

PRÚRIGO SIMPLE INFANTIL (PRURIGO DE HEBRA), REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DR. JORGE CAZAR RUIZ*

*Médico Pediatra, Hospital Moreno Vásquez, Gualaceo-
Ecuador. Tutor Posgrado de Pediatría FFCCMM.

Conflicto de intereses: El autor declara no
haber conflicto de intereses.

RESUMEN

Se denomina prurigo infantil a un grupo de patologías cutáneas de etiología dudosa o desconocida, caracterizadas por prurito intenso y lesiones papulosas y/o vesiculares. Esta entidad, característica de la edad pediátrica, se la ha descrito como una reacción alérgica producida por la picadura de insectos, de difícil control y con brotes frecuentes y sucesivos que por lo general se autolimitan en el tiempo. Es frecuente encontrar un grupo de pápulas y vesículas pruriginosas localizadas preferentemente en antebrazos, abdomen, área lumbar, glúteos, muslos y piernas, que afecta en su mayoría a niños entre los dos y diez años de edad.

Se presenta el caso de un niño de 6 años con alteración de su estado nutricional, hospitalizado por presentar lesiones papulosas, pustulosas, con costras melicéricas y ampollas a nivel de cara y miembros superiores, las mismas que han evolucionado con periodos de exacerbación y remisión desde hace dos años. Al momento del ingreso se realizaron exámenes e interconsultas correspondientes, llegando al diagnóstico de Prurigo de Hebra. Se instauró el tratamiento respectivo y el niño fue dado de alta a los 14 días en mejores condiciones.

DeCS: prurigo simple infantil, pápula del prurigo, clasificación, etiología, fisiopatología, prevención & control, rehabilitación.

SIMPLE CHILD PRURIGO (PRURIGO OF HEBRA), A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

SUMMARY

Child prurigo is known as a group of skin diseases of doubtful or unknown etiology, characterized by intense pruritus and papular and/or vesicular lesions. It has been described as an allergic reaction caused by the bite of insects; characteristic of the pediatric age, which is difficult to control, with frequent and successive outbreaks that usually are self-limiting in time. It is common to find a group of pruriginous papules and vesicles of preferential location at forearms, abdomen, lumbar area, buttocks, thighs and legs, which affects mostly children, ages two and ten.

This is the case of a six-year-old child with impaired nutritional status, who was hospitalized due to papular and pustular lesions, with melicerica scabs and sores at the level of face and upper limbs, with periods of exacerbation and remission the last two years. At the time of admission, tests and corresponding interconsultations were performed, being diagnosed with Prurigo of Hebra; appropriate treatment was performed and 14 days later, patient was discharged in better condition.

Keywords: simple child prurigo, prurigo of Hebra, malnutrition, children.

DeCS: simple child prurigo, papule of prurigo, classification, etiology, pathophysiology, prevention & control, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El término prurigo deriva del latín: pruire, que significa prurito. Se clasifica en agudo, subagudo y crónico; existiendo otras formas descritas como: Prurigo del Embarazo, Nodular, Besnier, Pigmentoso, Hutchinson, Sutton, Actínico⁽¹⁾.

El prurigo infantil agudo, también llamado urticaria papular, es el prurigo más frecuente en niños. Se presenta en su mayoría durante los tres primeros años de vida, afectando predominantemente a las clases socioeconómicas bajas. Durante años se enunciaron distintas hipótesis en cuanto a su etiología; sin embargo, en la actualidad existe consenso respaldado por evidencias clínico-epidemiológicas, etiológicas, histopatológicas e inmunológicas que consideran al prurigo como una reacción de hipersensibilidad a picaduras de diferentes insectos^(1, 2, 3).

Esta patología se caracteriza por prurito intenso de difícil control con brotes frecuentes y sucesivos autolimitados en el tiempo; no debe ser confundida con alergia a los alimentos. Se observa una erupción

o roncha de curso bifásico que evoluciona a pápula o grupo de pápulas y vesículas pruriginosas, de localización frecuente en antebrazos, abdomen, área lumbar, glúteos, muslos y piernas^(2, 4).

