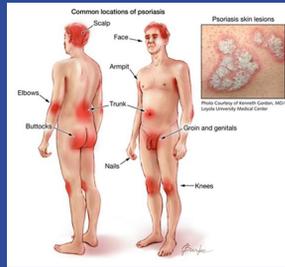


Dermatología

Resumen

PRURIGO POR INSECTOS



ENARM
México

DEFINICION

El prurigo por insecto es una manifestación cutánea producida por la sensibilización a los antígenos salivales que se inoculan durante la picadura de diversos artrópodos: insectos y arácnidos. La palabra prurigo proviene del latín proorigo, cuyo significado literal es comezón. Constituido por dos manifestaciones clínicas: prurito y lesión dérmica, ya sea roncha o pápula, que produce como consecuencia del rascado la costra hemática y la liquisación.



SALUD PÚBLICA

El prurigo por insecto es más frecuente en la población pediátrica y adultos jóvenes. Entre los factores de riesgo están: meses cálidos (primavera y verano), zonas tropicales, ocupación de la persona, cambio de domicilio, animales y plantas dentro de las habitaciones, cercanía a charcos, plantíos, lagos y áreas forestales. El contacto con el artrópodo mordedor es muy difícil de demostrar, ya que algunos, como la chinche, viajan grandes distancias para obtener su alimento, incluso de una casa a otra. Otros pueden adquirirse de un camión de mudanza o en un transporte público. Es frecuente que un solo individuo de la familia esté infectado, y se manifiesta por igual en pacientes con y sin atopía. En ocasiones los brotes coinciden con la llegada de una mascota a la casa, y mejoran con un cambio de domicilio u hospitalización. Afecta principalmente a las clases socioeconómicas bajas.



PATOGENIA

El prurigo por insecto se debe a la sensibilidad adquirida por la picadura de diversos artrópodos, que incluyen arácnidos (garrapatas y ácaros) y hexápodos (piojo, mosquito, pulga, chinche), así como sus fómites. Se tienen reportes de cuadros de prurigo por insecto ocasionados por dermatofagoides pteronissimus. En este síndrome se incluyen algunas zoonosis, enfermedades transmitidas al humano por artrópodos que parasitan a los animales; así como procesos inflamatorios por la sensibilización a los alérgenos de dichos parásitos. Mientras que en los animales aparecen parches eccematosos agudos o crónicos, en el humano se manifiesta con diversas dermatosis. El mecanismo exacto de la atracción del insecto a la piel se desconoce, pero se cree que está influido por el olor, la sudoración, las hormonas sexuales, el calor corporal, el desplazamiento del aire, las vibraciones del cuerpo y la producción de CO₂ por la respiración. El cuadro clínico polimórfico se debe a una sensibilidad adquirida a la picadura de insecto, y la diseminación sanguínea del antígeno causa reactivación de viejas mordeduras en sitios previamente sensibilizados. Si se corta el ducto salival del insecto se elimina la sensibilización secundaria a la picadura. La alergia se fundamenta en lo siguiente:

- Secuencia de la reactividad a la picadura del insecto.
- Transferencia pasiva de la enfermedad por donador alérgico.
- Sensibilización experimental en animales.
- Aumento de IgE específica y pruebas cutáneas positivas.
- Respuesta favorable a la inmunoterapia en la mayor parte de los casos.

Por lo general, las primeras exposiciones no producen reacción detectable, el paciente se sensibiliza y aparece una pápula firme entre las 24 y 48 horas después del piquete. Luego de la exposición continua, la roncha precede a la pápula, y cuando el paciente se ha sensibilizado después de recibir múltiples piquetes, se desensibiliza en forma natural y desaparece primero la pápula y por último, la roncha. La desensibilización completa es de muy corta duración en pacientes que han recibido un gran número de piquetes. El prurigo por insecto ocurre en el estadio III, pudiendo existir reactivación de las lesiones sanas por antígenos salivales y repetición de todas las etapas de evolución e involución de ronchas y pápulas, incluyendo las manchas hipercrómicas. El tipo de reacción, su gravedad y persistencia dependerán del grado de exposición previa, la cantidad de antígeno inyectado y la sensibilidad individual. Aunque la localización de las lesiones del prurigo por insecto es, inicialmente, en el sitio de la picadura, se diseminan complejos inmunes en forma generalizada al azar, depositándose y dañando los vasos sanguíneos dérmicos. El prurigo por insecto aparece con la misma frecuencia en pacientes atópicos y no atópicos, pero la respuesta Th2 predomina, a pesar del desarrollo de hipersensibilidad retardada (pápulas), con proliferación de linfocitos, producción de IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IgE e IgG4 y decremento en la producción de interferón gamma (INF γ) e IL-2. El primer anticuerpo que se desarrolla es la IgG1 contra un antígeno de las glándulas salivales, seguido de IgE específica, la que se incrementa en forma directamente proporcional al tiempo de exposición.

