

# PRURITO ANAL

## *Pruritus ani*

Álvaro Velásquez-Acosta

### RESUMEN

El prurito anal es un síntoma frecuente y obedece a múltiples causas. Puede ser ocasionado por patología anorrectal, trastornos dermatológicos, infecciones o enfermedades sistémicas. Si no se encuentra el factor etiológico se trata de prurito anal idiopático. Existen factores que contribuyen a la persistencia del prurito anal, como pobre higiene, limpieza excesiva, contaminación fecal o el uso de jabones. Ciertos alimentos o bebidas como condimentos, café, cerveza, vino, frutas cítricas y chocolates deben ser evitados. Sin embargo a pesar de eliminar los factores posibles y tratar la enfermedad específica, el prurito anal puede persistir y el tratamiento se hace más difícil.

**PALABRAS CLAVE:** Prurito; Ano.

Dermatol Peru. 2005;15(2):143-152

### ABSTRACT

*Pruritus ani is a common symptom and has many causes. It can be produced by anorectal pathology, dermatologic disorders, infections or systemic illness. When pruritus ani has no demonstrable aetiology it is considered idiopathic. There are many factors like poor hygiene, vigorous rubbing, faecal contamination or use of soap. Some foods or drinks like spices, coffee, beer, wine, citrus fruits, chocolate must be avoided. Pruritus ani can persist in spite of eliminate the cause and treat the illness, and the treatment can be more difficult.*

**KEYWORDS:** Pruritus; Ani.

### INTRODUCCIÓN

El prurito es una sensación cutánea desagradable que lleva al deseo de rascarse<sup>(1)</sup>. Es el síntoma más común de las enfermedades cutáneas y también acompaña a una variedad de enfermedades sistémicas<sup>(2)</sup>.

El único tejido periférico a partir del cual puede ser originado el prurito es la piel, siendo máxima su generación a nivel de las células basales<sup>(3,4)</sup>. La sensación de prurito varía de una persona a otra, incluso en un mismo individuo. Las regiones cutáneas más susceptibles al prurito son los conductos

auditivos externos, párpados, orificios nasales, región perineal y genital<sup>(4)</sup>.

La piel cuenta con una red especializada de fibras nerviosas aferentes sensoriales y eferentes autonómicas que pueden encontrarse en todas sus capas<sup>(5)</sup>. Los nervios autonómicos inervan el folículo piloso, músculo erector del pelo, los vasos sanguíneos, las glándulas sebáceas, apocrinas y ecrinas<sup>(1)</sup>. Las fibras nerviosas aferentes sensoriales mielinizadas A transmiten la sensación de frío, y las desmielinizadas C la sensación de dolor, calor y prurito, siendo la velocidad de conducción de 10-30 m/s y 0.5-2 m/s, respectivamente<sup>(5,6)</sup>. Según recientes estudios existirían vías neuronales distintas para el prurito y el dolor<sup>(7)</sup>.

Las terminaciones nerviosas cutáneas de las fibras sensoriales C sirven como pruriceptores localizados en la epidermis y dermis papilar<sup>(8)</sup>. La sensación de prurito se origina en terminaciones de fibras nerviosas C situadas en la región subepidérmica, y se transmite por la raíz dorsal de la médula espinal, hasta el tálamo y corteza sensorial<sup>(4)</sup>. A nivel espinal las neuronas espinotalámicas son excitadas por la histamina y así probablemente participan en la transmisión de la información propioceptiva<sup>(9)</sup>.

El principal mediador del prurito es la histamina, pero también se ha señalado a la serotonina, prostaglandinas, opioides endógenos y neuropéptidos<sup>(1,5,6)</sup>. Los agentes pruritógenos pueden unirse específicamente a los receptores del prurito sobre la superficie de las terminaciones nerviosas quimiosensitivas y de ese modo inducir liberación en los axones<sup>(1)</sup>. El prurito inducido por la histamina activa áreas motoras centrales que están conectadas al acto del rascado, de allí la conducta observada de prurito-rascado-prurito<sup>(6)</sup>.

La activación de las fibras C por la histamina es dependiente de la temperatura<sup>(5,10)</sup>: el calor en la piel exacerba el prurito, mientras el frío reduce la actividad de las fibras aferentes. Además, el frío puede inhibir el prurito a nivel central<sup>(11)</sup>.

La inhibición del prurito por el dolor es bien conocido y puede explicar el efecto antiprurítico del rascado sobre todo si es vigoroso<sup>(11)</sup>, además la inhibición del dolor por opioides espinales puede generar prurito. El prurito está basado en el incremento de la actividad en la vía del prurito y una disminución de la actividad en la vía del dolor<sup>(11)</sup>. En contraste al dolor, el prurito no provoca un reflejo espinal. El rascado es gobernado por un centro en la médula espinal cerca al cuarto ventrículo que está bajo el control de estructuras del cerebro medio, de allí que la respuesta del rascado al prurito es un reflejo medular. El rascado alivia el prurito por 15 a 25 minutos, probablemente porque sería el tiempo necesario para que las terminaciones nerviosas sensoriales 'dañadas' se regeneren y además porque el rascado intenso puede reemplazar al prurito por el dolor<sup>(12)</sup>. El estrés y los traumatismos psíquicos disminuyen el umbral al prurito, el cual suele ser más intenso en el momento de acostarse.

La fricción y el rascado crónico conducen a la producción de lesiones dérmicas como erosiones, excoriaciones, costras, hiperpigmentación, hipopigmentación, liquenificación y cicatrices que producen liberación de mediadores inflamatorios induciendo o agravando las sensaciones de prurito y que resultan en un círculo de prurito-rascado-prurito<sup>(1)</sup>.

