

Las varias causas del picor: ¿Delirio de parasitosis o prurito crónico?

Néstor P. Sánchez, MD, FAAD

Profesor de Dermatología y Patología
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico
Profesor de Dermatología y Dermatopatología
Ponce Health Sciences University
Consultor, Hospital Menonita, Aibonito

Ángel Pagán González, MS IV

Ponce Health Sciences University

Alvin Soto Soto, MS3

Ponce Health Sciences University

Introducción

La mayoría de personas rascan su piel de vez en cuando. De hecho, la sensación del picor es un mecanismo de defensa que nos alerta sobre sustancias irritantes que entran en contacto con nuestra piel. Sin embargo, algunos pacientes sufren de un impulso o deseo recurrente de rascar su piel que puede llegar al punto de producir lesiones cutáneas. Por esto, los profesionales de la salud debemos reconocer las varias etiologías del picor y su manejo clínico. En esta edición, presentamos la epidemiología del picor, sus causas médicas más comunes y la literatura reciente sobre sus mecanismos y tratamientos.

Epidemiología

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del picor crónico, pero aquellos realizados en Noruega estiman una prevalencia de alrededor del 8% de la población, mientras que estudios sobre trabajadores alemanes estiman hasta un 16%.³⁻⁴ En México, se ha podido demostrar que el prurito crónico es más prevalente en las personas de edad avanzada, y otros estudios han sugerido que este afecta más a las mujeres que a los hombres.⁵⁻⁶ Estudios sobre el rol de la raza o etnia en la prevalencia del picor crónico reportan resultados inconclusos.⁷⁻⁸

Prurito crónico

El prurito —también conocido como picor— es una sensación que causa al paciente la necesidad recurrente de rascar su piel con niveles variables de intensidad. El prurito y las excoriaciones causadas por el rascado son presentaciones clínicas frecuentes en dermatología, que causan un impacto negativo en los pacientes, incluyendo desregulación en patrones del sueño o actividades del diario vivir.¹ El picor puede presentar gran variabilidad en duración, desde agudo (menos de 6 semanas) hasta crónico (más de 6 semanas).² Estudios sobre el

mecanismo del picor crónico sugieren que el tálamo es responsable del inicio de la cascada neurobiológica que conlleva al proceso picor-rasguño. Desde ahí, una serie de impulsos viajan hacia áreas corticales y subcorticales del cerebro, estimulando así la sensación de picor y la planificación motora para el proceso de rascado. Aunque las causas del prurito crónico pueden ser varias, se pueden agrupar en 6 categorías: dermatológicas, sistémicas, neurológicas, psicogénicas, mixtas, u otras.⁹ El prurito urémico es una causa sistémica de picor cuando hay enfermedad crónica renal; estudios recientes sugieren que estos pacientes se benefician al ser tratados con gabapentina. Por otro lado, los pacientes de prurito por exceso de bilirrubina y enfermedades de la vesícula mejoraron con rifampin y flumecinol. También se estudió a pacientes que sufren de VIH y algunos tipos de cáncer, pero los resultados han sido inconclusos.⁶

En pacientes en los que no se identifica una etiología específica del picor, lo ideal es adoptar un enfoque preventivo eliminando factores que lo empeoren. Se puede prevenir la resequedad e irritación de la piel con cremas humectantes y emolientes como la vaselina. Además, ayuda un ambiente fresco, disminuir el estrés, eliminar productos irritantes como fragancias, disminuir el contacto con productos químicos de limpieza y utilizar guantes sin látex.¹⁰

Los antihistamínicos siguen siendo la primera línea de tratamiento por su fácil accesibilidad, su seguridad y su bajo costo. Su efectividad no es universal, pero en condiciones dermatológicas como mastocitosis son muy efectivos. La fototerapia, los antidepresivos, los anticonvulsivos, los agonistas y antagonistas de receptores de opioides, entre otros, pueden ser útiles en el tratamiento de prurito crónico por sus efectos en los neurotransmisores al modificar la cascada neurobiológica que resulta en el proceso picor-rasguño.¹³

