

Caso clínico: prurito anal

Jorge E. Rodríguez*
y Jorge E. Padrón**

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 82 años, procedente de La Calera, Cundinamarca, quien consulta a medicina general hace aproximadamente cinco años por presentar prurito anal intenso, exacerbado por comidas picantes. Es manejado inicialmente con medidas locales y corticoide tópico. Persiste con prurito asociado a evacuaciones diarias, sin esfuerzo y con sangrado en el último año.

Antecedentes

Médicos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tromboembolismo pulmonar, hace 7 años.

Quirúrgicos: cirugía ocular por glaucoma.

Familiares: niega antecedentes oncológicos.

Fármacos: corticoides inhalados cada ocho horas y laxantes.

Revisión por sistemas

No refiere estreñimiento. No masas anales. Presenta continencia normal. Depositiones blandas.

Examen físico

Buen estado general. No presenta lesiones dérmicas.

No hay afectación en otras localizaciones. No hay ma-

* Médico Instructor del Servicio de Colon y Recto, Universidad del Rosario.

** Jefe del Servicio de Colon y Recto Universidad del Rosario.

sas abdominales ni es doloroso a la palpación. En el examen proctológico, el cual se realiza en posición decúbito lateral izquierdo (Sims) a la inspección, se observa una lesión elevada perianal rojiza simétrica con bordes delimitados sin secreción, con signos de rascado, sin ulceraciones (Figura 1). En el examen dinámico se observa una adecuada contracción del aparato esfinteriano, sin prolapso a la maniobra de Valsalva.

El tacto rectal revela extensión perianal de la lesión, sin daño del canal anal, sin masas y con adecuada presión del esfínter. Se considera suspender medicaciones locales y se inicia el estudio de prurito secundario a lesión encontrada en el examen físico.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

El prurito anal es una de las consultas más frecuentes de los pacientes que acuden a coloproctología. Los síntomas pueden ir de simple molestia inusual hasta lesiones anoperineales graves, que pueden causar quejas más complejas, como sangrado y ulceraciones de difícil diagnóstico y manejo. Se calcula una prevalencia que puede ir del 1% al 5% en la población general, aunque es más común que afecte a hombres en un ratio de 4:1 (3). En el Servicio de Coloproctología de la Clínica Mayo el 7% de todos los pacientes consultan por prurito anal. Es importante decir que esta entidad puede ser ocasionada por múltiples

Figura 1 / Imagen clínica



elementos que pueden estar relacionados al mismo tiempo. Sus causas pueden dividirse en idiopáticas y secundarias. Al primer diagnóstico sólo se llega descartando otras patologías que lo provoquen.

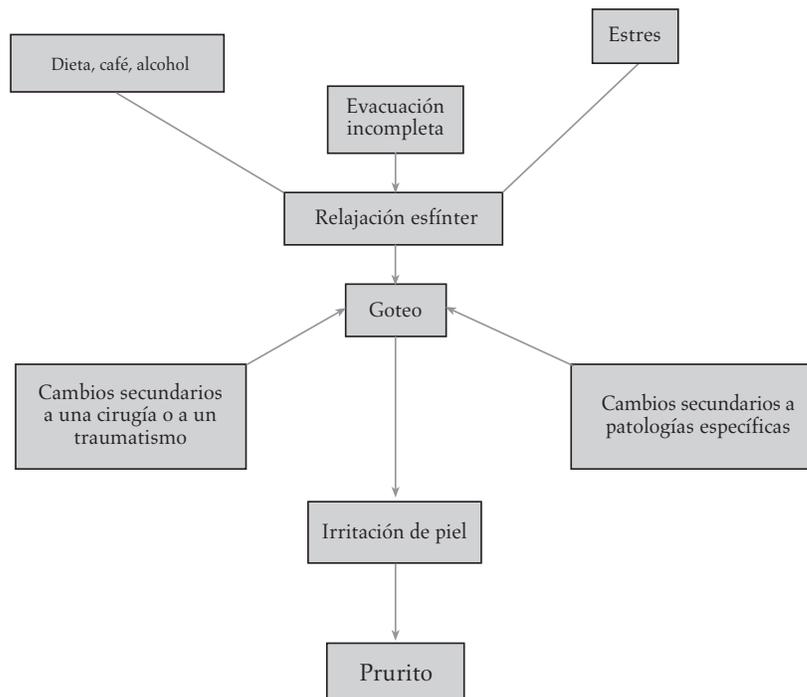
El *pruritus ani* no se refiere a una de las formas específicas de irritación ano-perineal; en general aquí se incluye cualquier forma de excoriación perianal que produce dicha irritación. Prurito se deriva del latín *prurire*, que significa picazón. Se refiere a la sensación cutánea que lleva al paciente a rascarse. La clave en la terapéutica de este síntoma es el diagnóstico de las patologías secundarias y el seguimiento.