## PRURITO ANAL

El prurito anal es una de las afecciones más comunes vistas en la consulta médica diaria y se caracteriza por prurito en el ano y en la piel circundante al orificio anal<sup>(13)</sup>. El prurito suele localizarse y centrarse en la zona perianal, aunque a veces puede extenderse a toda la región perineal y afectar el escroto o vagina y puede ser escaso o nulo en el resto del cuerpo<sup>(4)</sup>.

La región perianal posee una gran cantidad de receptores para el prurito así como glándulas sudoríparas. Además, por su localización entre los glúteos presenta una temperatura, humedad y pH superiores a los del resto de la superficie corporal, en donde fácilmente se acumulan moco rectal, sudor y

restos fecales<sup>(14)</sup>. La piel alrededor del ano está expuesta a una gran variedad de productos irritantes provenientes del tubo digestivo que pueden desencadenar prurito y empeora con la diarrea, estreñimiento, rascado, utilización enérgica del papel higiénico, uso de jabones o agua, alimentos ricos en especies o muy ácidos. El prurito puede ser exacerbado por el calor, humedad, lana, trasudación o exudación, estrés y ansiedad.

Puede comenzar en cualquier momento de la vida pero es común en la quinta y sexta década<sup>(14)</sup>. Afecta al 5% de la población<sup>(15)</sup>. Los hombres lo presentan dos a cuatro veces más que las mujeres, siendo la razón desconocida. En las mujeres es raro y el prurito vulvar no suele afectar el área anal, aunque el prurito anal suele diseminarse a la vulva. En los hombres el prurito escrotal es menos común que el anal.

El prurito anal puede ocurrir en cualquier momento del día, es más común después de la evacuación, especialmente de deposiciones líquidas, y en la noche, particularmente antes de dormir. Su predominio nocturno se debe a que el aumento de la temperatura perineal producido durante la permanencia en la cama aumenta la sensibilidad al prurito. Puede llegar a ser muy intenso, ocasionando la aparición de un círculo vicioso de prurito y lesiones por rascado, con o sin infección sobreañadida.

Las formas más intensas de prurito ocasionan insomnio y como consecuencia, ansiedad o depresión. Tiene una naturaleza cíclica, con intervalos sin síntomas que pueden ser prolongados. El prurito anal persistente es común, socialmente embarazoso y con pobre respuesta al tratamiento<sup>(16)</sup>.

## ETIOLOGÍA

El prurito anal puede ser debido a un desorden dermatológico, proctológico, psicológico o secundario a una enfermedad sistémica y relacionado a pobre higiene perianal<sup>(17)</sup>. Puede ser una aflicción aguda o crónica. El prurito anogenital crónico a menudo tiene una historia de aparición gradual. Cuando no se identifica la etiología es descrito como prurito idiopático<sup>(6,14,18)</sup> y en estos casos puede estar causado por alteraciones psicológicas<sup>(18)</sup>. En general el prurito intenso suele ser de origen psicológico, mientras que el moderado generalmente es orgánico.

La incidencia del prurito anal primario y secundario varía entre diferentes series. Dasan y col reportaron que a las dermatosis correspondían el 85% de las causas de prurito anal<sup>(19)</sup>. Muchos estudios muestran que la incidencia del prurito anal idiopático es de 75 % a 95%<sup>(20)</sup>. Otros autores encuentran sólo 25%<sup>(21)</sup>.

El pH normal de la piel perianal y de las heces es ácido. Los factores que la alcalinizan pueden producir prurito<sup>(3)</sup>.

Factores etiológicos<sup>(3,18)</sup>

1. Prurito anal idiopático
2. Prurito anal secundario
  - Trastornos dermatológicos
    - Dermatitis atópica y liquen simple crónico
    - Dermatitis por contacto alérgica
    - Psoriasis vulgar
    - Liquen escleroso y atrófico
    - Dermatitis seborreica
    - Enfermedad de Paget extramamaria
    - Carcinoma espinocelular
  - Enfermedades infecciosas
    - Bacterianas
      - *Staphylococcus aureus*.
      - *Streptococcus*, de los grupos A y B
      - *Corynebacterium minutissimum*
    - Micóticas
      - Intertrigo por *Candida albicans*
      - Dermatofitosis
    - Parasitarias:
      - Oxiuriasis (*Enterobius vermicularis*)
      - Acarosis (*Sarcoptes scabiei*)
      - Pediculosis del pubis (*Phthirus pubis*)
      - Tricomonirosis (*Trichomonas vaginalis*)
    - Enfermedades de transmisión sexual:
      - Infección recurrente por virus del herpes simple
      - Proctitis gonocócica (*Neisseria gonorrhoeae*)
      - Sífilis (primaria y secundaria)
      - Condiloma acuminado
      - Molusco contagioso
  - Irritantes locales
    - Contaminación fecal
    - Exudación
    - Jabones
    - Papel higiénico
    - Medicaciones tóxicas
    - Higiene insuficiente o excesiva
    - Aumento de la temperatura y humedad
  - Trastornos sistémicos
    - Diabetes mellitus
    - Uremia
    - Ictericia colestásica
    - Linfoma
    - Menopausia
    - Enfermedades tiroideas
    - Anemia
    - Factores psicógenos
      - Ansiedad
      - Depresión
      - Psicosis
  - Antibióticos orales: Tetraciclinas y eritromicina.
  - Enfermedades anorrectales:
    - Hemorroides
    - Fístula
    - Fisura anal
    - Prolapso rectal
    - Incompetencia del esfínter anal que produce salida de material fecal
  - Sensibilidad de la piel
    - Alimentos
      - Cítricos
      - Tomate
      - Chocolate
      - Leche
    - Bebidas
      - Café
      - Té
      - Alcohólicas: cerveza, vino
      - Bebidas con cola

El prurito anal puede ser debido a desórdenes papuloescamosos como dermatitis seborreica, psoriasis y dermatitis atópica que causan síntomas en diferentes áreas de la superficie corporal y raramente se presentan sólo con síntomas anogenitales<sup>(4)</sup>. En la psoriasis anogenital el prurito puede ser muy intenso, las placas son bien demarcadas, simétricas y eritematosas. Es posible encontrar lesiones psoriásicas en otras localizaciones típicas. En mujeres es frecuente el compromiso de la vulva, pubis y glúteos y en hombres escroto, pene y glande. La humedad de los pliegues anogenitales puede enmascarar las lesiones resultando, de esta manera, costras pequeñas y mayor maceración.

