

Prurido

Ferraz Gonçalves
2026

1

Definição

- *“É uma sensação cutânea que provoca o desejo de coçar”.*

2

Prurido crónico

- Define-se como o que está presente há mais de 6 semanas
- A sua incidência aumenta com a idade
- É mais frequente nas mulheres do que nos homens
- É mais comum em asiáticos do que em caucasianos

3

Localização

- Generalizado
- Localizado
 - Qualquer local da pele
 - Conjuntivas
 - Boca
 - Nariz
 - Faringe
 - Área anogenital
 - Traqueia

4

Classificação

- O International Forum for the Study of Itch
- Dermatológico – tem origem na pele, devendo-se a inflamação, secura ou outras alterações:
 - Ex. urticária e reacções a picadas de insecto.
- Sistémico – com origem noutros órgãos que não a pele:
 - Ex. colestase, doença renal crónica, doenças mileloproliferativas, hipertireóidismo

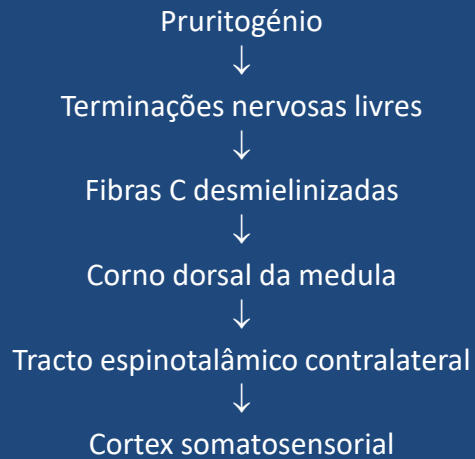
5

Classificação

- Neuropático – é causado por doença localizada em qualquer ponto ao longo da via aferente:
 - esclerose múltipla - paroxístico;
 - tumores cerebrais -prurido unilateral (abscessos e tromboses cerebrais); localizado na neuropatia pós-herpética, na notalgia parestésica (síndrome sensorial que envolve os ramos posteriores de T2-T6) e na infecção por VIH.
- Prurido psicogénico/psicossomático – associado a algumas doenças psiquiátricas e factores psicológicos.
- Misto – resultante da sobreposição e coexistência de várias doenças.
- Outro – de origem indeterminada.

6

Neuroanatomia (prurido causa cutânea)



7

Causas sistémicas não-oncológicas

- Insuficiência renal crónica (não a aguda)
- Doenças hepáticas crónicas
- Doenças endócrinas
- Deficiência de ferro
- Fármacos
 - Opióides (mais por via espinal).

8

Associado a doenças oncológicas

Obstrução biliar
Policitemia vera
Doença de Hodgkin
Mastocitose sistémica
Macroglobulinemia de Waldenstrom
Mieloma múltiplo
Micose fungóide
Síndrome carcinóide
Várias formas de carcinoma

9

Localização nos tumores sólidos

- É geralmente generalizado e de evolução crónica. Pode ser a forma de apresentação e pode estar presente por vários anos antes de o diagnóstico ser feito.
- Exceções associadas aos tumores sólidos:
 - Áreas pré-tibiais, na face interna das coxas, na parte superior do tórax, nos ombros, e nas superfícies extensoras dos membros superiores.
 - Prurido nas narinas relacionado com tumores cerebrais que infiltram o pavimento do 4º ventrículo.
 - Vulvar em doentes com carcinoma do colo do útero.
 - Anal associado ao cancro do recto e do sigmóide.
 - No escroto ou área perineal na carcinoma da próstata.
- Metástases cutâneas.
- Complicação da quimioterapia.

