

## Abordagem clínica do prurido anal

### *Clinical approach to anal itching*

Pedro Martins\*<sup>1</sup>, Sandra Ribeiro Correia\*<sup>2</sup>, Salvador Bodião<sup>1</sup>, Marta Viúla Ramos<sup>1</sup>, Rita Matos Prata<sup>1</sup>, Tiago Pereira Guedes<sup>2,3</sup>, Sandra Barbeiro<sup>4</sup>, Rafaela Loureiro<sup>1</sup>, F. Castro Poças<sup>2,3</sup>

\*Os autores contribuíram de igual modo na elaboração das presentes recomendações.

<sup>1</sup> Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa

<sup>2</sup> Serviço de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

<sup>4</sup> Serviço de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de Leiria, Leiria

### RESUMO

O prurido anal (PA) constitui um sintoma frequente na prática clínica, com potencial impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, podendo afetar cerca de 1-5% da população, sendo mais prevalente nas 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> décadas e no sexo masculino.<sup>1</sup> Podem ser identificados, entre outros, como fatores de risco a higiene deficitária/excessiva, ansiedade, consumo de alguns alimentos, bebidas alcoólicas e tabaco<sup>1</sup>. Um aspeto fundamental da abordagem diagnóstica do prurido anal consiste na diferenciação entre o prurido anal **primário** (idiopático) e **secundário**. Este último associando-se a patologias anorretais, infecciosas, neoplásicas, inflamatórias cutâneas e doenças sistémicas. O tratamento do PA pode ser desafiante e de longa duração. Nos casos de prurido secundário em que uma etiologia exata é identificada, deve ser realizada terapêutica específica e dirigida a essa patologia. De forma global, como terapêutica do PA estão recomendadas a implementação de cuidados gerais e dietéticos, terapêutica tópica e/ou sistémica.

### ABSTRACT

Anal itching (AI) is a frequent symptom in clinical practice, with a potential negative impact on patients' quality of life, affecting approximately 1-5% of the population, more prevalent in the 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> decades and in males. Some risk factors include poor/excessive hygiene, anxiety, consumption of certain foods, alcoholic beverages and tobacco. It's important to differentiate between primary (idiopathic) and secondary anal itching. Secondary AI is associated with anorectal, infectious, neoplastic, cutaneous inflammatory and systemic diseases. The treatment of AI can be challenging. In cases of secondary AI where an exact etiology is identified, specific and targeted therapy for that pathology should be performed. Overall, the management of AI includes implementing general and dietary care, topical and/or systemic therapy.

## INTRODUÇÃO

O prurido anal é uma condição caracterizada por prurido e/ou ardor na região perianal. Afeta 1 a 5% da população e é quatro vezes mais prevalente em homens do que em mulheres, sendo mais comum entre a quarta e a sexta décadas de vida [1]. Apesar de não constituir risco de morte, é um sintoma muito desagradável com grande impacto na qualidade de vida dos doentes e que pode condicionar distúrbios psicológicos [2].

O prurido anal classifica-se como idiopático quando não é identificada nenhuma causa subjacente, ou secundário quando surge no contexto de uma patologia específica. Estão reportadas cerca de 100 causas diferentes de prurido anal, sendo as doenças anorretais as mais frequentes [3].

A literatura é discordante no que diz respeito à distribuição de casos de prurido anal idiopático e secundário. Consoante os autores, a proporção de casos de prurido anal idiopático varia entre 25 a 90% [3-6].

O tratamento do prurido anal idiopático é desafiante, e a evidência a suportar as diferentes intervenções propostas é limitada, pelo que é fundamental uma adequada anamnese e observação proctológica para identificar casos de prurido secundário que tipicamente resolvem com tratamento dirigido à etiologia.

## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

O prurido é um sintoma desagradável que desencadeia o desejo ou reflexo de coçar [7]. O prurido anal é mediado por fibras nervosas do nervo pudendo, cujas terminações nervosas se localizam superficialmente no ânus e região perianal e são ativadas por diferentes estímulos mecânicos e químicos que variam consoante a etiologia do prurido anal [8]. Independentemente do fator desencadeante, o coçar da região afetada não só não fornece o *feedback* negativo adequado para eliminar o prurido, como cria um ciclo vicioso em que as lesões resultantes da coceira vão contribuir com um estímulo adicional para coçar, perpetuando o prurido – o chamado “*itch-scratch-itch cycle*” [1, 4].