La dermatitis seborreica de la región perianal no es infrecuente, también suele comprometer la región inguinal y los pliegues interglúteos, donde las lesiones son finamente escamosas, con bordes menos definidos y eritematosos, asociadas a prurito.

El área anogenital es localización común de dermatosis inflamatorias como liquen escleroso y liquen plano. En el liquen escleroso la piel es frágil, atrófica, irritada, con fisuras y el prurito suele ser un síntoma importante. Puede ser exclusivo de la región anogenital. Las lesiones clásicas del liquen plano aparecen en cualquier parte del cuerpo y son sumamente pruriginosas. En el área anogenital adquieren un color blanquecino por la humedad y maceración, siendo observadas en los labios mayores en mujeres, y el glande en los varones, además de la región anal. El liquen plano erosivo es más doloroso que pruriginoso.

Hay algunas evidencias que permiten asociar el prurito anal crónico y la presencia de cáncer rectal, anal o de colon<sup>(22)</sup>. El carcinoma epidermoide, la enfermedad de Bowen y la enfermedad de Paget extramamaria son causas raras de prurito anal potencialmente fatales<sup>(23)</sup>. La enfermedad de Paget extramamaria tiene predilección por áreas con abundantes glándulas apocrinas, como el área genital y perianal, siendo el compromiso anogenital el más común, puede estar asociada a otras malignidades internas. Generalmente se presenta como prurito anal crónico y lesión eritematoescamosa. La enfermedad de Bowen aparece en mayores de 50 años. A nivel anogenital, las lesiones suelen ser verrucosas, exudativas o presentarse como dermatitis crónica inespecífica. El prurito es raro. El margen anal es una inusual localización para el carcinoma de células escamosas<sup>(24)</sup>. La incidencia de carcinoma epidermoide del margen anal es menos del 10% de todos los cánceres del canal anal. En raras ocasiones este carcinoma causa prurito anal<sup>(23)</sup>.

En el prurito anal micótico se observa una piel fisurada, blanquecina y húmeda. La *Candida albicans* es el hongo más frecuentemente responsable de esta afección<sup>(4)</sup>, aunque los dermatofitos también han sido encontrados<sup>(25)</sup> y pueden comprometer otras zonas como la ingle, pubis y nalgas.

La infección secundaria con *Staphylococcus aureus* y ocasionalmente con estreptococos es frecuente en la piel excoriada de cualquier etiología<sup>(6,26)</sup>. El eritrasma del pliegue inguinal y de la región perianal puede asimismo causar prurito y ardor. Se caracteriza por manchas superficiales ligeramente escamosas, secas y parduscas, localizadas en zonas intertriginosas. Las lesiones generalmente son asintomáticas, excepto en las ingles.

Entre las enfermedades parasitarias infecciosas tenemos la enterobiasis, acarosis y pediculosis pubis. La infestación por los oxiuros es más frecuente en niños que en adultos y está asociada con prurito perianal, que puede ser severo, frecuentemente nocturno y secundariamente con presencia de fisuras por el rascado. Se debe investigar la presencia en otros miembros de la familia. Otros parásitos intestinales también pueden producir prurito anal son la *Taenia solium*, *Taenia saginata* y *Entamoeba histolytica*.

Las infestaciones como acarosis y pediculosis pubis pueden causar prurito intenso. En la acarosis el prurito es generalizado siendo el compromiso genital frecuente. En los varones se observan nódulos genitales mientras que en mujeres el compromiso vulvar es raro. El compromiso anal es infrecuente. En la pediculosis del pubis el paciente centra más su atención en la región genital e hipogastrio, donde el prurito es más intenso que en la región anal. Suele coexistir con otras enfermedades de transmisión sexual. El piojo púbico puede ser visualizado en el pubis.

Entre las enfermedades de transmisión sexual que producen prurito perianal se encuentran: herpes simple, condilomas acuminados, condiloma plano, molusco contagioso y proctitis gonocócica. Las erosiones y vesículas causadas por el virus herpes simple se pueden presentar, algunas veces, con prurito en ausencia de sensación de dolor o ardor. Debido a que la zona perianal es húmeda las lesiones se maceran con rapidez. La infección por herpes simple tiende a ser recidivante. Los condilomas acuminados son ocasionalmente pruriginosos pero se asocian a sudoración excesiva y obesidad<sup>(6)</sup>. Se transmiten sexualmente. En los varones se encuentran en el prepucio, surco balanoprepucial y alrededor del ano. En las mujeres en la vulva, el perineo o alrededor del ano. El condiloma plano rara vez produce prurito. Se encuentra localizado en pliegues de piel húmeda, especialmente alrededor del ano y en los genitales. El molusco contagioso del área perineal puede ser pruriginoso, particularmente cuando esta asociado a una respuesta inflamatoria intensa por parte del huésped<sup>(6)</sup>. La gonorrea anal, sobre todo en los varones, pasa inadvertida cuando sólo se manifiesta con prurito<sup>(4)</sup>.

