

Artículo de revisión

Prurito anal, diagnóstico y propuestas terapéuticas: estudio de revisión de alcance reciente

Anal itching, diagnosis and therapeutic proposals: a recent review study.

Xavier Delgadillo,* Aurore Steiger,* Gervasio Salgado†

* Unité Spécialisée de Soins et Chirurgie, Centre Médico Chirurgical Volta, La Chaux-de-Fonds, Suiza.

† Hospital Ruber International, Madrid, España.

RESUMEN

El prurito anal es una patología con síntomas y signos complejos, generalmente idiopático, a menudo acompañado por un componente psicógeno. Es difícil, para el coloproctólogo, identificar las causas tanto primarias como secundarias del origen del prurito anal; deberá enfocarse en orientar al paciente con las mejores conductas higiénico-dietéticas posibles. Hemos realizado una revisión de alcance actualizada sobre la actitud inicial de diagnóstico y tratamiento comparada con nuestra experiencia aplicada a los casos de prurito anal. Muy frecuentemente, encontramos que el prurito anal es refractario al tratamiento inicial y que, ante el fracaso terapéutico, el paciente debe ser enviado al dermatólogo para una segunda opinión. Concluimos que, aunque es frustrante tanto para el paciente como para el cirujano, el no poder encontrar una causa objetiva al prurito anal es motivo para evitar todo procedimiento quirúrgico innecesario, a pesar de la presencia de lesiones anales concomitantes (solamente las biopsias son aceptadas).

Palabras clave: prurito anal, rascado, picazón (comezón), diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Pruritus ani is a pathology with complex symptoms and signs, generally idiopathic, often accompanied by a psychogenic component. It is difficult for the coloproctologist to identify both primary and secondary causes of the origin of the pruritus ani, and should be focused on guiding the patient with the best possible hygienic-dietary behavior. We have carried out an updated umbrella review on the initial attitude towards diagnosis and treatment compared with our experience in the case of pruritus ani. We concluded that the pruritus ani is frequently refractory to initial treatment and in case of a therapeutic failure, the patient should be sent to the dermatologist for a second opinion. We conclude that, although frustrating for both the patient and the surgeon, not being able to find an objective cause for anal pruritus is a reason to avoid any unnecessary surgical procedure, despite the presence of concomitant anal lesions (only biopsies are accepted).

Keywords: pruritus ani, scratching, itching (irritation), diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

El prurito anal es una patología con síntomas y signos complejos, generalmente idiopático, a menudo acompañado por un componente psicógeno.¹ Para el coloproctólogo, es difícil identificar las causas tanto primarias como secundarias del origen del prurito anal, y deberá enfocarse en orientar

al paciente con las mejores conductas higiénico-dietéticas posibles.² En las últimas dos décadas, muchas publicaciones han manifestado que el prurito anal puede ser primeramente un síntoma importante sin tener un origen definido, o ser secundario a procesos patológicos muy específicos.¹⁻³

Se ha hecho hincapié en las enfermedades inflamatorias de la piel, las infecciones cutáneas tanto bacterianas

Recibido: diciembre 2023. Aceptado: enero 2024.

Correspondencia: Xavier Delgadillo

E-mail: ex.delgadillo@yahoo.com

Citar como: Delgadillo X, Steiger A, Salgado G. Prurito anal, diagnóstico y propuestas terapéuticas: estudio de revisión de alcance reciente. Rev Mex Coloproctol. 2024; 20 (1): 28-34. <https://dx.doi.org/10.35366/117886>



como micóticas, las infestaciones parasitarias, las lesiones premalignas o las neoplasias malignas, tanto las enfermedades anorrectales y/o las enfermedades sistémicas, todas ellas pueden manifestarse con prurito perianal.^{2,4} Cuando *no se encuentra una etiología específica*, y esto pasa muy a menudo, el escenario clínico se le denomina «prurito anal idiopático». Este tipo inespecífico de prurito es responsable de 50 a 90% de los casos de rascado y afecta casi a 5% de la población europea. Es más frecuente en hombres que mujeres con una relación de 3-4 a 1.^{3,5}

El evento desencadenante, preciso y subyacente al prurito anal idiopático, a menudo es muy difícil de identificar.