### Prurido anal idiopático

A contaminação fecal da região perianal parece ser o denominador comum nos casos de prurido anal idiopático [4]. A pele da região perianal reage de forma diferente à restante pele do corpo ao contacto com fezes, desencadeando prurido [9]. Qualquer fator que propicie o *soiling* aumenta a exposição da pele perianal aos irritantes presentes nas fezes e tem o potencial para desencadear prurido anal [3]. Os doentes com prurido anal têm maior probabilidade de ter menor consistência das fezes, beber maiores quantidades de água e referir *soiling* [10, 11]. Reforçando o papel do *soiling*, está também demonstrado que estes doentes têm um reflexo inibitório retoanal exagerado e apresentam escorrimento anal mais precocemente durante testes de infusão retal de soro fisiológico [12, 13].

Fatores dietéticos como o consumo de café, álcool e picantes podem agravar o prurido [3]. Não é claro se estes alimentos causam diretamente irritação da região perianal ou se agravam o prurido indiretamente ao aumentar o corrimento e *soiling*.

A sensação de sujidade leva a que os doentes adotem medidas de higiene mais agressivas, que paradoxalmente se revelam prejudiciais. O esfregar vigorosamente a região perianal e a utilização de produtos que contêm químicos como o álcool, vão agravar a irritação numa pele já macerada e criam um ciclo de *feedback* positivo que agrava o prurido [5].

## Prurido anal secundário

### Doenças anorretais

O prurido anal é um sintoma acompanhante frequente na doença anorretal, estando presente em mais de metade dos doentes observados em consulta de Proctologia [14]. As doenças anorretais são a principal causa identificada de prurido anal secundário [6]. Causas identificadas incluem a doença hemorroidária, fissura anal, fístula perianal, prolapso retal e abcesso retal que contribuem para o prurido ao aumentar a contaminação fecal e/ou a humidade da região perianal [1].

### Infeções

Para além das diferentes infeções sexualmente transmissíveis, existem várias infeções que podem causar prurido anal. As infeções fúngicas, particularmente por *Candida* são responsáveis por até 15% dos casos de prurido anal [15, 16]. O eritrasma, uma infeção da pele causada pelo *Corynebacterium minutissimum* é responsável por cerca de 10% dos casos [10, 17]. Apesar de frequentemente associada a prurido anal, a oxiuríase, infeção causada pelo *Enterobius vermicularis* é uma causa rara de prurido anal em adultos [5].

### Neoplasias

Variadas neoplasias anais e perianais podem manifestar-se com prurido anal. Apesar de raras, a doença de Paget perianal (adenocarcinoma cutâneo *in situ*) e a doença de Bowen perianal (carcinoma pavimento-celular cutâneo *in situ*) associam-se a prurido em metade dos doentes [3].

### Doenças dermatológicas

O prurido anal pode resultar de doenças dermatológicas sistémicas com envolvimento da região perianal como a psoríase (particularmente a psoríase inversa), dermatite atópica, dermatite seborreica e o líquen escleroso [1].

### Doenças sistémicas

Várias doenças sistémicas como as doenças colestáticas, diabetes mellitus e a doença renal crónica cursam com prurido; contudo estas doenças tipicamente causam prurido generalizado e não prurido anal, especificamente [1].

