PRURIGO EN EL NIÑO

Dra. Carola Durán Mckinster

caroladmc53@gmail.com

MÉXICO

Definición

El término “prúrigo” se ha utilizado indistintamente para referirse a lesiones papulares pruriginosas, sin especificar la etiología.

El término fue introducido por Hebra para describir una dermatitis caracterizada por pápulas inducidas por rascado crónico. Sin embargo, actualmente el término de prúrigo es aceptado para denominar diferentes entidades caracterizadas por pápulas (prúrigo papular) ó nódulos (prúrigo nodular).

En países tropicales como México, la causa más frecuente de prúrigo es provocada por la picadura de insectos. Otras causas de prúrigo incluyen fotosensibilidad (prúrigo actínico) y dermatitis atópica (prúrigo de Besnier) las cuales serán tratadas en los capítulos correspondientes.

ETIOLOGIA

Los insectos que provocan con más frecuencia el prúrigo por insectos, zancudos, la pulga (*Pulex irritans*) y la chinche (*Cimex lectularius).*

Afecta con más frecuencia a niños de uno a siete años de edad, de cualquier sexo, principalmente de estrato socioeconómico bajo.

La saliva que introduce el insecto al picar produce una respuesta de hipersensibilidad. La respuesta primaria está mediada por IgE e histamina, provocando edema vasomotor transitorio de la dermis caracterizada clínicamente por una roncha seguida de una pápula

(Fig 1). Ésta lesión se produce como consecuencia de una reacción de hipersensibilidad tardía tipo 4 dependiente de linfocitos T.

DIAGNÓSTICO

Clínico:

La distribución de las lesiones cutáneas orienta el diagnóstico. Las lesiones localizadas en cara, pabellones auriculares y áreas no cubiertas por ropa sugieren picadura por mosquitos voladores, generalmente mientras el niño duerme. Las lesiones con frecuencia se presentan en pares ó haciendo trayectos lineales, principalmente en la cintura, glúteos y piernas, cuando el insecto viaja por debajo de la ropa.

Figura 1. Prúrigo. Sitios de las picaduras “piquetes “Pápulas rodeadas de un halo eritematoso urticariforme características de la fase inicial del prurigo por insectos.

Las chinches (*Cimex lectularuis*) “pican” en pares, linealmente ó en grupos y producen una mancha purpúrica secundaria a una substancia anticoagulante. No es raro observar gotas de sangre en la ropa a nivel del sitio de la picadura debidas a que el insecto derramó unas gotas de sangre que succionó en exceso. Las pulgas pican en forma salteada

(Fig 2). Lesiones papulosas con reacción urticariana. Lesiones localizadas a la cintura. Se observan pápulas agrupadas con costras centrales secundarias al rascado.

Inicialmente, la lesión es una roncha urticariformes que en 24-48 h es reemplazada por una pápula eritematosa. De acuerdo a la hipersensibilidad pueden desarrollarse vesículas ó ampollas tensas de contenido claro, principalmente en extremidades inferiores

(Fig 3). Lesiones vesiculosas y ampollares En casos crónicos es común ver diversos tipos de lesiones: pápulas, vesícula, ampollas y manchas residuales.

Las lesiones se acompañan de prurito intenso provocando huellas de rascado y costras hemáticas.

La evolución es crónica y nuevas picaduras de insecto pueden reactivar viejas lesiones lo que provoca que haya lesiones en diferentes estadios. La repetición de las picaduras por los mismos insectos origina una desensibilización paulatina y espontánea. Por esta razón, después los 7 años de edad, el prúrigo por insectos es poco común.

En los niños de piel morena, la hiperpigmentación residual es frecuente.

Histológico.

Se observa un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial con abundantes eosinófilos en dermis superficial y media.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La *escabiasis* en lactantes puede tener la misma topografía del prúrigo por insectos, excepto que las lesiones en cara son excepcionales. El prurito es más intenso durante la noche y

generalmente se presenta en varios miembros de la familia. La presencia de túneles y el hallazgo del ácaro confirman el diagnóstico.

La *acropapulosis infantil* presenta lesiones en zonas acrales y glúteos. Se asocia a hepatitis viral anictérica. Las pápulas están en la misma fase mientras que en el prúrigo por insectos generalmente son polimorfas.