Para orientarse hacia un buen diagnóstico dermatoproctológico, deben mencionarse dos excepciones notables: la primera, recalcar que en una historia clínica cuidadosa debe explorarse la higiene después de las deposiciones del individuo, tratando de identificar diversos patrones inadecuados, compulsivos excesivos y/o agresivos en la higiene anal;³ abuso de papel higiénico, toallitas húmedas y perfumadas, abuso de lociones y ungüentos de olor agradable, no son nada buenos para la piel perianal. Por el contrario, en la segunda, el examen físico confirma fácilmente a los pacientes con mala higiene.^{1,2}

Se han identificado varios factores atenuantes que pueden operar antes o durante el ciclo de picazón-rascado. Pero permanece todavía la duda, ¿cómo poder aplicar la experiencia del coloproctólogo a la realidad compleja del paciente que sufre de prurito anal?

Con este motivo nosotros hemos publicado hace dos años un algoritmo que aplicamos desde tiempos inmemorables, basado en los principios de Ginebra, propuesto en los años 90 por nuestro colega y referente Marti MC, quien preconizaba el buscar las causas del prurito anal, *las más frecuentes (Figura 1).*^{1,2}

Con el propósito de informar al joven cirujano, y afianzar los conocimientos del especialista, es que hemos realizado una revisión actualizada sobre la actitud inicial de diagnóstico y tratamiento comparada con nuestra experiencia en el caso de prurito anal.

METODOLOGÍA DE REVISIÓN

Para alcanzar nuestro objetivo, procedimos con una revisión de alcance reciente (del inglés *umbrella updated review*), no metaanalítica, exhaustiva de la literatura internacional, por acceso a través de motores de búsqueda informática.

Nuestro trabajo con los motores de búsqueda fue dividido en tres fases: una primera fase de análisis, una segunda de organización catalogada y finalmente una fase de respuestas a nuestra búsqueda, comprendida en un lapso de tiempo de dos décadas, de 2003 a 2023.

La primera fase fue realizada con un programa tipo *Crawler*, el cual procedió al escaneo en la web de forma metódica y automatizada de nuestras palabras clave (en inglés): 1. Prurito anal, 2. Rascado, 3. Picazón (comezón), 4. Diagnóstico y 5. Tratamiento. Los resultados crearon un índice general de datos del internet, con los diversos motores de búsqueda que fueron seleccionados por los rastreadores que guardaron y analizaron los datos en la parte textual de nuestra búsqueda, la cual fue tomada como base para proporcionar las respuestas a nuestras preguntas.

Los motores de búsqueda para ordenar los sitios basados sobre los datos, según la relevancia relativa con las diferentes palabras clave utilizadas, fueron los siguientes:

1. **Google Scholar** 81.90%, como el motor de búsqueda más utilizado en el mundo.

