

CASOS CLÍNICOS

Prurito braquiorradial como síntoma de radiculopatía cervical

J. Mataix^a, J.F. Silvestre^a, J.M. Climent^b, N. Pastor^a y A. Lucas^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Rehabilitación. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Resumen. El prurito braquiorradial (PBR) se caracteriza por la presencia de prurito localizado en la cara lateral de los brazos. Se trata de una entidad enigmática con una etiología controvertida; mientras que algunos autores consideran el PBR como una fotodermatosis, otros atribuyen su aparición a la presencia de una radiculopatía cervical subyacente.

En este artículo se presenta nuestra experiencia con esta entidad y se discute el papel de una neuropatía subyacente en la etiología de este y otros pruritos localizados como la notalgia parestésica, el prurito anogenital o el síndrome de la boca ardiente.

Palabras clave: prurito braquiorradial, gabapentina, radiculopatía cervical.

BRACHIORADIAL PRURITUS AS A SYMPTOM OF CERVICAL RADICULOPATHY

Abstract. Brachioradial pruritus is characterized by the presence of pruritus on the lateral aspect of the arms. The etiology of this enigmatic entity is the subject of some debate —some authors claim that brachioradial pruritus is a photodermatosis whereas others attribute it to the presence of underlying cervical radiculopathy. In these case reports, we present our experience with brachioradial pruritus and discuss the role of underlying neuropathy in its etiology and that of other types of localized pruritus such as notalgia paresthetica, anogenital pruritus, and burning mouth syndrome.

Key words: brachioradial pruritus, gabapentin, cervical radiculopathy.

Introducción

El prurito braquiorradial (PBR) es una entidad rara caracterizada por la presencia de prurito persistente en la cara lateral de los brazos. Fue descrito por primera vez por Waisman¹ en 1968 en trabajadores de países tropicales expuestos a una radiación solar excesiva, por lo que durante años ha sido clasificado como una fotodermatosis^{2,3}. En 1983 Heyl⁴ sugirió la posibilidad de que la base etiopatogénica subyacente fuera una compresión radicular en los segmentos cervicales C5-C8. Desde entonces se han descrito múltiples casos adicionales asociados con patología degenerativa, traumatismos o tumores medulares en la columna cervical⁵⁻⁷. Actualmente existe controversia sobre si el PBR es una fotodermatosis, el reflejo de una neuropatía cervical o una combinación de ambas.

En este artículo se refleja nuestra experiencia durante el año 2005 con 4 pacientes con PBR y se discute la aparición de determinados cuadros de prurito localizado como expresión de una patología compresiva radicular a nivel vertebral.

Descripción de los casos

Caso 1

Mujer de 53 años que consultó por presentar prurito de dos años de evolución en la cara lateral de ambos brazos. El cuadro clínico empeoraba en verano y con el calor y mejoraba con la aplicación local de hielo. Entre sus antecedentes personales destacaba una artritis reumatoide, hipertensión arterial, osteoporosis y la toma de antidepresivos.

En la exploración cutánea se observó la presencia de lesiones secundarias al rascado que incluían excoriaciones y máculas hipopigmentadas postinflamatorias en las áreas afectadas (fig. 1).

Se practicó una resonancia magnética nuclear (RMN) cervical que mostró importantes cambios degenerativos vertebrodiscuales, formaciones osteofitarias marginales a la altura de C3-C4, C5-C6, C6-C7, ensanchamiento difuso

Correspondencia:
Javier Mataix.
Servicio de Dermatología.
Hospital General Universitario.
Avda. Pintor Baeza.
03010 Alicante. España.
mataixdiaz@hotmail.com

Aceptado el 31 de agosto de 2007.