DIAGNOSTICO

EL DIAGNÓSTICO DEL PRURIGO POR INSECTO ES CLÍNICO Y DE EXCLUSIÓN

Se debe realizar una historia cronológica del curso de la erupción, relación de visitas a amigos o paseos determinados y distribución de las lesiones, la cual sugiere el agente causal; por ejemplo, partes expuestas: insecto volador; tobillos y piernas: pulgas; tronco: chinche.



Cuadro clínico

Consiste en erupción recurrente, estacional, con grupos de ronchas irregulares y pápulas pruriginosas acompañadas de prurito intenso que se exacerba durante la noche e interrumpe el sueño. Los brotes duran entre 2 y 10 días. Requiere sensibilización, por lo que nunca aparece antes de las tres semanas de vida. Las áreas corporales más afectadas son la región lumbar, el abdomen, la cintura, los glúteos, las zonas extensoras de los brazos y muslos. El periné, la cara y los dedos rara vez se afectan, lo que ayuda al diagnóstico diferencial de sarna. Las lesiones son simétricas y se localizan en partes cubiertas, pueden seguir la zona del resorte del calzón o de la pijama del niño, así como en sitios de presión de elásticos o ropa apretada.³ El curso de la urticaria papular es bifásico. Las pápulas prosiguen a las ronchas y están coronadas de una pequeña vesícula. Aparecen en grupos de 6 a 20 pápulas, con intervalos de dos a tres días. Su pico de mayor frecuencia es entre el primer y segundo año de vida y no tiene predominio por algún sexo. Su incidencia comienza a decrecer a los siete años. La sensibilidad individual es muy variable, ocasiona desde una reacción inmediata de roncha y eritema hasta pápulas retardadas, bulas o reacción tipo Arthus con síntomas sistémicos.¹ La reacción individual a la picadura cambia con el tiempo y las exposiciones acumulativas. Con exposición intensa, la reactividad disminuye gradualmente hasta que se alcanza la desensibilización natural. Cuando la reacción inflamatoria es muy intensa se desarrollan múltiples bulas, en forma primaria o sobre la pápula inicial. Los niños tienen más predisposición a manifestar este aspecto morfológico debido a una vida celular media acelerada, capas epidérmicas delgadas, secreción sebácea y sudorípara irregular y problemas inherentes a la maduración inmunológica que determinan una inflamación importante. En el adulto, las bulas tienen un pronóstico grave. El prurigo buloso es más frecuente en los miembros inferiores, principalmente en los muslos y las plantas de los pies. También puede haber petequias y equimosis.⁴ Otro tipo de urticaria papular atípica es la que produce *Cheyletiella*, parásito de perros, gatos y conejos, en la que las pápulas son más pequeñas y se vuelven invariablemente pustulosas. El diagnóstico se confirma con prueba cutánea y RAST (medición de IgE específica).

Una prueba cutánea negativa excluye definitivamente al artrópodo sospechado, mientras que una positiva confirma la sensibilidad específica. La hipersensibilidad tipo I se demuestra en forma objetiva por la prueba de Prausnitz-Küstner, inmunobloting, cuantificación de la activación de basófilos por citometría de flujo y medición de leucotrieno C4 e histamina. Otras técnicas más complejas, como la inmunofluorescencia y la reacción en cadena de polimerasa, permiten precisar el agente causal.

Diagnóstico diferencial

Se realiza con base en el cuadro clínico, la evolución, la morfología y la localización, principalmente con: escabiasis, síndrome de Gianotti, pediculosis corporis, parapsoriasis en gotas, liquen plano, exantemas virales, como varicela y mononucleosis, impétigo, urticaria común y fotoerupciones. A diferencia de la urticaria estas lesiones tardan días en desaparecer.

MANEJO TERAPEUTICO

Las medidas generales incluyen:

1) **Protección contra insectos voladores.** Con el uso de mosquiteros, ropa de manga larga y pantalón largo, cierre de ventanas por la noche (la luz atrae a los insectos) y uso de repelentes. Los mosquiteros y ropa se pueden impregnar con permetrina para mayor eficacia. Las lociones fragantes hacen al individuo menos atractivo para los insectos. También se ha usado, en forma no concluyente, la tiamina por vía oral a dosis de 150 a 300 mg/d.