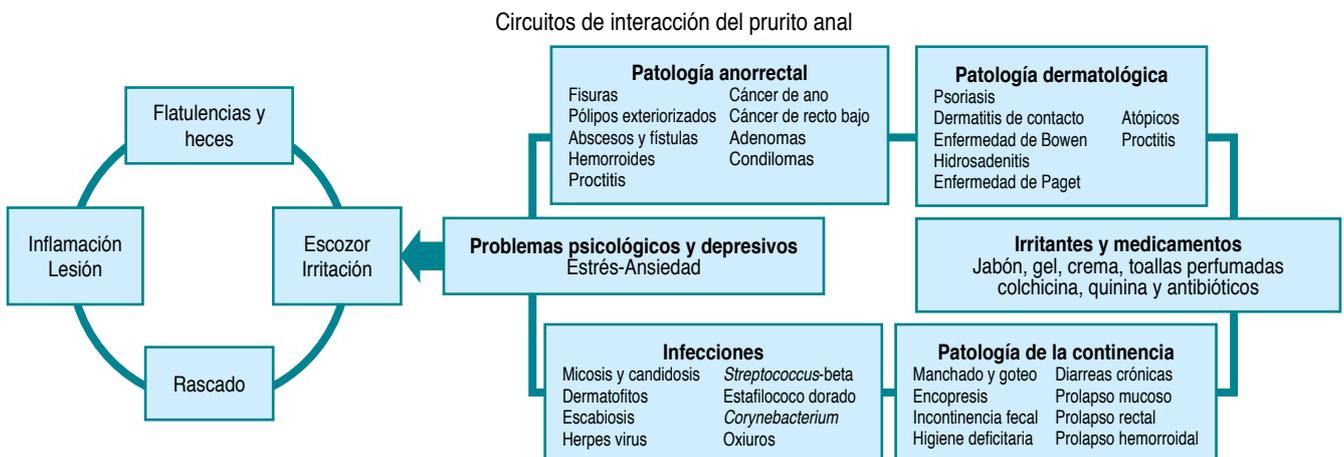


Figura 1: Circuitos de interacción del prurito anal con relación a factores desencadenantes y agravantes del entorno vicioso. Diseño® X. Delgadillo 2023. Basado en la experiencia de Ortega y Delgadillo en 2019.¹

2. **Bing** 5.09%, motor de búsqueda predeterminado en computadora Windows.
3. **Yahoo** 2.04%, motor de búsqueda predeterminado en Firefox.

Para comprender el funcionamiento de los motores de búsqueda y mejorar el posicionamiento en la SERP (página de resultados de motores de búsqueda) nos propusimos diferentes submotores de búsqueda médica, propiamente dicha:

1. **PubMed**, de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, como buscador de literatura médica más conocido del mundo (MEDLINE).
2. **Trip Database**, buscador de artículos médicos basado en la evidencia.
3. **HONcode Search**, el tercer motor de búsqueda rápida y eficaz, acreditando los criterios mínimos de calidad y fiabilidad.

En español, el buscador utilizado más importante fue **Medes**. Creado por la Fundación Lilly con el objetivo de promover la utilización del español como lengua para la transmisión del conocimiento científico en general y de las ciencias de la salud en particular.

La segunda opción interesante fue **SciELO**, una biblioteca virtual desde la cual accedimos a un gran número de revistas científicas en español (proyecto inicial desarrollado por el Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud y la FAPESP [Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo]), pero ahora se ha introducido la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud.

RESULTADOS

Con los motores de búsqueda en Google Scholar obtuvimos 8,160 resultados con relación al prurito anal (en inglés *pruritus ani*, *scratching*, *itching* (*irritation*), *diagnosis & treatment*), en Bing 41,500 resultados y finalmente en Yahoo 364,000 resultados.

Para afinar nuestra búsqueda nos limitamos a examinar la literatura médica en los siguientes motores de pesquisa: PubMed 136 resultados para prurito anal, 121 para rascado, 275 para picazón y 70 artículos para diagnóstico y tratamiento del prurito anal.

En español, se afinó la búsqueda con dos motores. El primero fue SciELO, con éste se obtuvieron 18 resultados para prurito anal, 11 para rascado, cinco para comezón (picazón) o escozor y, finalmente, dos para diagnóstico y tratamiento en el prurito anal. El segundo motor de búsqueda en español fue Medes; se lograron seis resultados

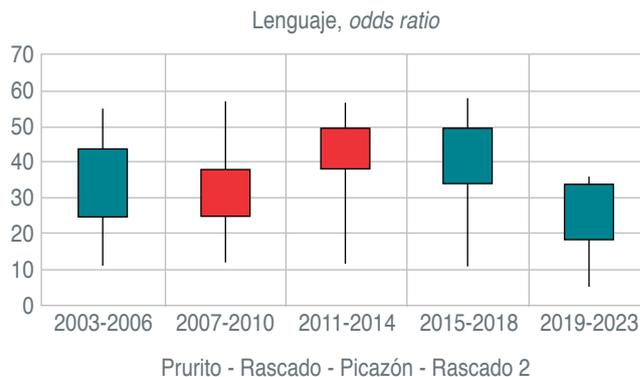


Figura 2: Diagrama del alcance de *odds ratio* (razón de probabilidades) según el ciclo en el prurito anal. Evolución durante el tiempo, mayor para los anglófonos que para los hispanófonos.

para prurito anal, uno para rascado y ninguno (cero = 0) para las otras palabras clave.

DISCUSIÓN

Con los diferentes resultados obtenidos con los motores de búsqueda más adecuados empleados en nuestro estudio, pudo definirse que aquellas plataformas que obtienen más datos con relación a las palabras clave introducidas, son las del idioma inglés.

