SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br

CARTAS - INVESTIGAÇÃO

# Prurigo nodular: série de casos com 28 pacientes brasileiros tratados com psicotrópicos☆,☆☆

*Prezado Editor,*

Prurigo nodular (PN) é dermatose crônica, intensamente pruriginosa, de causa desconhecida. O PN desenvolve-se predominantemente em adultos,[1] afetando homens e mulheres igualmente – em um estudo nos Estados Unidos, 53,1% dos casos ocorreram em mulheres, enquanto 46,9% ocorreram em homens. [2] A fisiopatologia do PN permanece desconhecida; mecanismos de sensibilização neuronal e um ciclo de prurido e ato de coçar contribuem para a cronicidade da doença, com clara influência de fatores emocionais.[1]

O PN é definido como condição pruriginosa crônica intensa com a presença de numerosas lesões papulonodulares localizadas ou generalizadas. As lesões distribuem-se simetricamente em áreas da pele acessíveis ao ato de coçar, mais comuns ao longo dos membros. Um sinal característico é a ausência de lesões em áreas inacessíveis ao ato de coçar, como a parte superior das costas, demonstrando que as lesões são autoinfligidas. Os nódulos apresentam superfície áspera, às vezes escoriada, e geralmente são de cor escura. A maioria dos pacientes com PN relata combinação de sensações que variam de calor e frio a ardência, queimação e formigamento.[3]

O PN pode ocorrer em indivíduos saudáveis ou em conjunto com doenças sistêmicas: doença renal, hepatite C, doença pulmonar obstrutiva, insuficiência cardíaca congestiva e diátese atópica (DA).[4] Também está associada à infecção avançada pelo HIV e a transtornos de saúde mental.[2] Ansiedade ocorre em 37% dos pacientes, seguida por depressão em 29% e ideação suicida em 19%.[5] Acredita-se que pacientes com PN tenham risco três vezes maior de depressão em comparação com outras dermatoses inflamatórias. Além disso, a gravidade da depressão demonstrou ter impacto direto na intensidade do prurido, destacando a importância da intervenção no estado mental.[6]

O tratamento do PN é desafiador. As recomendações incluem corticosteroides tópicos, capsaicina, inibidores da calcineurina, fototerapia e gabapentinoides sistêmicos, antagonistas do receptor μ-opioide, antidepressivos, imunossupressores ou biológicos como o dupilumabe.[7] O presente grupo de psicodermatose aborda a doença como sendo inteiramente secundária ao ato de coçar em virtude do prurido incontrolável. Portanto, os autores apresentam os achados com o tratamento do PN com medicamentos psicotrópicos que modificam a sensação de prurido.

O objetivo do presente estudo é descrever as características clínicas e o seguimento de 28 pacientes com PN atendidos na Clínica de Psicodermatologia do Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil. Também apresentam os achados com o tratamento do PN com medicamentos psicotrópicos que modificam a sensação de prurido.

Foi realizado estudo retrospectivo de série de casos de pacientes com PN de 2012 a 2024. Os pacientes foram incluídos se atendessem aos critérios diagnósticos atuais: presença de lesões nodulares firmes; prurido com duração de pelo menos seis semanas; e histórico ou sinais, ou ambos, de coceira, escoriação ou fricção repetidas.[8] As características estão descritas na tabela 1. Os resultados mostraram maior prevalência em mulheres (21/28, 75%), com média de idade de 52,93 anos (28–81 anos). A maioria dos pacientes apresentava lesões disseminadas (figs. 1 e 2). As lesões cutâneas estavam distribuídas em áreas acessíveis ao ato de coçar com as mãos: membros, tronco, região lombar e face. A comorbidade mais frequente foi hipertensão (n = 7), seguida por *diabetes mellitus* tipo 2 (n = 4) e depressão previamente diagnosticada (n = 2). O líquen simples crônico (LSC) foi a comorbidade cutânea mais comum (n = 6), seguido por dermatite atópica (n = 2). Foram realizadas biópsias de pele em 13 pacientes, que revelaram hiperortoceratose, hipergranulose, acantose, fibrose dérmica e infiltrado inflamatório linfocítico-histiocítico moderado em todos os pacientes. Os tratamentos anteriores, que incluíam principalmente anti-histamínicos orais combinados com corticosteroides tópicos e emolientes, foram completamente ineficazes. Os tratamentos instituídos pelo grupo incluíram doxepina (doses entre 10 e 100 mg/dia), amitriptilina