En nuestro medio son frecuentes las afecciones dermatológicas debido a picaduras de insectos, por lo que es importante que todos los profesionales de la salud sean capaces de manejar acertadamente estos casos.

El prurigo simple infantil se conocía antes como prurigo de Hebra y es definido como un tipo de prurigo agudo característico en niños con eczema atópico y lesiones liquenificadas crónicas. Clínicamente, la lesión inicial del prurigo de Hebra es una roncha, con frecuencia coronada por un punto oscuro central que puede rodearse de una vesícula que luego de algunas horas se transforma en una pápula que puede escoriarse o sobreinfectarse por rascado, apareciendo costras melicéricas. Las pápulas persisten alrededor de una semana y se agregan sucesivamente nuevas lesiones, siendo una patología recidivante que se atenúa con la pubertad^(5, 6).

CASO CLINICO

Niño de 6 años 5 meses procedente y residente de Paccha (Provincia del Azuay) y estudiante. Presenta, hace 2 años aproximadamente, lesiones papulosas, pustulosas con costras melicéricas y ampollas a nivel de cara, sintomatología que ha permanecido con periodos de exacerbación y remisión. Quince días antes del ingreso se suma edema a nivel de cara que ocluye los párpados, costras hemáticas y melicéricas en cara, antebrazos y manos, además de prurito intenso. Ha recibido medicación sin encontrar mejoría. Fue ingresado en el HVCM, donde,

luego de realizar exámenes complementarios, se llegó al diagnóstico de Prurigo de Hebra. Se instaura tratamiento y el niño fue dado de alta a los 14 días en mejor condición.

Dentro de los antecedentes patológicos el niño presentó hace dos años máculas, pápulas, pústulas y costras hemáticas en región facial; recibe múltiples tratamientos a base de cremas y jarabes que no mejoraron su sintomatología. Hace 8 meses fue hospitalizado durante diez y siete días con diagnóstico de celulitis. Además, sus padres son alcohólicos crónicos.



Fig. N 1. Fotografías en el momento del ingreso *

EXAMEN FÍSICO

FR: 30/minuto, FC: 120/minuto, Saturación O₂: 91%, T: 36.4 oC. Peso: 16 Kg. Talla: 111 cm (IMC: 12.98= percentil -2= Desnutrición). Apariencia General: mala. Cabeza: edema a nivel de cara. Piel: lesiones papulosas, pustulosas, costrosas y ampollas a nivel de cara, antebrazos y manos; máculas hiperpigmentadas a nivel de piernas. Ojos: edema palpebral importante que impide la oclusión ocular y la valoración de reflejos pupilares. Boca: piezas dentarias en mal estado de conservación e higiene. Abdomen: simétrico, blando, depresible,

no doloroso, con presencia de hepatomegalia de 4 cm por debajo del reborde costal, de consistencia firme y bordes regulares; RHA ++/++. Regiones ínguino-genital y anoperineal: sin alteración. Extremidades: edema de antebrazos y manos (Figura 1).

El diagnóstico de ingreso fue una celulitis versus una lepra lepromatosa. Con objetivo de establecer un diagnóstico diferencial con enfermedades neoplásicas, infecciosas y otras que puedan dar lugar a lesiones en la piel, se solicitaron los siguientes exámenes:



Fig. N 2. Fotografías al momento del alta hospitalaria **

- **Biometría:** leucocitos: 4662, neutrófilos: 11.44%, linfocitos: 30.50%, monocitos: 51.94%, basófilos: 0.24%, eosinófilos: 6.01%, hemoglobina: 11.72 gr/dl, hematocrito: 36.4%, plaquetas: 121.000, PCR: 17.49 mg/L, proteínas: 7.56 gr/dl, albúmina: 2.2, globulina: 5.36, fosfatasa alcalina: 356, GGT: 236, ASAT: 290 U/L, ALAT: 160 U/L, glucosa: 100 mg/dl, calcio: 8.34 mg/dl.
- **Radiografía de tórax:** normal.
- **Ultrasonido:** hígado homogéneo, aumentado de tamaño, 10 cm cráneo-caudal y 13 cm antero-posterior, sin lesiones focales. Bazo impresionado aumentado de tamaño, 10x4.7 cm, con índice esplénico de 200.
- **Hemocultivos e identificación de Hansen en secreción nasal:** negativo.
- **Biopsia de piel por incisión:** se reconoce epitelio papilomatoso adelgazado y dermis que muestra en todo su espesor infiltrado mononuclear difuso, con abundantes linfocitos, algunos mononucleares y ocasionales eosinófilos de preferencia perivascular. Diagnóstico Prúrigo de Hebra. (Figura 3).

INTERCONSULTAS

Psiquiatría: maltrato infantil + severa negligencia de padres; alcoholismo severo de padres y precaria

situación socio-económica familiar. Oftalmología: conjuntivitis bacteriana. Infectología: recomienda tratamiento antibiótico con clindamicina más gentamicina y biopsia de piel.

Tratamiento recibido: cetirizina, clindamicina, gentamicina, tobramicina oftálmica,

DISCUSIÓN

En dermatología existen algunos sinónimos utilizados para el prúrigo infantil, como prúrigo simple agudo, prúrigo por insectos, prúrigo por ectoparásitos, prúrigo de Brocq, prúrigo de Llegada, urticaria papular, liquen urticado, estrófulo^(7, 8). Anteriormente algunos autores lo definían como Prúrigo de Hebra, debido a que los primeros casos fueron reportados por Hebra y Kaposi⁽⁹⁾.

El prúrigo infantil agudo afecta a las clases socio-económicas más desprotegidas. Se menciona una prevalencia mayor en varones que en mujeres con una relación 3 a 2, y, un aumento de casos en las zonas tropicales, especialmente en los meses de primavera y verano⁽¹⁰⁾.

Actualmente se considera al prúrigo agudo como una reacción de hipersensibilidad a picaduras de diferentes insectos, del género de los artrópodos, clase insecta o hexápoda; entre estos tenemos a

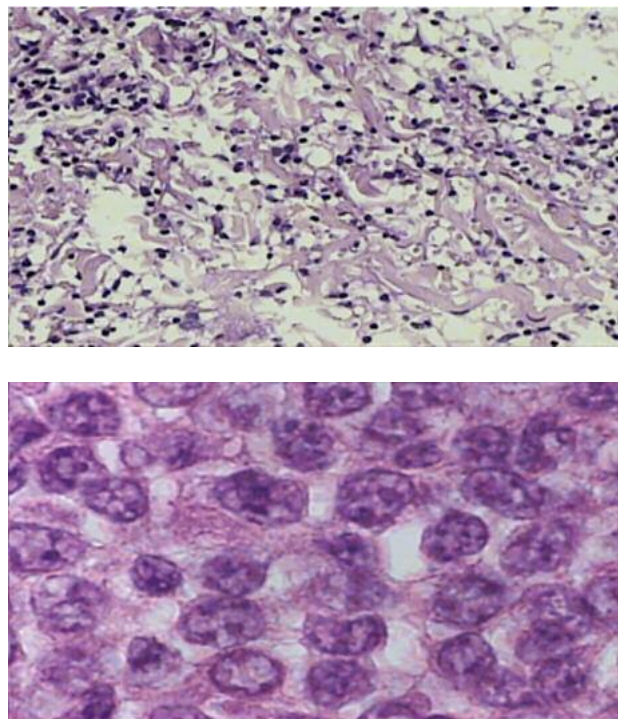
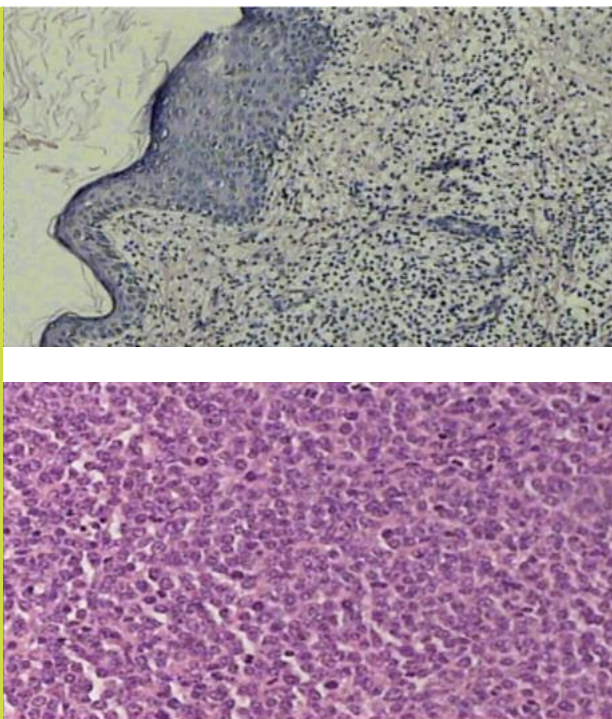


