

## PRURITUL CUTANAT - PREZENTARE DE CAZ

CORINA PORR<sup>1</sup><sup>1</sup>Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

**Cuvinte cheie:** prurigo, cancer pulmonar, boală renală cronică

**Rezumat:** Prezentăm cazul unui pacient de 76 ani cu prurit cutanat cronic care a fost internat în compartimentul de Alergologie pentru investigarea etiologiei acestuia. Pacientul este cu cardiostimulare permanentă pentru bloc atrio-ventricular gradul III și multiple afecțiuni cardiace asociate, boală renală cronică stadiul IV. După multiple investigații, pacientul a fost diagnosticat cu neoplasm pulmonar stadiul IV, cu recomandare doar de terapie simptomatică. Neoplasmul pulmonar este una dintre cauzele rare care pot genera prurit cronic.

**Keywords:** prurigo, pulmonary cancer, chronic renal disease

**Abstract:** We present the case of a patient of 76 years old with chronic cutaneous pruritus, who was admitted to the department of Allergology to investigate its etiology. The patient has permanent pacemaker for third-degree atrioventricular block and multiple associated cardiac conditions, chronic kidney disease stage IV. After multiple investigations, the patient was diagnosed with stage IV lung cancer, the recommendation consisted of the symptomatic therapy only. Lung cancer is one of the rare cases that can cause chronic itching.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 76 de ani, pensionar care se prezintă la consult alergologic prin ambulatorul de specialitate, acuzând prurit cutanat generalizat, debutat în urmă cu o lună. S-a recomandat terapie antihistaminică în doză mare, cu recomandarea de a veni la reevaluare peste 2 săptămâni.

Pacientul a revenit peste 2 săptămâni tot cu prurit cutanat generalizat, cu insomnie datorită acestuia, fatigabilitate, astenie marcată, inapetență, fără scădere în greutate, fiind de data aceasta internat. Pacientul este cu cardiostimulare permanentă pentru bloc atrio-ventricular grad III, având stabilite și diagnosticele: Cardiopatie ischemică cronică, Cardiomiopatie dilatativă secundară ischemică, Insuficiență funcțională mitrală medie, Insuficiență tricuspidiană medie/severă, Hipertensiune pulmonară secundară medie, Insuficiență cardiacă congestivă NYHA III/IV, Boală renală cronică stadiul IV, Arteriopatie obliterantă a membrelor inferioare stadiul II. A fost fumător timp de 40 ani, fumând 20 țigări/zi, dar de 10 ani nu mai fumează.

Obiectiv, la internare, se evidențiază stare generală influențată, IMC = 25,53 kg/m<sup>2</sup>, facies suferind, eritematos, încercănat, cu edeme suborbitale bilaterale, tegumente generalizat xerotice, cu descumare furfuracee generalizată, cu placarde eritematoase la nivelul antebrațelor bilateral datorită gratajului efectuat de pacient, sistem ganglionar superficial nepalpabil, torace normal conformat, raluri bronșice de stază, TA = 90/50 mmHg, AV = 60/min, în regiunea precordială se palpează superficial, sub tegument, aparatul de stimulare permanentă, abdomen nedureros la palpăre (figura nr. 1)

Boliile care pot induce pruritul sunt:(1)

- Boli endocrine și metabolice (insuficiență renală cronică, boli hepatice cu sau fără colestază, hiperparatiroidism, hiper- și hipotiroidism)
- Boli infecțioase (SIDA, parazitoze)
- Boli hematologice (policitemia vera, sindroame

mielodisplazice, limfoame)

- Boli neurologice (scleroza multiplă, tumori craniene)
- Boli psihiatrice sau psihosomatice (depresie, halucinații, schizofrenie, boli obsesive).

Figura nr. 1. Tegumentul pacientului



Cauza pruritului în acest caz poate fi insuficiența renală cronică cu care este cunoscut pacientul. Fiziopatologia pruritului din afecțiunile renale este necunoscut. Mecanismele implicate au inclus: factori metabolici precum concentrații crescute de ioni bivalenți (calciu, magneziu), de hormon paratiroidian, histamină și triptază (2-7), dar și microinflamația care e frecventă în uremie.(8,9)

De asemenea, pruritul la pacienții vârstnici este frecvent, mai ales în lunile de iarnă și mai frecvent la femei.(10) Mecanismul nu se cunoaște, dar la acesta contribuie modificările pielii odată cu vârsta, scăderea funcției în stratum corneum, xeroza și factori iatrogenici.(11)

Diagnosticul de etapă, asociat la afecțiunile cardiace și renale cunoscute a fost sindrom asteno-adinamic, prurigo cronic.