La región perianal, que es extensamente inervada, incluye múltiples receptores de Meissner localizados en la unión dermoepidérmica (los nocirreceptores C multimodales). Las neuronas de conducción lenta llevan estos impulsos al haz espinotalámico lateral a través de sinapsis que conectan con neuronas secundarias llegando al tálamo. Hay discusión si los receptores de dolor y prurito utilizan la misma vía de conducción, a lo cual correspondería el hecho del alivio de los síntomas con el dolor luego de rascarse exhaustivamente. La respuesta cortical al estímulo pruriginoso no está bien definida.

Estudios sobre fisiología anorrectal, realizados por Keighley, muestran cómo hay una mayor distensión rectal asociada a la disminución en las presiones de reposo del canal anal, condición que llevaría al goteo de materia fecal y causaría la irritación inicial. Bartolo observó también la prolongación de la relajación del esfínter externo en pacientes con prurito anal (5), así como se puede ver en la Figura 2.

Vale la pena mencionar que el inicio del tratamiento está indicado por la identificación de la etiología. Para su estudio hay que considerar que el 25% de las causas secundarias de prurito están relacionadas con

Figura 2 / Mecanismo prurito anal



neoplasias, 25% son de causa secundaria diferente a las neoplásicas y hasta un 50% son de origen idiopático (6). Las causas secundarias se pueden clasificar siguiendo la ley de las 9 D (Tabla 1). Las causas neoplásicas están clasificadas aparte y son de tipo dermatológico principalmente (Tabla 2).

La historia clínica es el elemento fundamental para llegar a una aproximación diagnóstica; por eso dentro del interrogatorio se deben incluir los siguientes elementos:

- Comienzo de los síntomas.
- Relación de los síntomas con la evacuación (tipo).

- Medicamentos.
- Tipo de dieta. (café, picantes, queso, yogurt, melado, cítricos, tomate, chocolate, cerveza y bebidas colas)
- Historia de enfermedades asociadas (incluidos estados de inmunodeficiencia).
- Cirugías anorrectales previas.
- Alergias.
- Historia sexual.
- Historia ginecológica (esto incluye cirugías y partos).
- Breve perfil psicológico.
- Medio ambiente hostil.

La segunda parte para complementar el diagnóstico es el examen físico, que debe

Tabla 1

1. Desaseo o exceso de aseo.
2. Dieta y deficiencia de vitaminas.
3. Diarrea.
4. Drogas (quinidina, colchicina, tetraciclinas, cremas y ungüentos tópicos).
5. Dermatitis.
6. Diabetes y discrasias (ictericia, insuficiencia renal, enfermedad Hodgkin).
7. Enfermedades ginecológicas (gynecologic diseases).
8. Enfermedades del ano-recto (anorectal diseases).
9. Disposición del paciente.

Tabla 2

- I) Lesiones malignas del margen anal**
 Carcinoma epidermoide del reborde anal: escamocelular.
 Carcinoma no epidermoide: adenocarcinoma.
 Carcinoma de células basales.
 Sarcoma de Kaposi.
- II) Lesiones potencialmente malignas del margen anal**
 Enfermedad de Bowen.
 Enfermedad de Paget extramamaria.
 Papulosis bowenoide.
 Leucoplaquia (1).

Estudios sobre fisiología anorrectal, realizados por Keighley, muestran cómo hay una mayor distensión rectal asociada a la disminución en las presiones de reposo del canal anal, condición que llevaría al goteo de materia fecal y causaría la irritación inicial.

incluir los aspectos proctológicos más importantes:

- Inspección:
 - ✓ Simetría o asimetría de las lesiones.
 - ✓ Aspecto: color, tamaño, relación anatómica, forma y extensión.
 - ✓ Signos de rascado, úlceras, humedad, materia fecal (*soiling*), maceración de los tejidos.
 - ✓ Signos de infección, masas.
 - ✓ Condiciones dermatológicas vecinas (psoriasis, candidiasis, hidradenitis supurativa, etc.).
- Examen dinámico: se deben realizar maniobras de contracción voluntaria del esfínter (*squeeze*) y de esfuerzo defecatorio (*push*) para indagar el estado de continencia y la relación de las lesiones encontradas y la respuesta voluntaria.
- Tacto rectal: incluye la valoración digital de 360° del reborde anal y del canal anal de forma estática y dinámica con las maniobras previamente descritas. El examen puede identificar la extensión de

la patología, la presencia de lesiones neoplásicas o de otras patologías secundarias.

