticular del tálamo a varias áreas de la corteza cerebral. Entre los factores que se cree intensifican la sensación de comezón se encuentran la resequedad de la epidermis y la dermis, la anoxia de los tejidos, la dilatación de los capilares, los estímulos irritantes y las respuestas psicológicas.

El rascarse es la respuesta motriz a la percepción de comezón. Esta acción está modulada en el centro corticotálamico y es un reflejo espinal. El mecanismo por medio del cual se alivia la comezón al rascarse es desconocido. Existe la hipótesis de que el rascado genera impulsos sensoriales que cortan circuitos en las áreas de retransmisión de la médula espinal.

El rascado en realidad puede intensificar la sensación de comezón, creando un ciclo de comezón-rascado-comezón. Otros estímulos físicos como la vibración, el calor, el frío y la radiación ultravioleta disminuyen la comezón y aumentan la descarga de enzimas proteolíticos, potencialmente produciendo el ciclo de comezón-rascado-comezón.

Un pinchazo de aguja cerca o en el mismo dermatoma del área donde se produce la comezón eliminará la sensación de comezón. Se sabe que el rascado vigoroso puede sustituir la comezón por dolor, y en algunos casos, el paciente puede encontrar que el dolor es la sensación más tolerable. Se piensa que la modulación espinal de los estímulos aferentes (teoría de la compuerta) y los mecanismos centrales pueden desempeñar una función en el alivio de la comezón.

Las patogénesis hipotéticas del prurito asociadas con los estados fundamentales de la enfermedad son variadas. Se piensa que las enfermedades biliares, hepáticas, renales y malignas producen prurito mediante la circulación de sustancias tóxicas. La histamina liberada por los basófilos circulantes y la

liberación de leucopeptidasa de los glóbulos blancos pueden provocar prurito asociado con linfomas y leucemias. Los niveles elevados de quinínógeno en la sangre durante la enfermedad de Hodgkin, la liberación de histamina o precursores de bradicinina por parte de los tumores sólidos, y la liberación de serotonina en tumores carcinoides pueden también relacionarse con el prurito.

EPIDEMIOLOGIA DEL PRURITO

El prurito puede estar causado por una afección cutánea o una enfermedad sistémica (es decir, que afecta al cuerpo en general). El prurito generalizado, sin erupciones o lesiones cutáneas, puede estar relacionado con varios factores, desde la piel seca hasta un carcinoma oculto, y por lo tanto deberá explorarse la etiología de los síntomas.

Entre los factores etiológicos no malignos comunes se encuentran las reacciones a fármacos, la xerosis, la sarna y las enfermedades primarias de la piel.

El prurito es una de las quejas más comunes de los pacientes de edad avanzada; sin embargo, las estimaciones de la importancia de los síntomas pruríticos entre la población anciana varían entre el 10 % y el 50 %. El diagnóstico más común relacionado con el prurito en esta población es simplemente la piel seca.

A menudo, el contacto con prendas de lana o con sustancias irritantes, como disolventes o cosméticos, provoca prurito. La piel seca, especialmente en las personas mayores, produce un prurito intenso generalizado.

El prurito es una manifestación clínica frecuente de las personas con SIDA. Aproximadamente el 84 % de las personas con SIDA y el 35.5 % de las personas con sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA han informado de verse afectadas por el prurito con o sin erupciones.

El prurito generalizado se encuentra en aproximadamente el 13 % de los individuos con enfermedades renales crónicas y entre el 70 % y el 90 % de aquellas personas tratadas con hemodiálisis.

La enfermedad hepática colestática con obstrucción intrahepática o poshepática, con o sin aumento de los niveles séricos de ácidos biliares, a menudo se asocia con el prurito.

Otros factores etiológicos son la cirrosis biliar primaria, la colestasis relacionada con fenotiazinas o anticonceptivos orales, la colestasis intrahepática en el embarazo y la obstrucción poshepática, entre otros.

