

Prevalencia del prurigo crónico en Argentina: estudio descriptivo transversal

Prevalence of chronic prurigo in Argentina: A cross-sectional descriptive study.

Agustín Wagner,¹ Anamá Di Prinzio,¹ María Julia Cura,¹ Luis Daniel Mazzuocolo,¹ Ana Clara Torre¹

¹ Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia

Agustin Wagner
agustin.wagner@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 29-12-2025

Aprobado: 24-01-2026

Publicado: 31-03-2026

ORCID

<https://orcid.org/0009-0008-3888-3909>

<https://orcid.org/0000-0003-2660-0357>

<https://orcid.org/0000-0002-8711-2333>

<https://orcid.org/0000-0002-6315-7916>

<https://orcid.org/0000-0001-9670-6566>

Resumen

OBJETIVO: Describir la prevalencia y las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con prurigo crónico.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, de corte transversal, en pacientes adultos suscritos al Programa de Atención Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina (PMHI), entre 1 de enero de 2018 al 1 de enero de 2023.

RESULTADOS: Se registraron 132,535 pacientes, de los que 144 padecían prurigo crónico; 105 (73%) eran mujeres con mediana de edad de 67.5 años (RIC 51-79). La prevalencia puntual de prurigo crónico fue de 0.11% (IC95%: 0.09-0.13%), significativamente mayor en mujeres que en hombres (0.13% [IC95%: 0.11-0.16%] vs 0.07% [IC95%: 0.05-0.09%], $p < 0.0006$). Las manifestaciones más frecuentes fueron pápulas (90%) y exco-riaciones (84.7%), seguido de placas (21.5%) y nódulos (18.7%). La mediana hasta el diagnóstico fue de 168 días (RIC 36-765). El tratamiento más prescrito fueron los emolientes, corticosteroides tópicos y antihistamínicos.

CONCLUSIONES: La prevalencia del PC en nuestra cohorte difiere de la comunicada en otros países. A dife-rencia de estudios previos, no se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas con otras enfer-medades cutáneas. El tratamiento que recibieron los pacientes fue discordante con el propuesto en las guías internacionales.

PALABRAS CLAVE: Prurigo; Prurito; Prevalencia; Epidemiología; Argentina.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the prevalence and epidemiological and clinical characteristics of patients with chronic prurigo.

METHODS: A descriptive, cross-sectional study was conducted on adult patients enrolled in the Medical Care Program of the Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina (PMHI), between January 1, 2018, and January 1, 2023.

RESULTS: 132,535 patients were registered, of whom 144 had chronic prurigo; 105 (73%) were women with a median age of 67.5 years (IQR 51-79). The point prevalence of chronic prurigo was 0.11% (95% CI: 0.09-0.13%), significantly higher in women than in men (0.13% [95% CI: 0.11-0.16%] vs 0.07% [95% CI: 0.05-0.09%], $p < 0.0006$). The most frequent manifestations were papules (90%) and excoriations (84.7%), followed by plaques (21.5%) and nodules (18.7%). The median time to diagnosis was 168 days (IQR 36-765). The most frequently prescribed treatments were emollients, topical corticosteroids, and antihistamines.

CONCLUSIONS: The prevalence of chronic prurigo in our cohort differs from that reported in other countries. Unlike previous studies, no statistically significant associations with other skin diseases were found. The treatment the patients received was inconsistent with that proposed in international guidelines.

KEYWORDS: Prurigo; Pruritus; Prevalence; Epidemiology; Argentina.

ANTECEDENTES

El prurigo crónico es una enfermedad neuroinflamatoria de la piel, caracterizada por prurito crónico y lesiones cutáneas pruriginosas, localizadas o generalizadas. Puede ser idiopático en un 10% de los casos (también llamado primario), o secundario a otras enfermedades dermatológicas (dermatitis atópica, escabiosis, etc.), sistémicas (cirrosis, insuficiencia renal crónica, etc), neurológicas y/o psiquiátricas (depresión, etc.).

Su aparición ocurre con mayor frecuencia entre los 50 y 65 años. Algunos autores proponen que es más común en mujeres y en afroamericanos,¹ aunque la información disponible sobre su prevalencia es escasa y variable.