Dentro de las innumerables patologías anorrectales que causan prurito pueden considerarse como causas secundarias, fuera de las neoplásicas, las anatómicas, las infecciosas y las debidas a condiciones concomitantes. Aquí mencionaremos algunas, pues el estudio exhaustivo incluiría un tratado de patología anorrectal. Las causas anatómicas más comunes son obesidad (persistencia de ano húmedo), presencia de abundante vello, fístulas anoperineales, fisura anal, prominencias cutáneas (*skin tags*), hemorroides internas prolapsadas y papilas prolapsadas.

Las causas dermatológicas son más asociadas a condiciones en otros sitios como la dermatitis seborreica, la psoriasis y el liquen plano o atrófico. Para este caso las lesiones pueden asociarse, por el aspecto, a psoriasis.

Las causas infecciosas pueden ser:

- Bacterianas:
 - ✓ *Estafilococo aureus*.
 - ✓ Eritrasma causado por *Corinebacterium minutissimum* (eritemas por parches).
 - ✓ Sífilis.
- Virales:
 - ✓ *Herpes simplex*.
 - ✓ Virus del papiloma humano.

- ✓ Citomegalovirus.
- Hongos:
 - ✓ *Candida albicans*.
 - ✓ Dermatofitos.
- Parásitos: *Enterobius vermicularis*

Dentro de las medidas higiénicas, la excesiva utilización de jabones, emolientes alcohólicos, papel higiénico y exceso de limpiado hace que el ciclo de lesión y rascado sea mayor y perdure el estado patológico; pues se considera en algunos como factor etiológico. También la presencia permanente de heces por falta de aseo es factor predisponente a liberación de lisosimas y aumento de la irritación (1),(3).

Las causas neoplásicas son el 25% restante de las causas secundarias.

TRATAMIENTO

El manejo de los pacientes con prurito idiopático incluye la eliminación de los múltiples tratamientos tópicos, dados como solución parcial de los síntomas; que incluyen corticoides, analgésicos, ungüentos combinados, antiinflamatorios y, en algunos casos, quimioterápicos. La utilización de las biopsias de las lesiones para diagnóstico tiene gran valor, ya que diferencia lesiones neoplásicas perianales y condiciones dermatológicas. Datan sugiere la valoración inicial de estos pacientes por dermatología (7). Las medidas iniciales incluyen vigilan-

cia del hábito intestinal y de limpieza. Mantener el área limpia sin exceso. No utilizar papel ni otros irritantes en productos comerciales como alcohol. Evitar la humedad manteniendo seco con un paño la zona. No ingerir comidas irritantes (Anexo 2). Restringir el uso de medicamentos locales a los prescritos, cuando se trata de condiciones dermatológicas. Por último, seguir el caso durante seis u ocho semanas para reevaluación (3). Cuando el mayor porcentaje de pacientes es tratado por la causa primaria (fisuras, infecciones, dieta, etc.), el 89% responde al tratamiento (8).

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS DEL CASO CLÍNICO

- Dermatitis: psoriasis.
- Infección: eritrasma o *Candida*.
- Neoplasia: enfermedad de Paget extramamaria o enfermedad de Bowen.

REFERENCIAS

1. Beck D, Wexner S. Fundamentals of anorectal surgery. 2nd ed. Pruritus ani: diagnosis and treatment. Harcourt Publishers; 2001. p. 198-208.
2. Mazier WP, Levien D, Senagore A. Surgery of the colon, rectum and anus. In: Pruritus ani: neoplasms of the anus and perianal skin. WB Saunders; 1996.

3. Bryan YJ. Treatment of genital herpes simplex virus infection with oral acyclovir. *New England Journal of Medicine* 1983; 308:916.
4. Mackeigan J. Management of pruritus ani: colorectal diseases. *Cleveland Clinic Florida Simposyum*; 1997.
5. Farouk G, Duthie GS, Bartolo D. Abnormal transient internal sphincter relaxation in idiopathic pruritus ani: physiological evidence from ambulatory monitor. *British Journal of Surgery* 1994; 8:603-6.
6. Friend WG. Causes and treatment of idiopathic pruritus ani. *Diseases of Colon and Rectum* 1977;40-2.
7. Dasan S, Neill SM, Donaldson DR. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. *British Journal of Surgery* 1999 Oct; 86 (10):1337-40.
8. Daniel GL, Longo WE, Vernava A III. Pruritus Ani: causes and concerns. *Diseases of Colon and Rectum* 1994 Jul; 37(7): 670-4.
9. Mazier WP. Hemorrhoids, fissures, and pruritus ani. *Surgical Clinics of North America* 1994 Dec;74(6):1277-92.