

## Prurito anal

Fecha de la última revisión: **08/05/2017**

### Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son sus causas?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

### ¿De qué hablamos?

El prurito anal (PA) se define como la afectación cutánea que cursa con picor o sensación de ardor en la zona anal y tejidos adyacentes como el escroto o vulva y que se manifiesta con la necesidad imperiosa de rascar (Stermer E, 2009). Puede tener una forma aguda o crónica si es mayor de 6 semanas (Swamiappan M, 2016).

Se considera la segunda causa más prevalente de patologías anorectales, seguida de las hemorroides (Clark SJ, 2016; Henderson PK, 2014). Su prevalencia real es desconocida y con frecuencia la mayoría de los pacientes se tratan por su cuenta durante al menos 12 meses antes de acudir a la consulta médica (Fargo MV, 2012). Se estima que afecta entre el 1 al 5% de la población, es cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres y en la edad comprendida entre los 30-50 años (Ansari P, 2016; Foxx-Orenstein AE, 2014; MacLean J, 2010).

### ¿Cuáles son sus causas?

Se han descrito cerca de un centenar de causas posibles de PA, casi siempre benignas, aunque en el 25% de los casos no se llega a conocer ninguna. Los factores desencadenantes varían en función de la edad y de las condiciones higiénico-sanitarias. Las formas agudas suelen estar relacionadas con infecciones, irritantes locales o alergias y las crónicas, a enfermedades dermatológicas crónicas, enfermedades inflamatorias primarias de la zona genital, causas mecánicas, enfermedades malignas o afectaciones psicógenas (Swamiappan M, 2016). Las causas más frecuentes de PA secundario son las siguientes:

- **Irritantes locales** (Ansari P, 2016; Stermer E, 2009; MacLean J, 2010):
  - Pequeñas pérdidas fecales producidas por alteraciones anatómicas que dificultan la limpieza (fisuras, hemorroides), por defectos funcionales del esfínter anal o por alteraciones de la motilidad intestinal (diarrea o estreñimiento).
  - Humedad excesiva secundaria a sobrepeso u obesidad y/o ropa interior apretada o de materiales sintéticos.
  - Alimentos: cafeína, te, cola, alcohol, chocolate, tomates, lácteos, cítricos o especias picantes como la guindilla roja (Swamiappan M, 2016; Henderson PK, 2014; Gupta PJ, 2008).
  - Medicamentos: colchicina, quinina, esencia de menta, laxantes, enemas o algunos antibióticos como la neomicina pueden provocarlo (Foxx-Orenstein AE, 2014), así como el uso prolongado de corticoides locales por la atrofia cutánea.
- **Infecciosas** (Ansari P, 2016; Markell KW, 2010):
  - Parásitos: lombrices intestinales. Los oxiuros son la causa más frecuente en niños y puede afectar a varios miembros de la familia. *Pediculosis pubis* y sarna son otras infestaciones posibles.
  - Infecciones por hongos: pueden estar presentes en el 10-15% de pacientes con PA de causa infecciosa. La *tinea cruris* es una dermatofitosis que debe tratarse siempre. La *Candida* suele estar presente como comensal; sin embargo, puede ser patógena en pacientes diabéticos, tratados con corticoides o con antibióticos sistémicos.
  - Infecciones bacterianas: *Staphylococcus aureus* o infecciones estreptocócicas. Estas últimas son frecuentes en niños de 6 meses a 10 años. El *Corinobacterium minutissimum* produce eritrasma y puede afectar a la zona perianal hasta en el 18% de los casos de pacientes con PA. El diagnóstico se realiza con la luz de Wood, que produce fluorescencia rojo coral.
  - Infecciones de transmisión sexual: *Molluscum contagiosum*, verrugas genitales por condilomas acuminados, herpes genital, sífilis, gonorrea o *Chlamydia trachomatis*.
- **Dermatológicas** (Markell KW, 2010):
  - Dermatitis atópica en los niños o dermatitis seborreica.
  - Dermatitis de contacto: secundaria a jabones, cremas, papel higiénico o toallitas húmedas.
  - Psoriasis.
  - Liquen escleroatrófico: suele afectar la piel del periné de una forma más extensa y, con frecuencia, en las mujeres afecta a la zona de la vulva.
- **Enfermedades sistémicas y trastornos psiquiátricos** (Ansari P, 2016; Fargo MV, 2012; Swamiappan M, 2016):
  - Diabetes, enfermedad celíaca, insuficiencia renal en estadios avanzados, anemia ferropénica, hipertiroidismo, conectivopatías, hipovitaminosis, leucemia, linfomas o enfermedades hepáticas. Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes están la ansiedad, el estrés y ciertos trastornos de personalidad.
  - La radiculopatía lumbosacra puede cursar con prurito anal idiopático.
- **Causas anales o colorrectales**:
  - Hemorroides: presentes en cerca del 50% de pacientes con PA. Son la causa más frecuente.
  - Fisuras y fístulas anales.
  - Prolapso rectal.
  - Neoplasias como la enfermedad de Bowen o la enfermedad de Paget en el ano.

