

Prúrigo a ectoparásitos

Dr. Rubén Barragán*

Dr. Ricardo Páez Moreno**

Dr. Alfredo Vera Páramo**

Introducción

Se conoce como prúrigos, aquellos cuadros cutáneos que tienen como característica morfológica la aparición de pápulas dermoepidérmicas mixtas como manifestación de un paroxismo reaccional y que son intensamente pruriginosas.

Los prúrigos son entidades de evolución crónica que se alternan con episodios agudos de reacción orgánica.

Estado I (agudo)

El órgano de choque es fundamentalmente vascular, de localización dérmica. Fisiopatológicamente se traduce por vasodilatación, fragilidad vascular y extravasación, lo que clínicamente da lugar a la aparición de pápulas de tamaño variable, de consistencia edematosa y con intenso prurito. Cuando la reacción es intensa se aprecia la formación de una vesícula central que por el constante rascado se ulcera y su concreción da lugar a la formación de costras hemáticas.

Las características clínicas desaparecen en un tiempo más o menos breve y dejan en su lugar pequeñas pápulas infiltradas de consistencia dura, hiperpigmentadas o hipocrómicas, decapitadas y coronadas en su vértice por una costra hemática.

Estado II (crónico)

Aquí existe una infiltración francamente dérmica, linfocitaria, coherente y de localización papilar. El rascado constante puede dar lugar a la liquenificación.

En México los dermatólogos dan gran importancia al prurigo por insectos, y lo definen

como aquellas entidades dermatológicas cuyas características clínicas morfológicas están constituidas por la aparición de pápulas dermoepidérmicas mixtas muy pruriginosas y cuya etiología reconocida es la hipersensibilidad del organismo ante las proteínas introducidas en él por la proboscis de ciertos insectos y que cursa con una evolución típica por brotes sucesivos.

II. Etiología

Los prúrigos causados por picaduras de insectos son debidos a la hipersensibilidad despertada por el antígeno proteico inyectado por la proboscis de ciertos insectos que parasitan al género humano únicamente en el momento de alimentarse a expensas de él y lo abandonan después de conseguido su objetivo.

En México los prúrigos por ectoparásitos más frecuentes en orden son los siguientes:

1. *Cimex lectularius* o chinche común. (Cimiasis)
2. *Pulex irritans* o pulga. (Puliciasis)
3. *Culicidae* o mosquito común. (Culicidiasis)
4. *Trombicula irritans* y *Euschongastia n.* (Trombiculosis)
5. *Haematosiphon inodora* o coruco. (Haematosiphoniasis)

III. Frecuencia

La edad más frecuente es el primer decenio de la vida, afectando igual a mujeres y hombres, siendo más raro a medida que aumenta la edad, porque con el tiempo tiende a crear inmunidad. Puede presentarse a cualquier edad en personas que cambian de residencia donde hay otros insectos. Hay tendencia a presentarse en época de vacaciones.

IV. Fisiopatología

El prurigo implica dos etapas sucesivas que son el período de sensibilización y el de hiper-

* Médico adscrito, Servicio de Dermatología, Hospital "20 de Noviembre", ISSSTE.

** Médicos generales.

Fig. 1. Prúrigo por insectos



sensibilidad que desaparece al adquirirse la inmunidad.

A) *Periodo de sensibilización*

Al ponerse por primera vez en contacto el antígeno con el organismo, la sustancia introducida reacciona con las células propias de la inmunidad humoral. Los mastocitos y los basófilos son cubiertos por inmunoglobulinas E (IgE) por lo que se sensibilizan al antígeno del insecto.

B) *Periodo de hipersensibilidad*

El organismo que quedó sensibilizado de esta manera, al recibir una nueva invasión antigénica responde con gran magnitud, provoca la desintegración de la célula previamente sensibilizada y la liberación de aminas vasoactivas entre las que destacan: 1) histamina, 2) 5-hidroxitriptamina, 3) acetilcolina, 4) sustancias parecidas a proteínas con específica acción farmacológica no enzimática y 5) enzimas. Estas sustancias son las responsables de los fenómenos de vasodilatación, fragilidad vascular y extravasación de este nuevo ataque antigénico.

