

Notalgia parestésica, cuando el prurito es más que un simple picor

Paresthetic notalgia, when pruritus is more than just itching

Oscar Villarreal^a, Alicia Comerma Méndez^b, Albert Xifra Simón^c y Boris Raúl Capote Acosta^d

^a Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Centre d'Atenció Primària de Torroella de Montgrí. Hospital de Palamós. Girona (España)

^b Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Centre d'Atenció Primària de Torroella de Montgrí. Hospital de Palamós. Girona (España)

^c Médico especialista en Dermatología. Servicio de Dermatología. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Hospital de Palamós. Girona (España)

^d Médico especialista en Neurología. Servicio de Neurología. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Hospital de Palamós. Girona (España)

Correo electrónico:

Oscar Villarreal. oskar_alvear@hotmail.com

Recibido el 28 de noviembre de 2023.
Aceptado para su publicación el 7 de febrero de 2024.

RESUMEN

La notalgia parestésica (NP) es una neuropatía sensitiva crónica caracterizada por prurito crónico en la región dorsal, pudiendo asociar también otros síntomas neuropáticos como dolor o parestesias. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se han propuesto múltiples alternativas de tratamiento, pero aún no hay un manejo estandarizado para este trastorno. Si bien el prurito es un motivo de consulta frecuente, la NP es una patología poco conocida, y probablemente infradiagnosticada. Su correcta orientación diagnóstica, basada en la exploración física y una adecuada anamnesis, podría evitar pruebas complementarias y derivaciones innecesarias a otros especialistas, así como la prescripción de tratamientos ineficaces, pudiéndose iniciar un tratamiento dirigido desde Atención Primaria (AP). Presentamos el caso clínico de una paciente con prurito crónico orientado finalmente como NP, valorada en consultas de AP y derivada a dermatología. Se revisan los aspectos generales, diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Palabras clave: prurito neuropático, nervios periféricos, notalgia parestésica, diagnóstico, manejo clínico, Medicina Familiar, Atención Primaria.

ABSTRACT

Notalgia paresthetica (NP) is a chronic sensory neuropathy characterized by chronic itching in the dorsal region, which may also be associated with other neuropathic symptoms such as pain or paraesthesia. Its diagnosis is fundamentally clinical. Multiple treatment alternatives have been proposed, but there is still no standardized management for this disorder. Although pruritus is a common reason for consultation, NP is a relatively unknown pathology, and probably underdiagnosed. Its correct diagnostic, based on physical examination and a correct history, could avoid unnecessary tests, referrals to other specialists and prescription of ineffective treatments. Thus, the treatment could be commenced directly from a primary care (PC) physician. We report the case study of a patient with chronic pruritus finally oriented as NP, evaluated in PC consultations and referred to dermatology. The general aspects, diagnosis and treatment of this pathology will be reviewed.

Keywords: clinical management, diagnosis, Family Medicine, neuropathic pruritus, notalgia paresthetica, peripheral nerves, Primary Care.

INTRODUCCIÓN

La NP fue descrita en 1934 por el neurólogo ruso Michail Astwazaturow¹. Es un trastorno benigno, más frecuente en mujeres de mediana edad, aunque puede presentarse en hombres y en distintos rangos de edad. Se caracteriza principalmente por prurito crónico, de intensidad variable, en la región interescapular, subescapular o paravertebral, entre los segmentos dorsales T2 y T6.

Su prevalencia y otros datos epidemiológicos no se conocen con exactitud, aunque se la incluye dentro de la subcategoría de prurito neuropático, que constituye aproximadamente el 8% de todos los casos de prurito crónico².



