

# Urticaria papular

**Dra. María Soledad Zegpi T.**

**Dra. Katherine Barría S.**

*UDA Dermatología, Pontificia  
Universidad Católica de Chile.*

**Sr. Cristián Vera K.**

*Interno Facultad de Medicina  
Pontificia Universidad Católica  
de Chile. cvera@puc.cl*

## INTRODUCCIÓN

La urticaria papular (Prurigo agudo, prurigo insectario) es un trastorno común de la infancia que se manifiesta por pápulas o ronchas pequeñas recurrentes producidas por una reacción de hipersensibilidad a la mordedura o picadura de pulgas, mosquitos y otros insectos. La urticaria papular no sólo es una afección con síntomas molestos, sino que existe además la posibilidad de complicación por sobreinfección bacteriana. El aspecto más difícil en el enfrentamiento del prurigo agudo en la práctica diaria, es el convencer a los padres de que el niño está siendo mordido por algún insecto, y la identificación y erradicación de la fuente del ectoparásito.

Aparece en el casi 90% de los casos durante los primeros 3 años de vida. Aunque se han descrito casos en recién nacidos de 2 semanas de vida, es más frecuente en niños entre los 2 y 7 años de edad, principalmente en los que tie-

nen historia de dermatitis atópica. Puede presentarse en cualquier época del año, siendo más prevalente en primavera y verano. 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.

Es la forma más frecuente de prurigo agudo durante la infancia. Es una reacción de hipersensibilidad a antígenos insectarios depositados mediante las picaduras de pulgas, zancudos, chinches, mosquitos y otros insectos. La sensibilización aparece generalmente después de los 2 años de edad, una vez que el niño ha recibido un número importante de picaduras. Después de los 8-10 años, el prurigo agudo tiende a ser menos común por una desensibilización (tolerancia) frente a repetidas picaduras.

## CLÍNICA

Se caracteriza por ronchas pruriginosas, cuculiformes, eritematosas de 5 a 10 mm, que pueden tener un punto central rodeado por una vesícula. Luego evolucionan a una erupción papular o papulovesicular autolimitada (Figura 1), con erosiones, costras (Figura 2) y signos de gratage, encontrándose frecuentemente impetiginización secundaria. Las lesiones pueden presentarse en cualquier parte de cuerpo, sin embargo, son más frecuentes en áreas expuestas, particularmente en zonas extensoras, y se hacen más evidentes durante épocas estivales.

Fisiopatológicamente, las ronchas en el lugar de las picaduras corresponden a una reacción de hipersensibilidad inme-

diata mediada por IgE. La erupción posterior correspondería a una reacción mediada por complejos inmunes ya que se han encontrado depósitos de IgM, C1q, C3 en los vasos dérmicos 24 horas después de las picaduras. Esto explicaría la presencia de lesiones en zonas distantes a los sitios de picaduras. Sin embargo, en otros estudios histológicos no se ha podido demostrar presencia de inmunoglobulinas, complemento o fibrina mediante inmunofluorescencia directa.

## TRATAMIENTO

### 1. Prevención

Es fundamental la educación a los padres y la familia sobre los factores causales y predisponentes, ya que al no ser estos controlados los brotes tienden a hacerse recurrentes. Se debe insistir en el aseo de la vivienda, el manejo de las mascotas, aunque no entren a la casa o no "se acerquen a los niños", uso de insecticidas, repelentes e interrogar sobre casas y familiares que el niño frecuente.

### 2. Medidas generales

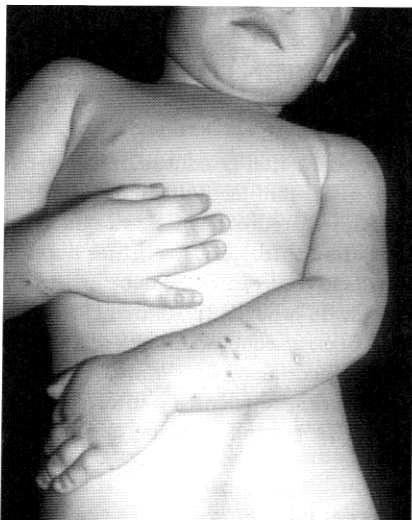
Uso de ropa adecuada, con mangas y pantalones largos principalmente en actividades al aire libre. Mantener uñas cortas y limpias. No usar colonias, alcohol, talcos, "recetas naturales" (jugo de limón, matico) u otros productos irritantes o sensibilizantes.