El insecto predador desarrolla un veneno al que el individuo puede tornarse alérgico. La sensibilización depende de la capacidad del paciente para alergizarse frente al antígeno del insecto. En los niños no alérgicos, frente a este antígeno, las picaduras producen solamente reacciones urticarianas que son extensas y pruriginosas y que ceden sin motivar la consulta médica.

En niños pequeños y lactantes que no han

desarrollado inmunidad frente al antígeno, no se produce ningún tipo de manifestación alérgica. Cuando en éstos reincide la picadura se produce primero la lesión diferida (pápula) y más adelante las lesiones urticarianas. En un individuo sensibilizado una sola picadura puede reactivar lugares afectados anteriormente.

El comité sobre alergia a insectos de la Academia Norteamericana de Alergia señala que el 27 por ciento de los individuos sensibles a las picaduras de insectos tenían historia de atopía. Frazier señala un 10 por ciento y Bernard el 72 por ciento. Para que se produzcan las lesiones se necesita más de una picadura y de un tiempo de incubación como en todas las afecciones alérgicas.

Las reacciones de hipersensibilidad a los insectos clínicamente presentan el siguiente curso dividido en cinco periodos:

I. Con las primeras picaduras sólo se forman pequeños puntos hemorrágicos.

II. Con las picaduras subsiguientes se desarrolla una reacción diferida, que tiene el aspecto de una pequeña pápula sin reacción inmediata.

III. Coexisten reacciones inmediatas y diferidas.

IV. Sólo se produce una reacción inmediata.

V. Las picaduras son toleradas sin que se produzca ninguna reacción.

V. Factores coadyuvantes

La existencia de parasitosis intestinal (actúa como foco antigénico endógeno que provoca la disminución de las defensas de inmunidad contra un ataque exógeno).

La desnutrición.

Las malas condiciones higiénicas (habitar con abundantes insectos).

VI. Cuadro clínico

Topografía

Predilección por las caras externas de las extremidades, región lumbosacra y abdomen. En niños pequeños no es raro que afecte palmas y plantas, cara y cuero cabelludo.

En la fase aguda hay tendencia a invadir el resto de la piel (caras internas de extremida-

des y tronco), pero siempre predomina en su topografía típica. Tiene además la característica de ser simétrica.

Morfología

Las lesiones elementales son pápulas dermoepidérmicas intensamente pruriginosas. Inicialmente hay una pápula dermoepidérmica de consistencia edematosa que en ocasiones presenta en su centro una vesícula serosa, que por el rascado se decapita y después de concretar da lugar a una costra hemática. Presenta superficie eritematosa y a veces manchas purpúricas. Ya pasado el estado agudo, la pápula se vuelve indurada, no pruriginosa, centrada por costra hemática, hiperpigmentada y con tendencia a transformarse en hipocrómica. Pueden existir pápulas en diferentes estados evolutivos, lo que es importante para el diagnóstico.

El rascado da lugar a liquenificación y excoりaciones de la piel, puede existir una infección sobreagregada o si hay aplicación de remedios caseros o productos populares, puede sobreañadirse al prurigo, una dermatitis de contacto secundaria.

VII. Diagnóstico

Las características típicas del prurigo no hacen en realidad posible la confusión diagnóstica; sin embargo, hay ocasiones en que la topografía de la dermatosis no es tan precisa y se puede presentar a confusión con la varicela y la escabiasis.

La distribución de las lesiones orienta al diagnóstico del agente causal, así por ejemplo pápulas numerosas agrupadas en pares (manicurnilla) son patognomónica de *Cimex lentularius* (cimiasis).

Si las lesiones eruptivas se acompañan de pequeños puntos hemorrágicos, es un hecho sugestivo para hacer el diagnóstico de pediculosis (*pulex irritans*).

Cuando los elementos son aislados y se localizan en partes descubiertas sin tendencia a la agrupación, sugieren un agente causal de la familia de los Culicidos (culicidiasis).

La trombiculosis se localiza de preferencia en extremidades inferiores y la morfología es de un aspecto más variado: petequias, pápu-

las, vesículas, y existe el antecedente de haber estado en algún lugar de vegetación espesa más o menos alta.

