REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142612

Prurito de difícil tratamiento, indicador precoz de neoplasia hematológica

Difficult-to-treat pruritus, an early indicator of hematological neoplasia

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz[1], Aramí María Centurión Villalba[1], Verónica Rose Marie Rotela Fisch[1], Romylda Dalisse Giardina Varela[1], María Belén Goiburu Chenú[2], Liz Marlene Flor Gonzalez[1], Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero[1]

1 Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas, Cátedra de Dermatología. San Lorenzo, Paraguay

2 Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas, Cátedra de Anatomía Patológica. San Lorenzo, Paraguay.

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisor:
Giovanni Marcel Pitta Villasboa. Universidad Autónoma San Sebastián. Facultad de Medicina. Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Fleitas Goiriz BM, Centurión Villalba AM, Rotela Fisch VRM, Giardina Varela RD, Goiburu Chenú MB, Flor Gonzalez LM, Aldama Caballero ABF. Prurito de difícil tratamiento, indicador precoz de neoplasia hematológica. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142612

RESUMEN

El prurito es una sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse. Aunque frecuentemente se relaciona con enfermedades cutáneas primarias, en muchos casos puede ser la manifestación inicial, o incluso el único síntoma de una enfermedad sistémica. Las causas sistémicas más frecuentes son las enfermedades hematológicas y hepáticas.

En este reporte se describe un caso de linfoma de Hodgkin, que se manifestó con prurito de larga data que no respondía a tratamientos convencionales. Se inició

Artículo recibido: *3 agosto 2025*
Artículo aceptado: *15 agosto 2025*

Autor correspondiente:
Dr. Braulio Mauricio Fleitas Goiriz
Correo electrónico: mauriciogoiriz@gmail.com

Dictamen:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/107_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

fototerapia como medicación anti-pruriginosa lográndose buena respuesta y mejoría del cuadro.

Palabras claves: prurito, enfermedad de Hodgkin, fototerapia

ABSTRACT

Pruritus is an unpleasant sensation that causes the urge to scratch. Although it is often associated with primary skin diseases, in many cases, it can be the initial manifestation or even the only symptom of a systemic disease. The most common systemic causes are hematological and liver diseases.

This report describes a case of Hodgkin's lymphoma that presented with long-standing pruritus that did not respond to conventional treatments. Phototherapy was initiated as an antipruritic medication, achieving a good response and improvement of the condition.

Keywords: pruritus, Hodgkin's disease, phototherapy

INTRODUCCIÓN

El prurito es una sensación cutánea desagradable que induce el deseo de rascarse. Representa un motivo frecuente de consulta dermatológica. Aunque se asocia comúnmente con enfermedades cutáneas primarias como la dermatitis atópica, psoriasis o eccema, no debe pasarse por alto su potencial como manifestación de patologías sistémicas subyacentes. En ciertos casos, el prurito puede ser el síntoma inicial o, incluso, la única manifestación clínica de enfermedades graves no dermatológicas [(1)].

Se considera prurito crónico cuando persiste durante seis semanas o más, según la International Forum for the Study of Itch (IFSI) y las guías europeas S2k, lo que justifica la búsqueda de causas subyacentes [(2,3)]. Entre las patologías sistémicas más frecuentes se encuentran las enfermedades hepatobiliares (como la colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, cirrosis y colestasis intrahepática del embarazo), donde el prurito colestásico se asocia a la acumulación de sales biliares y otros pruritógenos con un papel clave en su fisiopatología [(4-6)]. En el ámbito hematológico, destacan la policitemia vera y el linfoma de Hodgkin, este último con prurito generalizado prodrómico en hasta un 30% de los casos, característicamente resistente a tratamientos convencionales y que puede preceder al diagnóstico durante meses o años [(7-9)]. Otras causas incluyen la enfermedad renal crónica [(10,11)], trastornos endocrinológicos y carenciales como el hipertiroidismo, hipotiroidismo, la diabetes y la deficiencia de hierro [(12,13)], así como infecciones sistémicas como el VIH y las hepatitis virales [(14,15)]. En ausencia de lesiones cutáneas primarias, se recomienda un cribado inicial con hemograma, pruebas hepáticas y renales, perfil tiroideo, glucemia y ferritina, orientando estudios adicionales según la clínica y los signos de alarma [(6,16)].