Fig. N 3. Biopsia de piel: epitelio papilomatoso adelgazado y dermis con infiltrado mononuclear difuso y abundantes linfocitos.

orden diptera (mosquitos, zancudos, moscas, moscardones), orden Hemiptera (chinchas, *Cimex lectularius*), orden Siphonaptera (pulgas, *Pulex irritans*), orden Hymenoptera (abejas, avispas, hormigas)^(1, 2, 3, 11, 12, 13).

En nuestro medio los insectos que pueden causar prurigo son en su mayoría el chinche (*Cimex lectularius*) que produce la Cimiasis, la pulga (*Pulex irritans*) que ocasiona la puliciasis y los zancudos y mosquitos (Culicidae). En un estudio realizado por Mac Farlane y Mechulan se determinó que los mosquitos son los insectos que con mayor frecuencia producen prurigo en los niños, correlacionando las pruebas intradérmicas con el diagnóstico de alergia⁽¹⁴⁾.

La presentación clínica de las lesiones va a depender del tipo de paciente y la calidad del inóculo. La prevalencia disminuida en los primeros meses de vida puede estar explicada porque a esta edad no se ha adquirido una sensibilización específica a los antígenos de insecto. Así mismo, la disminución de la prevalencia en niños mayores y su desaparición hacia la vida adulta se correlaciona con una desensibilización producida por picaduras repetidas^(2, 15).

Además de las picaduras de insectos se han asociado como factores agravantes del prurigo, la hipersensibilidad del huésped, infección por parásitos, focos infecciosos presentes (amígdalas, dientes, bronquios), desnutrición, mala higiene y automedicación. Factores de orden psicológico también han sido descritos, pues la piel es un órgano eréctil cuya reactividad puede estar aumentada por la tensión emocional^(1, 16).

Los alérgenos presentes en la saliva de los insectos inducen una sensibilización de la persona con formación de anticuerpos específicos. La intensidad de la reacción originada por la picadura dependerá de si el paciente ya ha estado previamente expuesto al insecto y de la capacidad del huésped de responder al estímulo antigénico. Los niños con prurigo simple infantil tienden a presentar episodios recurrentes durante el año, con predilección especial en las épocas de primavera y verano^(16, 17).

En la fase de hipersensibilidad precoz las lesiones tempranas se deben a una respuesta de hipersensibilidad tipo I causada por la liberación de IgE e histamina, que clínicamente se manifiesta con edema vasomotor de la dermis y habones. La histamina desencadena la triple respuesta de Lewis: vasodilatación (eritema), aumento en la permeabilidad

capilar (edema) y reflejo axónico. Posteriormente se produce la fase de hipersensibilidad tardía o tipo IV, mediada por linfocitos T, complejos inmunes (IgM) y complemento; se produce un infiltrado linfocítico y vasculitis, siendo la lesión clásica la pápula (lesiones tardías). Existen lesiones a distancia por efecto directo de la picadura y por un fenómeno de sensibilización; además, después de repetidas exposiciones al alérgeno del insecto, se crea tolerancia inmunitaria^(7, 18).