### ¿Cómo se diagnostica?

El síntoma principal es el picor, que a su vez provoca necesidad de rascar. Otros síntomas frecuentes son irritabilidad, insomnio y pérdida de apetito, que pueden manifestarse con distinta intensidad. Cuando afectan de forma grave y persistente pueden llegar a provocar afectación emocional significativa. La presencia de picor agudo nocturno es habitual en pacientes que sufren pérdidas involuntarias de contenido fecal (Ansari P, 2016; Stermer E, 2009).

Es importante realizar una anamnesis dirigida a descartar posibles causas precipitantes del PA (Swamiappan M, 2016; MacLean J, 2010; Markell KW, 2010):

- Hábitos de higiene, ropa, alimentación o toma de fármacos.
- Determinar el patrón de los síntomas: inicio y duración del picor, momentos del día o de la noche en los que éste es más intenso, si interfiere con el sueño o el impacto en la calidad de vida.
- Presencia de otros síntomas: dolor anal, hábito intestinal (diarrea, estreñimiento), pérdidas de contenido fecal o presencia de moco y/o sangre en las deposiciones.
- Determinar coexistencia de enfermedades dermatológicas que pueden afectar también a la zona perianal: dermatitis, urticaria y otros problemas alérgicos.
- Antecedentes de enfermedades sistémicas que pueden cursar con prurito: diabetes, insuficiencia renal o enfermedades hepáticas.

La exploración física se considera fundamental y debe comprender la inspección general de la piel, incluidas las axilas, ingles, uñas y cuero cabelludo para descartar enfermedades dermatológicas, además de observar con especial atención toda la zona genital, incluido el vello púbico (Henderson PK, 2014). La presencia de eritema rojo brillante suele indicar infección reciente, mientras que la hiperpigmentación o la liquenificación suele estar en relación con procesos inflamatorios crónicos. La posición de rodillas contra el pecho permite obtener más información que la lateral. Se recomienda realizar un tacto rectal en todos los casos para descartar la presencia de fisuras, hemorroides externas o internas (Henderson PK, 2014; Kuehn HG, 2009).

En general, no suelen ser necesarios los estudios complementarios, aunque en algunos casos puede estar indicado realizar una analítica con hemograma y bioquímica si se sospechan enfermedades sistémicas, o serología y toma para cultivos para descartar infecciones. Ante la sospecha de infestación por oxiuros se puede solicitar al paciente que se aplique una cinta adhesiva de celofán en la zona de piel que rodea el ano en las primeras horas de la mañana. El diagnóstico de confirmación se realizará con la observación en el microscopio de los huevos que han quedado adheridos a la cinta.

Puede ser necesaria la realización de una biopsia en presencia de lesiones de etiología incierta o una colonoscopia si además existen alteraciones en el hábito intestinal o antecedentes de sangrados (Swamiappan M, 2016; Henderson PK, 2014).

¿Cuál es su tratamiento?

Existe poca evidencia disponible en el manejo del PA, pocos estudios y, en general, de baja calidad. En general se recomiendan iniciar el tratamiento con medidas específicas para tratar las causas subyacentes que lo provocan a la vez que las recomendaciones generales y en el caso de persistencia de los síntomas, administrar medidas más intensas para el tratamiento del picor (Ansari P, 2016; Foxx-Orenstein AE, 2014; Stermer E, 2009). Algunos autores han observado una respuesta más eficaz de los síntomas en pacientes que tienen una causa subyacente así como en los que se manejan de forma temprana desde la consulta médica (Oueidat D, 2014).

**Recomendaciones generales de tratamiento del PA (secundario e idiopático)** (Swamiappan M, 2016; Henderson PK, 2014; Clark SJ, 2016; MacLean J, 2010).