A continuación, se presenta un caso de una paciente con prurito de larga data y debut de neoplasia hematológica, con mejoría posterior a inicio de tratamiento con fototerapia UVB de banda angosta.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 47 años, vendedora, conocida hipertensa y diabética en tratamiento irregular. Consulta por picazón de todo el cuerpo de un año de evolución que se intensifica pro-gresivamente, de predominio nocturno, acompañada de sudoración profusa, escalofríos y fiebre de 38 °C. Recibió tratamiento para escabiosis en cuatro oportunidades, sin mejoría.

El examen físico muestra pápulas eritematosas, excoriadas, algunas necróticas, en escote, extremidades superiores, tronco, además de adenopatías en región axilar e inguinal (figura 1).

Figura 1. Pápulas eritematosas redondeadas, excoriadas, de bordes irregulares y límites netos, presentes en tronco y abdomen.

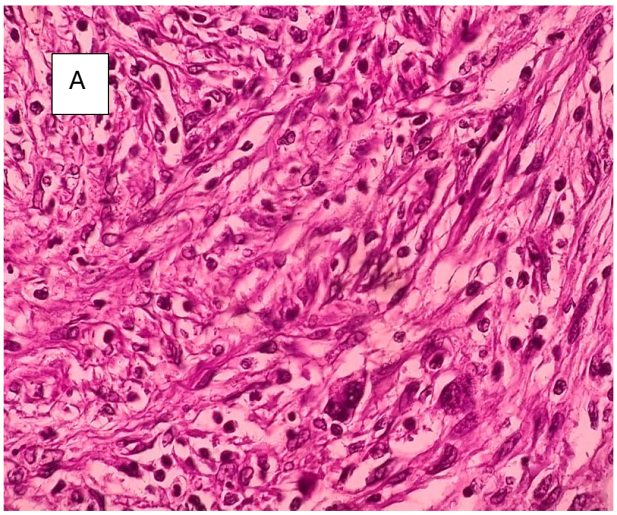
Se le practicó análisis rutinarios y específicos, que se detallan en la tabla 1.

Se realizó biopsia de la adenopatía inguinal que resultó compatible con linfoma de Hodgkin inmunofenotipo clásico con depleción linfocitaria (CD30+/CD15-, PAX5+ deb., MUM1+, LMP1-, CD20-) (figura 2). La biopsia cutánea fue compatible con prurigo simple.

En un barrido tomográfico se observaron adenopatías mediastinales y hepatoesplenomegalia. Al ingreso, se inició tratamiento con levocetirizina 5 mg cada 12 horas y clorfeniramina maleato 10 mg cada 8 horas. Ante la persistencia del prurito, se añadió hidroxicina clorhidrato 25 mg cada 8 horas. Dada la persistencia de los síntomas, se agregó pregabalina 75 mg cada 12 horas y desonida tópica al 0,05 % cada 12 horas. Durante este período, la paciente recibió simultáneamente el esquema quimioterápico ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina). Debido a la respuesta subóptima, se decidió iniciar fototerapia con UVB de banda estrecha durante la internación, con tres sesiones semanales. Tras la cuarta sesión, la paciente refirió disminución del prurito de 10/10 a 3/10 en la escala visual analógica. Luego se suspendió esquema de quimioterapia por infección nosocomial. A la fecha, tras completar un total de 10 sesiones de fototerapia, se logra la remisión completa del prurito, está previsto reanudar quimioterapia una vez resuelta la infección (figura 3).