En idioma español, la disponibilidad es más reducida (*odds ratio* = 0.01), $OR < 1$, lo que nos indica una asociación «protectora», lo cual significa que es poco probable que encontremos datos.

Independientemente de los resultados obtenidos, los eventos desencadenantes que ocasionan prurito anal se encuentran relacionados directamente con un ciclo progresivo de picazón-rascado-picazón ($OR = 4.9$), lo que demuestra que hay una cierta asociación, siendo más fuerte cuando mayor sea el número de casos; los pacientes con picazón-rascado-picazón presentan un riesgo de prurito anal casi seguro ($OR = 10.0$). La evolución del ciclo del prurito anal en el tiempo está manifestada según el *odds ratio* de los ciclos por años en la *Figura 2*.

Factores desencadenantes

No debemos olvidar que la región ano-cutánea es rica en terminaciones nerviosas mixtas, tanto sensibles para el dolor como para la picazón.^{1,5}

El denominador más común que vincula la mayoría de los casos de prurito anal idiopático es la contaminación fecal.^{2,4,6,7} Según las características y número de deposiciones, éstas acarrean irritantes y alérgenos sobre los tejidos perianales. Las heces y las enzimas bacterianas potencian

la irritación, el picor y la inflamación ano-cutáneas. Este efecto ha sido corroborado por pruebas de parches cutáneos positivos utilizando mucus y heces autólogas.^{3,5,7}

Diversos factores dietéticos y el consumo abusivo de irritantes actúan en el prurito anal; éstos pueden tener un común denominador, lo que conlleva la alteración del pH del canal anal o la parte inferior del recto.^{1,3,5,7} El macerado por infiltración declive muco-fecal tiene un efecto irritante bien conocido en los pacientes con problemas de continencia fecal, así como en estados diarreicos, irritativos, post radiación y/o traumáticos.³ La flatulencia representa la entrega microaerosolizada de material muco-fecal en los tejidos perianales, por lo que esta actividad, normal en cada individuo, puede exacerbar el ciclo de picazón-rascado-picazón consecuentemente al consumo de alimentos o sustancias flatulentas (porotos, lentejas, judías y coles)¹⁻³ y diferentes alimentos picosos (ají y locotos).¹

CONSIDERACIONES

La fuga muco-fecal oculta también ha sido relacionada como un factor desencadenante; esto acontece durante la noche, cuando el individuo duerme, en relación con el músculo del esfínter anal interno, que tiene un papel fásico y tónico durante los ciclos de relajación y contracción incluso durante el sueño. El tono miogénico del esfínter está basado en la cascada de señalización de Calcio²⁺/calmodulina/MLCK1. Donde la contracción es el resultado del estímulo de fibras simpáticas de los plexos rectal superior e hipogástrico. La contracción se inhibe mediante la estimulación de las fibras parasimpáticas.⁸

El esfínter interno se contrae la mayor parte del tiempo para evitar la fuga de líquido o gas, pero se relaja cuando la ampolla rectal se distiende, lo que requiere la contracción voluntaria del músculo puborrectal y del músculo del esfínter anal externo. Los pacientes con prurito anal idiopático pueden mostrar umbrales más bajos para la relajación interesfintérica como parte del reflejo inhibitorio rectoanal.³ El resultado de la alteración de estos complejos mecanismos de continencia durante el sueño, hacen que el individuo presente fugas muco-fecales durante la noche, involuntariamente se rasque (voluntaria o involuntariamente), y agrave el prurito anal.

Los esfuerzos de una persona por mejorar su higiene con lociones, jabones y otros remedios pueden intensificar los síntomas, agravando el prurito, lo que lleva a reacciones alérgicas importantes. Del mismo modo, el rasurado, el depilado o la ablación por tracción de la pilosidad del margen anal pueden provocar un intenso prurito anal.²⁻⁴

Los síntomas y signos asociados con el prurito anal idiopático son variados. La picazón es la presentación distintiva. Puede variar de leve a grave. Rascarse puede ser

muy satisfactorio para algunos pacientes, pero este gesto no hace más que agravar «el círculo vicioso».³