- Medidas para lograr un hábito intestinal adecuado: evitar el exceso de líquidos en pacientes con pérdidas fecales o diarrea, e ingesta suficiente con aporte adicional de fibra en los que cursan con estreñimiento, con objeto de conseguir una consistencia de las heces que apenas requiera el uso de papel higiénico.
- Evitar estar sentado durante mucho tiempo y usar cojines protectores si fuera necesario.
- Higiene adecuada: evitar el exceso de limpieza que con frecuencia se observa en estos pacientes y que suele empeorar los síntomas. Se recomienda limpiarse después de cada deposición, evitar hacerlo con papel higiénico perfumado, frotarse o rascarse con energía. Pueden recomendarse los baños de asiento de agua templada en el bidet o limpiarse con un paño de algodón humedecido en agua caliente y secar la zona perianal con el secador de pelo. Deben evitarse los jabones y el gel de baño; son preferibles las lociones limpiadoras sin jabón y las cremas acuosas o emolientes. La higiene inmediata es la medida más eficaz en pacientes que presentan pérdidas espontáneas de contenido fecal.
- Evitar factores irritantes locales o que provocan humedad por el sudor, como la ropa interior apretada y de fibras sintéticas. Se recomienda utilizar prendas de algodón y holgadas. También puede ser recomendable evitar algunos alimentos o medicaciones tópicos o sistémicas señaladas en el apartado de las causas.
- Evitar el rascado, que muchas veces ocasiona erosiones de sangrado. Con frecuencia, el picor es intenso por la noche y el rascado se produce de forma inconsciente. En estos casos puede ser necesaria la prescripción de antihistamínicos con efecto sedante como la difenhidramina a dosis de 25-50 mg o 12,5-25 mg de **hidroxizina** antes de acostarse. En algunos pacientes con PA que asocian síntomas neuropáticos como quemazón o pinchazos, pueden beneficiarse de antidepresivos tricíclicos con efecto sedante, como la **amitriptilina** a dosis bajas de 25-100 mg.
- Recomendar tener las uñas cortadas y usar guantes o manoplas por la noche.
- Puede ser útil la aplicación local de pomadas dermoprotectoras tras la ducha con función de barrera con óxido de zinc, petrolato o con ácido tánico. Éstas suelen aliviar los síntomas de picor en pacientes que padecen pérdidas fecales. No deben recomendarse cremas locales con antihistamínicos porque no suelen ser suficientes para aliviar el picor y pueden sensibilizar la piel.

Tratamiento de causas específicas

- Tratamiento de las infecciones (Stermer E, 2009; Markell KW, 2010):
  - *Infecciones por hongos*: el tratamiento de la tiña debe realizarse con **terbinafina** o imidazol tópico. Se recomienda el tratamiento de la candidiasis con crema de imidazol cuando ésta es patógena (pacientes diabéticos, tras tratamiento con corticoides o antibióticos).
  - *Infecciones bacterianas*: deberá realizarse con cremas tópicas que contengan **ácido fusídico** o **mupirocina** y antibióticos orales cuando existe prurito prolongado de más de un año o cambios tróficos en la piel. En presencia de *Corinobacterium minutissimum* (eritrasma) debe tratarse con **eritromicina** 1 g/día dividida en cuatro dosis durante 10 días.
  - *Infecciones por parásitos*: en caso de infestación por oxiuros, el tratamiento consiste en una dosis única de 100 mg de **mebendazol** que podrá repetirse a la semana para evitar recurrencias. Deben extremarse las condiciones higiénicas personales de todos los miembros de la familia, así como la higiene del baño y de las ropas de cama (lavarlas dos veces por semana).
- Tratamiento de las alteraciones anorectales: deberá considerarse el tratamiento específico de fisuras, hemorroides u otras alteraciones anorectales que dificulten la limpieza adecuada de la zona perianal.
- Tratamiento adecuado de las enfermedades sistémicas que pueden cursar con PA.
- Tratamiento específico de las enfermedades dermatológicas.

Recomendaciones para el tratamiento del PA idiopático que no responde a las medidas generales

- En presencia de PA leve-moderado que cursa con mínimos cambios de la piel, la aplicación local de corticoides tópicos de baja potencia como la **hidrocortisona** al 1% dos veces al día después de lavarse y durante un periodo no mayor de dos semanas, ha demostrado su eficacia en el alivio de los síntomas (Al-Ghnaniem R, 2007). El uso de otros corticoides más potentes o durante un periodo mayor puede provocar atrofia cutánea y empeorar los síntomas de prurito. En general, se deben recomendar las pomadas frente a las cremas porque provocan menos irritación y atrofia local (Markell KW, 2010).
- Existen estudios a favor de la eficacia de la **capsaicina** local a concentración de 0,006% en el tratamiento del PA (Lysy J, 2003) y puede ser una opción segura y eficaz en el tratamiento del PA grave. A esta concentración tan baja no está comercializada y necesita de su preparación en farmacia (Swamiappan M, 2016; Fargo MV, 2012).
- El PA rebelde, con grave impacto en la calidad de vida y que no responde a las medidas anteriores, es tratado por algunos autores con infiltraciones subcutáneas locales de azul de metileno, alcohol o fenol en la zona perianal con la finalidad de bloquear la sensibilidad de las terminaciones nerviosas que causan el picor (Samalavicius NE, 2012; Sutherland AD, 2009; Markell KW, 2010).