Tabla 1. Resultados laboratoriales

Datos laboratoriales	Resultado	Valores de referencia
Hemoglobina	10,2 g/dL	(12,7 – 14,2)
Hematocrito	32,6%.	(37,7 – 53,7)
Glóbulos Blancos	5.100 células/uL	(4,00 - 10,00)
Plaquetas	312.000 células/uL	(155.000 – 366.000)
Glicemia	76 mg/dL	(70 - 99)
Urea	25 mg/dL	(15 - 55)
Creatinina	0,75 mg/dL	(0,65 – 1,3)
Bilirrubina total	0,75 mg/dL	(0,00 – 1,00)
Bilirrubina indirecta	0,35 mg/dL	(0,56 – 0,75)
Bilirrubina directa	0,40 mg/dL	(0,00 – 0,25)
GOT	22 U/L	(0 – 32)
GPT	18 U/L	(0 – 31)
VIH/VDRL/HbsAg/VHC Ac	No reactivo	No reactivo



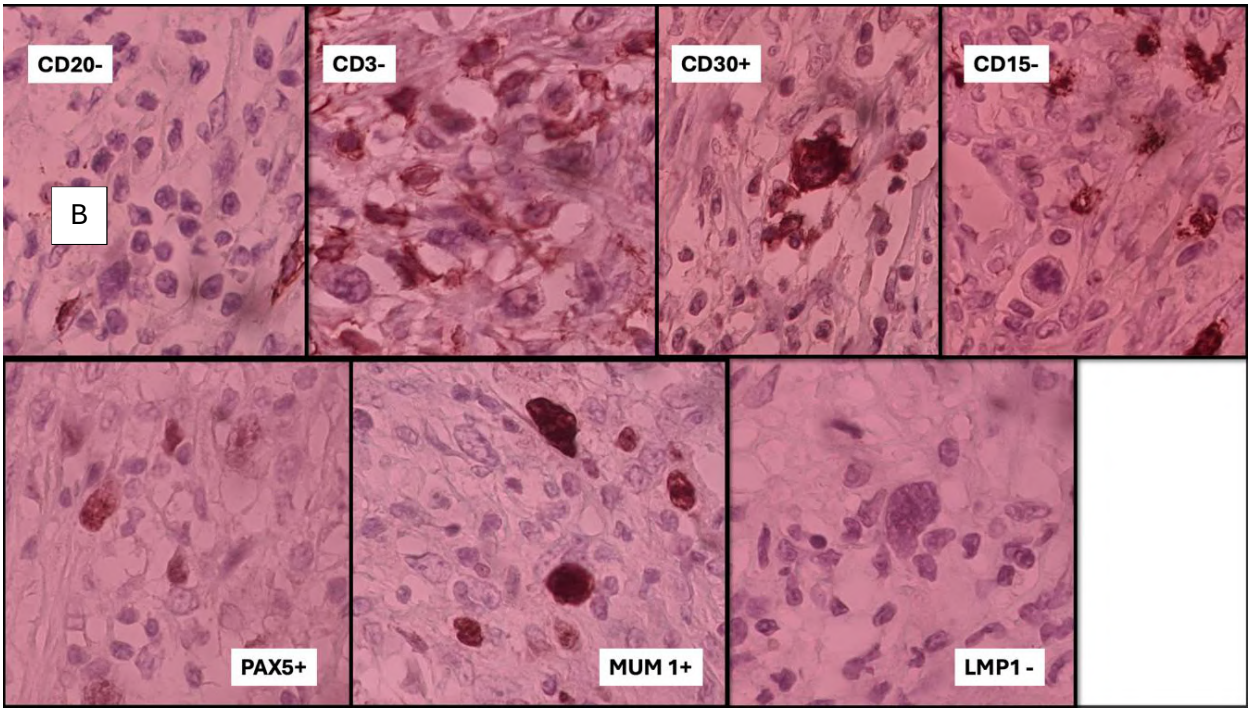


Figura 2. A) Arquitectura ganglionar borrada con una población de linfocitos pequeños de aspecto maduro en número reducido sobre un fondo fibroblástico. Se ven neutrófilos y eosinófilos con focos de necrosis. Se observan además escasas células de tipo Hodgkin o de tipo células Reed – Sternberg. B) Inmunohistoquímica: las células grandes son CD30+/CD15-, PAX5+ débil y MUM1+ pero no marcan con LMP1 ni con CD20. Los linfocitos T CD3+ son el 15%, los B CD20+ son <5% y los granulocitos CD15+ son el 10 % del infiltrado (Cortesía Dr. Hugo Boggino)

Figura 3. Mejoría de las lesiones, posterior al inicio de fototerapia

DISCUSIÓN

El prurito es una manifestación clínica frecuente en dermatología, pero su persistencia y resistencia al tratamiento deben alertar sobre posibles etiologías sistémicas subyacentes [6].

El prurito es un síntoma bien documentado en el linfoma de Hodgkin, aunque su prevalencia varía entre estudios. Se estima que entre 25% y 30% de los pacientes pueden presentar prurito como síntoma inicial o prodrómico. Este prurito suele ser intenso, generalizado y de difícil manejo con tratamientos convencionales, lo que

puede afectar significativamente la calidad de vida del paciente [8].

La fisiopatología del prurito en el linfoma de Hodgkin no está completamente elucidada, pero se ha propuesto que la liberación de citocinas proinflamatorias, como la interleucina-2 y el factor de necrosis tumoral, así como la activación de vías neuroinmunológicas, podrían desempeñar un papel en su génesis [8].