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica (o eczema) se presenta mayormente en niños, pero puede prevalecer hasta la adolescencia o hasta la edad adulta. Estos pacientes tienen una disfunción en la barrera epidermal que causa resecaedad, picazón y escamas en la piel. La disfunción inmunológica y los factores ambientales juegan un papel importante en la dermatitis atópica.¹¹ El picor constante disminuye la calidad de vida al afectar el sueño y la concentración. Se desconocen el mecanismo exacto de la señalización del picor y los mediadores asociados en la piel, pero estudios señalan el rol de los ganglios de la raíz dorsal, de la médula espinal y del sistema nervioso central, que pueden amplificar o suprimir el prurito atópico. En las fibras nerviosas sensoriales hay múltiples receptores transmisores del prurito, algunos de los cuales están asociados con las quinasas de Janus intracelulares (JAK). Ensayos clínicos de tercera fase revelan una gran eficacia de los inhibidores de JAK orales para tratar la dermatitis atópica y su picor característico.¹²

Los corticosteroides tópicos han sido la primera línea de tratamiento para aliviar los síntomas de inflamación y comezón en la piel. Sin embargo, en casos severos o resistentes a los corticosteroides, se debe recurrir a los inhibidores de calcineurina tópicos: el crisaborol, e inmunomoduladores sistémicos como el dupilumab. Además, es importante recordar que los medicamentos antihistamínicos, aunque efectivos en la mayoría de los pacientes, no siempre alivian el picor causado por la dermatitis atópica. Estudios revelan que existe una interacción inmunoneural, a raíz de la cual los basófilos y los leucotrienos estimulan los terminales nerviosos de la piel y pueden ser la causa del picor que no responde a los antihistamínicos.¹³

Trastorno de excoriaciones de la piel

El término excoriación significa irritación cutánea, en la que la piel roza contra sí misma, las uñas, u otro material. El trastorno de excoriación de la piel, recién añadido al *Manual de Trastornos Mentales V*, se caracteriza por picor y rascado de forma excesiva. También conocido dermatilomanía, la Academia Americana de Psiquiatría lo categoriza bajo la categoría de trastornos obsesivo-compulsivos.¹⁴ La mayoría de los pacientes se sienten incapaces de parar y pueden llegar a un punto en el que su comportamiento interfiere con su capa-

cidad para funcionar de manera óptima en el trabajo, escuela, o entorno social. Algunos pueden rascar su piel hasta causar lesiones cutáneas e infección del tejido (ver Figura 2). Las causas médicas que deben ser investigadas incluyen los efectos secundarios de las anfetaminas, el uso de cocaína, la abstinencia de alcohol, y la escabiosis (sarna humana). Los tratamientos incluyen tanto la psicoterapia como la terapia del comportamiento cognoscitiva, y técnicas de reversión de hábitos.



Se estima que solo el 20% de los pacientes con trastorno de excoriación acuden a un médico por sus síntomas. Sin embargo, la angustia y los sentimientos de bochorno —tanto por parte del paciente como del personal médico— dificultan el tratamiento. En lugar de un psiquiatra o de un psicólogo, suelen ser en la mayoría de los casos un médico primario o un dermatólogo los primeros en recibir la consulta. Por todo esto, es crucial crear un entorno de aceptación y empatía, sin prejuicios, que permita el desarrollo de una relación terapéutica saludable. Los temas psicológicos y los referidos a profesionales de la salud mental pueden introducirse gradualmente. Si el paciente rechaza ser referido a un psiquiatra, la terapia con medicamentos recetados por dermatólogos es útil y apropiada. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y agentes antipsicóticos atípicos de dosis baja son eficaces.

Delirio de parasitosis

El término delirio es definido como una idea falsa y fija. El delirio de parasitosis, también conocido como el síndrome de Ekbom, se presenta en pacientes con la idea falsa y fija de estar infectados con algún parásito. Este trastorno somático no causa gran disfunción como otros, pues usualmente no interfiere con las actividades diarias de quienes lo sufren.¹⁵ Un estudio epidemiológico realizado en Minnesota estima una incidencia de 1.9 casos por 100,000 personas-año y una prevalencia

de 27.3 casos por 100,000 personas-año.¹⁶⁻¹⁷ La edad promedio es de 61.4 años sin diferencia en prevalencia entre hombres y mujeres.¹⁶ En pacientes con este trastorno en los Estados Unidos, se reportan hasta 5 visitas anuales al dermatólogo.¹⁸

Las manifestaciones dermatológicas incluyen erosiones, úlceras, hípér y despigmentación, liquenificación, superinfecciones bacterianas, cicatrices con nódulos y placas, y escoriaciones por arañazos (Figura 3). El delirio puede ser primario, como único síntoma en su presentación clínica, o secundario, que se presenta a consecuencia del uso de sustancias o de algún otro trastorno psiquiátrico.¹⁹ La patofisiología exacta no ha sido elucidada, pero estudios sugieren una disminución funcional del transportador de dopamina en el estriado del cerebro. Dicha idea ha sido solidificada por el uso y la efectividad del medicamento antagonista de dopamina pimozida.²⁰ Además, existe la teoría de que pacientes con síntomas somáticos causados por estrés excesivo expresan un aumento en sus síntomas de delirio de parasitosis.