Los pacientes dormidos no pueden resistir la tentación de rascarse. Cuando se produce una lesión en los tejidos blandos, el rascado se vuelve doloroso. Puede haber ardor intenso, dolor y sangrado. Algunos pacientes refieren estrés y ansiedad como síntomas asociados que acentúan el prurito anal.¹

Si bien muchas personas no tienen signos evidentes de lesión, otra lesión más extensa da como resultado el enrojecimiento, la presencia de abrasiones y aparición de excoiaciones (Figura 3). El prurito anal prolongado produce la liquenificación de la piel perianal, lo que conduce al engrosamiento de los tejidos del margen anal, engrosándose y ocasionando paquidermisación cutánea de los pliegues rugosos más profundos, a menudo lleva a la aparición de fisuras superficiales (grietas radiales) de la piel en este entorno.⁹

La ulceración franca de la piel es más preocupante y requiere un diagnóstico definitivo con biopsia y confirmación anatomopatológica. Los principios tradicionales de la adquisición de información en la historia clínica son los siguientes: inicio, duración y síntomas asociados. Las condiciones médicas concurrentes, los procedimientos quirúrgicos anteriores y el historial de medicamentos son muy importantes.

La aflicción de otros miembros de la familia con los mismos síntomas de prurito anal, es información importante para la exclusión de posibles parasitosis ano-cutáneas en presencia de niños de corta edad, por ejemplo, la oxiuriasis, causada por *enterobius vermicularis* (Figura 4).



Figura 3: Excoiación anal por rascado. Fotografía cortesía de Ortega AE.

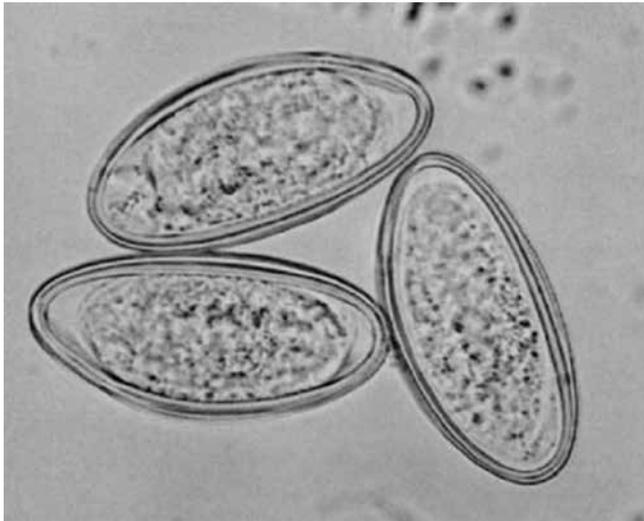


Figura 4: Huevos de *Enterobius vermicularis* causante de la oxiuriasis pruriginosa anal de preferencia nocturna. Con licencia CC BY-NC-ND 4.0.

Las prácticas de higiene específicas pueden ayudar a distinguir entre prácticas insuficientes versus prácticas compulsivas, agresivas o excesivas. Es importante documentar la cantidad de alcohol, el tabaco, la cafeína y compuestos similares.

Se deben considerar otros factores dietéticos, incluidos aquellos que alteran el pH de la mucosa colorrectal o aumentan su liberación por flatulencia. Uno de los objetivos principales durante el examen físico es la diferenciación entre las causas específicas de la enfermedad y las idiopáticas. Este último capítulo a menudo proporciona un diagnóstico por exclusión, lo que requiere un alto grado de agudeza en el diagnóstico físico inicial. La mayoría de los pacientes con prurito anal idiopático tendrán un examen físico topográfico normal o relativamente normal.

La existencia de excoriaciones o liquen simple implica presentaciones más severas o más crónicas. La presencia de decoloración, eritema, úlceras o masas debe desviar el enfoque de los médicos hacia las etiologías basadas en la enfermedad frente a las causas idiopáticas e inespecíficas más comunes. Los exámenes rectales digitales y anoprocoscópicos son complementos importantes del examen topográfico de los tejidos perianales.

Todas las posiciones son útiles para examinar la piel durante el examen físico, incluyendo el decúbito prono, el decúbito lateral y la litotomía. El elemento más importante es que tanto el paciente como la posición de examen deben ser cómodos para realizar un examen suave, aunque riguroso.

