

# Prurito

E. Fonseca Capdevila

## Concepto

El prurito o picor es una sensación subjetiva universalmente conocida, pero difícil de definir; hacerlo como una sensación que provoca la urgente necesidad de rascarse es bastante claro y refleja la realidad.



Fig. 1. Excoriaciones en un niño con dermatitis atópica.



Fig. 2. Liquenificación (neurodermitis).

## Clínica

La existencia de prurito se evidencia en la historia clínica, bien al propio niño, si tienen edad suficiente, o a su madre, en caso contrario. También pueden objetivarse signos del rascamiento, como excoriaciones (Fig.1), liquenificación (Fig. 2), lesiones tipo prurigo (Figs. 3 y 4) y uñas pulidas.



Fig. 3. Prurigo en fase aguda. Pápulo-vesículas excoriadas por el rascamiento.



Fig. 4. Prurigo en fase crónica. Predominan las excoriaciones y la pigmentación secundaria.

A efectos prácticos, nos interesa clasificar el prurito en secundario a alteraciones cutáneas y de causa sistémica. También podemos distinguir entre pruritos generalizados y localizados y dentro de estos últimos concretar diversas localizaciones, como prurito del cuero cabelludo, facial, perianal, genital, etc.

El prurito de causa sistémica tiende a ser generalizado, aunque existen excepciones, mientras que los trastornos cutáneos pueden originar tanto prurito localizado como generalizado, dependiendo de su naturaleza e intensidad.

Los aspectos cronológicos del prurito son también muy relevantes, por ejemplo su tiempo de evolución, carácter continuo o discontinuo, variaciones estacionales, incremento nocturno, etc.

## Prurito de causa dermatológica

El que una enfermedad cutánea sea o no pruriginosa es un dato semiológico de gran valor para el diagnóstico. Por ejemplo, la sospecha diagnóstica de un eccema alérgico por contacto o un liquen plano se ve apoyada por la existencia de prurito intenso, mientras que no es esperable encontrarlo en una alopecia areata o un vitíligo.

Sin embargo, su total subjetividad puede hacer que sea referido en cualquier lesión cutánea detectada por el paciente o incluso que sin existir realmente se utilice para llamar la atención sobre una lesión que preocupa o desagrada. También puede faltar el prurito en lesiones donde existe habitualmente, debido a diferencias en el umbral de su percepción, trastornos neurológicos, medicaciones administradas por vía tópica o sistémica, etc.

En consecuencia, aunque debe tenerse muy en cuenta en el diagnóstico diferencial, no debería descartarse de forma definitiva ningún diagnóstico sólo por la presencia o ausencia de prurito.

En las Tablas 1 y 2 se incluyen algunas de las enfermedades cutáneas más comunes, según cursen o no con prurito de forma habitual.

**Tabla 1.** Enfermedades cutáneas frecuentes que cursan habitualmente con prurito

Picaduras
Sarna
Pediculosis
Larva migrans
Foliculitis por pseudomonas
Candidosis
Tiña
Herpes simple
Varicela
Herpes zoster
Dermatitis atópica
Eccema por contacto
Dermatitis fototóxicas y fotoalérgicas
Urticaria
Miliaria
Pitiriasis rosada
Mastocitosis
Dermatitis seborreica del lactante
Psoriasis (muy variable)
Eritema exudativo multiforme
Exantemas víricos
Dermatitis herpetiforme
Penfigoide infantil
Dermatosis IgA lineal
Perniosis

Algunas dermatopatías deben investigarse con cuidado en niños con prurito, aunque no exista historia de lesiones en la piel o un examen superficial sea negativo.

La dermatitis atópica puede manifestarse con lesiones mínimas, como una leve xerosis o una pitiriasis alba. Además, procesos que no suelen ser pruriginosos con frecuencia se acompañan de prurito en los niños atópicos.

La pediculosis del cuero cabelludo debe tenerse en cuenta en cualquier niño con prurito en esta localización. Si la higiene es adecuada es muy difícil o imposible visualizar ningún parásito, por lo que deben buscarse con cuidado liendres

**Tabla 2. Enfermedades cutáneas frecuentes que cursan habitualmente sin prurito**

Molluscum contagioso  
 Verrugas  
 Alopecia areata  
 Vitíligo  
 Granuloma anular  
 Efélides  
 Manchas café con leche  
 Angiomas-malformaciones vasculares  
 Nevus epidérmicos  
 Nevus de Becker  
 Nevus melanocíticos  
 Xantogranuloma juvenil

adheridas a los pelos o picaduras y mantener siempre una vigilancia.

La sarna también debe descartarse en todos los niños con prurito, máxime si se acentúa por las noches y si existen casos familiares. Además de explorar al niño hay que examinar siempre a los padres, en los que suele ser más fácil encontrar lesiones típicas.

La dermatitis herpetiforme puede presentarse con lesiones mínimas y periodos en los que sólo existen secuelas del rascamiento o no hay alteraciones cutáneas. El diagnóstico requiere realizar una biopsia y un estudio con inmunofluorescencia directa en piel sana, para demostrar depósitos granulares de IgA.

## Prurito de causa sistémica

El prurito generalizado causado por enfermedades sistémicas es poco frecuente en la infancia y, a diferencia de lo que ocurre en los adultos, raras veces es el síntoma que lleva al diagnóstico de una enfermedad grave. No obstante, esta posibilidad debe tenerse siempre en cuenta y también las grandes molestias que ocasiona el prurito en algunos niños con enfermedades generales, a menudo crónicas.

