

# EL PRURITO ANAL Y SU TRATAMIENTO

Dr. ANTONIO CARDONER

Miembro Corresponsal de la Real Academia de Medicina de Barcelona

## Definición

SE designa con este nombre a la sensación de picor localizada en el orificio y márgenes del ano, que se presenta reiteradamente por accesos (con mayor frecuencia por la noche, en los primeros momentos de estar en la cama), y que cede momentáneamente por el rascado o —mejor aún— con el frío.

Seguramente éste es uno de los problemas que tiene planteados la Medicina, que ha dado lugar a una literatura más copiosa, porque puede enfocarse su estudio desde diversos puntos de vista y porque interesa por igual a internistas y cirujanos, a digestólogos, proctólogos, ginecólogos, dermatólogos y fisioterapeutas.

## Sintomatología

El prurito anal puede presentarse en todas las edades (en los adultos, con más frecuencia en los del sexo masculino), especialmente en individuos con inestabilidad vegetativa, de un modo discontinuo, por crisis de cosquilleo, hormigueo o verdadera picazón, instigadores del rascado que los calma por breve espacio de tiempo, puesto que la fase de tranquilidad va seguida de nuevo prurito. Habitualmente las crisis sobrevienen en número de 3 a 4 al día; si se hacen muy frecuentes pueden producir insomnio y llegar a repercutir sobre el estado general. Las alternativas de prurito y alivio dan lugar (al cabo de unas cuantas veces de producirse) a que los momentos de calma se acompañen de una especial e intensa sensación de paz, que reemplaza a la desazón y frenesí que experimentaba el enfermo. Llama la atención que por muy intenso que sea el prurito anal, cesa cuando el paciente con su rascado llega a la emisión de sangre o bien cuando se aplica frío a esta región.

A la exploración local a veces no se puede encontrar (a pesar de la observación más cuidadosa) ninguna alteración del revestimiento cutáneo anal ni de las regiones próximas; a esta modalidad del prurito anal se le

ha apellidado *esencial*, denominación a nuestro entender errónea, puesto que creemos que todo prurito es sintomático, que todo prurito tiene una causa, aunque a veces sea difícil ponerla en evidencia. En la mayor parte de los casos la piel modificada anal está *eczematizada*, húmeda y tumefacta, o *liquenificada*, brillante y con zonas nacaradas, o con pequeñas pérdidas de substancia (cuyo contacto produce escozor), o *agrietada* (en particular en el fondo de los pliegues radiados); raramente se ven *impetiginizaciones*, porque el natural pudor del enfermo (cualquiera que sea la clase social a que pertenezca), le induce a cuidar de la limpieza de esta región que va a ser explorada.

### Etiología

La exploración de un enfermo con prurito anal no debe limitarse a la región en que subjetivamente lo aqueja, sino que debe insistir en la averiguación de la causa que lo provoca, con el objeto de poder establecer un tratamiento etiológico verdaderamente eficaz.

El *interrogatorio* que habrá precedido a la exploración, ya habrá revelado en muchos casos la existencia de oxiuros, de diarreas, de flujos anormales procedentes de trayectos fistulosos, o la de determinadas condiciones de humedad y temperatura inherentes a la profesión del enfermo (verbi gracia: conductores de camiones), o a la obesidad. En todos estos casos la irritación mecánica y la maceración de la piel anal facilitan su destrucción por substancias de las heces fecales o del propio sudor.

La *inspección* del ano pone de manifiesto con suma frecuencia (aun en adultos), al separar sus márgenes, algún oxiuro moviéndose, lo cual basta para sentar un diagnóstico etiológico. También por inspección se reconocerá la existencia de hemorroides externas, que azulean bajo la piel, las cuales pueden ser asimismo el factor determinante de la aparición de esta dolencia. Con menos frecuencia la inspección ofrece a la vista del médico el orificio de una fístula cuyo trayecto deberá ser explorado por la palpación mediata con un estilete.