Las manifestaciones clínicas son heterogéneas. De forma clásica se manifiesta con prurito que antecede a la aparición de pápulas, placas y/o nódulos, que a menudo tienen un centro blanquecino, un área periférica hiperpigmentada y superficie excoriada. De acuerdo al tipo de lesiones cutáneas que predominan, la enfermedad se puede clasificar en PC papular, PC en placas, PC nodular, PC umbilicado (lesiones ulceradas) y PC lineal, de los cuales el PC nodular se ha descrito como el más frecuente. A su vez, con frecuencia es posible observar la coexistencia de lesiones de distinta morfología y cambios en las mismas durante la evolución de la enfermedad. Estas pueden ser localizadas o generalizadas y usualmente respetan la cara, las palmas y las plantas, así como la zona interescapular lo que se denomina signo de la mariposa.

El diagnóstico del PC es clínico. De forma reciente, el consenso del European Prurigo Project propone una serie de criterios que pueden ser de ayuda al mismo.

Cuadro 1

Los objetivos generales del tratamiento son reducir el prurito, interrumpir el ciclo de prurito-rascado y promover la cicatrización de las lesiones cutáneas. Para ello se propone el abordaje escalonado y multimodal.

Cuadro 2

Hasta la fecha no existen datos epidemiológicos publicados sobre esta enfermedad en Argentina o América Latina. El objetivo de este trabajo fue describir la

prevalencia, las características clínicas y abordaje terapéutico del PC en Argentina. Para su ejecución se siguieron los lineamientos propuestos en la declaración STROBE.

Cuadro 1. Criterios de diagnóstico de prurigo crónico.

Criterios mayores (los tres criterios mayores deben coexistir para establecer el diagnóstico)		• Prurito crónico (> 6 semanas, debe ser el síntoma inicial) • Historia y/o signos de rascado • Lesiones cutáneas múltiples localizadas o generalizadas
Criterios asociados		
Signos cutáneos		• Lesiones persistentes • Distribución simétrica y en áreas de la piel accesibles al rascado • Piel sana o liquenificada entre las lesiones • Pueden asociarse con otras lesiones inducidas por el rascado • Rostro, palmas y plantas respetadas en la mayoría de los casos
Síntomas		• El prurito debe preceder a la manifestación de lesiones cutáneas • El prurito puede estar acompañado de ardor, escozor, dolor • El prurito suele ser continuo y grave • Puede existir alopecia, hiperknesis, propagación de lesiones pruriginosas.
Repercusión en la calidad de vida		• Deterioro global de calidad de vida • Pérdida de sueño • Ausentismo laboral • Comportamiento obsesivo compulsivo • Impacto emocional (depresión, ansiedad, ira, asco, vergüenza)

Tomado y modificado de Docampo-Simón A, Sánchez-Pujol MJ, Silvestre-Salvador JF. Update on Chronic Prurigo. Actas Dermosifiliogr. 2022;113:563-574.

Cuadro 2. Protocolo de tratamiento para el prurigo crónico.

Paso 1	Corticoesteroides por vía tópica Inhibidores de la calcineurina por vía tópica Antihistamínicos H2
Paso 2	Capsaicina tópica Corticoesteroides intralesionales Fototerapia UV
Paso 3	Gabapentina, pregabalina Antidepresivos Ciclosporina Metotrexato
Paso 4	Antagonista de NK1R Antagonistas de los opioides μ Talidomida Dupilumab Nemolizumab

MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal, realizado entre 1 de enero de 2018 y 1 de enero de 2023, en pacientes adultos, afiliados al programa de atención médica de un hospital universitario de comunidad de alta complejidad de Argentina (PMHI, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), pertenecientes primariamente a una clase social de ingresos medios, que en su mayoría habitan en zonas urbanas. Esta es una población cerrada, asegurada y con cobertura continua en un único sistema de salud durante el período analizado, con un denominador claramente definido. *Mediciones y variables exploratorias:* Se solicitaron las historias clínicas electrónicas (HCE) de todos los pacientes mayores de 17 años, que tenían asociado el problema “prurigo” o sinónimos, con seguimiento en el hospital durante al menos 6 meses. Las HCE fueron revisadas por 3 investigadores. Se consideró caso de PC a todo paciente que cumpliera con los criterios de diagnóstico de dicha patología según las manifestaciones clínicas y/ o hallazgos histológicos (**Cuadro 1**). Se registraron las variables de sexo, edad, antecedentes patológicos, comorbilidades y medicación crónica, forma de aparición del cuadro y tratamientos recibidos por el mismo.