Para hacer el diagnóstico de haematosiphoniasis, hay que tener presente siempre el antecedente de contacto con aves de corral. Las lesiones son polimorfas y tienden a agruparse en número de 5 a 8 elementos, existiendo leve sintomatología general asociada.

VIII. Tratamiento general

1. Eliminación del agente causal (empleo de insecticidas potentes y específicos para cada parásito y además agregarse una buena higiene general).

2. Erradicación de parasitosis intestinales concomitantes.

3. Antihistamínicos, siempre por vía oral, nunca tópicos. (Difenhidramina, fenilpiramina, monoaminas, tripelenamina). Se recomiendan por su acción específica y la sedante secundaria.

4. Soluciones inertes, baños coloidales tópicos.

5. Algunos autores mencionan el uso de tiamina por vía oral de 100 a 300 mg tres veces al día. Se recomienda por su acción repelente hacia los insectos por su eliminación a través del sudor.

IX. Prurigo a ectoparásitos específicos

A) Pediculosis

Anoplura puede parasitar al ser humano en tres formas: pediculosis de la cabeza (*Pediculus humanus capitis*), del cuerpo (*P. humanus corporis*) y del pubis (*Phthirus pubis*). El piojo del pubis permanece atorado por su proboscis al mismo sitio por muchos días, chupando de tiempo en tiempo. El cuerpo del piojo reside en las costuras de la ropa, y los huevecillos cerca de las mismas. Visita al cuerpo solamente para alimentarse, comúnmente en las regiones interescapular, hombros y cintura. Las primeras manifestaciones son diminutos puntos rojos no inflamatorios. Prontamente llegan a ser papulares y en forma de circunferencia. Un síntoma importante es el prurito, y por el rascado puede ocurrir eczematización secundaria. La escoriación origina costras he-

máticas. Escoriaciones lineales paralelas en la región interescapular son casi patognomónicas. La sensibilidad adquirida puede dar urticaria. *Pediculus capitis* es la variedad más común; se ve más en niñas y mujeres; hay usualmente un intenso prurito y los cabellos afectados se tornan menos lustrosos y opacos. Complicaciones frecuentes de la pediculosis de la cabeza son furunculosis e impétigo.

La parasitación en el pubis se contrae generalmente en adultos por el contacto sexual, pero puede ser también por ropas de cama, toallas, etc. Están usualmente limitados a los genitales e hipogastrio, pero pueden encontrarse en axilas y pestañas (cualquier piel cabelluda). Se pegan a la piel apareciendo como manchas amarillentas o grisáceas. Ocasionalmente se forman manchas azules redondas, de 3 a 15 mm de diámetro en muslos, abdomen o tórax.

Tratamiento: benzoato de bencilo y topocida para la pediculosis de la cabeza y pubis; en la del cuerpo la ropa debe esterilizarse hirviéndola.

B) *Escarabajos productores de vesículas*

Dichos insectos contienen cantaridina, la lactona del ácido cantarídico. Tiene un olor picante y un débil sabor ácido. Las lesiones se producen accidentalmente machacando a los escarabajos, o por descarga de sus líquidos corporales en la piel, o por uso terapéutico externo de la cantaridina consistiendo en vesículas de formación lenta que comprenden sólo las capas superficiales de la piel. Miembros del género *Paederus*, de la familia de los “escarabajos vagos” (*rove beetles*) —*Staphylinidae*— de distribución mundial, tienen un principio irritante (pederina) en sus líquidos corporales, los cuales en contacto con la piel, causan una lesión necrotizante que cura lentamente. Las lesiones son más prominentes en las partes expuestas de la piel.

C) *Cimiasis*

Prurigo producido por *Cimex lectularius*. Este insecto necesita calor por lo que no puede vivir fuera de casas o habitaciones ocupadas por hombres. Se alimentan sólo periódicamente, usualmente durante la noche; en el

día se secretan a ellos mismos en grietas de paredes, pisos o muebles. Ahí encuentra uno parásitos en toda etapa de desarrollo, animales muertos, pieles larvarias, huevecillos y remanentes fecales café-negruscos.