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

El prurito neuropático se produce debido a una lesión o disfunción en algún punto de la vía aferente del sistema nervioso. La epidermis y las ramificaciones terminales de filamentos intraepidérmicos de las neuronas tipo C se consideran las unidades receptoras del prurito. Estas terminaciones, en respuesta a diversos estímulos, detectan liberación de neurotransmisores pruritogénicos³ como histamina, sustancia P, acetilcolina o prostaglandinas, que al interactuar con las terminales nerviosas receptoras producen potenciales de acción que son conducidos por fibras nerviosas periféricas tipo C⁴, amielínicas, consideradas las principales transmisoras del prurito.

CASO CLÍNICO

Mujer, de 63 años, con antecedentes de hipotiroidismo, cifoescoliosis torácica idiopática, y cirugía por síndrome del túnel carpiano. Acude a la consulta de su médico de familia por prurito en región interescapular de 2 años de evolución. Durante estos años, ha realizado múltiples consultas médicas, mayoritariamente privadas, sin obtener diagnóstico ni resolución del prurito con los tratamientos indicados (generalmente, antihistamínicos o cremas con corticoides). Refiere mejoría del prurito en invierno, y empeoramiento durante el verano. El área pruriginosa corresponde a la porción paravertebral izquierda del dermatoma T4, en ocasiones asociado a dolor urente y parestesias.

La exploración neurológica es normal y no se observan lesiones cutáneas en la zona pruriginosa (**figura 1**). Desde AP se deriva a la paciente al servicio de dermatología, donde, basados en la historia

Figura 1. Espalda de la paciente del caso



El círculo indica la localización del prurito en la porción paravertebral izquierda del dermatoma T4. Se destaca la ausencia de la lesión macular hiperpigmentada descrita con frecuencia en los casos de NP publicados en la literatura.

clínica y la exploración física, realizan diagnóstico de NP, indicando tratamiento con capsaicina tópica y fisioterapia para realización de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento dorsal.

Acude a control al mes, manifestando notable mejoría sintomática. A los 3 meses, refiere remisión total del prurito, no presentando sintomatología neuropática asociada, por lo que se suspende la administración de capsaicina tópica y se sugiere a la paciente que continúe haciendo los ejercicios indicados por su fisioterapeuta como mantenimiento.

DISCUSIÓN

La causa de la NP es una irritación o daño de las ramas dorsales de los nervios espinales torácicos entre T2 y T6, principalmente debido a trastornos degenerativos en la columna, como artrosis, escoliosis, discopatías o hiperostosis. Estas ramas dorsales, al atravesar el músculo paraespinal multifido, cambian su dirección a 90°, y ello hace que sean más susceptibles en caso de traumatismos repetidos o atrapamientos, produciendo una activación anómala de las fibras nerviosas, generando la sintomatología.

Otras etiologías descritas incluyen causas genéticas como MEN 2A, metabólicas como diabetes tipo 2, e infecciosas debido a herpes zoster^{5,2}.

Clínicamente, presenta prurito paroxístico, intermitente, de meses o años de evolución, generalmente medial a los dos tercios inferiores de la escápula, con más frecuencia unilateral, que suele empeorar en verano o con altas temperaturas. A menudo, puede asociar dolor de características neuropáticas y parestesias. El dolor y el prurito comparten mecanismos neurofisiológicos, pudiendo tener receptores y vías neuroanatómicas comunes. De hecho, las fibras C pueden transmitir tanto prurito como dolor; además, ambos síntomas muestran activación de las mismas áreas corticales³.

Dos tercios de los casos publicados en la literatura describen una mácula hiperpigmentada en la zona afectada¹, posiblemente resultado del rascado crónico o de la liberación de sustancia P en la piel, generando proliferación de queratinocitos, fibroblastos y células musculares lisas⁶. Si bien es una lesión representativa de NP, no es necesaria para realizar el diagnóstico^{7,2}, de hecho, la paciente del caso no presentaba dicha lesión cutánea en la región dorsal.