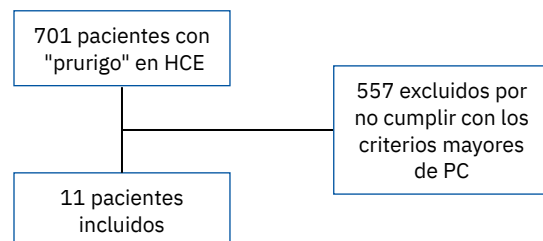
Análisis estadístico

Se describieron las características demográficas y clínicas de la población de estudio. La búsqueda histórica (2018–2023) se utilizó exclusivamente para la identificación de los casos. Se estimó la prevalencia puntual

y por sexo de prurigo crónico, utilizando como numerador a los casos identificados activos al momento de la medición y como denominador a la población total de afiliados activos al PMHI, con al menos 6 meses de seguimiento en el hospital al momento de la medición ($n = 132,535$). Esta proporción se comunicó con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Las variables categóricas se comunicaron como frecuencias absolutas y relativas. Las cuantitativas como medianas y rangos intercuartílicos, puesto que no siguieron una distribución normal. Se consideró estadísticamente significativo el valor de $p < 0.05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA 13.

RESULTADOS

De los 132,535 pacientes, 701 tenían “prurigo” o sus sinónimos asociados en la historia clínica electrónica (HCE). De estos, 144 cumplieron los criterios de inclusión en el trabajo y los restantes fueron excluidos dado que no se encontró información en sus registros que fueran concordantes con el diagnóstico de prurigo crónico (**Figura 1**), y 105 (73%) eran mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 67.5 años (RIC 51-79). La prevalencia puntual de prurigo crónico fue del 0.11% (IC95%: 0.09-0.13%), significativamente mayor en mujeres que en hombres (0.13% [IC95%: 0.11-0.16%] vs 0.07% [IC95%: 0.05-0.09%], $p < 0.0006$). El cuadro clínico más frecuente fueron las pápulas (90%) y excoriaciones (84.7%), seguido por placas (21.5%) y nódulos (18.7%). La mediana del tiempo hasta el diagnóstico fue de 168 días (RIC 36-765). Se obtuvieron biopsias de piel en 82 pacientes (57%) para confirmar el diagnóstico. No se identificaron diferencias clínicas o demográficas entre los pacientes que fueron biopsiados y los que no. Las comorbilidades, asociaciones y tratamiento recibido por los pacientes se describen en los **Cuadro 3 y 4**.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de selección de pacientes.

Cuadro 3. Características clínicas de pacientes con prurigo crónico

Relacionadas al paciente	% (n)
Sexo femenino	73% (105)
Sexo masculino	27% (39)
Comorbilidades	
Hipertensión arterial	40.1% (59)
Enfermedad tiroidea	23.6% (34)
Trastornos psiquiátricos	21% (30)
Obesidad	16.7% (24)
Anemia crónica	16% (23)
Diabetes	9.7% (14)
Enfermedad renal crónica sin diálisis	7.6% (11)
Enfermedades neurológicas	5.5% (8)
Neoplasias de órgano sólido activas	3.4% (5)
Enfermedades hematológicas	3.4% (5)
Enfermedades hepáticas	2.1% (3)
Lupus eritematoso sistémico	1.4% (2)
Enfermedades del colágeno	2.1% (3)
Enfermedad celíaca	1.4% (2)
Enfermedad renal crónica en diálisis	0% (0)
Trastornos alimentarios	0% (0)
Enfermedad inflamatoria intestinal	0% (0)
Hepatitis B activa	0% (0)
Hepatitis C activa	0% (0)
Otras enfermedades	10.4% (15)
Dermatosis asociadas	
Xerosis	4.9% (7)
Dermatitis atópica	2.8% (4)
Psoriasis	2.1% (3)
Escabiosis	1.4% (2)
Esclerodermia	0.7% (1)
Dermatomiositis	0% (0)
Penfigoide ampollar	0% (0)

DISCUSIÓN

En este estudio se identificaron cuatro resultados relevantes. En primer lugar, la prevalencia del prurigo crónico en nuestra cohorte difiere de la informada en otros países.¹⁻⁵ En segundo lugar, hallamos discrepancias en las manifestaciones clínicas más frecuentemente observadas comparado con lo publicado en otros países. En tercer lugar, no encontramos asociación estadísticamente significativa entre el prurigo crónico y otras

