

Prurito anal

Tratamiento sintomático

■ JUAN J. SEBASTIÁN DOMINGO • Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

En este breve artículo se revisan las posibles causas del prurito anal, los trastornos de los que puede constituir un síntoma y las opciones terapéuticas para eliminarlo o aliviarlo.

El picor o prurito anal es la sensación de picazón en la piel que rodea al ano. Con el tiempo puede extenderse también hacia la vulva o el escroto. Es un problema más frecuente en los hombres. El prurito es peor por la noche y el alivio que proporciona el rascado es sólo transitorio.

No se trata de una enfermedad sino de un síntoma y, por tanto, siempre que sea posible, el tratamiento deberá dirigirse hacia la causa desencadenante.

¿POR QUÉ SE PRODUCE EL PRURITO?

El común denominador, en la mayor parte de los pacientes, parece ser la filtración inaparente de materia fecal hacia la piel perianal. Tal situación puede producirse debido a un reflejo inhibitorio rectal (relajación esfinteriana) que se activa con un umbral muy bajo o por hipotonía del esfínter anal interno.

El pH (ácido) de la piel perianal se altera debido a la alcalinización que ocasiona la materia fecal, a lo que se añade el efecto irritante que producen las bacterias fecales. También contribuyen al prurito, en algunos pacientes, la sudoración excesiva de la zona, la



falta de aseo, o el exagerado aseo, y el uso de jabón que no respeta el pH de la zona.

CAUSAS DEL PICOR ANAL

En la mitad de los casos la causa es desconocida. Dentro de las causas conocidas, se describen las siguientes:

- Enfermedades anorrectales: fístula y fisura anal (fig. 1), condilomas, hemorroides (fig. 2), mariscos cutáneos (hemorroide seca, que ha sufrido transformación fibrosa) residuales o hidradenitis supurada.
- Enfermedades neoplásicas, como el carcinoma escamoso del margen anal y la enfermedad de Paget de la región perianal.
- Enfermedades dermatológicas: psoriasis, dermatitis seborreica, liquen plano y eccema atópico.
- Dermatitis por contacto: por desodorantes, talcos, jabones y medicamentos tópicos con anestésicos.
- Infecciones, sobre todo las micóticas (candidiasis).
- Parásitos: oxiuros (fig. 3), tricomonas, *Sarcoptes scabiei* (sarna) y pediculosis púbica.
- Antibióticos orales de amplio espectro, en particular tetraciclina y eritromicina.
- Enfermedades sistémicas: diabetes mellitus, colestasis crónica, diarrea crónica.
- Dieta: ciertos alimentos (cítricos, tomate, chocolate), especias (picantes) y bebidas (café, té, cerveza y bebidas con cola).
- Psicógenas: ansiedad, neurosis, psicosis maníaca.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza a partir de un minucioso interrogatorio, mediante el cual el médico trata de identificar todos los posibles factores causales, y de un buen examen físico –no solamente de la región perianal– con el fin de detectar la presencia de alguna de las patologías, locales o sistémicas, referidas.

En la mayoría de las ocasiones, el examen de la región anal y perianal es normal. En otros casos, la piel de alrededor del ano se encuentra enrojecida, hinchada, excoriada y húmeda. En todos los pacientes el médico realizará un tacto rectal, anoscopia y rectoscopia para descartar patología anorrectal.

Ocasionalmente, puede ser necesaria la biopsia de piel para descartar algún tipo de patología específica. Otros exámenes complementarios normalmente no están indicados.

Fig. 1. Fisura anal aguda (en el centro de la imagen, en forma romboidal)

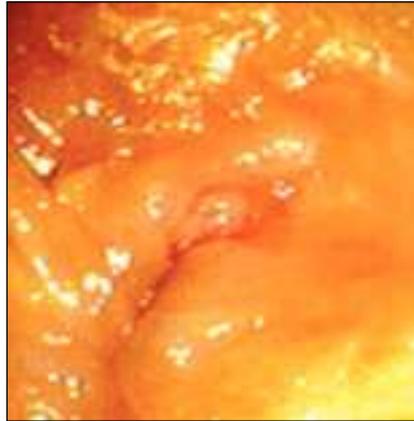


Fig. 2. Esquema de las hemorroides, internas y externas

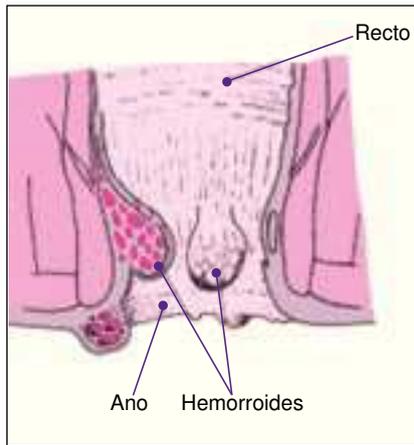


Fig. 3. Huevo de oxiuro



TRATAMIENTO

En general, el tratamiento del prurito anal suele ser sintomático, mediante medidas de higiene y dieta:

- Deben suspenderse todos los antibióticos y las cremas o pomadas que se estén aplicando en la zona.

- Hay que cortar las uñas de las manos y tratar de evitar el rascado.
- Deben evitarse los alimentos y bebidas referidos.
- Se suspenderá todo tipo de laxantes. Si hay estreñimiento, es recomendable aumentar el consumo de fibra en la dieta (salvado de trigo, frutas, verduras), con el fin de aumentar la masa fecal y asegurar con ello una evacuación satisfactoria.
- Después de defecar es recomendable un baño de asiento en agua tibia, usando poca cantidad de un jabón neutro (pH 5,5). También pueden ser útiles las toallitas húmedas diseñadas para este fin. Posteriormente, se procederá al secado suave de la zona (sin rascar) con papel suave o una toalla limpia y seca. A continuación puede aplicarse un poco de vaselina neutra, aceite de oliva o una loción lubricante en una base emoliente con acetato de aluminio. También puede espolvorearse talco común.
- Pueden dar buenos resultados el tratamiento tópico con crema de corticoides, sin anestésico, durante un máximo de dos semanas, y con alguna crema con base de óxido de cinc, 2 o 3 veces al día (después de la deposición).

En casos específicos (hongos, eccema, psoriasis, dermatitis) será el dermatólogo quien indique el tratamiento más adecuado.

Si hay «lombrices» u oxiuriasis pueden tratarse con pamoato de pirvinio, pamoato de pirantel o mebendazol.

En los casos de prurito anal idiopático rebelde a todos los tratamientos la capsaicina tópica ha demostrado buenos resultados. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Dasan S, Neill SM, Donaldson DR, Scott HJ. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. *Br J Surg* 1999;86(10):1337-40.

Giordano M, Rebesco B, Torelli I, Blanco G, Cattarini G. Pruritus ani. *Minerva Chir* 1999;54(12):885-91.

Handa Y, Watanabe O, Adachi A, Yamanaka N. Squamous cell carcinoma of the anal margin with pruritus ani of long duration. *Dermatol Surg* 2003;29(1):108-10.

Lysy J, Sistiery-Ittah M, Israelit Y, Shmueli A, Strauss-Liviatan N, Mindrul V, et al. Topical capsaicin—a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. *Gut* 2003;52(9):1323-6.

Vincent C. Anorectal pain and irritation: anal fissure, levator syndrome, proctalgia fugax, and pruritus ani. *Prim Care* 1999;26(1):53-68.