Tabela 1. Etiologias de prurido anal secundário

ETIOLOGIA DO PRURIDO ANAL SECUNDÁRIO	
<b>DOENÇAS ANORRETAIS</b>	Doença hemorroidária Fissura anal Fístula perianal Prolapso rectal
<b>INFEÇÕES</b>	Candidíase Oxiuríase Eritrasma ( <i>C. minutissimum</i> ) Escabiose
	Infeções sexualmente transmissíveis
<b>NEOPLASIAS</b>	Doença de Paget Doença de Bowen Carcinoma pavimento-celular Micose fungóide Melanoma
<b>DOENÇAS DERMATOLÓGICAS</b>	Dermatite atópica Dermatite seborreica Psoríase Líquen escleroso Dermatite rádica
<b>DOENÇAS SISTÉMICAS</b>	<i>Diabetes mellitus</i> <i>Insuficiência renal (urémia)</i> <i>Doença hepática (colestática)</i> <i>Doença tiroideia</i>

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O principal objetivo na abordagem de doentes com prurido anal é a distinção entre prurido anal idiopático e prurido anal secundário. Devido à grande variedade de etiologias que pode condicionar este sintoma, o diagnóstico diferencial é vasto e muitas vezes difícil, o que impõe a necessidade de uma história clínica detalhada e de um exame proctológico apropriado [18].

No que diz respeito à história clínica, é importante inquirir a presença de fatores de alívio ou agravamento do prurido, nomeadamente se existe agravamento com fatores que promovam a humidade da região perianal, como a utilização de roupa interior apertada, ou com a aplicação de produtos de higiene como sabões ou cremes, frequentemente implicados no agravamento dos sintomas. Deve haver enfoque particular na história proctológica do doente, nomeadamente no que diz respeito à frequência das dejeções, à consistência das fezes e a alterações recentes do trânsito intestinal. Deve ser igualmente apurado se o doente apresenta história de patologia anorretal, nomeadamente de doença hemorroidária, fissuras ou fístulas anais [18, 19].

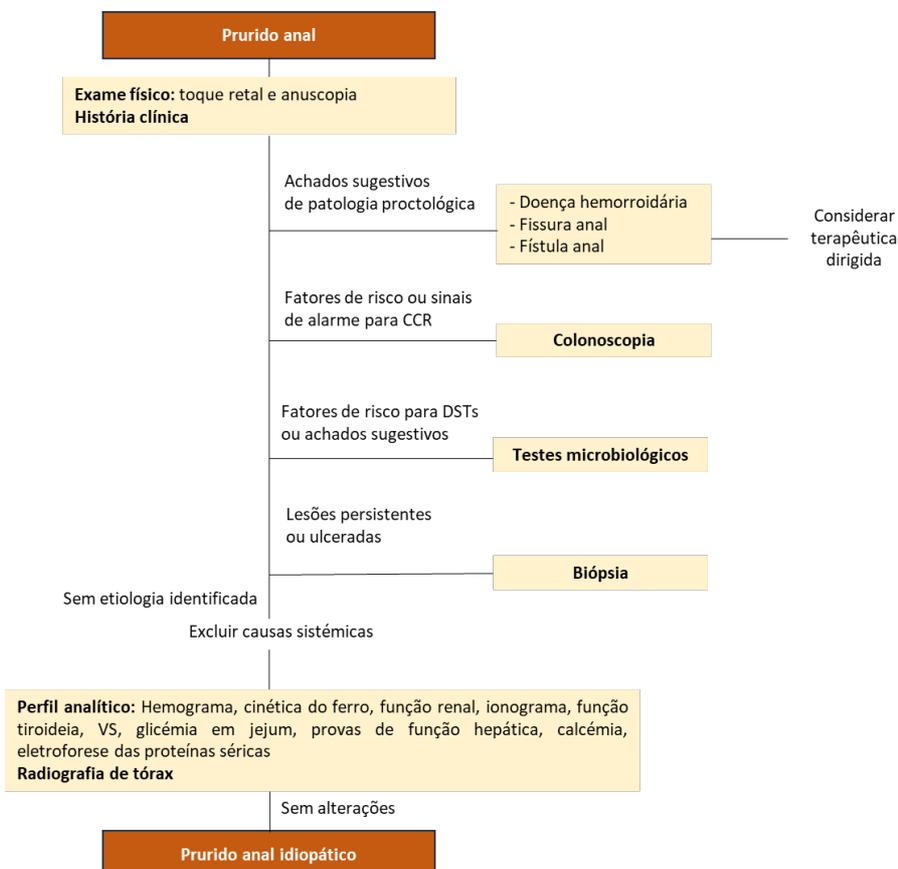
Relativamente ao exame físico, este deve focar-se não só na região perianal, mas incluir toda a região genital e perineal. Após uma inspeção visual primária, deve efetuar-se um toque retal. A anoscopia deve ser encarada como uma parte essencial do exame físico de doentes com prurido anal, de forma a excluir a presença de patologias comumente associada a este sintoma, nomeadamente doença hemorroidária, fístulas ou fissuras anais, uma vez que a sua presença irá condicionar a abordagem terapêutica dos doentes [3, 18].