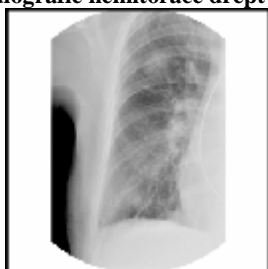
Biochimic s-a evidențiat un sindrom inflamator important (PCR = 31,5 mg/L, VSH = 88 mm/h, fibrinogen = 496,4 mg/dl), un sindrom de retenție azotată (uree = 232 mg/dl, creatinină = 2,66 mg/dl), o anemie de grad ușor (Hb = 10,7 g/dl, Ht = 33,3%), hiperbilirubinemie (Br. totală = 1,42 mg/dl, Br. directă = 1,59 mg/dl).

<sup>1</sup>Autor corespondent: Corina Porr, Str. Reșița, Nr. 95/12, Sibiu, România, E-mail: corina\_sibiu@yahoo.com, Tel: +40723 083974  
 Articol intrat în redacție în 08.08.2014 și acceptat spre publicare în 05.08.2014  
 ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2014;2(3):58-60

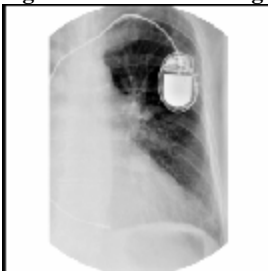
## ASPECTE CLINICE

S-au efectuat un examen de spută și un exudat faringian, deoarece pacientul acuza rar tuse seacă, alternativ cu productivă, dar acestea au fost sterile. S-a efectuat consult dermatologic care a stabilit diagnosticul de eczemă a membrilor superioare și inferioare, xerodermie și recomandă terapie cu Fluocinolon unguent 2x1 aplicație/zi și pe zonele xerotice cu Lipikar cremă 2x1/zi. S-a efectuat ecografie abdominală care a evidențiat un ficat cu vene suprahepatice dilatate, o venă splenică cu diametrul = 10 mm, fără alte modificări patologice ecografice. Datorită sindromului inflamator s-a efectuat o radiografie toracică care a evidențiat o opacitate omogenă, imprecis delimitată, de intensitate medie, de aproximativ 22 mm, subclavicular drept (segment apical lob inferior drept), un sinus costodiafragmatic lateral pensat, desen peribronhovascular accentuat infrahilar drept (figura nr. 2.), hili măriți, opaci, o opacitate hilară stângă care schița un contur polilobat și un cord cu arc inferior stâng alungit, cu cardiostimulator (figura nr. 3).

**Figura nr. 2. Radiografie hemitorace drept**



**Figura nr. 3. Radiografie hemitorace stâng**



Când formațiunea pulmonară are un diametru mai mic de 3 cm se numește nodul pulmonar solitar care poate fi malign sau benign.(12)

Diagnosticile care intră în discuție în cazul nodulului pulmonar solitar sunt:

1. Tuberculum
2. Metastază pulmonară a unui cancer
3. Cancer pulmonar de mici dimensiuni

Tumorile pulmonare primare pot fi benigne sau maligne (tabelul nr. 1).

**Tabelul nr. 1. Clasificarea tumorilor pulmonare primare**

Maligne	Benigne
Carcinoame	Laringotraheobronșice
Cu celule mici	Adenom
Cu celule în „bob de ovaz”	Hamartom
Tipul celular intermediar	Mioblastom
Tipul combinat	Papilom
Fără celule mici	Parenchimatoase
Adenocarcinom	Fibrom
Adenoscuamos	Hamartom
Cu celule mari	Leiomiom
Cu celule scuamoase	Lipom
Altele	Neurofibrom/schwannom
Carcinom al glandelor bronșice	Hemangiom sclerozant
Carcinoid	
Limfom	

Am efectuat un consult la Clinica de Boli Pulmonare care recomandă bronhoscopie cu aviz cardiologic și computer tomografie toracică. La consultul cardiologic se recomandă evitarea apropierei de stimulator a aparatelor care creează câmp magnetic. Am efectuat computer tomografie toracică care descria un nodul tisular spiculat postero-bazal LSD cu contact pleural, nodul pulmonar subpleural postero-bazal LID, adenopatii mediastinale.

Pruritul este cel mai frecvent simptom cutanat la pacienții cu cancer și mai poate apărea congestia facială, probabil legată de substanțele vasoactive din circulație, generate de tumoră (prostaglandine), ambele prezente în cazul acestui pacient.