Cuadro 4. Características del tratamiento recibido por los pacientes con prurigo crónico

Tratamientos recibidos	% (n)
Emolientes y medidas de cuidado general	98% (141)
Corticoides tópicos	92.3% (133)
Antihistamínicos de segunda generación	87.5% (126)
Corticoides sistémicos	47.2% (68)
Fototerapia	22.2% (32)
Antihistamínicos de primera generación	18.8% (27)
Mirtazapina, sertralina, paroxetina, duloxetina u otros psicofármacos	13.2% (19)
Pregabalina o gabapentin	7.6% (11)
Ciclosporina	4.1% (6)
Metotrexate	2.8% (4)
Otros inmunosupresores (inh JAK, etc)	1.4% (2)
Dupilumab	0% (0)

dermatosis, a diferencia de lo informado en otras investigaciones.¹⁻⁵ Por último, en la mayoría de los casos los pacientes recibieron un tratamiento discordante con las estrategias propuestas en las recomendaciones internacionales.

Diferencias de la prevalencia

A nivel mundial, existen diferencias en la prevalencia de prurigo crónico en las poblaciones estudiadas.¹⁻⁵ En nuestra investigación la prevalencia puntual, la distribución por sexo y la edad media difieren de lo reportado en otros países. En Estados Unidos la prevalencia reportada es de 0.072%, es más frecuente en mujeres y la edad media de presentación de la enfermedad es de 50-55 años,¹ en Japón la prevalencia es de 1.8% con predominio masculino³, mientras que en Inglaterra es de 0.09%² y en Polonia de 0.009%⁴. Estas disparidades podrían explicarse por variaciones étnicas que influyen en la susceptibilidad genética de las poblaciones estudiadas, predisponiéndolas de manera diferencial al desarrollo de esta enfermedad cutánea. Otra posible explicación son las diferencias socioeconómicas entre las poblaciones estudiadas. La población del presente estudio pertenece mayoritariamente a clase media con alta accesibilidad al sistema de salud, mientras que la muestra de Estados Unidos abarca a la población general, y en Japón se limita a pacientes dermatológicos. Por último, en estudios

previos, la edad al diagnóstico ha sido reportada mayoritariamente como media, mientras que en nuestra población, dada la distribución anormal de los datos está expresada como mediana lo que limita la comparación directa de las medidas de tendencia central. Sin embargo, nuestras estimaciones sugieren una edad al diagnóstico mayor.

Manifestaciones clínicas

Con respecto a las manifestaciones clínicas, en esta cohorte las lesiones observadas con mayor frecuencia fueron las papulares (90%) y las excoriaciones (84.7%). En contraste, en estudios realizados en Alemania se describen proporciones diferentes. En esa población, los autores evidenciaron con mayor frecuencia lesiones nodulares (81.1%), seguidas de las papulares (66.7%), placas (23.5%) y, finalmente, excoriaciones (12%).⁶⁻⁹ Estas diferencias podrían explicarse, en parte, por variaciones en la terminología médica empleada, ya que en nuestro medio el término “nódulo” se utiliza en un sentido más estricto para describir lesiones profundas, más palpables que visibles. En concordancia con esto, la literatura señala que la conceptualización de las lesiones elementales varía considerablemente entre distintos grupos de especialistas y entre diferentes textos de referencia, lo cual puede influir en las tasas comunicadas de pápulas, nódulos y placas en diferentes estudios.¹⁰ Asimismo, la elevada frecuencia de excoriaciones observada en nuestra serie podría estar relacionada con factores sociodemográficos y temporales, como la accesibilidad a la consulta médica especializada lo que puede conducir a un diagnóstico más tardío y podría contribuir a explicar las diferencias observadas en ambas series.

Comorbilidades y dermatosis asociadas al prurigo crónico

Respecto de las enfermedades asociadas con prurigo crónico, habitualmente se destaca a la dermatitis atópica (DA), la enfermedad renal crónica, la diabetes, las infecciones por VHC y VIH, entre otras. A pesar de esto, los trabajos que investigan el vínculo existente entre esta dermatosis y dichas patologías son escasos.