Actualmente, las manifestaciones clínicas del prurigo de Hebra coinciden mucho con las mencionadas en los textos antiguos; la lesión inicial es una roncha, de curso bifásico, con frecuencia coronada por un punto oscuro central y rodeado por una vesícula. Tras algunas horas se forma una pápula que puede escoriarse o sobreinfectarse por rascado. Las pápulas persisten alrededor de una semana y se agregan sucesivamente nuevas lesiones (usualmente no más de diez o veinte), no confluentes, firmes y brillantes; las lesiones que involucionan pueden dejar cicatrices hipo o hiperpigmentadas.

Es característica del prurigo agudo la presencia de lesiones en distintos estadios, localizadas preferentemente en zonas que no están cubiertas como las regiones extensoras de extremidades y tronco que se acompañan de prurito intenso y suelen respetar el área genital, perineal y axilar. La enfermedad evoluciona en ciclos de intervalos irregulares (entre dos a cuatro semanas) y varía con los cambios ambientales. En ocasiones, al existir nuevas picaduras en otras zonas, reaparecen brotes de pápulas o habones donde previamente habían existido, esto particularmente en niños atópicos o sensibilizados a determinados antígenos del artrópodo, o con lesiones liquenificadas crónicas^(1, 17, 19).

En la mayoría de niños no existen síntomas sistémicos acompañantes, sin embargo, por las características de las lesiones se podría pensar en patologías crónicas o infecciosas.

El diagnóstico diferencial del prurigo de Hebra se realiza con la urticaria, escabiosis, varicela., pediculosis corporis, síndrome de Gianotti-Crosti, dermatitis herpetiforme, liquen plano, acropustulosis de la infancia y dermatitis atópica⁽²⁰⁾.

La historia clínica y la valoración física son esenciales para el diagnóstico, siendo fundamental su correlación con los datos epidemiológicos. Debemos sospechar este diagnóstico en niños que estén en contacto con perros, gatos, mosquitos, zancudos, chin-

ches, etc⁽²¹⁾. Entre las complicaciones que pueden presentarse están el impétigo, foliculitis, celulitis, linfangitis y reacciones anafilácticas.

El pilar fundamental del tratamiento es evitar el contacto con insectos o animales portadores utilizando repelentes, toldos y fumigando las viviendas. En principio, se controlará el episodio agudo con antihistamínicos sistémicos como la loratadina (5-10 mg/día), cetirizina (2.5-5 mg/día), hidroxicina (2 mg/Kg/día, repartidos en 3 a 4 dosis); otra alternativa son los corticoides tópicos, como la hidrocortisona al 1 %. En ocasiones pueden ser necesarios los antibióticos sistémicos y, en caso de existir pocas lesiones sobreinfectadas, se puede usar crema de mupirocina en tres aplicaciones diarias durante 7 a 10 días^(19, 21).

A manera de profilaxis, algunos autores recomiendan la ingestión de tiamina (75-150 mg/d) que al excretarse por el sudor produce un olor desagradable para el insecto^(22, 23).

CONCLUSIONES

En el paciente, luego de realizar los exámenes e interconsultas correspondientes, se diagnosticó de Prúrigo de Hebra. Durante su permanencia hospitalaria recibió tratamiento antibiótico debido a la impetiginización de sus lesiones papulares. También se efectuó un trabajo interdisciplinario para mejorar su condición socioeconómica y cultural; comenzando con sus padres, que fueron ingresados a centros especializados para iniciar el tratamiento de alcoholismo. El Psicólogo infantil y Psiquiatra de la institución brindaron apoyo en el área psicoafectiva.

A los 14 días y sin existir complicaciones el paciente fue dado de alta en mejor condición con una favorable evolución de sus lesiones, como lo demuestran las imágenes de la figura No. 2.