Un gran número de agentes tópicos pueden causar **dermatitis por contacto alérgica** en el área perineal. A menudo se presenta como dermatitis aguda eczematosa con eritema

brillante, exudación y prurito<sup>(6)</sup>. Se produce en aquellas personas que han adquirido una hipersensibilidad frente a alérgenos específicos. Algunas causas comunes incluyen anestésicos tópicos utilizados en los supositorios o cremas contra las hemorroides, preservativos, productos de higiene femenina con fragancias, lanolina y propilenglicol<sup>(19)</sup>, además de antibióticos tópicos, antimicrobianos (nitrofurazona, timerosal y sulfonamidas), vehículos de cremas (antioxidantes, emulsificantes, conservadores y estabilizadores), colorantes y sus intermediarios, aceites, sustancias químicas usadas en la fabricación del vestido, gomas, jabones, cosméticos, así como los productos o sustancias de las bacterias, hongos y parásitos<sup>(27)</sup> o el contenido gastrointestinal conteniendo especias, picantes, catárticos o antibióticos. La reacción cutánea producida por la dermatitis de contacto alérgica puede provocar un aumento en la susceptibilidad a otras sustancias que en un principio eran inocuas y de esta manera perpetuar la inflamación.

La **dermatitis por contacto irritativa** es debida a una reacción cutánea inflamatoria no alérgica producida por la exposición a sustancias irritantes. No es necesaria una exposición previa, y el efecto se manifiesta al cabo de unos minutos o a las pocas horas. La piel húmeda perianal tiene mayores posibilidades de presentar reacción frente a las sustancias contactantes. Puede ser causada por prácticas que pueden exacerbar una enfermedad de fondo, como la dermatitis atópica<sup>(6)</sup>. Si el área anal no se limpia adecuadamente después de cada evacuación, ésta puede causar prurito, sin embargo esta limpieza debe ser suave. El frotado y la irritación, especialmente con jabones u otros limpiadores, pueden irritar la piel y desencadenar el prurito. Entre los principales tenemos: tintes y perfumes usados en el papel higiénico, aerosoles para la higiene femenina y otros desodorantes para el ano o genitales, talcos medicados, limpiadores y especialmente jabones medicados. También puede ser debido a cremas, supositorios o ungüentos usados para tratar las enfermedades anales.

Los álcalis, como el jabón y los limpiadores, penetran y destruyen los tejidos, porque sus componentes ejercen acción solubilizante sobre los mismos<sup>(27)</sup>. Además, en la fabricación del jabón se emplea el vidrio soluble (silicato de sodio) que tiene propiedades cáusticas<sup>(27)</sup>. Las mujeres con prurito anogenital creen sentirse sucias y de esta manera pueden realizar una limpieza irritante y vigorosa<sup>(6)</sup>. Son frecuentes el uso de jabones fuertes y productos de limpieza cáusticos. Los productos de higiene femenina, como fragancias, desodorantes en aerosol y duchas, tienen en su composición muchos irritantes como alcohol, propilenglicol o un pH ácido. Los álcalis de los jabones no son verdaderos sensibilizadores, sin embargo debe recordarse que pueden haberse incorporado a

estas sustancias, perfumes y agentes antimicrobianos que sí son alérgicos<sup>(27)</sup>. Algunas sustancias pueden irritar la piel en presencia de calor y humedad, como sucede con el sudor.

Menos frecuentemente, las deposiciones líquidas pueden escapar a través del canal anal y producir prurito. Esto puede pasar en personas aparentemente sanas quienes incluyen en su dieta grandes cantidades de líquidos. Las heces disminuidas de consistencia, así como la evacuación incompleta, también pueden ocasionar prurito<sup>(28)</sup>. La contaminación fecal y la irritación de la región perianal contribuyen al prurito, los que son incrementados por ciertos factores como los malos hábitos de higiene, enfermedad anorrectal, dieta y fármacos<sup>(14)</sup>. Las heces contienen endopeptidasas bacterianas, además de potenciales alérgicos y bacterias. Aunque no hay una diferencia en la microflora fecal en pacientes con prurito anal, se piensa que las endopeptidasas bacterianas, exotoxinas y lisozimas intestinales actúan como agentes irritantes. Aunque Silverman et al no demostraron una base microbiológica del prurito anal<sup>(29)</sup> estas enzimas son capaces de producir inflamación y prurito.

Existen alimentos y bebidas que pueden irritar el ano y así iniciar o agravar el prurito, como los condimentos, picantes, café, té, cola, leche (por déficit de lactasa principalmente), bebidas alcohólicas (especialmente cerveza y vino), chocolate, frutas cítricas, vitamina C y tomates. Se sabe que la cafeína disminuye la presión del canal anal<sup>(28)</sup> lo cual explicaría la exacerbación de los síntomas con la ingestión de café. Cuando la persona toma o come algún irritante, el prurito aparecerá entre las 24 y 36 horas, que es el tiempo en que los alimentos demoran en llegar al ano. Estas comidas irritan la mucosa del tubo digestivo e incrementan el número de deposiciones o cantidad de moco secretado por el recto.

Las personas más propensas a padecer de prurito anal son aquellas con sobrepeso, hirsutas, con transpiración excesiva, que usan ropa ceñida o en mujeres que usan 'panties' que favorecen la oclusión, incrementando de esta manera la humedad alrededor del ano<sup>(6)</sup>.

El prurito anal puede aparecer en numerosas enfermedades sistémicas. El prurito generalizado no es una característica de la diabetes mellitus, pero el prurito localizado, en especial en el área anogenital, es por lo general debido a candidiasis e infecciones bacterianas y es común en los pacientes con diabetes.

El prurito posmenopáusico puede ser generalizado o localizado, por lo general en el área anogenital. Es especialmente molesto en la noche, cuando la piel está caliente. En la insuficiencia renal crónica el prurito es frecuente y generalizado. La patogenia no es muy clara. Se ha asociado a sequedad excesiva, no hay correlación entre los niveles séricos de úrea y creatinina con el prurito.