Pentru stabilirea diagnosticului ar fi necesare investigații suplimentare, iar diagnosticul de certitudine se poate stabili doar la examenul histopatologic, când se examinează microscopic piesa de țesut pulmonar recoltată chirurgical. La pacienții cu tuse productivă, probele de spută matinală pot avea concentrații înalte de celule maligne, dar productivitatea metodei este de 50%, iar în acest caz nu s-au izolat celule maligne. Bronhoscopia este folosită des în diagnosticul cancerului pulmonar. Diagnosticul se pune în 90-100% din cazuri, dacă se combină lavajul bronho-alveolar, periajul endobronșic, aspirația cu ac fin, vizualizarea directă a leziunii endobronșice și a ganglionilor limfatici. Datorită afecțiunilor multiple pe care le are pacientul au fost contraindicate atât bronhoscopia, cât și biopsia pulmonară.

Am solicitat consult oncologic care recomandă luarea în evidență prin Comisia Oncologică, în urma căreia s-a stabilit diagnosticul de neoplasm bronhopulmonar drept stadiul IV și s-a recomandat terapie simptomatică.

Pacientul a fost externat cu recomandarea de a continua terapiile cronice pentru afecțiunea renală și cardiacă, iar pentru pruritul cutanat am recomandat terapie antihistaminică de generația a doua în doză mare (Aerius 5mg, 3x1 tb/zi) și antihistaminice de generația 1-a (Clorfeniramin 4 mg, 1tb/zi), lapte de corp fără parabenii sau parfum (Lipikar local).

Pruritul cutanat poate fi uneori un simptom trecător și de scurtă durată, dar poate fi și un simptom care apare în cazul unei afecțiuni grave, cum a fost în acest caz.

### REFERINȚE

1. Weisshaar E, Szepietowski JC, Darsow U, Misery L, Wallengren J, Mettang T, Gieler U, Lotti T, Lambert J, Maisel P, Streit M, Greaves M, Tschachler E, Ring J, Ständer S. European Guideline on Chronic Pruritus. In cooperation with the European Dermatology Forum (EDF) and the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV).
2. Blachley J D, Blankenship D M, Menter A, Parker TF 3rd, Knochel JP. Uremic pruritus: skin divalent ion content and response to ultraviolet phototherapy. Am J Kidney Dis 1985;5:237-241.
3. Pauli-Magnus C, Mikus G, Alschner DM, Kirschner T, Nagel W, Gugeler N, Risler T, Berger ED, Kuhlmann U, Mettang T. Naltrexone does not relieve uremic pruritus: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study. J Am Soc Nephrol 2000;11:514-519.
4. Dugas-Breit S, Schopf P, Dugas M, Schiffel H, Rueff F, Przybilla B. Baseline serum levels of mast cell tryptase are raised in hemodialysis patients and associated with severity of pruritus. J Dtsch Dermatol Ges 2005;3:343-347.
5. Wikstrom B, Gellert R, Ladefoged SD, Danda Y, Akai M, Ide K, Ogasawara M, Kawashima Y, Ueno K, Mori A, Ueno Y. Kappa-opioid system in uremic pruritus:

- multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical studies. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:3742-3747.
6. Duque M I, Thevarajah S, Chan YH, Tuttle AB, Freedman BI, Yosipovitch G. Uremic pruritus is associated with higher kt/V and serum calcium concentration. *Clin Nephrol* 2006;66:184-191.
  7. Kimmel M, Alschler DM, Dunst R, Braun N, Machleidt C, Kiefer T, Stulten C, van der Kuip H, Pauli-Magnus C, Raub U, Kuhlmann U, Mettang T. The role of micro-inflammation in the pathogenesis of uraemic pruritus in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2006;21:749-755.
  8. Mettang T, Pauli-Magnus C, Alschler DM. Uraemic pruritus - new perspectives and insights from recent trials. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:1558-1563.
  9. Kimmel M, Alschler DM, Dunst R, Braun N, Machleidt C, Kiefer T, Stulten C, van der Kuip H, Pauli-Magnus C, Raub U, Kuhlmann U, Mettang T. The role of micro-inflammation in the pathogenesis of uraemic pruritus in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2006;21:749-755.
  10. Yalcin B, Tamer E, Toy GG, Oztas P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol* 2006;45:672-676.
  11. Sommer F, Hensen P, Bockenholt B, Metze D, Luger TA, Stander S. Underlying diseases and co-factors in patients with severe chronic pruritus: a 3-year retrospective study. *A Dermatol Venereol* 2007;87:510-516.
  12. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M (eds). *Manualul Merck de diagnostic și tratament*. București, All; 2009. p. 361.