El tratamiento del prurito asociado al linfoma de Hodgkin es desafiante. Aunque los antihistamínicos y los corticoides pueden ofrecer alivio sintomático, en algunos casos es insuficiente. En este contexto, la fototerapia con UVB de banda estrecha ha surgido como una opción terapéutica.

Algunos estudios han demostrado que la fototerapia UVB de banda estrecha puede reducir el prurito en diversas dermatosis inflamatorias y en condiciones sistémicas como la policitemia vera [17]. Aunque la evidencia del uso de fototerapia UVB de banda estrecha en linfoma de Hodgkin es limitada, existen reportes que sugieren su eficacia en el alivio del prurito asociado a esta neoplasia [9].

En una serie de casos y reportes de Kaptanoglu et al. [18] se describió a un paciente con linfoma de Hodgkin y prurito refractario que recibió fototerapia NB-UVB tres veces por semana. Tras seis sesiones, refirió una reducción del prurito de 9/10 a 4/10, aunque la mejoría fue transitoria. Los síntomas recidivaron entre las 3 y 24 semanas posteriores a la finalización del tratamiento. En contraste a nuestro caso, la paciente experimentó remisión completa del prurito tras 10 sesiones y mantenía la mejoría al seguimiento inicial. No obstante, será fundamental observar su evolución a lo largo del tiempo para confirmar la durabilidad de la respuesta y detectar cualquier recidiva o efecto adverso tardío. Este caso destaca la importancia de considerar etiologías sistémicas en pacientes con prurito persistente y resistente al tratamiento convencional. Además, la utilidad de la fototerapia UVB de banda estrecha como opción terapéutica efectiva y segura para el alivio del prurito en pacientes con linfoma de Hodgkin.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Declaración de contribución de los autores

Todos los autores han participado de la redacción de este artículo y han dado su consentimiento para la publicación.