- En pacientes con dermatitis atópica y PA persistente, algunos autores han observado en estudios de pocos pacientes y durante un corto periodo de tiempo, la posible eficacia del tratamiento tópico con tacrolimus a una concentración del 0,03% en el control de los síntomas, sin embargo sus beneficios no han quedado confirmados de forma concluyente (Ucak H, 2013).

Bibliografía

- Al-Ghnanien R, Short K, Pullen A, Fuller LC, Rennie JA, Leather AJ. 1% hydrocortisone ointment is an effective treatment of pruritus ani: a pilot randomized controlled crossover trial. Int J Colorectal Dis. 2007;22(12):1463-7. PubMed [PMID: 17534634](#)
- Ansari P. Pruritus Ani. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29(1):38-42. PubMed [PMID: 26929750](#). [Texto completo](#)
- Clark SJ. Benign anal disease. JAAPA. 2016;29(11):23-9. PubMed [PMID: 27749400](#)
- Fargo MV, Latimer KM. Evaluation and management of common anorectal conditions. Am Fam Physician. 2012;85(6):624-30. PubMed [PMID: 22534276](#). [Texto completo](#)
- Foxx-Orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2014;10(5):294-301. PubMed [PMID: 24987313](#). [Texto completo](#)
- Gupta PJ. Consumption of red-hot chili pepper increases symptoms in patients with acute anal fissures. Ann Ital Chir. 2008;79(5):347-51. PubMed [PMID: 19149363](#)
- Henderson PK, Cash BD. Common anorectal conditions: evaluation and treatment. Curr Gastroenterol Rep. 2014;16(10):408. PubMed [PMID: 25189660](#)
- Kuehn HG, Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Relationship between anal symptoms and anal findings. Int J Med Sci. 2009;6(2):77-84. PubMed [PMID: 19277253](#). [Texto completo](#)
- Lysy J, Sistieri-Iltah 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. PubMed [PMID: 12912865](#). [Texto completo](#)
- MacLean J, Russell D. Pruritus ani. Aust Fam Physician. 2010;39(6):366-70. PubMed [PMID: 20628673](#). [Texto completo](#)
- Markell KW, Billingham RP. Pruritus ani: etiology and management. Surg Clin North Am. 2010;90(1):125-35, Table of Contents. PubMed [PMID: 20109637](#)
- Oueidat D, Bou Assi T, Jurjus A. Pruritus ani: more than a decade of personal experience in Lebanon. J Med Liban. 2014;62(4):203-6. PubMed [PMID: 25807717](#)
- Samalavicius NE, Poskus T, Gupta RK, Lunevicius R. Long-term results of single intradermal 1% methylene blue injection for intractable idiopathic pruritus ani:a prospective study. Tech Coloproctol. 2012;16(4):295-9. PubMed [PMID: 22669483](#)
- Stermer E, Sukhotnic I, Shaoul R. Pruritus ani: an approach to an itching condition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;48(5):513-6. PubMed [PMID: 19412003](#)
- Sutherland AD, Faragher IG, Frizelle FA. Intradermal injection of methylene blue for the treatment of refractory pruritus ani. Colorectal Dis. 2009;11(3):282-7. PubMed [PMID: 18513198](#)
- Swamiappan M. Anogenital Pruritus - An Overview. J Clin Diagn Res. 2016;10(4):WE01-3. PubMed [PMID: 27190932](#). [Texto completo](#)
- Ucak H, Demir B, Cicek D, Dertlioglu SB, Akkurt ZM, Ucmak D, et al. Efficacy of topical tacrolimus for the treatment of persistent pruritus ani in patients with atopic dermatitis. J Dermatolog Treat. 2013;24(6):454-7. PubMed [PMID: 23638997](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Clark SJ. Benign anal disease. JAAPA. 2016;29(11):23-9. PubMed [PMID: 27749400](#)
- Markell KW, Billingham RP. Pruritus ani: etiology and management. Surg Clin North Am. 2010;90(1):125-35, Table of Contents. PubMed [PMID: 20109637](#)
- Song SG, Kim SH. Pruritus ani. J Korean Soc Coloproctol. 2011;27(2):54-7. PubMed [PMID: 21602962](#). [Texto completo](#)

Autores

- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)

(1) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.  
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.  
(3) Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