DOI referente ao artigo:
https://doi.org/10.1016/j.abd.2026.501347

☆ Como citar este artigo: Gerlero P, Ilvay-Mendoza SS, Dwan AJ, Nico MMS. Prurigo nodularis: case series of 28 Brazilian patients treated with psychotropic medications. An Bras Dermatol. 2026;101:501347.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2666-2752/© 2026 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

**Tabela 1** Características dos pacientes com prurigo nodular e seus respectivos tratamentos

| Caso | Idade | Sexo | Registros médicos | Duração da doença (m) | Doença psiquiátrica associada | Tratamento e dosagem | Tempo de tratamento (m) | Resposta clínica | Seguimento (m) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 43 | F | Rinite alérgica e asma | 95 | – | Amitriptilina 50 mg/d | 73 | Melhora completa | 88 |
| 2 | 65 | F | – | 64 | Esquizofrenia paranoide | Amitriptilina 50 mg/d | 45 | Melhora completa | 58 |
| 3 | 71 | M | Síndrome metabólica | 36 | – | Amitriptilina 50 mg/d | 9 | Melhora parcial | 11 |
| 4 | 72 | F | Hipertensão e diabetes tipo II | 45 | – | Amitriptilina 50 mg/d | 25 | Melhora completa | 30 |
| 5 | 66 | F | Hipertensão | 81 | Transtorno bipo-lar/depressão | Doxepina 25 mg/d | 56 | Melhora completa | 65 |
| 6 | 48 | F | – | 155 | – | Doxepina 25 mg/d, fluoxetina 20 mg/d, gabapentina 900 mg/d | 96 | Melhora parcial | 149 |
| 7 | 28 | F | – | 67 | – | Amitriptilina 25 mg/d | 38 | Melhora parcial | 59 |
| 8 | 55 | F | – | | – | Doxepina 10 mg/d | – | – | – |
| 9 | 60 | M | Epilepsia | 103 | – | Doxepina 40 mg/d | 87 | Melhora completa | 98 |
| 10 | 75 | F | – | 20 | – | Amitriptilina 50 mg/d | 3 | Melhora parcial | 8 |
| 11 | 30 | F | – | 49 | – | Perdido no seguimento | 0 | – | 0 |
| 12 | 66 | M | Diabetes tipo II | 14 | – | Perdido no seguimento | 0 | – | 0 |
| 13 | 40 | F | Dermatite atópica | 12 | – | Perdido no seguimento | 0 | – | 0 |
| 14 | 64 | M | Hipertensão/ diabetes tipo II | 75 | – | Amitriptilina 75 mg/d | 56 | Melhora completa | 63 |
| 15 | 53 | F | Insuficiência venosa crônica | 8 | – | Doxepina 20 mg/d | 1 | – | 1 |
| 16 | 30 | F | – | 86 | – | Doxepina 20 mg/d | 72 | Melhora parcial | 76 |
| 17 | 81 | F | – | 95 | – | Doxepina 15 mg/d | 78 | Melhora completa | 88 |
| 18 | 61 | M | Artrite reumatoide | 14 | – | Doxepina 20 mg/d | 8 | Resposta insuficiente | 11 |
| 19 | 79 | F | Hipertensão/dislipidemia | 84 | – | Doxepina 20 mg/d | 67 | Resposta insuficiente | 75 |
| 20 | 44 | M | – | 63 | – | Doxepina 35 mg/d | 57 | Melhora completa | 52 |