Los antipsicóticos de segunda generación son la primera línea de tratamiento. Estudios han revelado que hasta un 60% de los pacientes con delirio de parasitosis mejoran con dicho tratamiento.²¹ Además de la terapia farmacológica, los pacientes reciben terapia cognitiva conductual. En dicho acercamiento, se le puede explicar al paciente que su problema proviene de un desbalance bioquímico en el cerebro, la utilidad de los antipsicóticos en su tratamiento y los conceptos que le ayuden a comprender su delirio como una condición médica.

Comentario

Aunque no existe un tratamiento universal o cura definitiva para el picor crónico, identificar las posibles causas secundarias y tratar las mismas puede mejorar significativamente los síntomas. Demostrar paciencia y una actitud empática con los pacientes es pieza cla-

ve para lograr una alianza médico-paciente efectiva, y promover la adherencia a los tratamientos. **G**

Referencias

1. Lavery MJ, Stull C, Kinney MO, Yosipovitch G. Nocturnal Pruritus: The battle for a peaceful night's sleep. *Int J Mol Sci.* 2016;17(3):425.
2. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, Szepletowski JC, Carstens E, Ikoma A, Bergasa NV, et al. *Acta Derm Venereol.* 2007;87(4):291-4.
3. Valdes-Rodriguez, et al. Itch prevalence and characteristics in Hispanic geriatric population. *Acta Derm Venereol.* 2015;95(4):417-21.
4. Rimoïn LP, Kwatra SG, Yosipovitch G. Female-specific pruritus from childhood to postmenopause: clinical features, hormonal factors, and treatment considerations. *Dermatol Ther.* 2013 Mar-Apr;26(2):157-67.
5. Dalgard F, et al. Self-reported skin morbidity among adults: associations with quality of life and general health in a Norwegian survey. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2004 Mar;9(2): 120-5.
6. Ständer S, Schäfer I, Phan NQ, et al. Prevalence of chronic pruritus in Germany: results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. *Dermatology.* 2010;221(3):229-35.
7. Dhand A, Aminoff MJ. The neurology of itch. *Brain.* 2014;137(Pt 2):313-322.
8. Mochizuki H, Papoiu AD, Nattkemper LA, Lin AC, et al. Scratching induces overactivity in motor-related regions and reward system in chronic itch patients. *J Invest Dermatol.* 2015;135(11):2814-23.
9. Grundmann S, Ständer S. Chronic pruritus: clinics and treatment. *Annals of dermatology.* 2011;23(1):1-11.
10. Siemens W, et al. Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients. *The Cochrane database.* 2016;11(11).
11. Kido-Nakahara M, Furue M, Ulzii D, Nakahara T. Itch in Atopic Dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2017;37(1):113-122.
12. Guttman-Yassky E, et al. Upadacitinib in adults with moderate to severe atopic dermatitis: 16-week results from a randomized, placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(3):877-884.
13. Wang F, Trier AM, Li F, et al. A basophil-neuronal axis promotes itch. *Cell.* 2021;184(2):422-440.e17.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington, Va: American Psychiatric Association. 2013;254-7
15. Lynch PJ. Delusions of parasitosis. *Semin Derma.* 1993 ;12(1): 39-45.
16. Kohorst JJ, Bailey CH, Andersen LK, et al. Prevalence of Delusional Infestation-. *JAMA Dermatol.* 2018 May 1;154(5):615-617.
17. Bailey CH, Andersen LK, Lowe GC, Pittelkow et al. A population-based study of the incidence of delusional infestation in Olmsted County, Minnesota, 1976-2010. *Br J Dermatol.* 2014;170(5):1130-5.
18. Szepletowski JC, Salomon J, Hrehorów E, Pacan P, Zalewska A, Sysa-Jedrzejowska A. Delusional parasitosis in dermatological practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007 Apr;21(4):462-5.
19. Musalek M, et al. The position of delusional parasitosis in psychiatric nosology and classification. *Psychopathology.* 1990;23(2):115-24.
20. Huber M, Kirchlner E, Karner M, Pycha R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. *Med Hypotheses.* 2007;68(6):1351-8.
21. Lepping P, Russell I, et al. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis. *Br J Psychiatry.* 2007 Sep; 191:198-205.