Si el paciente es muy sensible, será despertado por la mordedura y descubrirá al parásito; la mayoría sólo encuentran su pijama y sábanas teñidas con sangre. Después de 10 minutos de “comida”, aparece una roncha que puede ser del tamaño de una uña, rodeada por una zona eritematosa. La firme urticaria puede ser transformada en una lesión persistente por más de 14 días. Puede haber una vesícula añadida a la lesión y pueden surgir ronchas secundarias cerca. En el fenómeno recidivante, lesiones antiguas ya desaparecidas se reactivan cuando el paciente es vuelto a morder en cualquier sitio. Las lesiones son en partes no cubiertas por pijama agrupadas en pares o tercias unidas, y a veces en distribución lineal.

Las pestes pueden ser controladas con DDT y hexaclorociclohexano. Las lesiones no requieren tratamiento en general, pero si el prurito es intenso pueden darse esteroides y antihistamínicos.

D) *Abejas y avispas*

Las picaduras por abejas y avispas son extremadamente comunes. Inmediatamente después de la picadura ocurre un intenso dolor local quemante seguido minutos después por hinchazón y prurito. En el caso de las abejas la picadura y el saco de veneno adherido permanecen *in situ*, fijados por las lancetas que perforaron la piel a una profundidad de 2 ó 3 mm. La avispa remueve el aguijón probablemente para picar una vez más. En un 2-3 por ciento de la población ocurren efectos más serios, por el veneno de los himenópteros:

1. Hinchazón anormal e irritación que persisten un tiempo anormal.
2. Urticaria y edema masivo en 5 minutos o más acompañado o no por:
 - A. Choque y colapso, con hipotensión arterial y pulso rápido, seguido después por pirexia leve y probablemente diarrea y poliuria.

- B. Disnea, tos y jadeo que pueden llegar a la asfixia.
- C. Dentro del 1 ó 2 minutos un sonrojoamiento caliente, acompañado por temblor general, gran ansiedad y aun coma. En la mujer puede acompañarse de contracturas uterinas.
- D. Muerte.

Las lesiones se tratan con antipruriginosos locales como calamina, compresas heladas o baños fríos. Pueden darse antihistamínicos. Si hubiera edema conspicuo, puede usarse adrenalina sola o con corticosteroides.

E) Pulga (*Siphonáptera*)

Hay dos especies de pulgas parasitarias para el hombre: *Pulex irritans* y *Tunga penetrans*. Las mordeduras por pulga son inocuas en muchas personas, pero en individuos sensibilizados se desarrolla una pápula roseta, frecuentemente llegando a ser vesiculosa o aun pustulosa.

La urticaria papular o *liquen urticatus* es causado por sensibilidad a insectos, comúnmente pulgas de perros, gatos y humanos, menos común a la chinche y posiblemente otros insectos. Es más común en niños. Muchas lesiones tienen un punto central no prominente. Hay urticaria inicial que dura unas pocas horas y es seguida por pequeñas pápulas con una vesícula montada. Las lesiones requieren varios días para sanar. Se hallan más en superficies extensoras y expuestas, y se esparcen en el tronco. Respetan axilas, genitales y región perianal. Más común en verano que en invierno. Se recomienda: usar DDT al 5 por ciento en los sitios parasitados de la casa, tratar a perros y gatos con polvo de la misma instancia a igual concentración, evitar contacto con ellos si es posible y remover toda colección de arena.

El tratamiento de las mordeduras por pulga y de la urticaria papular es la típica terapia antiinflamatoria tópica y sistémica.

F) Moscas y mosquitos (*Díptera*)

Los culicidos o mosquitos constituyen la familia de insectos más importante desde el punto de vista salud humana. Son cosmopolitas.

Fig. 2. Prúrigo por insectos



Los *Psychodidae*, género *Phlebotomus*, son vectores de la leishmaniasis, pero no en todas sus especies. La hembra ataca en tobillos, muñecas, rodillas y codos. Se siente una dolorosa sensación de picadura seguida de prurito persistente. Son características ronchas firmes blanquecinas; persisten varios días aun en la ausencia de infección secundaria.