Na presença de achados no toque retal, alterações recentes do trânsito intestinal, história de doença inflamatória intestinal de longa duração ou história familiar de adenomas e cancro colorretal, deve considerar-se a realização de colonoscopia.

As infeções são uma etiologia comum de prurido anal, pelo que a realização de testes microbiológicos deve ser considerada na abordagem de doentes com fatores de risco. Estes incluem a raspagem de placas eritematosas para pesquisa de fungos e a realização de esfregaços e cultura de lesões ulceradas para exclusão de doenças sexualmente transmissíveis [5].

A presença de lesões persistentes ou ulceradas, refratárias ao tratamento, requer a realização de biópsias, que devem incluir as áreas afetadas e de pele sã.

Figura 1. Abordagem diagnóstica do prurido anal



## TRATAMENTO

### Prurido anal secundário

O tratamento do prurido anal secundário deve ser dirigido à etiologia identificada, e geralmente este é suficiente para a resolução dos sintomas [18]. O prurido anal de etiologia infecciosa deve ser tratado com recurso a antivirais, antibióticos, antifúngicos ou anti-helmínticos, consoante o microrganismo identificado [5]. As dermatofitoses devem ser tratadas com recurso a imidazol tópico ou terbinafina. No caso de infeções bacterianas a *Streptococci* beta-hemolíticos, *S. aureus* e *C. minutissimum*, devem ser utilizados antibióticos tópicos como o ácido fusídico ou a mupirocina. A utilização de antibióticos orais deve ser considerada em doentes com prurido de longa duração ou na presença de alterações cutâneas. [3]. De igual modo, no prurido anal secundário a patologia proctológica, o tratamento dirigido resulta num alívio do prurido [5]. As mariscas podem dificultar a higiene perianal e a sua excisão pode estar indicada quando as medidas gerais de higiene não são eficazes [3, 4].

### Prurido anal idiopático

Após exclusão de causas secundárias, deve assumir-se o diagnóstico de prurido anal idiopático. Importa destacar que a evidência a suportar as diferentes intervenções terapêuticas no prurido anal idiopático é muito escassa, existindo poucos ensaios clínicos randomizados a confirmar a sua eficácia [5].

No tratamento do prurido anal idiopático, deve ser utilizada uma abordagem escalonada.

#### Medidas gerais e de higiene

O primeiro passo consiste em gerir as expectativas do doente, reafirmar a natureza benigna da sua condição [5, 10]. A educação do doente é fundamental para garantir a adesão a uma série de medidas gerais que promovam uma higiene anal adequada, a remoção de humidade na região anal, a evicção de agentes irritantes, alterações na dieta e promoção da proteção cutânea [1]. Estas medidas que têm como objetivo eliminar os estímulos pruritogénicos e quebrar o ciclo “*itch-scratch-itch*”, são eficazes em até 90% dos doentes [19].

- > Utilizar roupa interior larga e de algodão;
- > Evitar o uso de toalhetes, sabões ou loções na região perianal;
- > Lavar a região perianal com água morna no bidé ou com recurso a uma cabeça de chuveiro, e secar completamente com secador de cabelo;
- > Evitar coçar e esfregar vigorosamente a região perianal durante a higiene;
- > Aplicação de pó de talco ou algodão na região perianal para absorção da humidade;
- > Utilizar papel higiénico humedecido com água quente após as dejeções;

Na presença de irritação da pele perianal, como acontece em doentes com *soiling* ou diarreia, devem ser aplicados cremes barreira para proteção da pele, os mais frequentemente recomendados são à base de óxido de zinco [3-5, 18].