10

Neurofisiologia

- Os pruritogénios estimulam uma variedade de fibras C e fibras A δ especializadas com origem na pele
 - diferentes das implicadas no processamento da dor
- Cerca de 5 a 10% das fibras C são dedicadas ao prurido
- Dessas fibras C, 10% a 20% são histaminérgicas e 80% a 90% são não histaminérgicas
- Transmitem os impulsos para os cornos posteriores da medula e depois pelo tracto espinotalâmico contralateral para o tálamo e daí para o córtex

11

Neurofisiologia

- Não há receptores especializados do prurido, sendo a especificidade dos neurónios do prurido baseada nas suas conexões com a via do prurido.
- Há 2 vias do prurido, mutuamente exclusivas, da pele para o cérebro
 - via histaminérgica
 - via dos receptores PAR-2 (protease-activated receptor-2)

12

Neurofisiologia

- Os doentes com prurido crónico têm muitas vezes hipersensibilização neural periférica e central
 - as fibras sensibilizadas reagem excessivamente a estímulos nocivos que geralmente inibem o prurido, como o coçar

13

Neurofisiologia

- Os efeitos dos pruritogénios periféricos são modificados por neuromoduladores no SNC, como acontece na dor.
- Como na dor há alodinia, pode haver aloclinese, isto é prurido provocado pelo toque leve na pele que rodeia uma pápula induzida pela histamina.

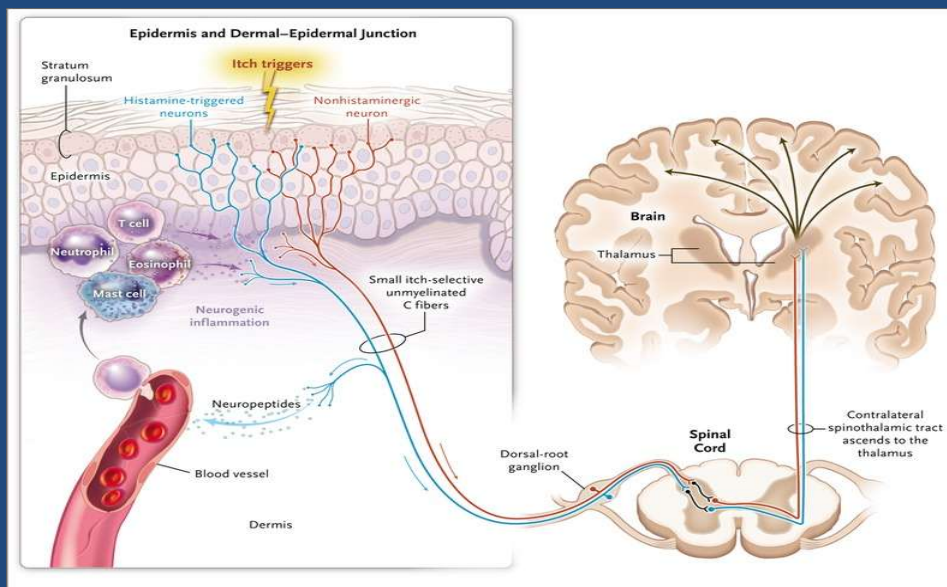
14

Neurofisiologia

- Raspar e esfregar a pele inibe o prurido
 - Estimulam os neurónios mielinizados A, via mecanorreceptores de baixo limiar
 - Inibindo os circuitos neuronais na substância cinzenta da medula, levando à supressão temporária do prurido

15

Fisiopatologia



16

Avaliação

- Não serão abordadas as causas dermatológicas, mas...
 - num doente com prurido é sempre necessário excluir lesões cutâneas.
 - o prurido de qualquer tipo pode provocar alterações secundárias na pele resultantes do coçar ou esfregar,
 - alterações cutâneas não excluem doença sistémica

17

Avaliação

- As escoriações e a dermatite inespecíficas podem camuflar causas cutâneas e não cutâneas e, em alguns casos, a causa permanece pouco clara (prurido de origem indeterminada)

18

Avaliação

- Primeiro passo
 - determinar se a causa é dermatológica ou sistémica,
 - exame da pele é indispensável
- A história, o exame físico e, eventualmente, exames complementares de diagnóstico permitem determinar as causas do prurido.

19

Tratamento

- Deve dirigir-se à causa se possível.
- O prurido de causa sistémica é muitas vezes refractário ao tratamento
 - mas pode geralmente ser melhorado com medidas gerais e algumas específicas.