La enfermedad de Hodgkin causa prurito en el 10 % y el 25 % de los pacientes. Algunos padecimientos que ocasionan la carencia de hierro, incluyendo el trastorno exfoliativo de la piel, también causan prurito.

La diabetes y la tirotoxicosis son causas endocrinas de este padecimiento. Los adenocarcinomas y los carcinomas de células escamosas de varios órganos (el estómago, el páncreas, el pulmón, el colon, el cerebro, el seno y la próstata) algunas veces producen un prurito generalizado más pronunciado en las piernas, el tronco superior y superficies extensoras de las extremidades superiores.

Entre los fármacos asociados con el prurito secundario se encuentran los derivados del opio (la cocaína, la morfina y el butorfanol), las fenotiazinas, la tolbutamida, el estolato de eritromicina, las hormonas anabólicas, los estrógenos, las progestinas, la testosterona y colestasis subsecuente, la aspirina, la quinidina y otros fármacos antimaláricos, los agentes biológicos tales como anticuerpos monoclonales, y el complejo vitamínico B.

SEMIDIAGNOSTICO DEL PRURITO

Las posibilidades diagnósticas del prurito son muy amplias, en su mayoría relacionadas con una enfermedad dermatológica primaria.

1- Causas dermatológicas:

- Xerosis: Es la sequedad cutánea por lavado excesivo o agresivo de la piel, envejecimiento cutáneo.
- Infecciones: Virales (varicela, SIDA), bacteriana (foliculitis), micótica (dermatofitosis), parasitaria (escabiosis, pediculosis, oxiuriasis).
- Picaduras de insectos.
- Quemaduras solares u otras causas físicas o irritantes.

- Otras: Dermatitis de contacto, dermatitis atópica, dermatitis alérgica, dermatitis seborreica, urticaria, liquen simple crónico, psoriasis, eritrodermias.

–

2- Causas sistémicas:

- Enfermedad renal: Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad biliar obstructiva: Obstrucción biliar, cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante.
- Enfermedad endocrina: Diabetes mellitus, hiper e hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hiperuricemia
- Enfermedades hematológicas: Policetemia vera, ferropenia, linfoma Hodgkin, leucemia, mielodisplasia, síndrome hipereosinofílico.
- Neoplasias: Adenocarcinoma, tumores que causan colestasis, carcinoma de células escamosas, neoplasia hematológica.

3- Otras causas:

- Fármacos que producen colestasis: Amiodarona, anticonceptivos orales, fenitoína, fenotiacinas, clorpropamida, metildopa, clorpromazina, antibióticos (eritromicina, sulfametoxazol, neomicina, clindamicina, miconazol), liberadores de histamina, alcaloides (codeína, morfina, pilocarpina), ácido acetilsalicílico y derivados, atropina, cocaína, antidepresivos, vitamina B, otros (warfarina, ACTH, sulfonas, propiltiouracilo).
- Causas relacionadas con el embarazo.
- Causas psicológicas: Estrés emocional, delusio parasitorium, neurodermitis, depresión.

4- Prurito idiopático.

CLASIFICACION DEL PRURITO

El prurito se clasifica en dos grupos: uno relacionado con lesiones dérmicas y otro no relacionado en lesiones dérmicas:

- | | |
|------------------------------------|--|
| Prurito con lesiones dérmicas | Prurito sin lesiones dérmicas. |
| - Dermatitis de contacto. | - Resequedad de piel. |
| - Urticaria. | - Factores psicógenos. |
| - Picaduras de insectos. | - Enfermedades hepáticas y biliares. |
| - Reacciones alérgicas a fármacos. | - Endocrinopatías (hipertiroidismo, síndrome carcinoide) |
| - Anafilaxis. | - Neoplasias malignas |
| | - Uremia. |

DIAGNOSTICO DEL PRURITO

Las manifestaciones clínicas del paciente con prurito son variables. El rascado persistente puede causar enrojecimiento y fisuras profundas en la piel. De hecho, rascarse puede irritar tanto la piel que produce más picor, creando un círculo vicioso. Rascarse y frotarse la piel de forma prolongada puede provocar un aumento del grosor de la misma y la aparición de una costra.