2) **Eliminación del agente causal.** Evitar los animales y las plantas dentro de la casa y desinfectarlos. Fumigar o utilizar parasiticidas como talco o aerosol de DDT al 5%, el cual logra la curación hasta en 88% de individuos en un lapso de dos a tres semanas; sin embargo, los insectos se vuelven rápidamente resistentes, además, es carcinogénico y muy tóxico para el humano y el medio ambiente, por lo que debe usarse con gran precaución. El mejor método de control de insectos se considera el saneamiento ambiental. Se deben desinfectar todos los fómites de los animales: los cajones donde duermen, arena de excretas, gallineros y otros. Los huevos de pulga están en la vivienda de animales infestados, ya que, por ser secos, no se adhieren al pelo o las plumas. Las larvas y ninfas de diversos artrópodos pueden encontrarse en grietas del piso, entre las duelas de madera, en la costura de los colchones, bajo el papel tapiz o las alfombras y pueden permanecer largos meses en inactividad, por lo que la fumigación debe ser minuciosa. El huevo de la chinche se fija con un cemento especial, requiriendo cepillado para su remoción. La chinche tiene toxicidad residual hasta 200 días después de muerto el insecto, al igual que la garrapata. Los piojos fijan sus huevos con pegamento al pelo, debiéndose aplicar petrolato.

3) **Alivio del prurito.** Se logra con medicamentos tópicos, cremas lubricantes, fomentos y pastas secantes, como lociones de calamina, mentol, fenol y alcanfor. Los baños coloidales disminuyen la intensidad del prurito. Los antihistamínicos de primera generación son ideales por su efecto sedante y antipruriginoso. La cetirizina y loratadina han demostrado una eficacia notable tanto en la reacción temprana como en la tardía, disminuyendo la roncha y el prurito. Ambos se han utilizado como profilácticos en zonas donde existe una infestación densa de mosquitos, en donde la ropa, los mosquiteros y los repelentes no dan una protección total. En casos serios, se puede utilizar la sedación con fenobarbital. Si el cuadro es muy profuso y de larga duración, deben usarse esteroides locales o sistémicos e incluso internar al paciente. Para la liquenificación se recomiendan esteroides tópicos potentes.

4) **Control de la infección secundaria.** Con el uso de antibióticos locales o sistémicos, según la gravedad, se debe controlar la infección secundaria. El tratamiento del prurigo por insecto debe ser temprano y agresivo con búsqueda acuciosa del artrópodo causal. Algunos autores afirman que la mejor solución para la picadura de artrópodos es el uso de repelentes profilácticos. Los repelentes son sustancias químicas que, aplicadas sobre la piel o ropa, ahuyentan a los insectos impidiendo su ataque. Los artrópodos vulnerables son, entre otros: moscos, moscas, pulgas, garrapatas, chinches, tábanos. Todos los artrópodos poseen aparatos sensoriales que les permiten detectar al huésped, el aparato más sensible es el olfatorio con memoria de olores. El uso de la inmunoterapia aún es controversial, ya que algunos autores la consideran peligrosa y con resultados variables. Los argumentos son los siguientes: 1) el tratamiento con inmunoterapia modifica la reacción inmediata, pero no la tardía, 2) su eficacia es corta (estacional), a menos que el paciente permanezca en exposición constante a las picaduras; y 3) aumenta la sensibilidad a la picadura con efectos colaterales graves, como anafilaxia y enfermedad del suero por una mala purificación química de los antígenos.

PRONOSTICO

Es inusual para que las lesiones se resuelvan espontáneamente. Se pueden disminuir en severidad con el tratamiento, pero tienden a persistir en el tiempo. Si la quemazón tiene gran intensidad entonces hay una posibilidad de curación, pero esto no es la norma. El prurigo es una condición benigna. Sin embargo, puede causar daños graves funcionales y la morbilidad debida a un mal control de la picazón / rascado y síntomas psicológicos. Algunas lesiones pueden llegar a ser permanentes o mostrar cicatrices pigmentadas.

BIBLIOGRAFIA

B, F. T. (s.f.). *Atlas de Dermatología Clínica*. Barcelona: Ediciones Doyma.

CONTENIDO ADICIONAL CLAVE

Entre las complicaciones del prurigo por insecto están la piodermia secundaria con adenopatía, la dermatitis de contacto por automedicación, la liquenificación, la hiperpigmentación residual en sitios de picaduras viejas, la glomerulonefritis aguda por estreptococo y la celulitis eosinofílica.