20

Tratamento

- As indicações para o tratamento do prurido nos doentes com cancro avançado são mais derivadas de casos clínicos e da experiência individual do que de estudos científicos e, na prática, os tratamentos têm uma eficácia variável e muitas vezes sub-ótima.

21

Tratamento tópico

- Os emolientes tópicos são importantes
 - Amolecem as margens agudas da camada mais superficial da pele seca e melhoram a função de barreira
 - A insuficiência da função barreira é exacerbada pelo coçar repetido
- Devem-se preferir produtos com um pH de 4,5 a 6

22

Tratamento tópico

- Os corticosteróides tópicos não têm efeito antipruriginoso directo, mas são anti-inflamatórios, pelo que podem ter esse efeito em várias alterações cutâneas.

23

Tratamento tópico

- Manter a temperatura ambiente fresca - reduz a perspiração.
- Evitar banhos quentes.
- Eliminar alergénios cutâneos como perfumes, sabonetes, etc.
- Como substituto do sabão ou do sabonete usar os compostos de aveia, ou outros semelhantes.
- Agentes hidratantes.
- Cremes contendo anti-histamínicos

24

Anti-histamínicos

- Os anti-histamínicos sedativos, como a hidroxizina ou a difenilhidramina:
 - Os estudos não apoiam a eficácia em situações para além da urticária.
 - Os efeitos benéficos podem dever-se aos efeitos soporíferos que ajudam os doentes a dormir

25

Anti-histamínicos

- Os antagonistas dos receptores H1 e H2 não sedativos têm quando muito um efeito limitado no prurido crónico
- A histamina não tem um papel importante em situações que não sejam a urticária

26

Medicação sistémica

- Anti-histamínicos antagonistas H₁:
- Hidroxizina – 12,5-25 mg 2 a 3x/d; 25-100 mg à noite.
- Anti-histamínicos antagonistas H₂ :
 - Cimetidina – 200-400 mg 3 a 4x/d; pode usar-se em conjunto com um antagonista H₁.

27

Colestase

- Ocorre em 80% a 100% dos doentes com icterícia colestática
- É o sintoma inicial em ≥25% dos doentes
 - É o sintoma mais perturbador, com grande impacto na qualidade de vida associando-se
 - a privação do sono, fadiga, depressão e ideação suicida.
- É mais intenso à noite, nos meses de Verão e em climas tropicais húmidos.

28

Colestase

- A drenagem biliar é eficaz na colestase
 - Deve considerar-se a experiência local
 - Drenagem biliar percutânea, externa, interna ou mista
 - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- Os doentes com esperança de vida muito limitada
 - A levomepromazina pode ser particularmente útil.

29

Colestase

- Os inibidores selectivos da recaptção da serotonina:
 - sertralina (75 a 100 mg);
 - paroxetina (média 20 mg/d, mas casos descritos com 5 mg/d)
 - Mirtazapina
- a serotonina não parece ser um mediador directo do prurido
- pode, no entanto, ser importante na percepção do prurido a nível central

30

Colestase

- Rifampicina
 - Aumenta o metabolismo da bilirrubina e modifica a síntese dos ácidos biliares secundários no intestino devido à sua acção antimicrobiana.
 - As doses usadas são muito variáveis
 - Pode usar-se na dose de 300 mg por dia, Eficaz mesmo após a ineficácia de outros agentes

31

Colestase

- Rifampicina
 - reacções graves
 - anemia hemolítica
 - insuficiência renal
 - púrpura trombocitopénica
 - Hepatotoxicidade
 - monitorizar o nível das transaminases regularmente.