El prúrigo actínico presenta pápulas y nódulos pruriginosos provocados por la exposición a la luz solar. Las lesiones son muy numerosas en cara, cuello y extremidades superiores. El daño actínico en labio inferior, dorso de nariz y las conjuntivas es muy evidente.

Las lesiones vesiculosas deben diferenciarse de la *Varicela,* tan frecuente en la edad pediátrica. En la fase inicial, las vesículas se presentan en la piel, así como en piel cabelluda, boca y área genital. En caso de duda, el examen citológico de la base de una vesícula, teñida con Papanicolaou ó hematoxilina y eosina, confirma la presencia de células gigantes multinucleadas con inclusiones intranucleares ocasionadas por el virus del Herpes.

Prúrigo Nodular de Hyde. En muchos casos la etiología permanece desconocida, pero ocasionalmente se inicia después de picaduras por insectos u otra forma de proceso inflamatorio localizado. La lesión es muy pruriginosa ocasionando ciclos de rascado intenso, trauma mecánico, hiperplasia reactiva y formación de nódulos de 0.5 a 3 cm. Se localizan principalmente en extremidades. Se observa entre los 20 y 60 años, siendo excepcional en edad pediátrica. Frecuentemente se presenta en pacientes atópicos.

TRATAMIENTO

La terapia deberá enfocarse principalmente a la prevención de las picaduras por insectos y secundariamente al control del prurito. Esto no siempre es fácil ya que para ello se deberán modificar las condiciones ambientales en las que vive el niño.

Medidas de prevención: Es muy útil el uso de ropa con magna y pantalón largos cuando el niño juegue en jardines ó lugares con muchas plantas, colocando los calcetines por fuera del pantalón; instalar mosquiteros alrededor de la cama y ventanas, el uso de insecticidas deberá hacerse durante la mañana, cuando el niño no está en casa y posteriormente ventilar por varias horas.

La tiamina por vía oral (200 a 600 mg/día) es excretada por la piel causando un olor que evita que los insectos se acerquen. El efecto se verá a partir de la tercera semana y puede administrarse por 2 a 3 meses, principalmente en la época de más insectos como es el verano. Tiene el inconveniente de que no hay en jarabe y solo hay una presentación en tableta de 300 mg.

Control del prurito: En casos leves, el prurito puede controlarse con preparaciones tópicas que contengas mentol ó alcanfor. Los casos que cursan con prurito intenso requieren de un esteroide tópico de baja ó mediana potencia, 2 veces al día, por 3 a 5 días, en lesiones recientes.

Los antihistamínicos sistémicos que causan somnolencia se recomiendan principalmente durante la noche para que el niño duerma bien. La hidroxicina (1mg/kg/día) es más recomendable ya que la clorfenamina es de corta duración y el niño se despierta a la mitad de la noche. Los antihistamínicos no sedantes se indicarán durante el día: loratadina, desloratadina, epinastina, etc., todos ellos con respuesta muy similar.

Las lesiones infectadas se tratarán con soluciones secantes y antimicrobianas, como el sulfato de cobre al 1% en fomentos para descostrar, ó simplemente agua y jabón, dos ó tres veces al día. Posteriormente se aplicará un antimicrobiano como vioformo al 1% ó un antibiótico. La mupirocina y el ácido fusídico son los más recomendables ya que otros antibióticos tópicos causan sensibilidad.

En casos muy extensos es necesario un antibiótico sistémico como dicloxacilina ó eritromicina a las dosis habituales.

Finalmente, lo más importante es convencer a los padres de que el niño cursa con una alergia a la picadura por insectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard R, Frieden I. Papular urticaria in children. Pediatric Dermatol 1996; 13:246-9.

2. Tamayo-Sánchez L, Bettancourt MS and Harper J. In: Harper J, Oranje A and Prose N eds. *Textbook of Pediatric Dermatology.* United Kingdom: Blackwell Science Ltd. 2002:278.

3. Tanaka M, Aiba S, Matsumara N et al. Prurigo nodularis consists of two distinct forms: early-onset atopic and late-onset non atopic*. Dermatology* 1995; 190:269-76.