**Tabela 1** (*Continuação*)

| Caso | Idade | Sexo | Registros médicos | Duração da doença (m) | Doença psiquiátrica associada | Tratamento e dosagem | Tempo de tratamento (m) | Resposta clínica | Seguimento (m) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 43 | F | – | 43 | | Amitriptilina 75 mg/d | 34 | Melhora completa | 37 |
| 22 | 74 | F | Hipertensão | 9 | Depressão | Perdido no seguimento | 0 | | 0 |
| 23 | 60 | F | Fibromialgia/osteoporose | 38 | – | Fluoxetina 20–60 mg/d, Gabapentina 1.200 mg/d | 25 | Melhora parcial | 27 |
| 24 | 29 | F | Anemia falciforme | 51 | – | Amitriptilina 50 mg/d | 38 | Melhora parcial | 45 |
| 25 | 43 | F | Rinite, asma, dermatite atópica | 9 | – | Amitriptilina 50 mg/d | 1 | Melhora completa | 2 |
| 26 | 59 | F | Hipertensão/diabetes tipo II | 11 | – | Amitriptilina 50 mg/d | 1 | Melhora parcial | 2 |
| 27 | 54 | F | – | 86 | – | Doxepina 30 mg/d | 69 | Melhora parcial | 73 |
| 28 | 56 | M | HIV / hipertensão | 20 | – | Amitriptilina 50 mg/d, doxepina 10 mg/d | 13 | Melhora parcial | 15 |

M, masculino; F, feminino, d, dia, m, meses.



Anais Brasileiros de Dermatologia 2026;**101(3)**:501347

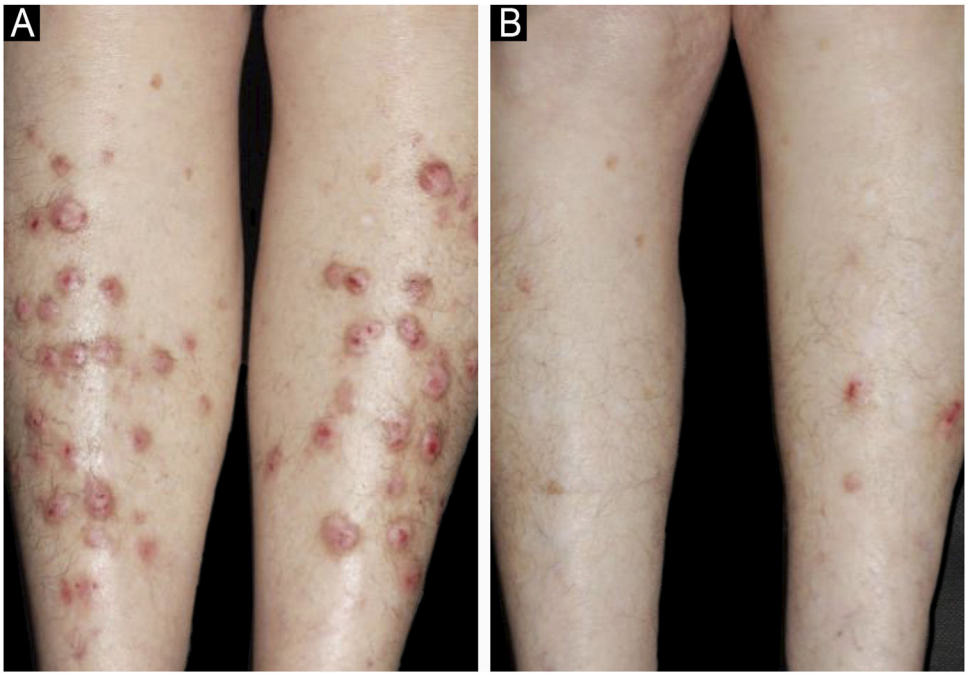


**Figura 1** (A) Caso 20: as lesões estavam limitadas às pernas neste paciente. (B) Mesmo paciente após seis meses em uso de doxepina 35 mg/dia.