Financiamiento

Financiamiento propio.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente:
Dr. Braulio Mauricio Fleitas Goiriz, Correo electrónico: mauriciogoiriz@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/107_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Welz-Kubiak K, Reszke R, Szepietowski JC. Pruritus as a sign of systemic disease. Clin Dermatol [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 2];37(6):644–56. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31864443/ Subscription required
2. Weisshaar E, Szepietowski JC, Dalgard FJ, Garcovich S, Gieler U, Giménez-Arnau AM, et al. European S2k guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 2];99(5):469-506. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30931482/
3. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, Szepietowski JC, Carstens E, Ikoma A, et al. Clinical classification of itch: A position paper of the International Forum for the Study of Itch. Acta Derm Venereol [Internet]. 2007 [cited 2024 Dec 2];87(4):291-4. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17598029/
4. Kremer AE, Namer B, Bolier R, Fischer MJ, Oude Elferink RP, Beuers U. Pathogenesis and Management of Pruritus in PBC and PSC. Dig Dis [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 2];33 (Suppl 2):164-75. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26641452/ Subscription required
5. Dean R, Yazdanfar M, Zepeda J, Levy C, Lammert C, Pratt D, et al. Treatment of pruritus in primary sclerosing cholangitis: Analysis of the consortium for autoimmune liver disease registry. Hepatol Commun [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 2];9(5): e0703. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40366147/
6. Shevchenko A, Valdes-Rodriguez R, Yosipovitch G. Causes, pathophysiology, and treatment of pruritus in the mature patient. Clin Dermatol. 2018 Mar-Apr;36(2):140-151. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.10.005. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29566918/ Subscription required
7. Arenas Villafranca JJ, Garrido Siles M, Casanova M, Goitia BT, Rueda Domínguez A. Paraneoplastic pruritus presenting with Hodgkin's lymphoma: a case report. J Med Case Rep [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 2]; 8:300. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25200537/
8. Zeidler C, Raap U, Witte F, Ständer S. Clinical aspects and management of chronic itch. J Allergy Clin Immunol. 2023 Jul;152(1):1-10. doi: 10.1016/j.jaci.2023.04.018. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37178730/
9. Kaptanoglu AF, Oskay T. Ultraviolet B treatment for pruritus in Hodgkin's lymphoma. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 2];17(4):489–90. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12834480/ Subscription required
10. Simonsen E, Komenda P, Lerner B, Askin N, Bohm C, Shaw J, et al. Treatment of uremic pruritus: A systematic review. Am J Kidney Dis [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 2];70(5):638-55. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28720208/
11. Cheng AY, Wong LS. Uremic Pruritus: From Diagnosis to Treatment. Diagnostics (Basel). 2022 Apr 28;12(5):1108. doi: 10.3390/diagnostics12051108. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35626264/
12. Kremer AE, Mettang T, Weisshaar E. Non-dermatological Challenges of Chronic Itch. Acta Derm Venereol. 2020 Jan 7;100(2):adv00025. doi: 10.2340/00015555-3345. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940045/
13. Chirapongsathorn S, Kamath PS. Iron-Deficiency Anemia With an Itch. Mayo Clin Proc. 2015 Oct;90(10):1458. doi:

10.1016/j.mayocp.2015.07.028. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26434973/

14. Rane SR, Agrawal PB, Kadgi NV, Jadhav MV, Puranik SC. Histopathological study of cutaneous manifestations in HIV and AIDS patients. Int J Dermatol. 2014 Jun;53(6):746-51. doi: 10.1111/ijd.12298. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24320966/

15. Malakar S, Mishra S, Rungta S, Kumar A, Deep A. Frequency of dermatological manifestations in patients with chronic hepatitis C infections. Indian J Gastroenterol. 2025 Jul 29. doi: 10.1007/s12664-025-01843-y. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40728806/

16. Patel T, Yosipovitch G. Therapy of pruritus. Expert Opin Pharmacother [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 2];11(10):1673-82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20426711/

17. Seckin D, Demircay Z, Akin O. Generalized pruritus treated with narrowband UVB. Int J Dermatol [Internet]. 2007 [cited 2024 Dec 2];46(4):367-70. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17442074/ Subscription required

18. Kaptanoglu AF, Oskay T. Ultraviolet B treatment for pruritus in Hodgkin's lymphoma. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 2] ;17(4):489–490. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12834480/ Subscription required