En el año 2018, *Boozalis et al.* realizaron un estudio en el cual estudiaron 909 casos de prurigo crónico. Estos

autores encontraron una asociación entre el prurigo crónico y la dermatitis atópica en 10.7% de los pacientes, la cual resultó estadísticamente significativa.⁶ En nuestra población, no hallamos asociación estadísticamente significativa con esta u otras enfermedades estudiadas. Consideramos que las diferencias encontradas podrían atribuirse a la metodología empleada para seleccionar los casos incluidos en el estudio. En nuestro trabajo se optó por identificar los casos a través del diagnóstico de prurigo crónico, lo que puede haber resultado en un sesgo dado que pueden haber sido excluidos pacientes que también pudieran presentar prurigo crónico asociado con dermatitis atópica u otras dermatosis, que se hallaban registrados bajo dichos diagnósticos específicos en la historias clínicas electrónicas.

Por último, observamos que en nuestra población las tres comorbilidades más frecuentes en los pacientes con PC fueron la hipertensión arterial, seguida por la enfermedad tiroidea y los trastornos psiquiátricos. Al comparar nuestros resultados con los reportados en la literatura internacional, se evidencian diferencias relevantes. La prevalencia de hipertensión arterial en nuestra cohorte (40.1%) fue similar a la descrita en Israel (37%)⁸, pero superior a la informada en Alemania (28.3%)⁹. En relación con la enfermedad tiroidea, nuestra población presentó una frecuencia mayor (23.6%) en comparación con Israel (12%)⁸ y Alemania (17.3%)⁸. Respecto de los trastornos psiquiátricos, la prevalencia observada en nuestra cohorte (21%) fue inferior a la reportada en Estados Unidos (54.4% solo contempla depresión)¹¹ e Inglaterra (53.4% solo contempla ansiedad)², pero comparable con Israel (27%)⁸ y superior a la informada en Alemania (14.6%)⁹. Estas diferencias podrían explicarse, al menos en parte, por las características propias de las poblaciones estudiadas, incluyendo variaciones en la composición etaria, la diversidad étnica y genética que podría influir en la prevalencia de determinadas comorbilidades, particularmente en las de origen multifactorial.

Carga de enfermedad

En pacientes con prurigo crónico la carga de la enfermedad está influenciada por múltiples factores. El tiempo transcurrido entre el inicio del cuadro y el diagnóstico es uno de ellos. Diversos autores han de-

mostrado que el impacto del PC en la calidad de vida aumenta en la medida en que el diagnóstico se ve demorado, probablemente debido a un retraso en el tratamiento adecuado, conllevando una mayor carga en el sistema de salud, y mayor impacto socioeconómico y en la salud mental del paciente.¹² La mediana hasta el diagnóstico identificada en este trabajo fue de aproximadamente 5 meses con un rango de 36 a 765 días. Esta demora en el diagnóstico podría estar en relación con lo comunicado por *Kwatra et al.*¹³ En los pacientes con prurigo crónico suele establecerse dos o más diagnósticos (escabiosis, eccemas o enfermedades psiquiátricas) antes del definitivo.¹³

Tratamiento y recomendaciones internacionales

De acuerdo con lo propuesto por las guías internacionales, el tratamiento adecuado de pacientes con prurigo crónico incluye un abordaje multimodal y escalonado, que contemple tanto el prurito de origen neuropático como el de origen inflamatorio.^{1,7} En este contexto, se dispone de un amplio arsenal terapéutico que incluye tratamientos tópicos, sistémicos y fototerapia (**Cuadro 2**).^{1,7}

En este estudio observamos que 9 de cada 10 pacientes recibieron emolientes, corticoides tópicos y antihistamínicos como primera opción terapéutica. Sin embargo, la fototerapia fue indicada en 2 de cada 10 pacientes. Esta frecuencia de prescripción podría estar en relación a que esta terapéutica requiere la asistencia del paciente al hospital trisemanalmente, lo cual podría representar una barrera para su acceso dado su impacto en las actividades cotidianas, el costo de los traslados y el tiempo requerido. A su vez, otras terapias, como antidepresivos e inmunomoduladores sistémicos, fueron indicadas de forma infrecuente. En particular, el uso acotado de terapias inmunomoduladoras como dupilumab y nemolizumab, podría explicarse por limitaciones estructurales y regulatorias locales, porque al momento del estudio estas opciones no estaban ampliamente disponibles ni contaban con aprobación o cobertura para esta indicación. Estos datos reflejan una falta de progresión en el abordaje multimodal por parte de los médicos tratantes. Esta situación no es exclusiva de nuestra institución. Pereira et al., realizaron un estudio observacional multicéntrico, en el cual observaron que 56.8% de los pacientes con