El prurito puede ser localizado o generalizado; es especialmente intenso en la superficie de los pliegues. Tiene tener un ritmo diurno durante el cual el prurito es mínimo a mediodía y máximo por la noche. La tensión emocional suele provocar y agravar el prurito y el rascado.

El prurito, a veces muy intenso, acompaña las lesiones fundamentales de la lesión dérmica: pápulas, vesículas o ampollas con un sustrato eritematoso.

El prurito es un síntoma, no una enfermedad, ni un diagnostico. El prurito generalizado es un "síntoma cardinal de importancia médica" y se le deberá evaluar con precisión.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Con base a los antecedentes establecidos en el interrogatorio:

- Momento preciso de la aparición del prurito.
- Historia anterior de prurito.
- Historia anterior o actual de enfermedades: malignas o no malignas, renales, hepáticas, y su tratamiento.
- Uso de fármacos analgésicos, antibióticos u otros.
- Presencia de infección.
- Estado de los niveles de nutrición y de fluidos.
- Prácticas actuales usadas en el cuidado de la piel, contactos con disolventes o detergentes, aplicación de preparaciones tópicas (cremas, ungüentos, lociones, perfumes).
- Existencia de otros factores de riesgo pruríticos.
- Factores que alivian y agravan la comezón.
- Estado emocional del paciente.

EXAMEN FISICO

La exploración de la piel de todo el cuerpo es obligatoria. La evaluación del paciente prurito deberá incluir también el examen físico minucioso, que proporcionará datos derivados de la evaluación de:

- Todas las superficies de la piel para detectar signos de infección.
- Todas las superficies de la piel para detectar signos de reacción a fármacos.
- Factores ambientales (temperatura, humedad).
- Factores físicos (ropa ajustada o constrictiva).
- Evidencia del rascado (eritema, resequedad, excoriación).
- Plenitud, textura, color, temperatura y lesiones de la piel.

Se examina también la ropa y el cabello en busca de pediculus capitis (piojos). Las lesiones interdigitales, púbicas, axilares o en el pezón sugieren la presencia de escabiosis; las erupciones morbiliformes (tipo sarampión) generalizadas con frecuencia son secundarias a la reacción a fármacos; las lesiones exudativas, en ocasiones en forma de vesículas, corresponden usualmente a dermatitis de contacto irritantes o alérgicas.

TRATAMIENTO DEL PRURITO

El tratamiento del prurito puede agruparse en cuatro categorías:

- **Promoción de salud en el paciente con prurito:** Educación del paciente y reducción al mínimo o eliminación de factores provocativos.
- **Prevención del prurito.**
- **Tratamiento del prurito:** Aplicación de preparados tópicos; Terapia sistémica; Modalidades de tratamiento físico
- **Rehabilitación del paciente con prurito:** rehabilitación psicológica y mejorar su calidad de vida.

A continuación se esbozan estos aspectos en sentido general.

- Promoción de salud en el paciente con prurito.

La educación es un aspecto importante del control de síntomas. Los regímenes de atención de la piel incorporan varios aspectos de los mismos principios: protección del paciente de los elementos ambientales, buenas prácticas higiénicas e hidratación interna y externa. Es importante que el paciente conozca los factores que promueven o agravan el prurito, pues ello ayuda al desarrollo y la ejecución de intervenciones de autocuidado eficaces y razonables. La nutrición adecuada es esencial para el mantenimiento de una piel sana. Una dieta óptima deberá incluir un equilibrio de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y líquidos.