32

Colestase

- Os antagonistas dos receptores opióides μ
 - A naloxona (0,4 mg, seguida de infusão de 0,02 $\mu\text{g}/\text{kg}$ e a naltrexona (50 mg/dia)
 - têm um efeito antiprurítico, provavelmente por terem um papel central na mediação do prurido.
 - Podem desencadear uma síndrome de abstinência nestes doentes, mesmo nos **QUE** não tomam opióides exógenos
 - dor abdominal, anorexia e hipertensão
 - Estão contraindicados nos doentes que necessitam de opióides para o controlo da dor

33

Colestase

- Colestiramina
 - não é absorvível e liga-se aos sais biliares impedindo a sua absorção no ílio terminal
 - Dose inicial é de 4 g, 1 hora antes do pequeno-almoço; pode ser aumentada até 4 (ou 6) vezes por dia
 - Provoca obstipação e má absorção
 - A adesão pode ser baixa devido ao sabor desagradável
 - Reduz a biodisponibilidade de vários fármacos de uso comum, como a digoxina, a tiroxina, os contraceptivos orais e outros
 - Os medicamentos devem ser tomados ≥ 4 horas após a colestiramina. Geralmente, o efeito nota-se pelo menos após 2 semanas de tratamento.
 - Na obstrução biliar completa não funciona

34

Uremia

- Patogénese complexo e ainda mal compreendida
- Várias teorias:
 - Diálise inadequada
 - Xerose
 - Hiperparatiroidismo e alterações do metabolismo do cálcio e do fósforo
 - A via de transmissão não é histaminérgica, mas a PAR-2

35

Uremia

- Na pele há uma elevação significativa da triptase dos mastócitos, leucotrieno B4 (LB4) e factor de necrose tumoral α (TNF- α).
- A triptase dos mastócitos activa o receptor PAR-2 que por sua vez actua nos canais do receptor de potencial transitório valinóide subtipo 1 (TRPV-1) reduzindo o limiar de estimulação do prurido.

36

Uremia

- O LB4 é pruritogénico.
- O TNF- α aumenta a expressão dos linfócitos T auxiliares tipo 2 (Th-2) sobre os linfócitos Th-1.
- Há uma expressão aumentada dos linfócitos Th-1 que produzem interleucina 2, a qual é pruritogénica.

37

Uremia

- Embora ainda longe de estar completamente estabelecida a patogénese do prurido urémico, estes factos explicam de certo modo o mecanismo da eficácia de algumas terapêuticas recomendadas.

38

Uremia

- A otimização do regime da diálise
- No hiperparatireoidismo secundário, a paratireoidectomia pode ser eficaz.
- A terapêutica com radiação UVB de banda estreita é eficaz em muitos casos e superior ao tratamento farmacológico.
- A xerose exacerba o prurido
 - O tratamento deve começar sempre com produtos hidratantes e de limpeza da pele com pH baixo

39

Uremia

- Os ligantes alfa-2 delta, gabapentina e pregabalina
- Mecanismo ainda desconhecido (Suspeita-se que)
 - Actuam na subunidade alfa-2 delta dos canais do cálcio dependentes de voltagem nos cornos dorsais da medula espinal
 - Reduzem a transmissão de glutamato - receptor chave do prurido nos cornos dorsais da medula espinal
 - A dose deve ser ajustada à função renal e de acordo com a resposta - pode necessitar de ajustes frequentes

40

Uremia

- Talidomida
 - inibe a formação de TNF- α , que reduz a expressão de linfócitos Th-1
 - Um dos produtos dos linfócitos Th-1 é a IL-2, que é pruritogénica

41

Síndromes paraneoplásicas

- O prurido paraneoplásico pode definir-se como o que ocorre cedo no processo natural ou precede mesmo a evidência clínica de doença maligna, não é causado pela invasão ou compressão neoplásica e passa com a remoção do tumor.

42

Síndromes paraneoplásicas

- É mais comum nas neoplasias hematológicas
- Verificou-se que a existência de prurido sem alterações cutâneas é um factor de risco para haver uma doença maligna hematológica ou dos canais biliares não diagnosticada
- O mecanismo do prurido paraneoplásico não é ainda conhecido.

43

Síndromes paraneoplásicas

- O tratamento antineoplásico que induza remissão da doença oncológica, quando possível, é o modo mais eficaz de tratamento.
- Em geral, essa não é uma opção viável no cancro avançado.