PC no estaba satisfecho con la terapia recibida, 28.7% de los pacientes consideró que ninguna opción terapéutica recibida fue efectiva y 9.8% no había recibido tratamiento pese a tener una enfermedad activa.⁵ Esto podría suponer una brecha en el conocimiento a nivel mundial por parte del personal de salud sobre el manejo adecuado de esta patología.

Consideramos que una de las fortalezas más relevantes de este trabajo es que aporta evidencia local inédita sobre la epidemiología y el manejo del prurigo crónico en Argentina, cubriendo un vacío de información regional. En segundo lugar, cabe mencionar que la identificación de casos se realizó mediante una búsqueda sistemática en la historias clínicas electrónicas, una fuente confiable y segura de datos; y que el diagnóstico fue verificado por tres investigadores y basado en criterios clínicos y/o histológicos internacionalmente aceptados. Por último, destacamos que nuestro estudio se realizó en una población cerrada y asegurada, lo que permite obtener una estimación precisa de la prevalencia al contar con un denominador definido y el acceso completo a los registros clínicos. No obstante, esta característica también implica una limitación en términos de generalización de los resultados, ya que esta población corresponde a una clase social media, con alto porcentaje de pacientes añosos, en su mayor parte caucásicos, y puede no ser completamente representativa de la población general, en particular de personas con diferentes niveles de acceso al sistema sanitario, individuos jóvenes, diferente etnia u otros contextos socioeconómicos. En segundo lugar, podría existir un subregistro de casos, relacionado a la codificación diagnóstica y el uso de registros clínicos y bases de datos secundarias, que podría conducir a una infraestimación de la verdadera frecuencia de la condición estudiada. Finalmente, la ausencia del registro en la historias clínicas electrónicas de escalas para la evaluación del prurito, así como la falta de escalas validadas para evaluar la actividad del prurigo crónico al momento del estudio en Argentina, limitaron la posibilidad de evaluar la gravedad de la enfermedad en los casos incluidos.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio ponen en evidencia que el poder disponer de datos estadísticos confiables sobre la prevalencia, las características epidemiológicas,

clínicas y terapéuticas del prurigo crónico en adultos resulta decisivo para visibilizar esta enfermedad y su repercusión en la población y plantean la necesidad de la crear estrategias educativas para abordar este tema, dirigidas a la comunidad médica, que mejoren significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados y el conocimiento global de esta compleja enfermedad. Se requieren estudios multicéntricos y poblacionales en Argentina y América Latina, que permitan contar con información epidemiológica sólida y comparable acerca del prurigo crónico.

DECLARACIONES

Agradecimientos

Al Dr. Luciano Farizano y a la Dra. Mariana Peralez por su valiosa colaboración en la tarea de recolección de datos.

Financiamiento

Este estudio recibió apoyo de ningún tipo para esta investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Italiano de Buenos Aires (Protocolo N°: 6772).

Declaración de derechos humanos y de los animales

Este artículo no contiene ningún estudio con sujetos humanos o animales realizado por ninguno de los autores.

Contribución de los autores

Los autores contribuyeron de forma equitativa en la investigación

Referencias clave

- Elmariah S, Kim B, Berger T, et al. Practical approaches for diagnosis and management of prurigo nodularis: United States expert panel consensus. *J Am Acad Dermatol.* 2021; 84 (3): 747-760. doi:10.1016/j.jaad.2020.07.025.
- Pereira MP, Zeidler C, Wallengren J, et al. Chronic nodular prurigo: a European cross-sectional study of patient perspectives on therapeutic goals and satisfaction. *Acta Derm Venereol.* 2021; 101 (2): adv00403. doi:10.2340/00015555-3726.
- Boozalis E, Tang O, Patel S, Semenov YR, et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. *J Am Acad Dermatol.* 2018; 79 (4): 714-719.e3. doi:10.1016/j.jaad.2018.04.047.
- Valdman-Grinshpoun Y, Zaga A, Cohen AD, Schonmann Y, et al. Comorbidities and Healthcare Utilization in 4197 Patients With Prurigo Nodularis in Israel: A Cross-Sectional Population-Based Analysis. *Int J Dermatol.* 2025. doi: 10.1111/ijd.70107.
- Joel MZ, Hydol-Smith J, Kambala A, Cornman HL, Kwatra SG. Prevalence and comorbidity burden of prurigo nodularis in United States adults enrolled in the All of Us research program. *J Am Acad Dermatol.* 2023; 89 (5): 1056-1058. doi: 10.1016/j.jaad.2023.06.045.