### 3. Tratamiento sintomático

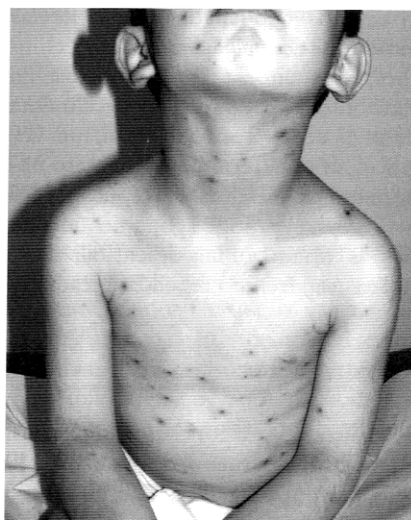
Orientado al manejo del prurito, se usan corticoides tópicos y antihistamínicos. Los corticoides deben ser de potencia leve a media, como hidrocortisona o mometasona, aplicándose 2 veces al día



**Figura 1.** Lesiones características en áreas expuestas.



**Figura 2.** Erosiones y costras.



**Figura 3.** Varicela.

por un período no superior a 2 semanas. Con respecto a los antihistamínicos, son más aconsejables aquellos con actividad sedativa, como hidroxicina y clorfenamina. Otros antihistamínicos no sedativos con buena acción cutánea son la ceterizina y la desloratadina. La loratadina no es de elección por tener una menor respuesta a nivel de la piel. Los antihistamínicos se usan diariamente hasta que el brote remita completamente.

Otros productos que pueden utilizarse para el manejo del prurito son lociones con mentol, usadas con una frecuencia de 2 a 3 veces al día.

#### 4. Impetiginización

- Manejo local de las lesiones con descostraje de estas. Para esto se humedecen con gasas estériles impregnadas con suero fisiológico o agua hervida tibia.

- Aplicación de antibióticos tópicos en ungüento, como mupirocina o ácido fúcido. Evitar usar preparados con neomicina por mayor riesgo de sensibilización de contacto.
- Antibióticos orales en caso de impetiginización extensa, se utilizan principalmente, cloxacilina, cefalosporinas de primera generación y eritromicina.

#### 5. Repelentes tópicos

En el mercado hay diversos productos, siendo los más efectivos aquellos que contienen dietiltoluanida (DEET). Estos deben ser aplicados frente a cada posible exposición, con la precaución de que éstos no provoquen hipersensibilidad.

#### ¿Cuándo derivar al especialista?

1. En caso de que los brotes sean recurrentes, con mal manejo ambiental de manera de reforzar las medidas generales de aseo y cuidado de mascotas por parte de un especialista.
2. Manejo de prurito intratable.
3. Presencia de otras lesiones cutáneas: como úlceras, cicatrices, erupción ampollar o pustular extensa, además de placas dermatíticas o eccematosas que no ceden con el tratamiento de atención primaria.
4. Cuando el cuadro no es autolimitado, se hace crónico o la historia es dudosa, con la necesidad de buscar diagnósticos diferenciales. Los principales diagnósticos diferenciales son escabiosis, autoeccematización, impetigo, miliaria rubra, pitiriasis líquenoide, prurigo nodular, y varicela (Figura 3). Otros diagnósticos diferenciales son papulosis linfomatoide, sífilis secundaria, acrodermatitis papular, dermatitis herpetiforme, erupción papular asociada a VIH, dermatitis facticia, entre otras.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL****1. Escabiosis**

Se presenta como una erupción polimorfa, con pápulas, pápulo-vesículas, pápulo-pustulas, placas eczematosas y signos de excoiación. Hay lesiones específicas como vesículas perladas y surcos acarinos. Se presentan principalmente en pliegues, palmoplantar y dedos. En los genitales se pueden encontrar nódulos.

