

# Prurito anal 23

THOMAS H. DAILEY

El prurito anal es un síntoma complejo que consiste en escozor y ardor intensos en la piel perianal. Tiene múltiples causas, varias de las cuales pueden coexistir. Con frecuencia es nocturno y recidivante y se asocia asimismo con diferentes grados de deterioro, maceración, liquenificación y sobreinfección de la piel. Muchas veces el prurito anal es refractario al tratamiento, hasta que se identifica la causa y se instituye un tratamiento adecuado. A continuación proponemos una guía clínica útil para cirujanos que tratan esta incómoda situación.

## HISTORIA

La obtención de una detallada historia clínica, quirúrgica y dermatológica conduce a un diagnóstico racional, elaborado, eficiente y exitoso y a un tratamiento bien dirigido. Resulta crucial establecer la naturaleza exacta y la periodicidad de todos los síntomas perianales y su relación con la defecación y los hábitos de higiene anal, ingesta alimentaria, alergias, medicación y ejercicios. Las enfermedades sistémicas asociadas con el prurito anal incluyen diabetes mellitus, hiperbilirrubinemia y discrasias sanguíneas (leucemia y anemia aplásica). Cuando haya diarrea crónica o constipación asociadas al prurito anal se debe investigar, porque podrían estar involucradas una enfermedad intestinal inflamatoria, una diarrea infecciosa o parásitos intestinales.

La cirugía anorrectal previa, que puede generar deformidades anatómicas y/o alteraciones fisiológicas de la continencia, debe ser cuidadosamente registrada, al igual que lo referido a enfermedades de transmisión sexual, vaginitis crónica, orientación sexual del paciente y su estado inmunitario. La alergia, especial-

mente a medicamentos tópicos, se vincula a menudo con prurito anal. Debe prepararse una exhaustiva lista de medicamentos (por vía oral o tópicos), incluidos todos los agentes recetados o de marca registrada (jabones, desodorantes, perfumes, etc.) y supositorios, en especial aquellos que contengan antibióticos, estrógenos, esteroides y preparados con alguna "caína". Las afecciones dermatológicas relacionadas a menudo con el prurito incluyen psoriasis, seborrea, intertrigo y neurodermatitis inespecífica. Una breve revisión del posible estrés personal y profesional a veces resulta esclarecedora.

## EXAMEN FÍSICO

Los pacientes con prurito anal generalmente son varones sanos y vigorosos (proporción varones/mujeres 4:1), de 20 a 50 años de edad.<sup>16</sup> A menudo el examen no aporta ningún indicio acerca de la etiología.<sup>10</sup> Ciertas lesiones en la piel de otra región pueden indicar la causa del prurito anal, por ejemplo, lesiones psoriásicas de uñas, codos o rodillas; dermatitis seborreica del cuero cabelludo; marcas de rascado secundarias a neurodermatitis o infecciones dermatofíticas de los dedos, de las manos o de los pies; escabiosis o pediculosis inguinal.

El examen del periné debe hacerse con el paciente en posición prona, "de navaja". Resulta esencial contar con luz fuerte y una lupa. Inicialmente se examina al paciente sin aplicación previa de enema ni limpieza perianal. El examen digital del recto debe incluir una evaluación de las presiones en reposo y en contracción máxima. Se registrará la consistencia de las heces (especialmente si son pastosas y adherentes) y también toda mancha de origen

anal o vaginal en la ropa interior o la piel perineal del paciente, por heces, sangre o pus.<sup>4</sup> En la piel libre de agentes esteroideos se obtendrán raspados para estudio microscópico. Luego la piel se higieniza con suavidad para permitir un examen cuidadoso, cultivo y biopsia. Antes de hacer anoscopia y sigmoidoscopia se administra un enema (descartable, microenema).