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Elmariah S, Kim B, Berger T, et al. Practical approaches for diagnosis and management of prurigo nodularis: United States expert panel consensus. *J Am Acad Dermatol.* 2021; 84 (3): 747-760. doi:10.1016/j.jaad.2020.07.025.
2. Morgan CLL, Thomas M, Ständer S, et al. Epidemiology of prurigo nodularis in England: a retrospective database analysis. *Br J Dermatol.* 2022; 187 (2):188-195. doi:10.1111/bjd.21032.
3. Furue M, Yamazaki S, Jimbow K, et al. Prevalence of dermatological disorders in Japan: a nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. *J Dermatol.* 2011; 38 (4): 310-320. doi:10.1111/j.1346-8138.2011.01209.x.
4. Ryzek A, Reich A. Prevalence of prurigo nodularis in Poland. *Acta Derm Venereol.* 2020; 100 (10): adv00155. doi:10.2340/00015555-3518.
5. Pereira MP, Zeidler C, Wallengren J, et al. Chronic nodular prurigo: a European cross-sectional study of patient perspectives

- on therapeutic goals and satisfaction. *Acta Derm Venereol*. 2021; 101 (2): adv00403. doi:10.2340/00015555-3726.
6. Boozalis E, Tang O, Patel S, Semenov YR, et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 79 (4): 714-719.e3. doi:10.1016/j.jaad.2018.04.047.
 7. Williams KA, Huang AH, Belzberg M, Kwatra SG. Prurigo nodularis: Pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 83: 1567-1575. doi:10.1016/j.jaad.2020.04.182.
 8. Valdman-Grinshpoun Y, Zaga A, Cohen AD, Schonmann Y, et al. Comorbidities and Healthcare Utilization in 4197 Patients With Prurigo Nodularis in Israel: A Cross-Sectional Population-Based Analysis. *Int J Dermatol*. 2025. doi: 10.1111/ijd.70107.
 9. Von Kiedrowski R, Metz M, Weisshaar E, Albrecht I, et al. Evaluation of routine care of prurigo nodularis in Germany: retrospective chart review study (ADVANCE PN). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2025; 23 (7): 844-855. doi: 10.1111/ddg.15721.
 10. Vázquez-López F, González-López M, Pérez-Oliva N. Las lesiones elementales en la dermatología española actual (II): paradigmas semánticos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2001; 92 (1): 47-52. doi: 10.1016/S0001-7310(01)79142-9.
 11. Joel MZ, Hydol-Smith J, Kambala A, Cornman HL, Kwatra SG. Prevalence and comorbidity burden of prurigo nodularis in United States adults enrolled in the All of Us research program. *J Am Acad Dermatol*. 2023; 89 (5): 1056-1058. doi: 10.1016/j.jaad.2023.06.045.
 12. Müller S, Zeidler C, Ständer S. Chronic Prurigo Including Prurigo Nodularis: New Insights and Treatments. *Am J Clin Dermatol*. 2024; 25 (1): 15-33. doi: 10.1007/s40257-023-00818-z.
 13. Kwatra SG, Pereira MP, Misery L, Mollanazar NK, et al. Prurigo nodularis: disease burden, clinical features and approach to management. *Br J Dermatol*. 2025; 193 (4): 642-652. doi: 10.1093/bjd/ljaf213.

Nota del editor / Aviso de responsabilidad

Las afirmaciones, opiniones y datos contenidos en los artículos publicados en *Revista Alergia México* son responsabilidad exclusiva de los autores y colaboradores, y no reflejan necesariamente la postura del Comité editorial ni de la revista. *Revista Alergia México* y sus editores no asumen responsabilidad alguna por posibles daños a personas o bienes que pudieran derivarse del uso de las ideas, métodos, instrucciones o productos mencionados en los contenidos publicados.