Certos alimentos frequentemente implicados no prurido anal como os frutos cítricos, chocolate, laticínios, tomate e picantes devem ser eliminados da dieta. A evicção de álcool, tabaco e cafeína também está igualmente recomendada [1, 4, 18].

Em doente com fezes líquidas, está recomendada uma dieta rica em fibras para aumentar a consistência das fezes e diminuir o *soiling*. A loperamida deve ser utilizada em doentes que não respondam ao aumento do consumo de fibra [18, 19].

### 1. Corticóides tópicos

Os corticóides tópicos são uma terapêutica de segunda linha e estão indicados em doentes refratários às medidas gerais. Importa destacar que a corticoterapia não é um tratamento curativo e a sua utilização durante um período prolongado induz atrofia cutânea, que pode agravar o prurido. O uso de corticóides como a hidrocortisona durante 2 a 4 semanas permite o alívio de sintomas, interrompendo o ciclo “*itch-scratch-itch*” o que permite a regeneração da pele escoriada [5, 20]. Após a regressão de sintomas, o corticóide deve ser gradualmente substituído por um creme barreira [3].

### 2. Tacrolimus tópico

Outra das terapêuticas de segunda linha, descrita na literatura, é a utilização de tacrolimus tópico. Num ensaio clínico conduzido em doentes com prurido anal idiopático, a utilização de tacrolimus tópico numa concentração de 0.03% teve um efeito significativo na redução da intensidade e frequência do prurido anal, após duas semanas de tratamento [21]. Contudo, os ensaios clínicos que se debruçaram sobre a sua utilização foram realizados em pequenas amostras da população. Em geral, esta terapêutica é bem tolerada, e parece ser mais eficaz em doentes com dermatite atópica [22].

### 3. Capsaicina tópica

A capsaicina, um composto presente nas malaguetas, foi proposta como um tratamento para o prurido devido à sua capacidade de inibir a libertação de histamina [5]. A sensação de queimadura autolimitada e intensa produzida pela sua aplicação produz um feedback inibitório que pode eliminar a necessidade de coceira [3].

Um ensaio clínico demonstrou eficácia da aplicação de capsaicina tópica 0.006% três vezes por dia, durante 14 dias no tratamento do prurido anal idiopático. Para manutenção do efeito foi necessário manter pelo menos uma aplicação diária [23]. O número limitado de doentes e a metodologia utilizada foram questionados numa meta-análise mais recente que põe em causa a validade destes resultados [24].

### 4. Injeção intradérmica de azul de metileno

O racional da utilização de azul de metileno no prurido anal prende-se com a sua capacidade de destruir as terminações nervosas que transmitem os estímulos pruritogénicos [5]. Esta técnica foi reportada em várias séries com taxas de sucesso entre os 20-88% [25-27]. Existe um risco

de necrose cutânea que pode ser minimizado com a injeção de menores volumes. Para além disso, a hipostesia da região perianal e a descoloração permanente são efeitos adversos conhecidos, pelo que deve ser uma técnica reservada para doentes com prurido refratário a todas as outras linhas terapêuticas, que condicione marcado impacto na qualidade de vida [3].