- Prevención de prurito.

a) Tratamiento higiénico dietético:

- Evitar la pérdida de líquidos provocada por fiebre, diarrea, náusea y vómitos, o disminución de la ingestión de líquidos.
- Evitar el estrés emocional: usar técnicas de distracción, relajación, imágenes positivas o estimulación cutánea.
- Restringir el consumo de alimentos relacionados con la histamina (alimentos fermentados como los quesos, crustáceos, conservas especialmente de pescado, legumbres, espinacas, tomate, alcohol, frutos secos, café, té, chocolate, fresa, piña, plátano, especias y picantes) y también el consumo de hidratos de carbono.
- Mantener las uñas cortas y limpias y evitar el rascado (presionar con la palma de la mano o aplicar frío en las zonas de picor intenso).

- Vigilar la toma de fármacos.

- b) Promover factores de alivio, y el cuidado básico de la piel:
 - Aplicar lociones, cremas con fenol, mentol, ictiol o resorcina.
 - Utilizar cremas hidratantes o emolientes (avena, almidón), lubricantes (aceite y vaselina) con la finalidad de disminuir la sequedad de piel. Preferentemente después del baño.
 - Precaución en la utilización de jabones, esmaltes de uñas, cosméticos, objetos de bisutería.
 - Usar jabones suaves o preparados para la piel sensible.
 - Limitar el baño a 1/2 hora diaria o en días alternos.
 - Añadir aceite al final del baño o agregar al principio un tratamiento coloidal con avena.
 - Aplicar maicena a las áreas de piel irradiada después del baño.
 - Evitar uso de desodorantes genitales o baños de burbujas, así como, desodorantes y antiperspirantes axilares.

- c) Mejorar el ambiente donde se encuentra el paciente:
 - Controlar los cambios térmicos (prurito nocturno al cambiarse de ropa al acostarse), evitar situaciones de calor y vasodilatación cutánea (comidas calientes, alcohol, excesiva ropa).
 - Aumentar la humedad de la casa (Utilizar humidificadores para el aire del hogar si se utiliza calefacción o se habita en un lugar con clima seco).
 - Evitar el ambiente seco, y mantenerlo húmedo (por ejemplo, mediante un humidificador).

- d) Mejorar el uso de prendas de vestir y dormir:
 - Utilizar prendas de vestir holgadas, prescindir de fibras sintéticas y otras irritantes como lana sobre toda para la ropa interior. Ropa y sábanas de algodón o telas suaves.
 - Evitar usar sábanas y ropa lavadas con detergente.
 - Usar frazadas de franela de algodón si es necesario.
 - No secarse con fuerza con la toalla después del baño, hacerlo por medio de palmaditas.

- Tratamiento del prurito.

Aplicación de preparados tópicos

- Enfriamiento de la piel con compresas húmedas, baños fríos.

- Preparados con mentol, fenol, alcanfor, lociones de calamina. Evitar lociones de base alcohólica.
- Cremas hidratantes y emolientes de urea o lactato amónico.
- Anestésicos tópicos: Capsaicina y Pramoxina.
- Corticoides: en complicaciones o en dermatosis con componente inflamatorio. No son eficaces en el prurito acuagénico, ni en el de la insuficiencia renal crónica. La utilización de antihistamínicos tópicos no está indicada por su gran capacidad de sensibilización.

Terapia sistémica

a) Fármacos:

- Los antihistamínicos: Los antihistamínicos clásicos (Clorfeniramina, Hidroxicina), con efecto sedante, son más eficaces que los de más reciente comercialización.
- Los antidepresivos tricíclicos son efectivos y pueden utilizarse.
- Los antagonistas opiáceos y especialmente los esteroides orales deben reservarse para casos muy complicados.

b) Tratamiento etiológico: Se debe tratar cualquier causa específica del picor según su etiología. Se ofrecen algunas pautas específicas según etiología del prurito.