Por otra parte, se destaca que a la paciente no se le solicitaron pruebas complementarias. Fue derivada a dermatología dadas la larga evolución del prurito y la falta de respuesta a tratamientos habituales, y en dicho servicio se hizo el diagnóstico de NP ya en la primera visita, solo a partir de la historia clínica (edad, sexo, antecedente de cifoescoliosis) y la sintomatología presentada. Así, es fundamental tener presente que el diagnóstico de la NP es clínico^{1,2}. Los síntomas y el área afectada son característicos y deben orientar el diagnóstico. Se debe investigar principalmente la existencia de patología vertebral, sobre todo trastornos degenerativos crónicos; también antecedentes traumáticos, neoplasias y antecedentes familiares.

Los estudios complementarios no son estrictamente necesarios. Las pruebas de imagen no siempre tienen correlación entre la pato-

logía demostrada y la localización dermatomal de los síntomas⁷.

En caso de dudas, ante la necesidad de descartar otras afecciones con prurito e hiperpigmentación, podría realizarse biopsia. Por otra parte, dado que la NP puede ser una manifestación temprana de MEN 2A, en pacientes jóvenes es recomendable hacer analítica con calcitonina para descartar posibilidad de carcinoma medular de tiroides^{8,5}.

El tratamiento es sintomático. Se han propuesto múltiples opciones terapéuticas, sin embargo, no existe un manejo definido. Los ensayos clínicos relacionados con NP tienen como limitación común haberse hecho sobre una muestra reducida, presentando resultados variables, dificultando poder sacar conclusiones sobre la eficacia real de los tratamientos propuestos y sus efectos a largo plazo⁹, por lo que debe individualizarse el tratamiento.

A la paciente presentada, le fue indicado por dermatología tratamiento con capsaicina tópica y fisioterapia, lo cual realizó durante meses, lográndose la remisión total de los síntomas, lo que no suele ser fácil ni muy frecuente². La capsaicina tópica actúa inhibiendo la liberación de sustancia P en las terminaciones de las fibras C, suele presentar buenos resultados, aunque puede haber recidivas al suspenderse su aplicación¹⁰. La fisioterapia suele ser una opción eficaz. Los ejercicios de fortalecimiento y estiramiento disminuyen el ángulo en que los nervios cutáneos perforan los músculos paraespinales, lo que ayuda a reducir la irritación y el prurito. La combinación de fisioterapia con otros tratamientos lograría respuestas terapéuticas más sostenidas en el tiempo⁹.

Entre otros tratamientos, se encuentran anticonvulsivos como la gabapentina oral¹¹ y la oxcarbazepina. También se ha señalado relativo éxito con el uso de amitriptilina. Los antihistamínicos no son efectivos al no abordar el origen neuropático de la NP, aunque los efectos sedantes de los de primera generación pueden reducir el prurito paroxístico nocturno. Los corticoides tampoco suelen ser útiles. Otra opción es la toxina botulínica A, que inhibe la liberación de sustancia P, noradrenalina y glutamato, reduciendo el prurito¹². En pacientes con dolor neuropático asociado, sería particularmente útil la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. En casos de difícil control, pueden hacerse bloqueos anestésicos paravertebrales o descompresiones quirúrgicas.

El prurito crónico es un problema de salud que tiene en la población general una prevalencia a lo largo de la vida mayor al 20%^{13,2}. Adicionalmente, la NP es una patología poco conocida en la práctica médica, en particular en el ámbito de la AP, y por tanto infradiagnosticada. Es importante que el médico de familia, habitualmente el primer especialista que valora al paciente, conozca su existencia. En ese sentido, creemos que una mayor difusión de esta patología evitaría retrasos en el diagnóstico, pruebas y derivaciones innecesarias, y la prescripción de tratamientos ineficaces, pudiendo, dada su simplicidad diagnóstica, iniciarse «tratamientos dirigidos» desde AP, que brindarían alivio al paciente con mayor prontitud.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación del manuscrito.