Los *Ceratopogonidae* (*Heleidae*), género *Culicoides*, muerden en las extremidades expuestas, alrededor de la cabeza y aun entre los cabellos del cuero cabelludo. Se forman pápulas y nódulos en personas particularmente sensibles: generalmente persisten varios días.

Los simúlidos producen mordeduras múltiples poco dolorosas. La hemorragia es severa. El curso normal de la reacción es una pequeña equimosis, seguida en pocas horas por una pápula pruriginosa la cual persiste varios días y desaparece.

Los tabánidos atacan silenciosamente y producen una mordedura dolorosa que puede continuar sangrando por algún tiempo después de que el insecto se ha alimentado.

En general las lesiones más frecuentes en orden de aparición en los niños producidas por mosquitos fueron en una revisión (ver bibliografía) —Cuba—: pápula 100 por ciento, vesícula 100 por ciento, eritema 38 por ciento, costra 36 por ciento, manchas hiperpigmentadas 30 por ciento, ulceración 20 por ciento, manchas hipopigmentadas 10 por ciento, pústula 8 por ciento, fisura 6 por ciento, habón 4 por ciento, petequia 4 por ciento y nódulo 2 por ciento. El prurito es intenso dando origen a un rascado constante causando

Fig. 3. Prurigo por insectos



excoriaciones, fisuras y eczematización, infección secundaria por gérmenes piógenos saprofitos habituales de la piel.

Tratamiento: casi nunca necesario excepto en pacientes muy sensibilizados, especialmente niños.

G) *Dermatitis por Cheyletiella*

Esta alteración es muy rara, confundiéndose con lesiones producidas por otros ectoparásitos. *C. parasitovorax* es un parásito obligado. La infestación es muy severa en animales domésticos, muy contagiosa en cachorros de 2 a 8 semanas de edad. Comienza en las nalgas y se generaliza. Lo típico es presencia de caspa en animales. En humanos comienza como una pequeña pápula eritematosa montada por una frágil vesícula. A veces se localiza en grupos, pero nunca confluentes. Se han reportado reacciones a *Cheyletiella* como eritema multiforme y dermatitis herpetiforme.

Topografía: cara anterior del tórax, en especial mamas en la mujer, abdomen bajo, región

periumbilical, sitios de flexión en miembros superiores y muslos en cara anterior. La cara, genitales y área crural nunca se afectan.

Diagnóstico diferencial: mordeduras por mosquitos, pediculosis corporis y escabiasis. Los mosquitos producen lesiones más diseminadas, mientras que la pediculosis y escabiasis requieren de higiene precaria.

X. Conclusiones

Es de suma importancia no sólo para el dermatólogo, sino para el médico general también, el reconocer las lesiones que producen en la piel los insectos y el prurigo que puede originarse a consecuencia. De acuerdo con Barlow (1961) es probable que la primer enfermedad alérgica registrada sea alergia a insectos.

No hay que olvidar que cuando el prurigo no es explicable, después de la intervención médica, debe hacerse una investigación de ectoparásitos en las mascotas que vivan con el paciente, y que puede dar la pista para el tratamiento efectivo.

Bibliografía

- Romano Mechulan, M., y Nimard Mac Farlane, E.: El mosquito: agente causal más frecuente de prurigo en niños. *Rev. Cub. Med. Trop.*, 31:133-140, mayo-agosto 1980.
- Vissian, L., y Baréty, M.: Une épidémie de dermatite prurigineuse parasitaire a pyemotes zwoelferi. *ANN. Dermatol. Venerol. (Paris)* 107:21-24, 1980.
- Kieffer, M., y Kristensen, S.: Prurigo and pets: the benefit from vets. *Br. Med. Jour.* 1/6177 (p. 1539-40), 1979.
- Steven, R., y Cohen, M.D.: *Cheyletiella* Dermatitis. *Arch. Dermatol.* Vol. 116, pp. 435-437, April 1980.
- Cortés, José Luis: *Dermatología Clínica*. 2a. ed. Ed. Clínicas de alergias, S.A., pp. 423-431, México. 1972.
- Fitzpatrick: *Dermatology in General Medicine*, 2a. ed. Ed. McGraw Hill, 1979.