El examen anoscópico y endoscópico del recto puede revelar una variedad de trastornos comunes, como enfermedad intestinal inflamatoria, infección, proctitis o cualquier crecimiento anormal que requiera ser adecuadamente cultivado o biopsiado. La materia fecal eliminada podrá ser estudiada posteriormente en busca de huevos y parásitos, si está indicado. La colonoscopia y el examen de contraste con enema de bario rara vez tienen valor diagnóstico y deben reservarse para indicaciones especiales.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Después del examen minucioso y de obtenida una exhaustiva historia clínica del paciente con prurito anal, el cirujano habitualmente estará en condiciones de asignar la causa de los síntomas del paciente a una o más de las cuatro categorías siguientes: pérdida (insensible de heces), hipersensibilidad, dermatosis o infección. No obstante, es importante reconocer que muchos pacientes no podrán ser categóricamente definidos y que, por exclusión, entrarán en un agrupamiento diagnóstico primario o "idiopático". Aun esos pacientes podrán ser tratados exitosamente mediante una variedad de medidas sencillas esbozadas en el siguiente comentario.

### Pérdida

El escape de humedad o líquido del conducto anal hacia la piel perineal produce inflamación significativa y fisuras observables macroscópica y microscópicamente, que en última instancia pueden progresar hasta la ulceración acompañada de exudado y supuración. Esto produce dolor debilitante y discapacidad. El paciente experimenta invariablemente dificultad para establecer la higiene anal y comienza con una variedad de medidas locales que poco lo benefician. En realidad, esos tratamientos autoinstituidos muchas veces exacerban la situación; en esos casos el paciente busca ayuda médica.

Las hemorroides son una causa anorrectal de escape, especialmente las prolapsadas. La mejor manera de demostrarlas es por medio de la maniobra de Valsalva durante una anoscopia.

El prolapso de la mucosa anal se observa especialmente en la parte anterior y, en mujeres, como resultado de un parto vaginal difícil; no se debe pasar por alto la posible asociación con una vaginitis o una infección del tracto urinario. Las fisuras anales muchas veces son anunciadas por un apéndice "centinela" rodeado por dermatitis, en particular por posterior (fig. 23-1). Las fístulas anorrectales causan prurito durante los períodos de drenaje de pus hacia el exterior. Las papilas anales prolapsadas (fibromas), los pólipos anorrectales y los tumores vellosos bajos pueden producir una descarga anal mucosa e irritante. La anoscopia ofrece un fácil diagnóstico diferencial de estas lesiones.<sup>5</sup>

La corrección quirúrgica de estos trastornos anorrectales está indicada sólo en aquellos pacientes en los cuales la afección sea la causa indudable del prurito. No más del 15% de los pacientes con prurito anal resultan aliviados por la cirugía.<sup>5</sup> Los candidatos para operar deben ser seleccionados cuidadosamente y sólo después del fracaso de un enérgico tratamiento conservador durante 6 semanas. Se han comunicado resultados excelentes con el manejo



Fig. 23-1. Fisuras anales anterior y posterior en la línea media con apéndices "centinela" y prurito asociado. El paciente se encuentra en posición prona.

agresivo por ligadura con banda de goma y hemorroidectomía.<sup>12</sup>

La introducción de la cinedefecografía y la manometría anorrectal llevaron a la identificación del prolapso intrarrectal (intususcepción sigmoideorrectal) como causa de escape anal que puede ser curada quirúrgicamente. Los estudios manométricos demostraron que los pacientes con prurito anal tienen pérdidas por el ano después de instilarles pequeños volúmenes de agua en el recto.<sup>3,7</sup> Asimismo demostraron que el esfínter anal interno tiene una respuesta inhibitoria rectoanal exagerada a la dilatación rectal, lo que conduce al escape precoz y al prurito anal. Otro estudio indicó que el café puede desempeñar cierto rol en la disminución de la presión de reposo del esfínter anal interno.<sup>16</sup>

La constipación crónica —en particular si progresa hasta la impactación fecal— puede llevar al escape crónico de mucus, heces y secreciones alcalinas irritantes. Los esfuerzos deben dirigirse a establecer un completo vaciado rectal, subrayando una dieta con alto contenido de fibra, formadores de volumen con psillium y mayor hidratación. Si este régimen fracasa puede ser necesario usar lavados diarios con una perilla y agua caliente, para asegurar la completa evacuación del recto.