44

Síndromes paraneoplásicas

- Nos linfomas pode tentar-se a prednisolona, ex. 40 mg/dia;
- A paroxetina na dose de 5 a 20 mg/dia
- A sertralina na dose de 25 a 50 mg/dia;
- A mirtazapina na dose de 15 a 45 mg/dia, por vezes associa-se à paroxetina;
- A amitriptilina na dose de 25 a 100 mg/dia, à noite;

45

Síndromes paraneoplásicas

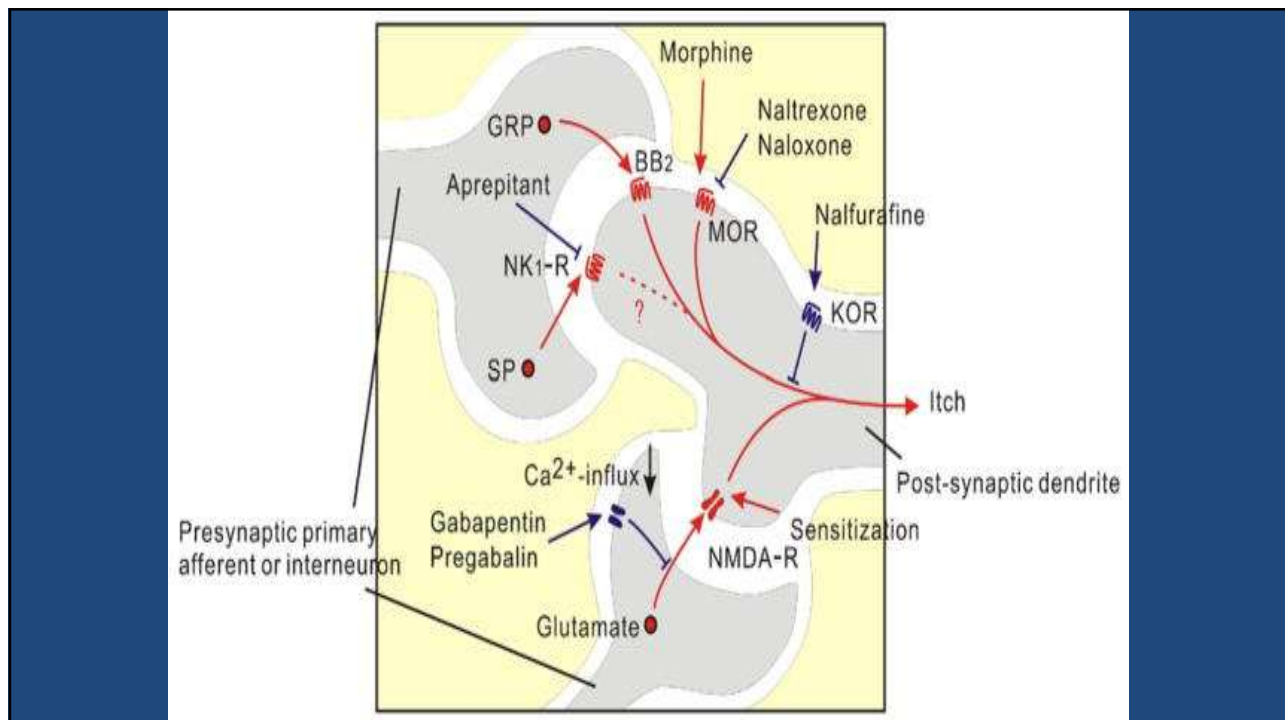
- A gabapentina na dose de 300 a 3600, dividida em até 3 doses;
- A pregabalina na dose de 75 a 600 mg/dia, dividida em até 3 doses;
- A talidomida na dose de 50 a 200 mg/dia, pode produzir neuropatia periférica, geralmente com o uso prolongado;

46

Síndromes paraneoplásicas

- A naloxona e a naltrexona nas doses antes indicadas
- O aprepitant indicado na emese associada à quimioterapia tem sido usado no prurido associado a vários tipos de tumores e no prurido relacionado com o tratamento biológico do cancro.
- Nas doenças hematológicas malignas, os corticosteróides e a cimetidina podem ter um papel.
 - Na policitemia vera a aspirina na dose de 300 mg 1 a 2 vezes por dia pode ser rapidamente eficaz.

47



48