El prurito en la obstrucción biliar es muy perturbador y está asociado a niveles elevados de sales biliares en plasma, y usualmente es generalizado. Los péptidos opioides parecen estar involucrados en el prurito por colestasis. Los pacientes con deficiencia de hierro a menudo refieren prurito generalizado, es improbable que éste se deba a la deficiencia de hierro per se. En la tirotoxicosis el prurito es generalizado. Se debe al aumento del flujo sanguíneo cutáneo, el cual incrementa la temperatura y disminuye el umbral al prurito. Puede estar localizado en el área genital y perianal debido a candidiasis. El hipotiroidismo puede asociarse con prurito local debido a candidiasis mucocutánea, pero más a menudo es generalizado y se debe a xerosis.

La enfermedad de Hodgkin causa prurito en 10% a 25% de los pacientes. El prurito puede preceder al diagnóstico de linfoma y se caracteriza por los síntomas de quemazón y prurito intenso que ocurre generalmente en las piernas. Es raro a nivel anogenital.

El prurito anogenital, puede ser una manifestación de ansiedad, con o sin depresión. El estrés afecta el prurito a través de varias vías: de modo central, los péptidos opioides bloquean el dolor que aumenta el prurito, de modo periférico, la histamina, numerosos polipéptidos y mediadores de la inflamación liberados por el mecanismo de estrés pueden causar prurito. El umbral del prurito es reducido por el estrés.

Algunos antibióticos de amplio espectro pueden producir prurito por alteración de la flora normal intestinal. Se incluyen a la eritromicina y tetraciclina. Otros medicamentos sistémicos como la colchicina, aceite de menta, quinidina, o neomicina también pueden producir prurito.

Los trastornos físicos como hemorroides, fisuras y fístulas anales pueden agravar o producir prurito. Las personas con hemorroides pueden padecer prurito anal porque les resulta difícil mantener el área limpia. Además se asocia a dolor, prolapso y sangrado<sup>(18)</sup>. La fisura anal es un desgarro longitudinal o úlcera de la piel del canal anal situada justo por debajo de la línea dentada, se presenta con dolor, sangrado mínimo asociado a prurito y secreción anal. La fístula es un trayecto tubular fibroso con tejido de granulación que está abierto por un orificio, en el canal anal o en el recto, y se comunica con la piel perianal por uno o varios orificios. Se manifiesta como secreción perineal de pus, sangre, moco y, en ocasiones material fecal, que ocasionan prurito. El dolor aparece cuando cesa el drenaje por obstrucción del orificio secundario.

En el prolapso rectal se observa la protrusión del recto con una mucosa muy enrojecida, los síntomas incluyen malestar perianal, sensación de evacuación incompleta, tenesmo y manchas por el contenido fecal con moco en ocasiones, san-

gre. Por lo general se asocia a debilidad del esfínter anal interno, de los músculos del suelo pélvico, en el 26 a 80% de los casos a incontinencia anal. El prurito es frecuente y la incontinencia anal es el escape involuntario de heces o gases por el ano. Puede ser funcional, asociada a impactación fecal, diarrea o disfunción no estructural del esfínter anal o secundaria a lesiones estructurales como traumatismos quirúrgicos, desgarros obstétricos, accidentes, neuropatías selectivas del nervio pudiendo y alteraciones mixtas de la sensibilidad rectal, del comportamiento y debilidad muscular. El prurito es frecuente debido a la irritación perineal por el material fecal.

Cuando no se identifica factor etiológico alguno, la causa puede ser disfunción del esfínter anal<sup>(14)</sup>. Los pacientes con prurito anal idiopático tienen una relajación transitoria del esfínter anal interno<sup>(30)</sup> y una acentuada disminución de la presión en el canal anal durante la distensión rectal (ambas anormales), además, la incontinencia inicial produce filtración mucosa intermitente del canal anal que conlleva a la salida de material fecal<sup>(30)</sup>. Estos pacientes manchan la ropa interior y presentan pequeñas cantidades de heces en la región perianal.

Una mayor tendencia para la depresión y síndrome obsesivo compulsivo ha sido asociado con la presencia de prurito crónico<sup>(31)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

La evaluación debe incluir historia clínica detallada, examen físico general y en especial de la región perianal. La ausencia de hallazgos clínicos debe promover una investigación mayor. Como exámenes de laboratorio iniciales están recomendados los hematológicos, bioquímicos y microbiológicos (Tabla 1)<sup>(18)</sup>.

Las manifestaciones clínicas dependerán de la enfermedad de fondo. Por lo tanto el examen clínico no sólo debe centrarse en la región perianal sino será un examen general. Al examen, la apariencia de la piel perianal varía dependiendo de la intensidad y duración de los síntomas. Inicialmente, en casos leves el eritema anal puede ser mínimo. En casos más severos el área puede estar inflamada, con exoriaciones, fisuras y sangrado que pueden llevar a dolor e infecciones locales. Además si el prurito anal es crónico, la piel alrededor del ano es áspera y sensible por el rascado frecuente, o puede estar liquenificada. El anillo anal puede tener una apariencia brillante en casos crónicos.

Para evaluar el prurito anogenital es útil incluir a los pacientes en dos grupos: prurito agudo y prurito crónico. El prurito agudo es, por lo general, producido por las infecciones y un tratamiento adecuado llevará a un rápido control de los síntomas.

Como las infecciones por dermatofitos y candida son frecuentes, además de los signos clínicos es importante realizar un examen directo con KOH que nos ayudará en el diagnóstico<sup>(6)</sup>.

También es necesario realizar examen coproparasitológico, ya que los enteroparásitos son frecuente causa de prurito anal. Sin embargo los huevos de los oxiuros se observan en heces sólo en 1 al 5%, la técnica de diagnóstico es el de la cinta adhesiva o método de Graham.

Los exámenes complementarios sólo están indicados en casos de patologías específicas o ante la presencia de síntomas que lo ameriten. En ocasiones, se requiere la biopsia de piel para descartar algún tipo de patología en especial, y en todos los pacientes examen rectal digital (para determinar una causa secundaria tal como malignidad local) y proctoscopia<sup>(16)</sup>. Si existe filtración mucosa por el esfínter anal realizar hidrometría y ultrasonido anal para evaluar la integridad del esfínter anal<sup>(32)</sup>.