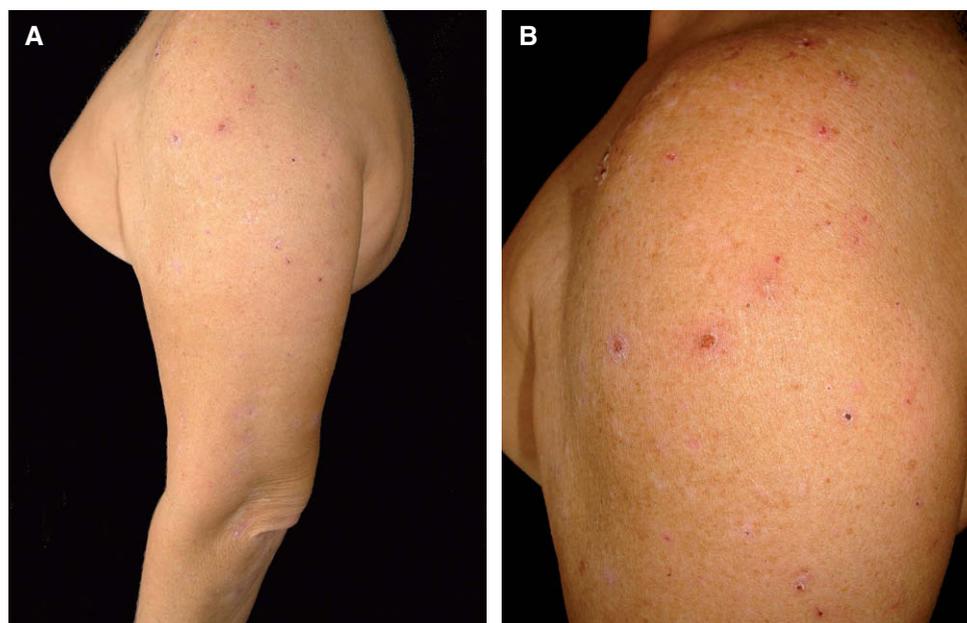


Figura 1. Paciente 1.
(A) Lesiones por rascado en la cara lateral de los miembros superiores.
(B) Detalle de las lesiones.

de los discos intervertebrales correspondientes y un compromiso foraminal bilateral en C5-C6.

Se estableció el diagnóstico de PBR y se inició tratamiento con gabapentina que consiguió mejorar inicialmente la sintomatología, con unas dosis de mantenimiento de 800 mg/día repartidas en tres tomas. Previamente se habían probado múltiples tratamientos, tanto tópicos (corticoides, tacrolimus, pimecrolimus, pramoxina, fotoprotectores y capsaicina) como sistémicos (corticoides, doxepina y antihistamínicos) sin obtener respuesta.

Tras 6 meses de tratamiento con gabapentina el prurito fue reapareciendo progresivamente, por lo que se decidió suspender dicha medicación e introducir, en primer lugar, pregabalina (dosis máxima de 600 mg/día, repartidos en tres tomas), la cual resultó ineficaz y, posteriormente, oxcarbazepina (dosis máxima de 1.800 mg/día, repartidos en tres tomas) con la que se obtuvo una respuesta parcial.

Caso 2

Mujer de 38 años que consultó por prurito en la cara lateral de ambos brazos de tres meses de evolución. El cuadro clínico se había iniciado al principio del verano y le había ocurrido lo mismo durante el verano anterior. Entre sus antecedentes personales destacaba un lupus eritematoso sistémico, infección por el virus de la hepatitis B y un trasplante renal.

En la exploración cutánea no se observaban lesiones cutáneas en las áreas implicadas. Se instauró tratamiento con fotoprotectores tópicos y gabapentina (300 mg/8 h) con una buena respuesta en pocas semanas.

Se solicitaron las técnicas de imagen oportunas, pero la paciente no se las realizó.

Caso 3

Mujer de 46 años que consultó por prurito en la zona superior y las caras laterales de ambos brazos de un año de evolución, que mejoraba con la aplicación local de hielo. Entre sus antecedentes personales destacaba una artritis reumatoide.

En la exploración cutánea se observaron lesiones de rascado en las áreas implicadas. La RMN cervical mostró signos de cervicoartrosis con pinzamientos foraminales, protusión posterior del disco C3-C4, hernia discal post-paramedial izquierda C4-C5, discreto abombamiento post-distal C5-C6 y una hernia discal post-paramedial derecha C6-C7.

Ante la sospecha de PBR se inició tratamiento con gabapentina (300 mg/8 h) con buen resultado terapéutico. La paciente se mantiene asintomática con esta dosis de mantenimiento.

Caso 4

Mujer de 59 años de edad que consultó por presentar dolor y prurito en la cara lateral del brazo izquierdo de más de 10 años de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaba osteoporosis, hepatitis C crónica y síndrome de ansiedad crónico. Diez años antes la paciente había sido

valorada y se le había practicado una RMN cervical que detectó una hernia discal en C5-C6.

En la exploración cutánea se observaban excoriaciones y cicatrices residuales en la cara lateral del brazo izquierdo.