La identificación de hallazgos asociados comunes que incluyen fístulas, hemorroides y papilomas cutáneos,

pueden influir significativamente en la toma de decisiones terapéuticas.

A menudo, según Whitehead, gestos quirúrgicos agresivos como la deformidad que deja una hemorroidectomía resultan en un ano húmedo y prurito crónicos. Debe evitarse toda retención fecal sobre la región perianal. Las condiciones específicas de la enfermedad a menudo afectan las regiones genitales, así como las áreas perineal y perianal.

Ocasionalmente, se observan lesiones similares en otros lugares distantes, lo que aumenta la sospecha de un proceso patológico sistémico.

La mayoría de los procesos idiopáticos en medicina son diagnósticos de exclusión. Sin embargo, el prurito anal idiopático es tan abrumadoramente más común que las causas de prurito anal específicas de la enfermedad, que no es práctico excluir sistemáticamente las etiologías primarias. El eccema anal secundario y sobreinfectado de micosis ano-cutánea (Figura 5) es muy frecuente.

Las pruebas complementarias deben usarse de forma selectiva en función de las comorbilidades, los antecedentes familiares y sociales, así como de los hallazgos al muestreo o la biopsia. Varios miembros de la familia con prurito anal es algo muy poco común, ya que la exclusión de la infección por oxiuros es la causa más razonable en este contexto. En casos de pacientes diabéticos con coloración rosada violácea del borde anal y tejidos circundantes ameritan la exclusión de infecciones fúngicas. Lesiones discretas unilaterales o persistentes requieren una biopsia. Se han descrito pruebas de parches cutáneos de heces autólogas con el fin de analizar el pH de las heces; sin embargo, estas pruebas cutáneas no modifican sustancialmente el tratamiento final.



Figura 5: Eccema e infección micótica asociados. Fotografía cortesía de Delgadillo X.

CONCLUSIONES CLÍNICO-PRÁCTICAS EN EL PRURITO ANAL IDIOPÁTICO

El objetivo principal en el manejo del prurito anal idiopático es romper el ciclo de picazón-rascado-picazón. Este proceso comienza con una higiene delicada pero minuciosa. Se puede minimizar la limpieza del papel higiénico, fomentando la hidroterapia postdefecatoria (después de las deposiciones).^{1,3}

El uso de baños de asiento y bidés está bien descrito, pero tal vez no sea práctico para muchos pacientes. La limpieza de la zona con una manguera de ducha portátil es una alternativa muy práctica. Las medidas adicionales incluyen evitar los jabones y otros agentes tópicos que pueden secar o dañar aún más un área ya sensibilizada. Se debe aconsejar a los pacientes sobre los comportamientos y consumos que agravan el prurito anal. Se debe recomendar evitar o abstenerse de agentes irritantes como el alcohol, el tabaco y la cafeína.^{3,5}

La exclusión dietética de la ingestión de tomates, cítricos y especias puede ayudar a algunos pacientes. La manipulación dietética con probióticos es razonable para reducir la flatulencia y el suministro de materia mucofeculenta en aerosol a la región afectada. Estos tipos de modificaciones del comportamiento deberían ser suficientes en la mayoría de los pacientes con prurito anal idiopático.^{3,10,11}

Los tratamientos de segunda línea incluyen esteroides tópicos de corta duración (72 horas). No aconsejamos el uso de cremas esteroideas a largo plazo (> 72 horas) debido a la atrofia cutánea que éstos ocasionan sobre la piel y las glándulas secretoras, perianales, dando como resultado un prurito anal intratable.

La difenhidramina oral puede recetarse a la hora de acostarse, en particular en las personas más afectadas durante el sueño. La combinación de cremas con componentes esteroideos, antifúngicos y antibacterianos puede producir una mejoría espectacular en algunas personas.²

Cuando fallan todas las medidas, se justifica la biopsia con sacabocados para excluir neoplasia premaligna adenomatosa y escamosa. Los pacientes con diarrea intratable o continencia anal alterada pueden requerir cremas protectoras para tapizar los tegumentos perianales. Los ungüentos de óxido de zinc son muy útiles para este propósito.³