En la Tabla 3 se resumen las principales causas sistémicas de prurito en la infancia y en la Tabla 4 los medicamentos que con más frecuencia causan prurito en los niños.

La procedencia geográfica de los pacientes es un dato crucial, sobre todo respecto a las enfermedades parasitarias. En España sólo es relevante el prurito perianal asociado a la

**Tabla 3. Principales causas sistémicas de prurito**

- Enfermedades renales**  
 – Insuficiencia renal crónica  
 – Diálisis
- Enfermedades hepáticas**  
 – Ictericia obstructiva intra o extrahepática  
 – Colestasis por fármacos
- Enfermedades endocrinas y metabólicas**  
 – Diabetes  
 – Hipertiroidismo  
 – Hipotiroidismo  
 – Hiperparatiroidismo  
 – Síndrome carcinoide  
 – Hiperuricemia  
 – Porfirias
- Enfermedades hematológicas**  
 – Ferropenia  
 – Policitemia vera  
 – Mastocitosis sistémica  
 – Linfomas-leucemia  
 – Síndrome hipereosinofílico  
 – Síndrome hiper-IgE
- Enfermedades neurológicas**  
 – Tumores cerebrales  
 – Enfermedades vasculares cerebrales
- Enfermedades psiquiátricas**  
 – Psicopatías
- Parasitosis**  
 – Oncocercosis  
 – Triquinosis  
 – Larva migrans visceral  
 – Parasitosis intestinales
- Enfermedades respiratorias**  
 – Asma
- Facomatosis**  
 – Neurofibromatosis

**Tabla 4.** Principales fármacos causantes de prurito

Antibióticos
Aspirina
Codeína
Inductores de colestasis
• Fenotiacina
• Tolbutamida
• Hormonas
Quinidina
Vitamina B (complejo)

oxiuriasis, que en las niñas también puede presentarse como prurito genital. De forma ocasional pueden verse casos de triquinosis. En cambio, en áreas endémicas la oncocercosis es una causa muy frecuente de prurito, que durante años puede ser el único síntoma. Los fármacos pueden causar prurito por diversos mecanismos, entre los que se encuentran colestasis, vasodilatación, estimulación del SNC o periférico, nefrotoxicidad y desencadenamiento de diversos tipos de lesiones.

## Tratamiento

El tratamiento del prurito debe hacerse, siempre que sea posible, en función de su etiología. El tratamiento sintomático tópico puede realizarse con emolientes, que son especialmente útiles cuando se asocia a xerosis. Los preparados de aceites y de ácido láctico son los mejor tolerados. La urea, sobre todo a concentraciones altas, puede tener una acción irritante a la

que son muy sensibles algunos niños atópicos, mientras que no suele plantear problemas en el resto. Algunos de estos niños también toleran mal ciertos compuestos con avena, por percibir una sensación de fisuración de la película superficial que forman.

El mentol, la calamina, la pramoxina, las breas y el crotamitón tienen cierta acción antipruriginosa por vía tópica y pueden ser útiles en procesos de duración limitada, en especial si son localizados.

Los corticoides tópicos no deben utilizarse como tratamiento sintomático del prurito, si no existe un proceso dermatológico identificado que se beneficie de su uso. Los antihistamínicos tópicos no deben emplearse nunca por el riesgo de sensibilización que implican y el ácido salicílico es desaconsejable por los riesgos tóxicos de su absorción.

Los antihistamínicos orales de primera generación, con acción sedante, pueden ser eficaces en el control sintomático del prurito. En cambio, los nuevos antihistamínicos no sedantes sólo están indicados en el prurito ligado a liberación de histamina, como el que ocurre en la urticaria o la mastocitosis. La doxepina y otros antidepresivos tienen una acción antipruriginosa, en parte debida a su alta efectividad como antihistamínicos. Este último fármaco se emplea también por vía tópica, pero puede ser sensibilizante.

Los corticoides sistémicos pueden mejorar el prurito de diversas causas, pero obviamente sus efectos secundarios exigen limitar su indicación a casos con diagnóstico conocido y que requieran este tratamiento.

La fototerapia con psolarenos y UVA o con UVB, salvo situaciones excepcionales, suele restringirse a mayores de 13 años. Puede ser eficaz en prurito de origen biliar, urémico o asociado a diálisis, sin respuesta a otras medidas.

## Bibliografía

1. Ares Segura S, Fonseca Capdevila E. Dermatitis en la infancia. En: García Sicilia J, ed. Manual práctico de pediatría en atención primaria. Madrid: Publicación de Libros Médicos, S. L. U. 2001, 701-708.
2. Cunliffe WJ. Vascular and neurological abnormalities. En: Thody AJ, Friedmann PS. Scientific basis of Dermatology. A *Physiological Approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone 1986, 349-362.
3. Fonseca Capdevila E. Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. En: Rozman C, ed. Medicina Interna Ferreras-Rozman. 14<sup>a</sup> ed. Madrid: *Harcourt* 2000, p. 1532-1540.
4. Mroczkowski TF, Millikan LE. Pruritus and prurigo. En: Ruiz-Maldonado R, Parish LC, Beare JM, eds. Textbook of Pediatric Dermatology. Filadelfia: Grune and Stratton 1989, 611-614.
5. Moreno Giménez JC. Prurito, algo más que un síntoma. *Piel* 1987;2:26-31.
6. Puig Sanz L. Toxidermias, dermatosis facticias y úlceras de diversas etiologías. En: Ferrándiz C, ed. Dermatología Clínica. Madrid, *Harcourt* 2001: 149-163.
7. Gilliam AE. Skin signs of systemic disease in childhood. *Adv Dermatol* 2006;22:1-30.