En el prurito anal crónico es importante realizar el test del parche, ya que los pacientes generalmente emplean múltiples sustancias tóxicas sobre el área anogenital que pueden producir dermatitis de contacto.

## COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

El rascado persistente puede erosionar la piel perineal, produciendo eczema crónico, liquenificación, ulceración, exoriación e infección secundaria.

A menos que la causa específica sea determinada y tratada, el prurito puede ser una condición crónica. Muchos pacientes responden adecuadamente al manejo, aunque algunos sufren períodos de recaída. Puede resultar depresión si los síntomas son severos y persistentes.

**Tabla 1.** Evaluación diagnóstica

- Examen físico: general y perianal
- Exámenes auxiliares
  - Hemograma completo
  - Glucosa, urea y creatinina
  - Electrolitos
  - Bilirrubina y fosfatasa alcalina
  - Hierro sérico y TSH
  - Urianálisis
  - Examen de heces
    - Sangre oculta
    - Huevos y parásitos
  - Radiografía de tórax
- Procedimientos<sup>(19)</sup>
  - Proctosigmoidoscopia, hidrometría, ultrasonido y electromiografía
  - Examen digital rectal
  - Test del parche
  - Biopsia de piel

## TRATAMIENTO

El tratamiento del prurito anal se basa en determinar la etiología, por lo tanto se debe identificar y corregir el trastorno dermatológico, la infección, el trastorno sistémico, la enfermedad anorrectal o la irritación<sup>(6)</sup>. Hay muchas modalidades de terapias disponibles, tópicos y sistémicas, y el tratamiento debe ser adaptado a cada paciente<sup>(2)</sup>. Puede incluir medidas generales, cambios en la dieta, tratamiento de las infecciones, o específicas, como la cirugía para corregir el problema<sup>(6)</sup>. Debido a que el prurito es subjetivo, el grado de eficacia de cualquier terapia puede ser modificado por factores psicológicos. Pueden ser necesarios múltiples enfoques y esfuerzos combinados para promover el bienestar y prevenir las alteraciones de la integridad dérmica.

El tratamiento del prurito puede agruparse en<sup>(33)</sup>:

1. Educación del paciente y reducción o eliminación de factores provocativos.
2. Terapia tópica.
3. Terapia sistémica.
4. Otras terapias.

### Educación del paciente y reducción o eliminación de factores asociados.

Es necesario educar y tranquilizar al paciente. El tratamiento dependerá de los factores etiológicos y del grado de aflicción asociados con el prurito.

Se deberán evitar los siguientes factores agravantes:

- Uso de ungüentos como vaselina y aceite mineral.
- Los baños calientes que suelen ser percibidos como calmantes, sin embargo pueden ser irritantes y causar prurito por la vasodilatación que provocan en la piel<sup>(6)</sup>.
- Baños de burbujas, desodorantes y perfumes perianales o genitales
- Baños frecuentes o baños de más de 30 minutos.
- Uso de jabones que contienen detergentes. Muchos jabones son sales de ácidos grasos con una base alcalina. El jabón disminuye la cantidad de grasa y puede irritar la piel. Los jabones suaves contienen menos detergente.
- Sábanas y ropas lavadas con detergente. Los residuos de los detergentes que se usan para lavar la ropa de vestir y de cama, los productos suavizantes y aquéllos que reducen la electricidad estática pueden agravar el prurito. Los residuos de los detergentes se pueden neutralizar agregando vinagre al agua de enjuague (una cucharadita de vinagre por cada litro de agua).
- Ropa restrictiva y ajustada o ropa confeccionada con lana, materiales sintéticos u otras telas ásperas. Impedir el au-

mento excesivo de la temperatura perineal, ya que el prurito aumenta si la piel está caliente.

- Los hombres deben evitar el uso de trusas cortas, es preferible el uso de 'bóxer' de algodón. Las mujeres deben evitar el uso de medias de nylon y 'panties'<sup>(6)</sup> los cuales pueden retener la humedad.
- Evitar los ejercicios que puedan provocar irritación en el área perineal.
- El mantener largas las uñas. Las uñas cortas reducen las lesiones por rascado.
- Estrés emocional.
- Uso de alcaloides del opio y morfina.
- Uso de antibióticos (si son necesarios, indique yogur para ayudar a restaurar la flora intestinal), agentes tópicos, así como cualquier alimento o bebida que pueda desencadenar el prurito (té, café, chocolate, colas, especias, bebidas alcohólicas, cítricos, frutas secas) ya que producen irritación anal.

Se deberán promover factores de alivio, como los siguientes:

- Cuidado básico de la piel.
- Lavar sábanas, ropa y ropa interior con jabón suave, como el usado para el lavado de ropa de bebé.
- Usar ropa suelta y cómoda. La ropa interior, sábanas, frazadas y otras prendas deberán ser de algodón o de otras telas suaves y livianas<sup>(6)</sup>. Esto ayuda a mantener el área seca. Aconsejar el cambio de ropa interior diariamente y siempre que se manche.
- Baño inmediatamente después del ejercicio<sup>(6)</sup>. Limitar el baño a 30 minutos por día o en días alternos. El bañarse demasiado empeora la resequeidad de la piel.
- En los pacientes que permanecen muchas horas del día sentados, un asiento tipo cojín de malla, mimbre o de cuentas puede ser de ayuda para disminuir la sudoración<sup>(6)</sup>.
- Indicar el uso de guantes de hilo por la noche para reducir las lesiones por el rascado. Aconsejar evitar el rascado ya que este irrita la piel y produce inflamación persistente.
- Es importante mantener el área perineal limpia y seca, por lo cual se lavará la zona en la mañana, en la noche e inmediatamente después de cada evacuación. Pero sin restregar y evitando usar jabón ya que los residuos pueden irritar la piel, además éste es alcalino y puede alterar la acidez normal de la piel y favorecer el crecimiento de bacterias y hongos. En lugar de esto, usar un paño húmedo para lavar el área o apósito de algodón húmedo o paños de bebé sin perfume o lavar directamente el área con agua o papel higiénico suave húmedo, nunca seco. También se puede