Se inició tratamiento con gabapentina (300 mg/8 h) que mejoró el prurito en pocos días. En la actualidad la paciente se mantiene asintomática con esta dosis de mantenimiento.

Discusión

El PBR puede cursar sin lesiones cutáneas objetivables o con lesiones secundarias al rascado en una o ambas caras laterales de los brazos. Algunos autores describen también cambios de fotoenvejecimiento crónico en el área afectada. Aquellos pacientes sin lesiones objetivables corren el riesgo de ser etiquetados de neuróticos y ser tratados con antidepresivos; de hecho, la mitad de nuestros casos recibía este tipo de medicación.

Existe una gran controversia respecto de la etiología del PBR⁸. Inicialmente fue atribuida a la radiación solar y esta entidad era conocida con términos como prurito solar o PBR veraniego. Los hechos que defienden esta teoría son la aparición o empeoramiento durante los meses de verano y la afectación predominante de personas de países tropicales y con profesiones que suponen una importante exposición solar. Sin embargo, el PBR no aparece durante la edad infantil (una población muy susceptible de padecer dermatosis fotosensibles), nunca afecta la cara y la respuesta al uso de fotoprotectores u otras medidas de protección solar es inconstante.

Posteriormente se describió el PBR en pacientes con radiculopatía cervical, fundamentalmente C5 y C6, secundaria a patología vertebral o medular y hasta en el 57% de los pacientes con PBR se ha podido demostrar esta asociación en algunas series⁶. Sin embargo, esta teoría no explica el hecho de que esta entidad aparezca o empeore durante el verano. El área cutánea tampoco coincide claramente con los dermatomas correspondientes a la raíz cervical afectada. Esto último podría ser explicado por un compromiso multirradicular por afectación multivertebral, por el hecho de que la inervación de un dermatoma no sea exactamente unirradicular o el que una raíz nerviosa inerve más de un dermatoma de manera simultánea.

Wallengren et al⁹ practicaron biopsias en piel afectada y en piel sana durante el verano y el periodo asintomático, y observaron una disminución de la inervación cutánea en la piel afectada durante la época estival, con normalización en periodos de remisión, por lo que sugieren que la exposición solar es un factor precipitante y que la patología cervical podría ser un factor predisponente. En nuestra opinión, y en la de otros autores⁸, deben coincidir de manera simultánea ambas condiciones, una patología compresiva cervi-

cal y una exposición solar aumentada para el desarrollo de esta entidad. Sin embargo, el umbral de exposición solar a partir del cual se desarrollaría el cuadro clínico es muy variable, y probablemente dependa de factores hasta el momento desconocidos.

El PBR no es la única entidad caracterizada por la presencia de un prurito localizado en una determinada área corporal para el cual se ha sugerido una causa neuropática como base etiopatogénica subyacente. Así, en la notalgia parestésica, una entidad caracterizada por la presencia de un prurito localizado de manera unilateral a nivel escapular, varios estudios han demostrado la presencia de patología compresiva radicular al nivel de las raíces dorsales en un porcentaje importante de los casos (61%)¹⁰. Por otra parte, recientemente Cohen et al han sugerido que en hasta un 80% de los casos de prurito anogenital es posible demostrar una radiculopatía lumbosacra susceptible de tratamiento mediante bloqueos paravertebrales¹¹. Finalmente, en la glosodinia o síndrome de la boca ardiente, entidad caracterizada por la presencia de quemazón o sensación parestésica de manera permanente o recurrente en la mucosa oral, en la lengua o los labios, se ha demostrado la presencia de una neuropatía de las fibras del nervio trigémino^{12,13}.

El PBR es una entidad con un tratamiento decepcionante en muchos casos. Hasta que su base etiopatogénica quede completamente aclarada resulta prudente recomendar el uso de fotoprotectores tópicos como medida preventiva. El uso de antihistamínicos orales o corticoides tópicos suele ser completamente ineficaz. Aunque se han obtenido respuestas en casos aislados, el papel de la capsaicina tópica, un inhibidor de la recaptación de sustancia P, es muy discutido, ya que dos estudios controlados y aleatorizados no han mostrado un beneficio adicional respecto del placebo^{14,15}. Actualmente una de las modalidades terapéuticas más utilizadas, tanto en el PBR como en otros pruritos localizados en los que se sospecha una patología nerviosa compresiva, es gabapentina, un antiepiléptico ampliamente utilizado en el tratamiento del dolor neuropático, y con el que se han obtenido buenas tasas de respuesta¹⁶⁻¹⁸. Aunque existen publicaciones aisladas con respuestas satisfactorias, el papel terapéutico de otros fármacos antiepilépticos de más reciente introducción como pregabalina u oxcarbazepina, está mucho menos establecido¹⁹. También se han descrito buenas respuestas tras la realización de técnicas de acupuntura²⁰ o de manipulación cervical²¹.

