

### Ondansetrón. Un tratamiento satisfactorio para el prurito palmoplantar refractario

Sr. Director:

El prurito se define clásicamente como una sensación cutánea que obliga al rascado. Es síntoma común de un gran número de procesos dermatológicos y sistémicos, sobre el que no existe un consenso terapéutico cuando no hay una base fisiopatológica concreta que lo sustente. Esto obliga al dermatólogo a hacer alarde de diferentes recursos terapéuticos para tratar el prurito como síntoma, bien sea generalizado o localizado, como es el caso que presentamos a continuación.

Se trata de una mujer de 41 años que acude a la consulta de Dermatología por presentar un cuadro de prurito palmar y en menor medida plantar de varios meses de evolución, refractario a los diferentes tratamientos empleados. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés. No ingiere ninguna medicación de forma habitual y la paciente no lo relaciona con ningún agente desencadenante. No existía predominio horario ni estacional, aunque en ocasiones el prurito le causaba tal molestia que le dificultaba el sueño.

El examen físico no reveló alteraciones de color, textura, sequedad o signos cutáneos que reflejaran afectación palmoplantar de alguna enfermedad dermatológica. Se realizó examen neurológico completo incluyendo exploración del sistema nervioso autónomo sin alteraciones clínicamente significativas. Todos los exámenes de laboratorio ofrecieron resultados dentro de la normalidad (hemograma, bioquímica general incluyendo pruebas de función hepática y renal, perfil inmunológico, inmunoglobulina [Ig] E total, anticuerpos antinucleares [ANA] y antígeno nuclear extraíble [ENA]). Obtuvimos una biopsia en sacabocados de 5 mm de la piel de la eminencia tenar e hipotenar de la palma de la mano derecha, que no reflejó cambios relevantes.

Dentro de los tratamientos previamente utilizados se incluían diversos emolientes, combinación de antihistamínicos de primera y segunda generación, permetrina al 5 %, propionato de clobetasol al 0,05 % en pomada, gabapentina 600 mg/día y dos ciclos de tres semanas de deflazacort a dosis de 0,5 mg/kg/día con mejorías transitorias, que provocaban reaparición de los síntomas a los pocos días de suspender el tratamiento.

Propusimos tratamiento con ondansetrón a dosis de 8 mg/día hasta el control de los síntomas, con respuesta satisfactoria a los 10 días, con reducción progresiva hasta 8 mg semanales, completando 6 meses de tratamiento; en la actualidad se encuentra libre de sintomatología. Durante este periodo no han existido cambios en los niveles de transaminasas de la paciente

y los mareos experimentados en los primeros días de tratamiento no han obligado a suspenderlo.

Desde un punto de vista fisiopatológico, la histamina es el mediador clásico del prurito, pero no debemos infravalorar el papel de otros mediadores como la sustancia P, opioides endógenos, interleucina 2 o la serotonina. Esto ha conducido a la utilización de diferentes agentes terapéuticos para el control del prurito como síntoma.

El ondansetrón es un antagonista selectivo y competitivo de los receptores de serotonina, ampliamente distribuido tanto en el sistema nervioso central como periférico<sup>1</sup>. Dentro de sus principales indicaciones encontramos el tratamiento de las náuseas y vómitos posquimioterapia, pero también se ha utilizado como indicación *off-label* en el tratamiento del prurito colestásico<sup>2</sup>, asociado a insuficiencia renal crónica<sup>3</sup> o posterior a la administración intratecal de analgésicos opiáceos como la morfina o el fentanilo<sup>4</sup>.

Basándonos en la experiencia previa de Downs et al<sup>5</sup> propusimos a nuestra paciente realizar una modificación del tratamiento relatado previamente con ondansetrón, intensificando la dosis inicial y realizando una reducción progresiva en el caso de mejoría del prurito. Nuestra paciente accedió dada la importante afectación en la calidad de vida que el prurito le producía. Tras 6 meses de tratamiento la paciente continúa sin prurito en el momento actual y teme dejar la medicación ante un posible rebrote de su sintomatología.

El hecho de que el ondansetrón haya sido utilizado con éxito en el tratamiento de diferentes modalidades de prurito implica la serotonina como mediador fundamental en diferentes vías nociceptivas. Su administración por vía oral es bien tolerada y presenta efectos secundarios que no suelen obligar a la suspensión del tratamiento (dolor de cabeza, mareos o discretas alteraciones en las pruebas de función hepática). No obstante, su elevado precio nos obliga a establecer una cuidadosa relación coste-efectividad y no utilizarlo de forma indiscriminada en cualquier modalidad de prurito *sine materiae*, a pesar de que, una vez más, no debemos olvidarlo como un elemento más en el extenso arsenal terapéutico existente frente al prurito.

**R. Ruiz Villaverde<sup>a</sup>, D. Sánchez Cano<sup>b</sup>  
y C. Villaverde Gutiérrez<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Dermatología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén. España.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Granada. España.

<sup>c</sup>Fisiología. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Granada. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zenker S, Schuh T, Degitz K. Therapy of pruritus associated with skin diseases with the serotonin receptor antagonist ondansetron. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2003;1:705-10.
2. O'Donohue JW, Pereira SP, Ashdown AC, Haigh CG, Wilkinson JR, Williams R. A controlled trial of ondansetron in the pruritus of cholestasis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005; 21:1041-5.
3. Deshpande PV. Ondansetron for paediatric uraemic pruritus: a case report. *Pediatr Nephrol.* 2004;19:694-6.
4. Henry A, Tetzlaff JE, Steckner K. Ondansetron is effective in treatment of pruritus after intrathecal fentanyl. *Reg Anesth Pain Med.* 2002;27:538-40.
5. Downs AM, Kennedy CT. Successful treatment of intractable palmoplantar pruritus with ondansetron. *Arch Dermatol.* 1998;134:925-6.