indicar baños de asiento con agua o con permanganato de potasio (1:10000), se puede realizar el lavado en un bidé o en una cubeta con agua tibia, nunca en la ducha o bañera. A veces se puede utilizar una crema acuosa u otro limpiador libre de jabón. Después de la limpieza secar en forma minuciosa y suave con papel higiénico blanco sin perfume o extra suave (*tissue*), con papel toalla, un secador eléctrico o con un apósito de algodón. Una vez seco colocar una gasa o apósito de algodón secos contra el ano. También se puede usar almidón para ayudar a mantener el área seca y evitar que el apósito se adhiera a la piel. Es recomendable llevar siempre toallitas húmedas sin alcohol. El reemplazo del apósito se hará cuantas veces sea necesario.

- El prurito es generalmente perturbador en las últimas horas del día impidiendo el sueño por lo cual el baño con agua tibia antes de acostarse puede aliviar el prurito y permitir un sueño adecuado. Los baños tibios ejercen un efecto antiprurítico probablemente por la vasoconstricción capilar.
- Si existe estreñimiento indicar alimentos ricos en fibras como frutas, cereales y vegetales. El esfuerzo para la evacuación en presencia de estreñimiento puede producir fisuras anales que pueden ser colonizadas por bacterias y producir irritación. Proscribir los laxantes ya que incrementan la diarrea y el riesgo de irritación anal y prurito. En muchos casos, un máximo de seis vasos de agua al día es razonable. No indicar supositorios.
- Los pacientes con pérdidas de material fecal requieren de limpieza por lo menos 4 o 5 veces al día. En estos pacientes, la dermatitis de contacto inicial por las heces es un factor contribuyente, por lo cual se puede aplicar vaselina u óxido de zinc al 10 a 20% después de cada evacuación y varias veces al día<sup>(6)</sup>.

El tratamiento incluye medidas encaminadas a reducir los factores que irritan la piel, es imposible eliminarlos todos.

### Terapia tópica

La fuente principal de hidratación de la piel es la humedad de los tejidos subyacentes. Tres ingredientes principales de las lociones emolientes son la vaselina, lanolina y el aceite mineral. La vaselina y la lanolina pueden causar sensibilización alérgica en algunos individuos<sup>(33)</sup>.

El aceite mineral se emplea en combinación con la vaselina y lanolina para crear cremas y lociones y está presente en los aceites de baño. Otros ingredientes agregados a estos productos, como los conservantes, fragancias y colorantes, también pueden causar reacciones alérgicas a la piel. El talco, los baños de burbujas y la maicena, pueden irritar la piel y causar prurito. La maicena, usada en la piel seca por radiote-

rapia, no deberá aplicarse al área perianal, ya que cuando se humedece, se produce glucosa, la cual proporciona un medio excelente para el crecimiento de hongos<sup>(33)</sup>.

Los corticosteroides tópicos son los más potentes y efectivos antiinflamatorios. Su efectividad está relacionada con la potencia de la droga y a su penetración percutánea. La potencia está afectada por el vehículo. Debido a que la región perianal está frecuentemente húmeda la absorción puede incrementarse de 4 a 5 veces, lo mismo sucede con una piel inflamada. Los esteroides tópicos pueden reducir el prurito, pero también reducen el flujo sanguíneo a la piel, produciendo adelgazamiento de la misma y mayor susceptibilidad a las heridas. Los esteroides tópicos pueden ser de gran ayuda cuando los síntomas son debidos a una dermatosis sensible a estos. Se pueden usar corticosteroides de baja potencia, como la hidrocortisona al 0,5% a 1%, dexametasona al 0,1% o desonida al 0,5% aplicados dos veces al día y por un período de dos semanas, para evitar los efectos colaterales como atrofia, granulomas glúteos, púrpura, telangiectasias, eritema, estrías, hipopigmentación, hipertrichosis, infecciones secundarias por bacterias y hongos y dermatitis de contacto alérgica<sup>(34,35)</sup>. También se puede utilizar el aceponato de metilprednisolona.

Puede ayudar a disminuir el prurito, si se usa, un ungüento que contenga óxido de zinc. En principio son los mejores medicamentos para tratar el eczema y el prurito. Su empleo debe tener siempre en cuenta los principios básicos para no producir efectos colaterales y serán usados de acuerdo a la intensidad de la patología.

Los antihistamínicos tópicos deben evitarse por sus efectos colaterales frecuentes, tales como la dermatitis de contacto<sup>(36)</sup>. No son más efectivos que cuando se administran oralmente.

En los casos más intensos de prurito anal puede utilizarse una loción antipruriginosa, antiséptica y astringente, como la tintura de Castellani, dos veces al día durante 3-4 semanas.

### Terapia sistémica

Entre los fármacos sistémicos se encuentran aquellos destinados a tratar la enfermedad fundamental o a controlar los síntomas. En casos específicos, como trastornos dermatológicos, infecciones y enfermedades anorrectales se indicará el tratamiento más adecuado. En ciertos casos es necesaria la intervención quirúrgica. Los antibióticos pueden reducir los síntomas asociados con infecciones.