La diarrea —episódica o crónica— puede producir prurito anal. Por lo general es autolimitada y no necesita investigarse inicialmente la causa. Empero, si los síntomas persisten a pesar del tratamiento están indicados cultivos y biopsias para diagnosticar infecciones entéricas específicas o enfermedad inflamatoria intestinal. El prurito anal puede ser resultado del escape de heces alcalinas y mucus en individuos susceptibles. En esos casos puede resultar beneficioso un preparado cutáneo básico (crema de hidrocortisona [Proctocort]) más terapia con lactobacilos por vía oral.

## Hipersensibilidad

La piel perianal está abundantemente innervada por una densa red de terminaciones nerviosas para el dolor y la picazón. La irritación de la piel expuesta del periné puede ser provocada por secreciones intestinales alcalinas, sustancias químicas ingeridas y por una amplia variedad de medicamentos y alimentos.

Los alimentos que más a menudo causan prurito anal incluyen: tomates, café, té, colas cafeinadas, cerveza, chocolate, cítricos y productos lácteos.<sup>8</sup> La exclusión de todos estos elementos de la dieta y su reintroducción uno por uno permitirá identificar el elemento agresor cuando reaparezcan los síntomas. Entonces

se podrá determinar una cantidad “umbral” que puede ser tolerada sin causar recurrencia del prurito; se trata de un fenómeno reproducible. El café y los tomates son los agentes agresores más comunes y son los primeros a reintroducir (en la dieta). Los condimentos “picantes” —especias, pimienta, etc.— se suprimirán en pacientes susceptibles. Los productos lácteos pueden formar heces adherentes y pastosas pero que pueden tolerarse si se agrega volumen suficiente a la dieta.

La medicación por vía oral —como por ejemplo la colchicina y la quinidina— en ocasiones generan prurito anal. Los antibióticos también resultan agresores porque producen diarrea. Pudo demostrarse una acción sistémica productora de prurito anal por inyección intravenosa de fosfato sódico de hidrocortisona.<sup>13</sup> Diversos preparados tópicos que contienen antibióticos o “caínas” anestésicas producen un reborde inflamatorio violáceo, sumamente pruriginoso, que corresponde al área de contacto con el medicamento (fig. 23-2). La alergia a los tópicos se confirma sencillamente con la prueba del parche; la supresión de la sustancia agresora cura rápidamente el trastorno.

Los productos químicos contenidos en diferentes jabones, papel higiénico, desodorantes y lociones pueden ocasionar prurito perianal severo. A menudo los pacientes “pulen” el periné con papel áspero o toallas de baño, en un esfuerzo por “esterilizar” completamente el área. Esto produce aun más fisuras y excoriaciones dolorosas. Los elementos higiénicos para el ano con base alcohólica provocan un ardor doloroso que temporariamente alivia (“extingue”) el prurito; sin embargo, el efecto es de corta duración y el prurito pronto retorna. Es preferible emplear una crema calmante emoliente hidrosoluble (Balneol) aplicada varias veces por día con esferitas de algodón. Esto sirve para limpiar y proteger la piel y absorber todo escape anal, promoviendo así la reepitelización necesaria para curar el prurito anal.

## Dermatosis

Las dermatosis pueden ser divididas en benignas y malignas. Entre las lesiones benignas, la psoriasis (fig. 23-3) habitualmente se extiende desde la piel perianal hacia el surco interglúteo; es piel escamosa, eritematosa y por lo común, aunque no siempre, se asocia con lesiones en piel distal o en uñas. De manera similar, la dermatitis seborreica puede verse en muchos sitios distantes del ano. Los comedones se diagnostican fácilmente como quistes perianales múltiples, amarillos, que rara vez producen prurito pero que pueden relacionarse con el uso



Fig. 23-2. Alergia a la dibucaína tóxica de una crema anestésica (Nupercainal).