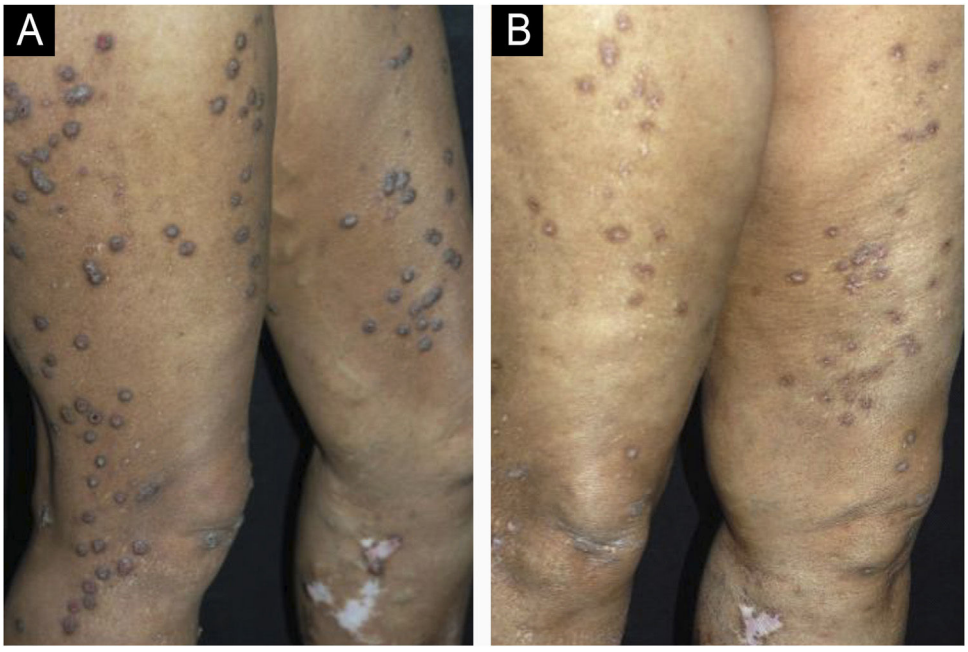


**Figura 2** (A) Caso 2: numerosas lesões de prurigo nodular. (B) Mesmo paciente após oito meses em uso de amitriptilina 50 mg/dia.

(doses entre 25 e 100 mg/dia), fluoxetina e pregabalina. O período de seguimento desses pacientes variou de uma única consulta a 14 anos (média: 887 dias). Quatro pacientes foram perdidos no seguimento antes que qualquer resposta pudesse ser avaliada (4/28). A maioria dos pacientes que foram acompanhados apresentou resposta satisfatória, variando de parcial a completa. Apenas uma pequena minoria não apresentou resultado favorável com a doxepina.

Que seja de conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo retrospectivo a avaliar as características clínicas, o seguimento em longo prazo e os resultados do tratamento de pacientes com PN no Brasil.

Pacientes com PN frequentemente apresentam alterações psicológicas significantes e qualidade de vida substancialmente prejudicada. Tratamentos tópicos e anti-histamínicos são completamente ineficazes para o

tratamento de PN, pois esses medicamentos são antipruriginosos fracos e a histamina não está implicada na gênese dessa condição.

Gabapentinoides, imunossupressores (metotrexato, ciclosporina, azatioprina), antidepressivos (mirtazapina, inibidores seletivos da recaptação de serotonina), talidomida, dupilumabe e outros medicamentos imunobiológicos são relatados como mais eficazes. Acredita-se que medicamentos que reduzem o prurido podem ser mais eficazes do que imunossupressores, uma vez que as lesões são secundárias ao ato de coçar e não decorrentes de fenômeno inflamatório primário.