Figura 2. Tratamento do prurido anal

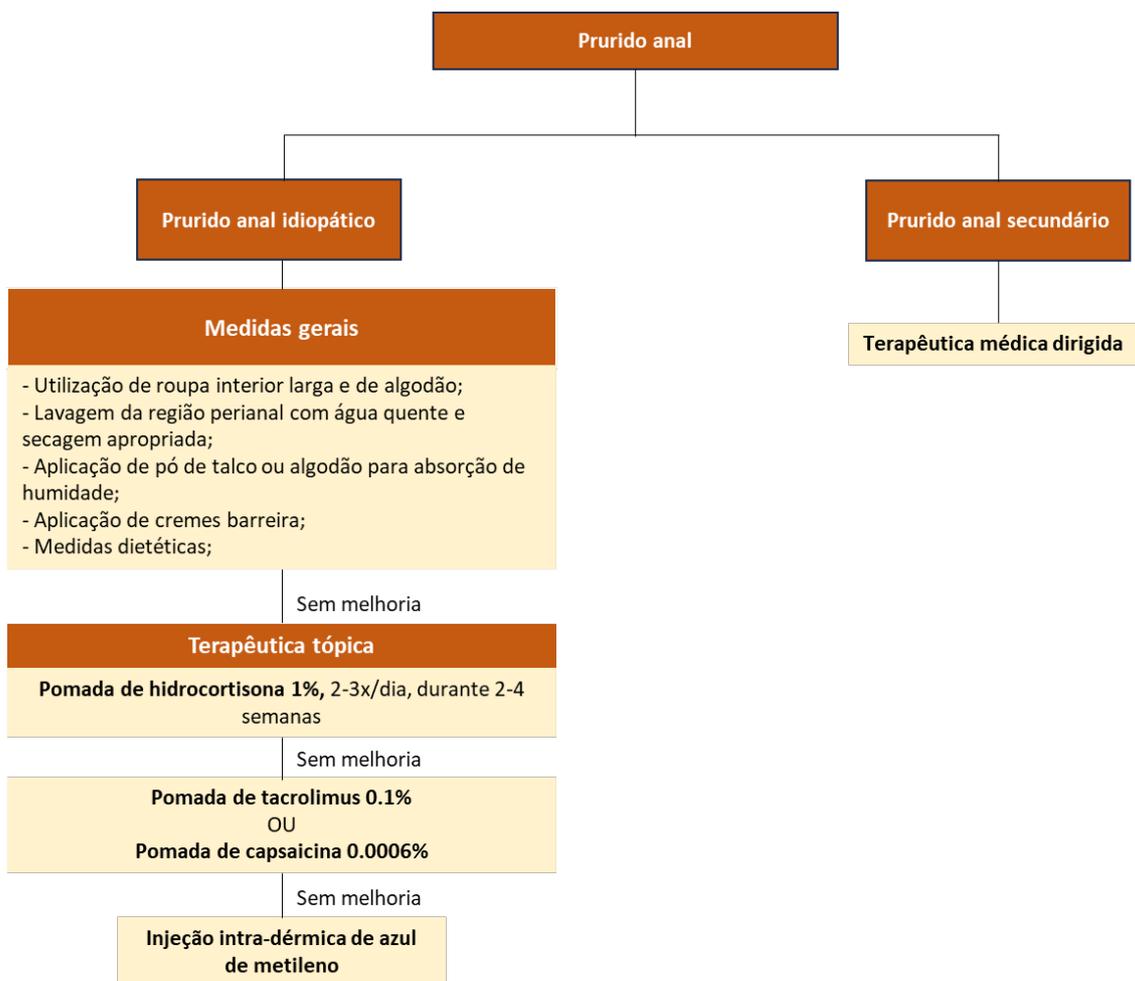


Tabela 3. Fármacos utilizados no tratamento do prurido anal

FÁRMACO	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA	DURAÇÃO DO TRATAMENTO
<b>HIDROCORTISONA</b> Carplexil® Pandermil® Hidrocortisona Bluepharma® Proctorrane®	1%	2 a 3 vezes por dia	2 semanas
<b>TACROLIMUS</b> Tacrolimus Cantabria® Protopic®	0.1%	2 vezes por dia	2 a 4 semanas
Capsaicina (não disponível em Portugal)	0.006%	3 vezes por dia	2 semanas Manter uma aplicação por dia se persistência dos sintomas após tratamento inicial