**2. Autoeczematización**

Es una reacción de hipersensibilidad a diversas infecciones y enfermedades inflamatorias, como pediculosis, dermatofitosis, enfermedades bacterianas, micobacterias, dermatitis de contacto, por éxtasis, entre otras. La presentación clínica es variable con una erupción máculopapular, pápulo-vesicular, eritematosa, pruriginosa que puede comprometer brazos, nalgas, piernas, tronco, cara, cuello, manos y pies.

**3. Prúrigo nodular**

Erupción de causa desconocida asociada a prurito crónico y antecedentes de atopía. Son nódulos irregulares, con centros costrosos, excoiados, crateriformes que curan con hiperpigmentación y cicatrices. Se presenta principalmente en superficies extensoras de nalgas, piernas y brazos.

**4. Pitiriasis liquenoide**

Enfermedad infrecuente de etiología desconocida que posee una variante aguda (pitiriasis liquenoide aguda et varioliforme: PLEVA o Enfermedad de Mucha-Habermann) y una crónica (Pitiriasis liquenoide crónica o Enferme-

dad de Juliusberg). La mayoría de los casos es en hombres en las primeras 3 décadas de vida. La PLEVA es una erupción papuloescamosa que afecta cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente en tronco, muslos y tercio superior de brazos. Primero hay pápulas eritematovioláceas, purpúricas, con descamación que evolucionan a vesículas o pústulas y luego a necrosis central. Al curar, después de varias semanas, pueden quedar cicatrices varioliformes e hiperpigmentación. Pueden haber brotes durante años. La pitiriasis liquenoide crónica es una erupción de pápulas marrones con fina descamación, sin necrosis ni cicatrices, de distribución similar a la aguda. Dura años y puede haber síntomas sistémicos (fiebre, CEG, adenopatías, artritis, esclerodermia). Puede haber superposición de ambos cuadros.

**5. Sífilis secundaria**

Es secundario a la diseminación hematogena de la enfermedad. La erupción es variada, presentando distintos patrones: macular, popular, vesicular, pustulosa, nodular, siendo la más frecuente la pápuloescamosa. Se asocia a otras manifestaciones como lesiones mucosas, alopecia, adsenopatías y síntomas sistémicos.

**6. Acrodermatitis papular de la infancia**

Exantema de etiología viral, se ha asociado a virus hepatitis B, A, enterovirus, adenovirus, Coxsackie, entre otros. Se presenta con pápulo-vesículas eritematopardas, prominentes, ocasionalmente purpúricas; es de distribución acral, simétrica, con compromiso de cara,

glúteos y superficies extensoras de las extremidades. Afecta principalmente a niños en edad preescolar.

**7. Papulosis linfomatoide**

Es un tipo de linfoma cutáneo de bajo grado de células T. Posee curso indolente y se manifiesta por pápulas y nódulos pruriginosos, distribuidas aleatoriamente, con costras y necrosis en distintas etapas de evolución que regresan espontáneamente en uno a dos meses dejando cicatrices o hipopigmentación. Los brotes son periódicos y el curso es crónico.

**REFERENCIAS**

- 1.- MAUNDER J. Papular Urticaria. En: In Harper J, Oranje A, Prose N Eds. Textbook of Pediatric Dermatology. Oxford: Blackwell Science, 2000: 549-68.
- 2.- FRIEDEN H. Papular urticaria in children. *Pediatr Dermatol* 1996; 13: 246-9
- 3.- MILLIKAN L. Papular Urticaria. *Semin Dermatol* 1993; 12: 53-6.
- 4.- STIBICH A, SCHWARTZ R. Papular Urticaria. *Cutis* 2001; 68: 89-91.
- 5.- HENG M C, KLOSS S G, HABERFELDE G C. Pathogenesis of papular urticaria. *J Am Acad Dermatol* 1984 Jun; 10 (6): 1030-4.
- 6.- JORDAAN H F, SCHNEIDER J W. Papular urticaria: a histopathologic study of 30 patients. *Am J Dermatopathol* 1997; 19 (2): 119-26
- 7.- GONZALEZ-AMARO R, BARANDA L, ABUD-MENDOZA C. Autoeczematization is associated with abnormal immune recognition of autologous skin antigens. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28 (1): 56-60.