NOTA: existió el consentimiento informado de la madre para la publicación de las fotografías en el presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urbina, F, Sudy, E, Misad, C, Sandoval, R. Prúrigos, La Medicina de hoy. Unidad de Dermatología Occidente. Universidad de Chile. Consultado en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/60/1375/43/1v60n75me2.pdf>
2. Ballona, R. Prúrigo infantil, Child prurigo. *Folia dermatol. Perú* 2008; 19 (3): 149-153
3. Hay, W., Levin, M., Sondheimer, J. Deterding, R. Current Diagnosis & Treatment: Pediatrics, Nineteenth ed. McGraw-Hill Companies. 2009.
4. Zeas, I. Dermatología Básica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 2003, 45-47
5. Hernandez, R. Cohen, B. Insect Bite-Induced Hypersensitivity and the SCRATCH Principles: A New Approach to Papular Urticaria. *Pediatrics*. July 2006. 118 (1): 183-189
6. Morales, E. Tratamiento de la sarna. Prúrigo de Hebra. Catedra de Clínica Pediátrica. Hospital Manuel Arriatán. p. 945-948. Consultado en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v15n11/art05.pdf>
7. Mena, C. Valencia, A. Guías diagnósticas y terapéuticas de las diez patologías más frecuentes. Hospital Infantil de México Federico Gómez. Servicio de Dermatología. Consultado en: <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GDermatologia.pdf>
8. Ayala, E. Prúrigo por insectos. Curso de Pediatría 2009. Hospital Ángeles del Pedregal. México DF. Consultado en: http://www.hapmd.com/home/hapmdcom/public_html/wponent/uploads/2009/03/internos/modulodepediatria/20090919_cphap_039_prurigo_por_insectos.pdf
9. Graham, E. Dermatological Section. Case of Prurigo of Hebra. Tomado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.1912.tb16734.x/abstract>
10. Arenas, R. Dermatología: Atlas diagnóstico y tratamiento, tercera edición, México, 2005, p. 83-86
11. Jordaán, F. Schneider, J. Papular Urticaria: A Histopathologic Study of 30 Patients. *American Journal of Dermatopathology*. April 1997; 19 (2): 119-126.
12. Falabella. Dermatología, 6ta.ed, Colombia, 2002, pag 186-191
13. Urticaria, Prúrigo and Pruritus. Pag. 112 – 114. Consultado en: <http://www.derm-hokudai.jp/shimizu-dermatology/pdf/08-02.pdf>
14. Mac Farlane, N. Mechulan, R. Mosquito: the most frequent cause of prurigo in children. Correlation with the intradermal tests in the diagnosis of allergy. *Rev Cubana Med Trop*. 1979 May-Aug; 31(2):133-40.
15. Steen, C. Carbonaro, P. Schwartz, R. Arthropods in dermatology. *Journal American Academy of Dermatology*. June 2004. p. 819-822
16. Salazar O. Dermatoses Infantiles, Unidad 12, Dermatología general y podológica II, www.podologia.cl Consultado en: <http://www.podologia.cl/new/docs/AD%2012.pdf>
17. Weinberg, Prose and Kristal, Dermatología Pediátrica, Tercera Edición, Editorial Marban, Pag: 289, 290
18. Guillén, J. et al. Urticaria y angioedema. *Revista Alergia México*. marzo-abril, 2007; 54 (2):61-63
19. García-Patos, V. Dermatoses Zooparasitarias. p. 154, 155. Consultado en: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/25_Dermatoses_zooparasitarias.pdf
20. Tierney. Diagnóstico clínico y tratamiento, 47 edición, México, 2008, pag 126-129.
21. Gómez, J. Hernández, J. Dermatología Infantil en zonas rurales del trópico. Manual para cooperantes. Generalitat Valenciana, 2002. Ed. Gráficas Izquierdo. p. 38-39
22. Mayol, Ll. Lesiones producidas por insectos, arácnidos y anfibios. p. 263-265
23. Prúrigo. Consultado en: <http://www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/posgrado/dermatologia/teoricos/Prurigo.pdf>