Antidepressivos tricíclicos são agentes antipruriginosos eficazes em virtude de sua ação no sistema nervoso central, mesmo que os pacientes não apresentem depressão evidente no exame clínico. Mesmo nestes últimos, observa-se clara influência do estado mental sobre o prurido, e o tratamento com psicotrópicos deve ser tentado. Na Clínica de Psicodermatologia, foram obtidos excelentes resultados com o uso da doxepina em diversas condições pruriginosas (escoriações neuróticas, líquen escleroso, amiloidose liquenoide). A doxepina é antidepressivo tricíclico não disponível comercialmente no Brasil, adquirida por meio de farmácias de manipulação; apresenta forte ação antipruriginosa, com afinidade pelos receptores H1 56 vezes maior que a da hidroxizina e 775 vezes maior que a da difenidramina. Inicia-se com uma dose de 10 mg/dia (2,5 a 5 mg/dia em idosos), que é aumentada gradualmente a cada quatro semanas até atingir o resultado desejado. É administrada em dose única noturna e seu principal efeito colateral é a sonolência, que pode ser controlada ajustando-se a dose e o horário de administração, de modo que a sedação ocorra no início da madrugada, em vez de durante o dia. A maioria dos presentes casos foi adequadamente controlada com doses inferiores a 50 mg/dia, com apenas alguns necessitando de doses mais elevadas. A amitriptilina é antidepressivo tricíclico de baixo custo, e representa boa alternativa à doxepina, mas sua faixa terapêutica é mais limitada: inicia-se com 25 mg/dia à noite e poucos pacientes toleram doses superiores a 75 mg/dia em virtude do efeito sedativo.[9] As peculiaridades relativas à sua prescrição em pacientes com comorbidades devem ser individualizadas caso a caso.

Os inibidores da recaptação da serotonina (fluoxetina, paroxetina) têm menos efeito antipruriginoso do que os tricíclicos, mas podem ser experimentados em casos de intolerância a estes últimos.[10] O mecanismo de ação dos gabapentinoides não é claro; acredita-se que eles inibam a subunidade $\alpha$2d dos canais de cálcio dependentes de voltagem no gânglio da raiz dorsal e no corno dorsal da medula espinal, aumentando assim o limiar de excitação neuronal por estímulos pruriginosos. O limite superior da dosagem recomendada é de 3.600 mg/dia para gabapentina e 600 mg/dia para pregabalina. Os efeitos colaterais mais comuns são sintomas neurológicos, como sonolência, tontura, fadiga e sedação.[11] Esses medicamentos são usados apenas em casos excepcionais.

A terapia adjuvante para PN inclui injeção intralesional de corticosteroides em lesões resistentes. Estes devem ser injetados em alta concentração (10 mg/mL de hexacetonida de triancinolona), em pequeno volume e dentro dos nódulos (e não abaixo deles), causando assim sua redução por atrofia, sem comprometer a pele circundante.

Estudos demonstraram aumento da expressão de STAT 6 na pele lesional do PN, um marcador de células Th2 que liberam IL-4,10,13. Essas citocinas são o foco do dupilumabe, que tem como alvo o receptor de IL-4, e do nemolizumabe, que tem como alvo o receptor de IL-31.[12] Em consonância com o papel central das citocinas Th2, o bloqueio das vias de sinalização de IL-4/13 ou IL-31 demonstrou eficácia em curto e longo prazo no tratamento do PN.[5]

As limitações do presente estudo incluem seu desenho retrospectivo e os resultados provenientes de um único centro acadêmico.

Atualmente, não existem diretrizes terapêuticas para o manejo do PN. Como os fatores psicológicos influenciam definitivamente o curso do PN (dada a clara melhora do quadro com medicamentos psicotrópicos), acredita-se que, no futuro, a associação de psicotrópicos com inibidores de interleucina modernos deva ser estudada como terapia mais abrangente, especialmente nos casos em que não há resposta a tratamentos mais simples.