Dos de nuestros pacientes referían alivio con la aplicación tópica de hielo, y esto se ha referido en la literatura como el signo del cubito de hielo (*ice-pack sign*) y se considera muy sugestivo del PBR²². Se cree que es debido a la implicación de los termorreceptores, lo cual llevaría al empeoramiento con el calor y al alivio con el frío.

En nuestra experiencia al menos tres de nuestros pacientes presentaban patología vertebral cervical y otros tres me-

yoraron claramente con gabapentina, lo cual orienta a que, al menos en nuestro medio, debemos descartar la existencia de una radiculopatía cervical subyacente en todos los pacientes con PBR.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Waisman M. Solar pruritus of the elbows (brachioradial summer pruritus). *Arch Dermatol.* 1968;98:481-5.
2. Walcyk PJ, Elpern DJ. Brachioradial pruritus: a tropical dermatopathy. *Br J Dermatol.* 1986;115:177-80.
3. Wallengren J. Brachioradial pruritus: a recurrent solar dermatopathy. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:803-6.
4. Heyl T. Brachioradial pruritus. *Arch Dermatol.* 1983;119:115-6.
5. Cohen AD, Masalha R, Medvedovsky E, Vardy DA. Brachioradial pruritus: a symptom of neuropathy. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:825-8.
6. Goodkin R, Wingard E, Bernhard JD. Brachioradial pruritus: cervical spine disease and neurogenic/neuropathic [corrected] pruritus. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:521-4.
7. Kavak A, Dosoglu M. Can a spinal cord tumor cause brachioradial pruritus? *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:437-40.
8. Rogers S. Brachioradial pruritus—an enigmatic entity. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29:637-8.
9. Wallengren J, Sundler F. Brachioradial pruritus is associated with a reduction in cutaneous innervation that normalizes during the symptoms-free remissions. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:142-5.
10. Savk O, Savk E. Investigation of spinal pathology in notalgia paresthetica. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:1085-7.
11. Cohen AD, Vander T, Medvendovsky E, Biton A, Naimer S, Shalev R, et al. Neuropathic scrotal pruritus: anogenital pruritus is a symptom of lumbosacral radiculopathy. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:61-6.
12. Lauria G, Majorana A, Borgna M, Lombardi R, Penza P, Padovani A, et al. Trigeminal small-fiber sensory neuropathy causes burning mouth syndrome. *Pain.* 2005;115:332-7.
13. Forssell H, Jaaskelainen S, Tenovuo O, Hinkka S. Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. *Pain.* 2002;99:41-7.
14. Knight TE, Hayashi T. Solar (brachioradial) pruritus—response to capsaicin cream. *Int J Dermatol.* 1994;33:206-9.
15. Goodless DR, Eaglstein WH. Brachioradial pruritus: treatment with topical capsaicin. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:783-4.
16. Scheinfeld N. The role of gabapentin in treating diseases with cutaneous manifestations and pain. *Int J Dermatol.* 2003;42:491-5.
17. Winhoven SM, Coulson IH, Bottomley WW. Brachioradial pruritus: response to treatment with gabapentin. *Br J Dermatol.* 2004;150:786-7.
18. Kanitakis J. Brachioradial pruritus: report of a new case responding to gabapentin. *Eur J Dermatol.* 2006;16:311-2.
19. Savk E, Bolukbasi O, Akyol A, Karaman G. Open pilot study on oxcarbazepine for the treatment of notalgia paresthetica. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:630-2.
20. Stellan A. Neurogenic pruritus: an unrecognised problem? A retrospective case series of treatment by acupuncture. *Acupunct Med.* 2002;20:186-90.
21. Tait CP, Grigg E, Quirk CJ. Brachioradial pruritus and cervical spine manipulation. *Australas J Dermatol.* 1998;39:168-70.
22. Bernhard JD, Bordeaux JS. Medical pearl: the ice-pack sign in brachioradial pruritus. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:1073.