

Prurito refractario al tratamiento

Javier Sánchez Alegre^a, Ismael Calleja Muñoz^b, Manuel Darío Rodríguez Martínez^b,
César Alfaro Gómez^c, Adolfo Colinet Moreno^c

^a Médico Residente MF y
C del Centro de Salud Zona
III de Albacete.

^b Médico Residente MF y
C del Centro de Salud Zona
IV de Albacete.

^c Médico Residente MF y
C del Centro de Salud Zona
I de Albacete.

Correspondencia:
Javier Sánchez Alegre,
C/Tinte no 8, Ático,
02001 Albacete.
Telf.: 656812755.

Recibido el 3 de mayo
de 2006

Aceptado para su publicación
el 12 de mayo de 2006

RESUMEN

El prurito es un síntoma que puede esconder tras de sí múltiples patologías cutáneas y/o sistémicas, siendo por tanto cardinal la búsqueda y eliminación de la causa que lo provoca.

Presentamos el caso de un varón de 24 años de edad, que consulta por prurito generalizado

Palabras clave. Prurito. Linfoma.

ABSTRACT

Pruritus resistant to treatment

The pruritus is a symptom that could hide behind many skin and/or systemic diseases; this reason makes it very important to search for the origin of it.

We show the case of a 24 years old male, who consulted with generalized itching.

Key words. Pruritus. Lymphoma

INTRODUCCIÓN

El prurito o picor se define como una sensación cutánea que provoca la necesidad de rascarse. Se podría considerar como 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.

Causas Dermatológicas:

- Sequedad cutánea o xerosis: lavado excesivo, envejecimiento cutáneo, etc.
- Infecciones: varicela, foliculitis, etc.
- Parasitosis: escabiosis, pediculosis, etc.
- Picaduras de insectos.
- Quemaduras solares u otras causas físicas o irritantes.
- Otras: dermatitis de contacto, dermatitis atópica, urticaria liquen, psoriasis, eritrodermia, etc.

Causas Sistémicas:

- Enfermedad hepatobiliar: obstrucción biliar, hepatitis, cirrosis biliar primaria.
- Insuficiencia renal.
- Enfermedades hematológicas: enfermedad de Hodgkin, mieloma, leucemia linfática crónica, mielodisplasia, policitemia vera, etc.
- Endocrinopatías: Diabetes Mellitus, hipo-hipertiroidismo, hipo-hiperparatiroidismo, etc.
- Neoplasias: digestivas, genitourinarias, respiratorias, etc.
- Otras: embarazo, fármacos, enfermedades psiquiátricas, infecciones, etc.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Varón de 24 años de edad que acude a consulta por prurito. El paciente no presenta antecedentes personales ni familiares de interés. No refiere hábitos tóxicos ni reacciones alérgicas conocidas a medicamentos. Tampoco transfusiones sanguíneas previas. 5 hermanos sanos.

El paciente refiere prurito generalizado de 5 días de evolución, sin ninguna otra clínica acompañante. Niega la toma de fármacos o el contacto con alérgenos sospechosos (epitelios de animales, estancias en ambientes distintos al suyo habitual, etc.). En la exploración física realizada en la primera consulta, el paciente está consciente y orientado, bien hidratado y profundamente. No presenta lesiones cutáneas salvo unas mínimas lesiones de rascado en la espalda. No adenopatías latero-cervicales. La ACP es normal, el abdomen sin visceromegalias y el resto de exploración también es anodina. Al no observar patología cutánea, iniciamos el protocolo diagnóstico del prurito, en el que solicitamos: analítica (hemograma, bioquímica, coagulación, VSG, orina y serología de hepatitis), parásitos en heces y radiografía de tórax. A continuación, iniciamos tratamiento empírico con antihistamínicos cada 8-12 horas.

Los resultados que nos llegaron a la consulta fueron los siguientes: analítica (hemograma, bioquímica y coagulación normales, VSG 2, PCR 21,6 mg/l, orina normal, VHB (-), VHC (-), VIH (-), IgG, IgM anti CMV y anti-Toxoplasma negativos, hormonas tiroideas normales).

La radiografía de tórax fue patológica al observarse una masa mediastínica que ocupaba más de 1/3 del diámetro máximo del tórax (figuras 2 a y b). Ante dicho hallazgo y tras consultar con el Servicio de Radiología de Albacete, localizamos al paciente, que acudió a consulta refiriendo la misma clínica que al principio y con mala respuesta a los tratamientos que le habíamos estado pautando. Se solicitó TAC urgente para filiación de dicha masa. La TAC fue informada como "ocupación de mediastino anterior, espacio vascular paratraqueal hiliar derecho, por múltiples masas hipodensas en relación a posibles adenopatías mediastínicas múltiples. Masa supraclavicular izquierda de 6x6 cm., adenopatía supraclavicular derecha de 1x1 cm., posible linfoma" (figura 3).

Ya con el diagnóstico de sospecha, intentamos localizar al paciente, aunque no se encontraba en su domicilio y no conseguimos contactar telefónicamente con él. Acudió a consulta porque se había notado un "bulto" indoloro, duro, móvil, de aproximadamente 1x1 cm. desde hacia 3-4 días, sin síndrome febril, ni pérdida de peso ni sudoración, y por el que no había podido contactar por hallarse de viaje en el extranjero. Ese mismo día hablamos con el Servicio de Hematología para ser estudiado por sospecha de linfoma.

El paciente quedó ingresado en Hematología y, tras realización de PAAF de la adenopatía cervical y biopsia de médula ósea se llegó al diagnóstico de "LINFOMA DE HODGKIN CELULARIDAD MIXTA ESTADIO IIB (PRURITO) BULKY MEDIASTINICO"

El paciente fue tratado con Quimioterapia ABVD (6 ciclos) y radioterapia.