- Enfermedades hematológicas: Aspirina 300-600 mg/día VO, suplementos de hierro (en casos de ferropenia), poliquimioterapia (en linfomas y leucemias).
- Pruritos de origen en el sistema nervioso central: Naloxona 0.4 mg vía subcutánea, intramuscular e intravenoso.
- Enfermedades hepatobiliares: Rifampicina, Resincolestiramina 12-32 g/día VO, Naloxona.
- Enfermedades renales: Ketotifeno, Capsaicina crema.
- Dermatitis atópica y urticaria: Antihistamínicos sedantes.
- Pacientes hemodializados: Carbón activado 6g/día VO, Naltrexona 50mg/ día VO.

Modalidades de tratamiento físico

- Los tratamientos físicos como la fototerapia (en prurito urémico, cirrosis biliar primaria) o la fotoquimioterapia son eficaces en casos específicos.

El manejo del prurito asociado con enfermedades neoplásicas tiene como objetivos el control eficaz de la malignidad en sí. Dada la naturaleza subjetiva de la comezón, el grado de eficacia de cualquier terapia puede ser modificado por factores psicológicos. Pueden ser necesarios múltiples enfoques y esfuerzos combinados para promover el bienestar y prevenir o tratar las alteraciones de la integridad de la piel.

CONSIDERACIONES GENERALES

El prurito se trata determinando la causa para tratar de eliminarla. Especialmente mientras la piel está inflamada, el médico puede aconsejar al paciente utilizar una crema suave, humectante y que no necesite receta, o una loción sin esencias ni color.

Los aditivos que proporcionan color o aroma pueden irritar la piel e incluso causar picor. Las sustancias balsámicas como el mentol, el alcanfor, la manzanilla, el eucalipto y la calamina también pueden ser beneficiosas.

Las cremas con corticosteroides, que ayudan a reducir la inflamación y controlar el picor, sólo deberían utilizarse cuando éste se limita a un área reducida.

Tomar antihistamínicos por vía oral puede ser de ayuda, La base de éste son los antihistamínicos sistémicos y las medidas antipruriginosas tópicas.

Es aconsejable, si el prurito se presenta con lesiones dérmicas, remitir el paciente a un dermatólogo.

CONCLUSIONES

- 1- El prurito es una sensación cutánea que provoca la necesidad de rascarse.
- 2- Las posibilidades diagnósticas del prurito son muy amplias, en su mayoría relacionadas con una enfermedad dermatológica primaria, aunque puede estar relacionado con alteraciones de gravedad variable y con causas no dermatológicas.

- 3- Las medidas preventivas y generales son muy importantes para tratar el prurito de cualquier etiología.
- 4- Los antihistamínicos, por su efecto sedativo añadido, suelen ser más eficaces que los de más reciente comercialización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Cancer mail del Instituto Nacional del Cáncer. (2005). Prurito. Información del PDQ para profesionales de la salud. Disponible en URL: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/300609.html>
- 2- Dambro MR, Goldfarb B. Los 5 minutos claves en la consulta de atención primaria. Editorial Waverly Hispánica 1996:884-7.
- 3- Davis SA. Urgencias dermatológicas. En: Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias. MT Ho y CE Saunders Editores. 2005.
- 4- Romaní de Gabriel. Enfermedades dermatológicas en urgencias. En: Protocolos terapéuticos de Urgencias. 3ªed. Springer-Verlag Ibérica 2003:1145-7.
- 5- Ruiz Carralero M. Guía de manejo del prurito. [en línea] [fecha de la consulta]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/prurito.htm]. Abril 2006.
- 6- Sánchez David C. Prurito intenso. [en línea]. Bogotá: Oficina de Recursos Educativos. FEPAFEM 2004. URL disponible en: www.fepafem.org/guias/9.6.html
- 7- Sánchez DC. Prurito intenso. FEPAFEM 2005. Disponible en URL: <http://www.aibarra.org/Guias/9-6.htm>
- 8- Sarrasqueta Saenz P, Biurrun Rodríguez MJ, et al. Actitud ante un prurito generalizado en atención primaria. Aten Primaria 2001; 17(9):390-594.