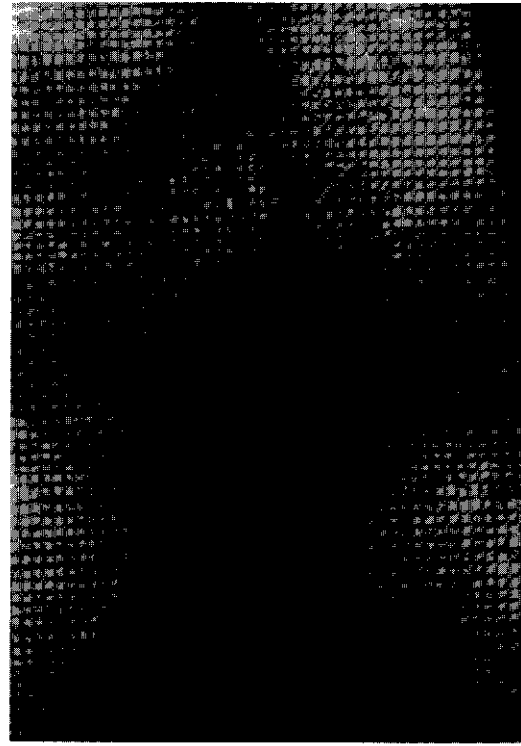


Fig. 23-3. Psoriasis perianal con compromiso interglúteo.

crónico de esteroides fluorados tópicos.<sup>14</sup> Las marcas de rascado delatorias en cualquier sitio de la piel ayudan a diagnosticar una neurodermatitis perianal. Con una lupa y mucha sospecha se descubrirá la pediculosis y la escabiosis púbicas. La medicación correcta es curativa.

Los estados malignos de la piel que se presentan con prurito anal requieren biopsia para un diagnóstico exacto. La enfermedad de Paget se caracteriza por una erupción eczematoide gruesa, escamosa, elevada, que pica intensamente y no responde a los corticoides locales.<sup>11</sup> Esta lesión debe escindirse con amplio margen y puede requerir injerto de piel de espesor parcial en los casos avanzados. La enfermedad de Bowen es un cáncer de piel raro, intraepidérmico, que progresa lentamente y es indurado, eritematoso y escamoso. Frecuentemente está asociado con neoplasias malignas distantes no relacionadas.<sup>17</sup> Para su tratamiento se propuso ensayar con 5 fluorouracilo y dinitroclorobeneno tópicos, antes de efectuar una amplia escisión.<sup>15</sup> Las lesiones perianales unilaterales y las lesiones sospechosas del conducto anal siempre deben biopsiarse. El carcinoma escamoso in situ y los cánceres cloacogénicos del ano se es-

tán viendo con frecuencia creciente en varones homosexuales y pacientes inmunodeficientes.<sup>19</sup>

## Infecciones

Las infecciones observadas en la piel perianal por lo común están superpuestas a una lesión cutánea preexistente, aunque en raras oportunidades pueden ocurrir como infecciones primarias bacterianas, virales, micóticas o parasitarias. El eritrasma es una rara infección bacteriana (por *Corynebacterium minutissimum*) bien demarcada, rojiza, escamosa y que se diagnostica mejor bajo una lámpara ultravioleta de Wood. La eritromicina es curativa para esta lesión. La infección mixta bacteriana y fúngica (intertrigo) en la zona perianal se observa en pacientes obesos. Para su curación habitualmente alcanza con medidas conservadoras tendientes a mejorar la higiene y a secar la piel sin necesidad de antibióticos, salvo que se desarrolle celulitis.