CONSIDERACIONES

Se han tenido en cuenta las recomendaciones del CARE Statement en la redacción de este caso clínico.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras y los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Šitum M, Kolić M, Franceschi N, Pećina M. Notalgia paresthetica. *Acta Clin Croat*. 2018 Dec;57(4):721-5. doi: 10.20471/acc.2018.57.04.14. PMID: 31168209; PMCID: PMC6544103.
2. Robbins BA, Rayi A, Ferrer-Bruker SJ. Notalgia paresthetica. 2023 Jun 5. In: StatPearls. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 29262015.
3. Johaneck LM, Meyer RA, Friedman RM, Greenquist KW, Shim B, Borzan J, et al. A role for polymodal C-fiber afferents in nonhistaminergic itch. *J Neurosci*. 2008 Jul 23;28(30):7659-69. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1760-08.2008. PMID: 18650342; PMCID: PMC2564794.
4. Meng J, Steinhoff M. Molecular mechanisms of pruritus. *Curr Res Transl Med*. 2016 Oct-Dec;64(4):203-6. doi: 10.1016/j.retram.2016.08.006. Epub 2016 Nov 4. PMID: 27939459.
5. Alcántara F, Feito M, Albizuri F, Beato M, De Lucas R. Notalgia Paresthetica and Multiple Endocrine Neoplasia Syndrome 2A: A Case Report. *Pediatr Dermatol*. 2016 Sep;33(5):e303-5. doi: 10.1111/pde.12907. Epub 2016 Jul 11. PMID: 27396529.
6. Tanaka T, Danno K, Ikai K, Imamura S. Effects of substance P and substance K on the growth of cultured keratinocytes. *J Invest Dermatol*. 1988 Mar;90(3):399-401. doi: 10.1111/1523-1747.ep12456487. PMID: 2450147.
7. Huesmann T, Cunha PR, Osada N, Huesmann M, Zanelato TP, et al. Notalgia paraesthetica: a descriptive two-cohort study of 65 patients from Brazil and Germany. *Acta Derm Venereol*. 2012 Sep;92(5):535-40. doi: 10.2340/00015555-1344. PMID: 22511124.
8. Raison-Peyron N, Meunier L, Acevedo M, Meynadier J. Notalgia paresthetica: clinical, physiopathological and therapeutic aspects. A study of 12 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1999 May;12(3):215-21. PMID: 10461640.
9. Ansari A, Weinstein D, Sami N. Notalgia paresthetica: treatment review and algorithmic approach. *J Dermatolog Treat*. 2020 Jun;31(4):424-32. doi: 10.1080/09546634.2019.1603360. Epub 2019 Apr 25. PMID: 30942103.
10. Andersen HH, Sand C, Elberling J. Considerable Variability in the Efficacy of 8% Capsaicin Topical Patches in the Treatment of Chronic Pruritus in 3 Patients with Notalgia Paresthetica. *Ann Dermatol*. 2016 Feb;28(1):86-9. doi: 10.5021/ad.2016.28.1.86. Epub 2016 Jan 28. PMID: 26848223; PMCID: PMC4737841.
11. Loosemore MP, Bordeaux JS, Bernhard JD. Gabapentin treatment for notalgia paresthetica, a common isolated peripheral sensory neuropathy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Nov;21(10):1440-1. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02256.x. PMID: 17958872.
12. Pérez-Pérez L, García-Gavín J, Allegue F, Caeiro JL, Fabeiro JM, Zulaica A. Notalgia paresthetica: treatment using intradermal botulinum toxin A. *Actas Dermosifiliogr*. 2014 Jan-Feb;105(1):74-7. doi: 10.1016/j.adengl.2013.09.003. Epub 2013 Dec 27. PMID: 24378421.
13. Villa-Arango, Ana María, Velásquez-Lopera, Margarita María, & Cardona, Ricardo. (2019). Prurito crónico. *Revista alergia Alergia México*. [Internet]. 2019;. 66(1);. 85-98. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.345>