Finalmente, los tratamientos de tercera línea, en particular para el prurito anal resistente al tratamiento médico, incluyen ungüento de capsaicina tópica, ungüento de tacrolimus, hasta llegar a la inyección intradérmica de azul de metileno al 1% solo o en combinación con lidocaína al 0.5%, en los casos desesperados.⁹⁻¹³

Reflexiones finales

No debemos olvidar que el prurito anal puede a menudo ser una característica prominente en pacientes con hemorroides sintomáticas. Los resultados de estos enfoques son generalmente favorables en el manejo del prurito anal intratable. Es posible que la hemorroidectomía no alivie necesariamente los síntomas, por lo que la presencia de prurito anal no es una indicación formal de hemorroidectomía.^{8,14}

Sin embargo, los plicomas, pliegues cutáneos y elevaciones polipoideas de piel prominente pueden estar asociadas con una higiene difícil, presencia de irritación, lo que conlleva una hinchazón intermitente y a la agravación de las molestias. En algunos casos, se puede considerar la escisión de los plicomas o apéndices cutáneos si las medidas higiénicas conservadoras no brindan alivio.

Finalmente, queremos recalcar que siempre debe identificarse la naturaleza del prurito, ya sea primaria o secundaria.¹⁴ Siempre llevar presentes los consejos higiénico-dietéticos para evitar los círculos viciosos, y evitar todo procedimiento quirúrgico innecesario en casos de prurito anal secundario identificado.

LIMITACIONES

El presente artículo de revisión no metaanalítica exhaustiva en la literatura internacional, por acceso a través de motores de búsqueda informática, tiene limitaciones en cuanto al muestreo y a la obtención de artículos relevantes que ayuden a mejorar completamente el tema.

Afortunadamente, la revisión, si bien exhaustiva pero con sus limitaciones, proporciona, gracias al método comparativo de resultados, conceptos extremadamente valiosos para la práctica diaria.

REFERENCIAS

1. Ortega AE, Delgadillo X. Idiopathic pruritus ani and acute perianal dermatitis. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019; 32 (5): 327-332.
2. Delgadillo X, Cerdan C. Enfermedad dermatológica perianal práctica. *Practicum en Coloproctología.* De la Portilla, Armengol, Espin, Casal. Eds. Ergon® 2022, 235-257.
3. Salgado G. Prurito anal. *Practicum en coloproctología.* De la Portilla, Armengol, Espin, Casal -Eds. Ergon® 2022, 687-691.
4. Lacy BE, Weiser K. Common anorectal disorders: diagnosis and treatment. *Curr Gastroenterol Rep.* 2009; 11: 413-419.
5. Allan A, Ambrose NS, Silverman S, Keighley MR. Physiological study of pruritus ani. *Br J Surg.* 1987; 74 (07): 576-579.
6. Mallon E. Dermatitis of perineal and perianal skin. In: Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D.

- eds. Rook's textbook of dermatology, 9th ed. Vol. 3. West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2010, 113.1-113.33
7. Farouk R, Duthie GS, Pryde A, Bartolo DC. Abnormal transient internal sphincter relaxation in idiopathic pruritus ani: physiological evidence from ambulatory monitoring. *Br J Surg*. 1994; 81 (04): 603-606.
 8. Rattan S. Ca²⁺/calmodulin/MLCK pathway initiates, and RhoA/ROCK maintains, the internal anal sphincter smooth muscle tone. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2017; 312 (1): G63-G66.
 9. Suys E. Randomized study of topical tacrolimus ointment as possible treatment for resistant idiopathic pruritus ani. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 66 (2): 327-328.
 10. Lysy J, Sistiery-Ittah M, Israelit Y et al. Topical capsaicin-a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. *Gut*. 2003; 52 (9): 1323-1326.
 11. 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): 295-299.
 12. Bourke J, Coulson I, English J; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *Br J Dermatol*. 2009; 160 (5): 946-954.
 13. McGirt LY, Martins CR. Dermatologic diagnoses in the perianal area. *Clin Colon Rectal Surg*. 2004; 17 (4): 241-245.
 14. Jakubauskas M, Dulskas A. Evaluation, management and future perspectives of anal pruritus: a narrative review. *Eur J Med Res*. 2023; 28 (1): 57.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la presente publicación.

Financiamiento: también declaran no haber percibido ningún tipo de remuneración como fruto del presente artículo.