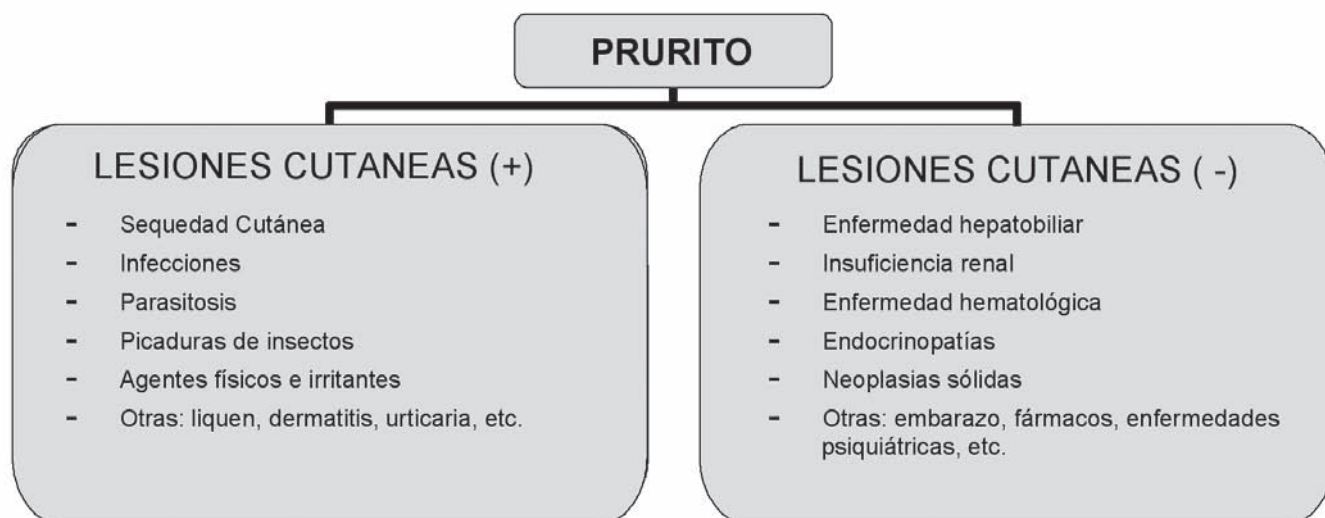


Figura 1. Etiología del prurito.

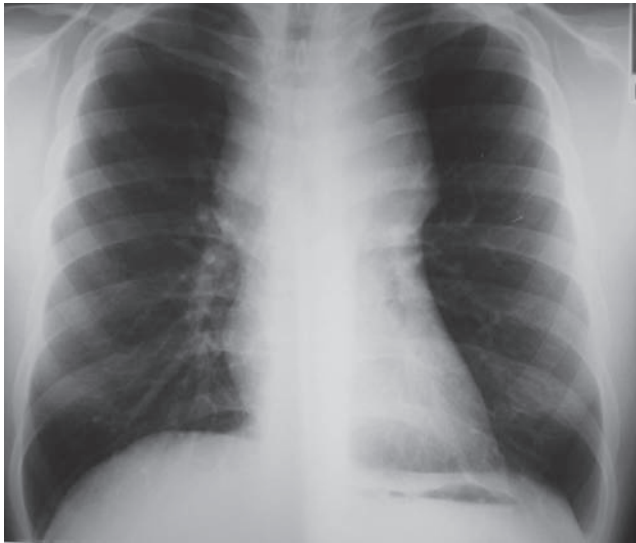


Figura 2 a y b. Radiografías de tórax en las que se observa una masa mediastínica.

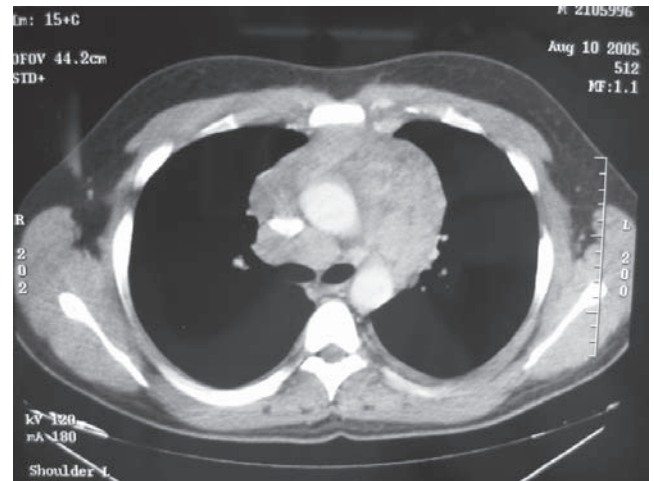


Figura 3. TAC: ocupación de mediastino anterior y espacio vascular paratraqueal hiliar derecho por múltiples masas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El prurito generalizado es un síntoma cardinal por el que consultan los pacientes en Atención Primaria, por la frecuencia de afecciones cutáneas y/o múltiples trastornos sistémicos que cursan con este síntoma.

La base del tratamiento del prurito está constituida por la búsqueda de la causa y eliminación o control de la misma.

Cabe resaltar la figura del médico de Atención Primaria para el correcto abordaje de un síntoma tan usual en nuestra consulta, e identificación de patologías subyacentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferreras P, Rozman C. Medicina Interna. 12a ed. Barcelona: Doyma; 1992.
- Guía de actuación en Atención Primaria. 2a ed. Barcelona: semFYC; 2002.