El *tacto rectal* puede dar a conocer la presencia de una inflamación localizada de alguna válvula semilunar (criptitis) o la de neoformaciones benignas (papilitis, pólipos o adenomas, fibromas) o malignas en el conducto anal y recto inferior, diagnóstico que será completado por la siguiente etapa de la exploración.

Esta es la *anuscopia* que, además de confirmar los datos obtenidos por el tacto rectal, es la única fuente de información (aparte del interrogatorio) acerca de la existencia de hemorroides internas, posibles causas determinantes de un prurito.

Cuando este metódico reconocimiento no haga evidente una causa local y próxima del prurito anal, debe pensarse en un trastorno metabólico (enfermedad hepática, artrismo, diabetes), ciertas intoxicaciones como el alcoholismo, o (quizás con mayor frecuencia) una avitaminosis B. Finalmente —y en último término—, no es posible desconocer que en ciertas ocasiones, el prurito anal es la consecuencia de enfermedades del aparato genito-urinario, como la hipertrofia prostática, el fimosis o la desviación uterina. En cambio, concedemos escasa importancia a la alergia y a la infección en estos casos (opinión confirmada por los resultados del tratamiento); las especiales condiciones de esta región constantemente contaminada, crean en ella una especial resistencia, superior a la del resto del revestimiento cutáneo.

### Patogenia

La paciencia de algunos enfermos y la comparación de los resultados proporcionados por diversas clases de tratamientos nos han conducido a plantear esta cuestión en los siguientes términos:

Cualesquiera que sean las causas remotas o próximas del prurito anal, obran por uno de estos dos mecanismos: *éxtasis sanguíneo y linfático* en el territorio irrigado por las anastomosis entre los vasos hemorroidales medios e inferiores, y *avitaminosis del complejo B*, que en último término pueden reducirse a una sola: disminución de la respiración tisular local.

El *éxtasis sanguíneo y linfático*, a nivel de las anastomosis entre los vasos hemorroidales medios e inferiores, puede ser activo y pasivo. El primero es debido al contacto del revestimiento cutáneo mucoso del conducto anal con materiales toscos (vestidos apretados, papeles higiénicos groseros) o sustancias irritantes químicamente (del sudor o de una dispepsia intestinal). El éxtasis pasivo (mucho más frecuente), es inherente a la existencia de varices anales o de hemorroides internas; sin embargo, con igual frecuencia dicho éxtasis pasivo resulta de alteraciones locales de la sensibilidad como las que provocan los oxiuros (que salen a poner sus huevos) o las que se deben a la existencia de lesiones que actúan como cuerpos extraños (papilitis, pólipos, fibromas). Tanto la irritación mecánica como la química del ano (por reflejo), determinan a su vez un aumento de tono de la porción profunda del aparato esfinteriano anal, y una constricción de los vasos que discurren por dentro del mismo y —aún— entre sus mismas fibras, con el correspondiente remanso circulatorio, que a su vez da lugar a una amortiguación del metabolismo intermediario de los tejidos irrigados y drenados por dichos vasos. Por esto la agitación mecánica que supone

el rascado, así como la emisión de sangre y la aplicación de frío resuelven instantáneamente el prurito.

La *avitaminosis del complejo B* ordinariamente es la consecuencia de un tránsito intestinal acelerado o del empleo de sulfamidas o antibióticos que impiden a la flora bacteriana intestinal realizar la síntesis de las vitaminas que lo integran. Para el caso que nos ocupa, la más importante es el factor PP, que forma parte integrante de la codehidrasa; pero además de este papel como aceptor de hidrógeno tiene otro no menos notable como vasodilatador capilar y activador de la circulación periférica. Su déficit tiene —por lo tanto—, además de efectos químicos, el de favorecer el éxtasis sanguíneo. Para los resultados del tratamiento, todo enfermo con prurito anal debe ser considerado afecto de una avitaminosis B, y especialmente del factor PP.

### Tratamiento

La terapéutica del prurito anal debe abarcar: a) la causa remota de su aparición; b) el éxtasis venoso, que es consecuencia de la anterior, y la avitaminosis B, y c) las lesiones cutáneas, que son a la vez consecuencia y causa del prurito. Los tres tratamientos deben hacerse simultáneamente puesto que cada uno combate una parte del círculo vicioso que en último término constituye esta enfermedad.