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nasser, Y.Y. and M.C. Osborne, *Pruritus Ani*. Gastroenterology Clinics of North America, 2013. 42(4): p. 801-813.
2. Hadasik, K., H. Arasiewicz, and L. Brzezinska-Wcislo, *Assessment of the anxiety and depression among patients with idiopathic pruritus ani*. Postepy Dermatol Alergol, 2021. 38(4): p. 689-693.
3. Siddiqi, S., et al., *Pruritus ani*. Ann R Coll Surg Engl, 2008. 90(6): p. 457-63.
4. Ortega, A.E. and X. Delgadillo, *Idiopathic Pruritus Ani and Acute Perianal Dermatitis*. Clin Colon Rectal Surg, 2019. 32(5): p. 327-332.
5. Ansari, P., *Pruritus Ani*. Clin Colon Rectal Surg, 2016. 29(1): p. 38-42.
6. Daniel, G.L., W.E. Longo, and A.M. Vernava, *Pruritus ani. Causes and concerns*. Dis Colon Rectum, 1994. 37(7): p. 670-4.
7. Liu, T. and R.R. Ji, *New insights into the mechanisms of itch: are pain and itch controlled by distinct mechanisms?* Pflugers Arch, 2013. 465(12): p. 1671-85.
8. Lesslar, O.J.L. and P.K. Smith, *Itch Beyond the Skin-Mucosal Itch*. Front Allergy, 2021. 2: p. 700368.
9. Caplan, R.M., *The Irritant Role of Feces in the Genesis of Perianal Itch*. Gastroenterology, 1966. 50(1): p. 19-23.
10. Smith, L.E., D. Henrichs, and R.D. McCullah, *Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani*. Dis Colon Rectum, 1982. 25(4): p. 358-63.
11. Friend, W.G., *The cause and treatment of idiopathic pruritus ani*. Dis Colon Rectum, 1977. 20(1): p. 40-2.
12. Farouk, R., G.S. Duthie, and D.C. Bartolo, *Abnormal transient internal sphincter relaxation in idiopathic pruritus ani: physiological evidence from ambulatory monitoring*. Br J Surg, 1994. 81(4): p. 603-6.
13. Allan, A., et al., *Physiological study of pruritus ani*. Br J Surg, 1987. 74(7): p. 576-9.
14. Scarborough, R.A., *Pruritus Ani: Its Etiology and Treatment*. Ann Surg, 1933. 98(6): p. 1039-45.
15. Bowyer, A. and I. McColl, *A study of 200 patients with pruritus ani*. Proc R Soc Med, 1970: p. 96-8.
16. Dodi, G., et al., *The mycotic flora in proctological patients with and without pruritus ani*. Br J Surg, 1985. 72(12): p. 967-9.
17. Bowyer, A. and I. McColl, *Erythrasma and pruritus ani*. Acta Derm Venereol, 1971. 51(6): p. 444-7.
18. Jakubauskas, M. and A. Dulskas, *Evaluation, management and future perspectives of anal pruritus: a narrative review*. Eur J Med Res, 2023. 28(1): p. 57.
19. Markell, K.W. and R.P. Billingham, *Pruritus ani: etiology and management*. Surg Clin North Am, 2010. 90(1): p. 125-35, Table of Contents.
20. Al-Ghnam, R., et al., *1% hydrocortisone ointment is an effective treatment of pruritus ani: a pilot randomized controlled crossover trial*. Int J Colorectal Dis, 2007. 22(12): p. 1463.
21. Suys, E., *Randomized study of topical tacrolimus ointment as possible treatment for resistant idiopathic pruritus ani*. J Am Acad Dermatol, 2012. 66(2): p. 327-8.
22. Ucak, H., et al., *Efficacy of topical tacrolimus for the treatment of persistent pruritus ani in patients with atopic dermatitis*. J Dermatolog Treat, 2013. 24(6): p. 454-7.
23. Lysy, J., et al., *Topical capsaicin--a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study*. Gut, 2003. 52(9): p. 1323-6.
24. Gooding, S., et al., *Systematic review of topical capsaicin in the treatment of pruritus*. Int J Dermatol, 2010. 49(8): p. 858-65.
25. Intra-dermal methylene blue, h.a.l.f.c., intractable pruritus ani, *Botterill, I D Sagar, P M*. Colorectal Dis, 2022. 4(2): p. 144-6.
26. Samalavicius, N.E., et al., *Long-term results of single intradermal 1 % methylene blue injection for intractable idiopathic pruritus ani: a prospective study*. Tech Coloproctol, 2012. 16(4): p. 295-9.
27. Eusebio, E. and G. Mody, *Treatment of intractable pruritus ani*. 33, 1990(9): p. 770-2.