Las infecciones virales son predominantemente venéreas: herpes simple (HSV), condiloma acuminado (papilomavirus) y citomegalovirus (CMV). Las infecciones por HSV avanzan



Fig. 23-4. Infección candidiásica aguda sobre piel perianal por "abuso de esteroides".

en el transcurso de varias semanas desde erupciones perineales vesiculares dolorosas hasta escaras pruríticas de curación. Se las puede encontrar en cualquier estadio de la infección y son característicamente recurrentes. El aciclo-

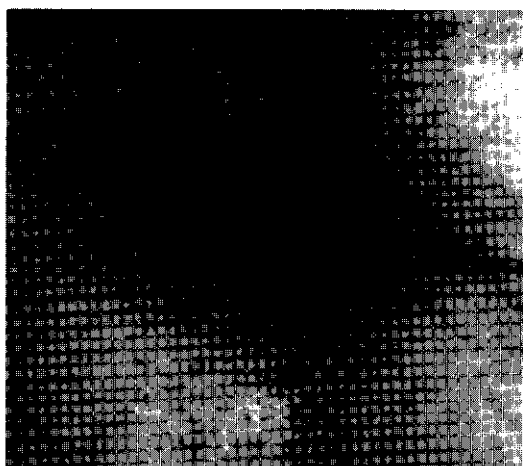


Fig. 23-5. Prurito anal crónico idiopático común, cuya causa no pudo ser identificada.

vir oral tomado de manera profiláctica ha probado reducir la frecuencia y la intensidad de las recurrencias.<sup>10</sup> Los condilomas acuminados son excrecencias verrugosas intraanales y perianales. Se mencionan altas tasas de recidiva en relación con lesiones intraanales fulguradas de forma deficiente. La podofilina tópica por lo general es adecuada para eliminar las lesiones en la piel. La inmunoterapia ofrece las mejores esperanzas de curación en casos recalcitrantes a fulguraciones múltiples.<sup>1</sup> La proctitis y la ulceración anal por CMV con pérdidas y prurito anal secundario se observan en pacientes positivos para el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), los que hasta la fecha no responden bien a las drogas antivirales. La biopsia rectal en casos de CMV muestra las características células mucosas "tiznadas".

Las infecciones micóticas incluyen *Candida* y otros hongos (*Dermatophyton* y *Trichophyton*). La candidiasis (*Candida albicans*) del periné rara vez es una infección primaria; se observa aleatoriamente en alrededor del 1% de los pruritos.<sup>2</sup> La candidiasis se produce como sobreinfección después de un tratamiento con antibióticos; asimismo invade piel atrófica o tratada excesivamente con corticoides. La lesión típica (fig. 23-4) es húmeda, ulcerosa y eritematosa, con bordes bien definidos. Estas lesiones requieren tratamiento agresivo con nistatina, secado (es útil un secador de pelo) e investigación completa para buscar y controlar diabetes mellitus o vaginitis asociadas. Las evidencias sugieren que el prurito vinculado con infestación dermatofítica puede ser resultado de hipersensibilidad a alérgenos micóticos.<sup>6</sup>

Las infecciones parasitarias por nematodos intestinales son raras en adultos si en su hogar no hay niños afectados. Los nematodos de 6 mm pueden verse en el conducto anal o en la materia fecal. Los huevos pueden identificarse microscópicamente a partir de muestras de sustancia perianal obtenidas con cinta adhesiva. Antes y después del tratamiento antihelmíntico con piperacina se harán análisis a todos los miembros de la familia. La amebiasis intestinal crónica es causa de infestación perianal extremadamente rara, muy erosiva, que debe sospecharse en pacientes con trofozoítos en la materia fecal.

## COMENTARIO

Unas pocas palabras referidas al tratamiento pueden resultar importantes. Aunque hay muchas causas de prurito anal, resulta claro que muchos pacientes no podrán entrar en ninguna categorización etiológica, es decir, tendrán prurito anal primario (idiopático) (fig. 23-5). Afor-

tunadamente, la vasta mayoría de este grupo responde a un vigoroso e ininterrumpido régimen a largo plazo con higiene anal, control dietético, manejo de la diarrea y la constipación y eliminación de medicamentos irritantes, tópicos o por vía oral. Un pequeño grupo de pacientes cuidadosamente seleccionados (15%) se beneficiará con procedimientos quirúrgicos anorrectales por fisuras, fístulas, hemorroides prolapsadas, prolapso de la mucosa anal y una variedad de lesiones aisladas de la piel.