## ORCID ID

Shirley Stefania Ilvay-Mendoza: 0000-0002-7520-6498, Alexandre Jack Dwan: 0000-0003-3832-3190, Marcello Menta Simonsen Nico: 0000-0001-7968-0624

## Suporte financeiro

Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de agências de fomento dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

## Contribuição dos autores

Paula Gerlero: Análise e interpretação dos dados, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, aprovação da versão final do manuscrito.

Shirley Stefania Ilvay-Mendoza: Concepção e planejamento do estudo, obtenção de dados, elaboração e redação do manuscrito, interpretação dos dados, revisão crítica da literatura, aprovação da versão final do manuscrito.

Alexandre Jack Dwan: Análise e interpretação dos dados, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

Marcello Menta Simonsen Nico: Concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica de conteúdo intelectual relevante, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

## Disponibilidade de dados de pesquisa

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Editor

Sílvio Alencar Marques

## Agradecimentos

Os pacientes mencionados neste manuscrito deram consentimento livre e esclarecido por escrito para a publicação dos detalhes de seus casos.

## Referências

1. Pereira MP, Hoffmann V, Weisshaar E, Wallengren J, Halvorsen JA, Garcovich S, et al. Chronic nodular prurigo: clinical profile and burden. an European cross-sectional study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34:2373–83.
2. Huang AH, Canner JK, Khanna R, Kang S, Kwatra SG. Real-world prevalence of Prurigo Nodularis and burden of associated diseases. J Invest Dermatol. 2020;140:480–3.
3. Pereira MP, Steinke S, Zeidler C, Forner C, Riepe C, Augustin M, et al. European academy of dermatology and venereology European prurigo project: expert consensus on the definition, classification, and terminology of chronic prurigo. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32:1059–65.
4. Boozalis E, Tang O, Patel S, Semenov YR, Pereira MP, Stander S, et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. J Am Acad Dermatol. 2018;79:714–9.
5. Criado PR, Ianhez M, Criado RFJ, Nakano J, Lorenzini D, Miot HA. Prurigo: review of its pathogenesis, diagnosis, and treatment. An Bras Dermatol. 2024;99:706–20.
6. Müller S, Zeidler C, Ständer S. Chronic prurigo including Prurigo Nodularis: new insights and treatments. Am J Clin Dermatol. 2024;25:15–33.
7. Zeidler C, Pereira MP, Ständer S. Update zur Therapie der chronischen Prurigo [Update on the treatment of chronic prurigo]. Dermatologie (Heidelb). 2022;73:614–9. German.
8. Elmariah S, Kim B, Berger T, Chisolm S, Kwatra SG, Mollanazar N, et al. Practical approaches for diagnosis and management of Prurigo Nodularis: United States expert panel consensus. J Am Acad Dermatol. 2021;84:747–60.
9. Zalaudek I, Petrillo G, Baldassarre MA, De Luca T, Francione S, Sgambato A, et al. Amitriptyline as therapeutic and not symptomatic approach in the treatment of Prurigo Nodularis. a pilot study. G Ital Dermatol Venereol. 2006;141:433–7.
10. Brasileiro LE, Barreto DP, Nunes EA. Psychotropics in different causes of itch: systematic review with controlled studies. An Bras Dermatol. 2016;91:791–8.
11. Matsuda KM, Sharma D, Schonfeld AR, Kwatra SG. Gabapentin and pregabalin for the treatment of Chronic Pruritus. J Am Acad Dermatol. 2016;75:619–25.
12. Agrawal D, Sardana K, Mathachan SR, Bhardwaj M, Ahuja A, Jain S. A prospective study examining the effect of selected topical and systemic drugs on pruritus grading system score and stat 6 expression in patients of Prurigo Nodularis. Indian J Dermatol. 2021;66:638–44.

Paula Gerlero *, Shirley Stefania Ilvay-Mendoza, Alexandre Jack Dwan e Marcello Menta Simonsen Nico

*Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.
*E-mail:* gerleropaula@gmail.com (P. Gerlero).

Recebido em 16 de outubro de 2025; aceito em 4 de dezembro de 2025