Los antihistamínicos orales son los más usados en el prurito mediado por la histamina. Contamos con los antihistamínicos tipo H1 tradicionales o de primera generación. Además de sus acciones antihistamínicas, tienen otros efectos que incluyen sedación, actividad anticolinérgica, anestesia local y actividad antiemética, así como propiedades antiinflamato-



rias y antialérgicas independientes del bloqueo H1<sup>(37)</sup>. Se administran de manera convencional con intervalos entre 4 y 6 horas. Entre estos tenemos al maleato de clorfeniramina, el clorhidrato de ciproheptadina, el clorhidrato de hidroxicina y el clorhidrato de difenhidramina. Son beneficiosos cuando se emplean por su efecto sedante como en la dermatitis atópica, dermatitis de contacto, psoriasis y muchas otras dermatosis donde la histamina no es el único mediador del prurito<sup>(36)</sup>. Como efecto colateral también pueden producir diarrea y estreñimiento pudiendo así exacerbar el prurito anal. Se han asociado a taquifilaxia.

Una dosis mayor de antihistamínicos a la hora de dormir puede producir efectos antipruríticos y sedativos, que ayudará al paciente a tener mejor sueño. La clorfeniramina a razón de 4 mg, hidroxicina de 25 a 50 mg, difenhidramina de 25 a 50 mg, o ciproheptadina de 4 mg, cada 6 u 8 horas han dado buenos resultados. Si un antihistamínico es ineficaz, puede que alguno de otra clase proporcione alivio.

Los antihistamínicos con baja sedación o de tipo H1 de segunda generación son agentes terapéuticos populares por la falta de efectos colaterales, tanto sedantes como anticolinérgicos. Atraviesan de manera mínima la barrera hematoencefálica y se unen de manera preferencial a los receptores H1 periféricos. No se han asociado con el desarrollo de taquifilaxia. Entre estos contamos con cetirizina, loratadina, fexofenadina, acrivastina, ebastina, desloratadina (metabolito activo mayor de la loratadina) y levocetirizina.

Son útiles las combinaciones de un antihistamínico de nueva generación (levocetirizina, desloratadina) de día con un antihistamínico clásico (hidroxicina o clorfeniramina) de noche. Podrá indicarse un sedante o tranquilizante si no se proporciona alivio mediante otros medicamentos. Los antidepresivos pueden proporcionar efectos antihistamínicos y antipruríticos marcados.

## Otros tratamientos

La aplicación de una toalla fresca, compresas frías o hielo sobre el área perianal puede brindar una mejoría inmediata. La presión firme en el área anal, en un sitio contralateral al sitio de comezón y en los puntos de acupresión quizás rompa la vía neural del prurito. El frote, la presión y la vibración pueden emplearse para aliviar el prurito.

Usar técnicas de distracción, relajación, musicoterapia y la creación de imágenes pueden ser útiles para aliviar el prurito<sup>(33)</sup>.

El manejo del prurito anal agudo depende de la identificación de la etiología<sup>(6)</sup>, de allí que iniciar una terapia apropiada debe llevar a una pronta resolución de los síntomas. Sin embargo, hay un grupo de pacientes en quienes continuarán los síntomas, prurito crónico, a pesar de eliminar el posible factor etiológico<sup>(6)</sup> y cuyo tratamiento será más difícil<sup>(1)</sup>.

Los pacientes con prurito anal que no responden a las medidas generales iniciales de tratamientos dermatológicos pueden ser referidos para tratamiento quirúrgico de su patología anorrectal<sup>(22)</sup>. A pesar del tratamiento quirúrgico algunos pacientes continuarán con el prurito anal<sup>(32)</sup>.

En el manejo del prurito anal idiopático se han empleado muchas terapias, incluyendo corticosteroides tópicos, anestésicos locales y antihistamínicos sistémicos<sup>(4,14)</sup> con resultados variables. Se han realizado terapias bizarras e históricas como denervación de la piel perianal<sup>(32)</sup>.

Los corticosteroides tópicos pueden ser efectivos en el tratamiento del prurito anal idiopático, y si se usan por un período largo pueden causar atrofia, infecciones bacterianas y micóticas, dermatitis de contacto alérgica, telangiectasias, púrpura y cicatrices<sup>(35)</sup>. Se ha usado el metileno en el tratamiento del prurito anal idiopático<sup>(38)</sup>. El metileno, probablemente, destruye las terminaciones nerviosas sensitivas de la piel perianal, reduciendo así la sensación de prurito. La administración de 15 ml de azul de metileno al 1% subcutáneamente en el área perineal produjo mejoría en el 80% de pacientes<sup>(39)</sup>. Botterill y col<sup>(32)</sup> demostraron que la inyección intradérmica de azul de metileno combinado con lidocaína e hidrocortisona es segura y puede proporcionar una disminución significativa del prurito anal en pacientes que no responden a la terapia estándar. La lidocaína reduce el dolor posterior al procedimiento inmediato mientras que la hidrocortisona reduce inmediatamente la inflamación local de la piel.

Ozta y col<sup>(16)</sup> utilizan un limpiador perianal y obtienen mejoría en 90% de los pacientes. Este limpiador contiene entre sus componentes sulfato sódico de lauril éter, hidantoina, glicerina, aloe vera, ácido cítrico y triclosan entre otros.

La capsaicina es reportada de ser efectiva en el tratamiento del prurito anal idiopático intratable<sup>(40)</sup>. La capsaicina se une a las terminaciones nerviosas C y produce depleción de la sustancia P, un neuropéptido que actúa como mediador del prurito y el dolor. Lysy y col<sup>(13)</sup>, en un estudio clínico, emplean capsaicina tópica al 0,006% y obtienen buenos resultados en 70% de los pacientes.

Las inyecciones intralesionales de triamcinolona en la región perianal son muy beneficiosas en muchos casos<sup>(4)</sup>.

Otras terapias como la hipnosis<sup>(41)</sup> y la crioterapia<sup>(42)</sup> pueden ayudar a disminuir el prurito, sobre todo si es intratable e idiopático. El aloe vera también puede ayudar a reducir el prurito probablemente por el lactato de magnesio que actúa como antiprurítico por inhibición de la histidina decarboxilasa, que controla la conversión de histidina a histamina en los mastocitos. Sin embargo el principal efecto adverso es la dermatitis de contacto alérgica<sup>(43)</sup>.