Debe tenerse en cuenta que sin tratar la causa no es posible asegurar la curación definitiva. Todos los tratamientos sintomáticos son de efectos temporales; por lo que se refiere a los que prometen soluciones radicales y definitivas, tales como las intervenciones quirúrgicas, el sueño prolongado, las inyecciones de alcohol y la radioterapia, no las aconsejamos, pues los inconvenientes que les son inherentes no son compensados por los resultados que proporcionan.

a) *Tratamiento etiológico.* — Basta releer el apartado correspondiente para perseguir debidamente las causas remotas del prurito. Las más frecuentes son: las diarreas, los oxiurus, las varices anales y las hemorroides internas que se combatirán con los medios adecuados. ,

b) *Tratamiento del éxtasis sanguíneo.* — Lo que hace el enfermo al rascarse es combatir instintivamente el éxtasis sanguíneo, pero éste es un mal procedimiento, ya que da lugar a pequeñas pérdidas de substancia de la piel que son punto de partida de sensaciones de escozor y origen de nueva congestión local y nuevo prurito; por consiguiente: un círculo vicioso. Es preferible conseguir la colaboración del enfermo dándole a entender que para calmar su molestia debe efectuar pequeñas presiones sobre la región anal como si quisiera vaciar una esponja empapada de agua. Otro

medio excelente, pero de efectos temporales como todos, es la aplicación de frío, que provoca una vasoconstricción local.

Otra medicación del prurito anal (que combate el éxtasis sanguíneo), introducida en la práctica por CHARPY, GRAPIN y BARY es el Cardiazol, tónico vascular central; carece de toxicidad, no se acumula ni provoca efectos secundarios; puede ser empleado en hipertensos porque únicamente hace subir la presión baja. Se inyectan por vía intramuscular 10-20 ctgr. y al mismo tiempo se administra igual cantidad por vía bucal. Su inconveniente es que únicamente hace cesar la crisis requiriendo ser administrado cada tres horas para conseguir efectos permanentes.

El mejor medio que existe en la actualidad para combatir la causa próxima del prurito anal (esto es, el éxtasis sanguíneo) es el complejo vitamínico B y —dentro del mismo— las vitaminas B<sub>2</sub> (riboflavina) y factor PP (ácido nicotínico); 1 miligr. de B<sub>2</sub> por vía parenteral y 10-40 ctgr. de factor PP dos veces al día en forma de amida por vía bucal. Como hemos expuesto al tratar de la patogenia, ambas vitaminas contrarrestan el déficit de la respiración tisular, y el ácido nicotínico (por su parte) activa la circulación.

Se asemejan a esta medicación —en cuanto corrigen trastornos del metabolismo— los tratamientos de las auto o heterointoxicaciones que se hayan encontrado por el interrogatorio del enfermo o su exploración complementaria (artritis, diabetes, alcoholismo, etc.).

c) *Tratamiento de las lesiones cutáneas.* — Como preventivo, deben prohibirse al enfermo los jabonamientos frecuentes que maceran la piel de transición anal. Por el contrario, a menudo basta para resolver el círculo vicioso prurito-lesión, la aplicación (antes de defecar) de una pasta protectora a base de linimento oleocalcáreo que evita el contacto de la región con las heces fecales.

Según la literatura médica mundial puede ser muy útil para sustraer agua del tegumento anal, la aplicación de pomadas del 1 al 2,5 por 100 de acetato de hidrocortisona o de hidrocortisona, de cuyo empleo carecemos de experiencia, pero cuyos resultados son también temporales, según los autores.

Para las lesiones de intertrigo (grietas localizadas en el fondo de los pliegues radiados del ano) es conveniente (además de la protección antes de la defecación con pastas al linimento oleocalcáreo), la aplicación, después de la expulsión de las heces y lavado de la región con agua, de una pomada ictiolada al 3 por 100.