En ocasiones puede requerirse un tratamiento breve con hidrocortisona tópica bajo estricta vigilancia médica, por exacerbaciones agudas; sin embargo, el uso crónico a largo plazo de hidrocortisona tópica —y especialmente de sus congéneres fluorurados más potentes— debe ser estrictamente evitado. El tratamiento con radiaciones, las inyecciones de alcohol en piel y los procedimientos de "socavado" son sólo de interés histórico y se los menciona aquí únicamente para condenarlos. Alentamos el uso liberal de biopsias en todos los casos confusos. Por lo general, los cultivos de rutina son de valor relativo.

Si el cumplimiento indudable durante 6 a 8 semanas de los regímenes descritos aquí no produce una mejoría satisfactoria y sostenida, es recomendable obtener prontamente una consulta dermatológica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Abcarian, H., and Sharon, N.: The effectiveness of immunotherapy in the treatment of anal condylomata acuminata. *Dis. Colon Rectum*, 25:648-651, 1982.
2. Alexander, S.: Dermatological aspects of anorectal disease. *Clin. Gastroenterol.*, 4:651-657, 1975.
3. Allan, A., and Ambrose, N.S.: Physiological studies of pruritus ani. *Br. J. Surg.*, 74:576-579, 1987.
4. Alexander-Williams, C.: Pruritus ani. *Postgrad. Med.*, 77:56-65, 1985.
5. Dailey, T.H.: Pruritus ani. *Pract. Gastroenterol.*, 4:1-4, 1980.
6. Dodi, G.: The mycotic flora in proctological patients with and without pruritus ani. *Br. J. Surg.*, 79:967-969, 1985.
7. Evers, A.A., and Thomson, J.P.: Pruritus ani: is anal sphincter dysfunction important in aetiology? *Br. Med. J.*, 2(6204):1549-1551, 1979.
8. Friend, W.G.: The cause and treatment of idiopathic pruritus ani. *Dis. Colon Rectum*, 20:40-42, 1977.
9. Greaves, M.W.: The nature and management of pruritus. *Practitioner*, 226:1223-1225, 1982.
10. Guinan, M.E.: Oral acyclovir for treatment and suppression of genital herpes simplex viral infection. *JAMA*, 255(13):1747-1749, 1986.
11. Helwig, E.B., and Graham, J.H.: Anogenital (extra-mammary) Paget's disease. *Cancer*, 16:387-403, 1975.
12. Murie, J., Andrew, J.W.S., and Mackenzie, I.: The importance of pain, pruritus and soiling as symptoms of haemorrhoids and their response to haemorrhoidectomy or rubber band ligation. *Br. J. Surg.*, 68:247-249, 1981.
13. Novak, E., Gilbertson, T.J., and Seckman, C.E.: Anorectal pruritus after intravenous hydrocortisone sodium succinate and sodium phosphate. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 20:1009-1012, 1976.
14. Olliet, E.J., and Estes, S.A.: Perianal comedones associated with chronic topical fluorinated steroid use (letter). *J. Am. Acad. Dermatol.*, 7(3):405-407, 1982.
15. Raaf, J.H., Krown, S.E., and Pinsky, C.M.: Treatment of Bowen's disease with topical dinitrochlorobenzene and 5-fluorouracil. *Cancer*, 37:1633-1642, 1976.
16. Smith, L.E., Henrichs, D., and McCullah, R.D.: Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani. *Dis. Colon Rectum*, 25:358-363, 1982.
17. Strauss, R., and Fazio, V.W.: Bowen's disease of the anal and perianal area: a report and analysis of 12 cases. *Am. J. Surg.*, 137:231-234, 1979.
18. Sullivan, E.S., and Garnjobst, W.M.: Pruritus ani: a practical approach. *Surg. Clin. North Am.*, 58:505-512, 1978.
19. Wexner, S., Smithy, W., Milsom, J., and Dailey, T.: The surgical management of anorectal disease in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis. Colon Rectum*, 29:719-723, 1986.