

CORDEIRO F, SILVEIRA GM, SANTOS Jr. JCM, NOGUEIRA LAL & MOREIRA CEL - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Colo-Proct* 1996; 16(3): 155-158

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamento dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax: (0192) 54-3839 ou E.mail: scut@dginet.com.br.

O tema desta edição será **PRURIDO ANAL IDIOPÁTICO** e contamos com a colaboração de quatro membros titulares da nossa Sociedade:

1. Geraldo Milton da Silveira (Salvador - BA)
2. Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr. (Guaratinguetá - SP)
3. Luís Américo Limberti Nogueira (Campinas - SP)
4. Carlos Eduardo da Luz Moreira (Rio de Janeiro - RJ)

1. Em um paciente com queixa de prurido anal agudo, de causa não parasitária (já excluída por exame de fezes e swab anal), como estabelecer a investigação diagnóstica?

(Geraldo Milton da Silveira) - O mais importante é iniciarmos a pesquisa com um exame proctológico completo, visando identificar a enfermidade anal, e eventuais alterações retais ou colônicas, tais como: características da pele perianal, fissuras, fístulas, hemorroidas que afluam o orifício anal, trombose hemorroidária, mucosa que avance além da linha da pele, prociência, condilomatose ou pediculose.

Faz-se necessário a pesquisa de fungos e monilíase, bem como identificação de elementos à respeito da higiene local ou presença de sudorese excessiva, corrimento e/ou altera-

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
GERALDO MILTON DA SILVEIRA, TSBCP
JÚLIO CESAR MONTEIRO DOS SANTOS Jr., TSBCP
LUIS AMÉRICO LIMBERTI NOGUEIRA, TSBCP
CARLOS EDUARDO DA LUZ MOREIRA, TSBCP

ções de origem ginecológica em pacientes do sexo feminino e enfermidades do tipo retocolite ulcerativa, doença de Crôhn e polipose múltipla.

Não se deve esquecer que a pesquisa deve estender-se por enfermidades sistêmicas, escabiose, alergias, uso de medicamentos, principalmente antibióticos, alteração alimentar, determinação do pH fecal e investigar eventuais problemas da esfera psico-emocional.

(Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr.) - Realizaria minha investigação em cinco itens: I. História clínica, explorando: a) características do prurido (hora do dia, relação com as alimentações, evacuações, stress etc.), b) hábito alimentar (mudanças, novos ingredientes), c) uso de medicamentos de introdução recente, d) mudança recente de costumes, e) função intestinal atual, f) hábitos higiênicos, g) hábitos sexuais. II. Exame físico inclui exame da pele em outras regiões do corpo. III. Exame proctológico completo com atenção para o tipo de lesão dermatológica, se houver. IV. Antecedentes mórbidos (pessoais e familiares). V. Laboratorial, com pesquisa de glicemia.

(Luís Américo Limberti Nogueira) - O prurido anal é um sintoma e, freqüentemente está relacionado com um fator etiológico específico, como uma agudização de um estado patológico crônico, a higiene anal inadequada, sudorese aumentada da região perianal, processos inflamatórios anais ou perianais (dermatite de contato, reações alérgicas, medicamentosas e químicas), processos infecciosos virais ou bacterianos (herpes, piodermites), lesões agudas do derma anal e perianal (fissuras traumáticas), micoses superficiais, afecções ginecológicas, síndromes diarreicas, lesões anais associadas às doenças sexualmente transmissíveis e fatores psicogênicos.

Outros fatores como a umidade anal conseqüente a prolapso hemorroidário, pólipos de canal anal, plicomas múltiplos, fissura anal, fístulas perianais, hematomas perianais, incontinência anal, condiloma, tumores anorretais benignos ou malignos, também são causas freqüentes de prurido anal, porém de forma crônica, associado à evolução de uma destas doenças.

A parasitose nunca deve ser esquecida, mesmo que os exames como o swab anal ou protoparasitológico sejam negativos.

Existem porém, situações em que o prurido anal não apresenta uma causa óbvia para sua ocorrência, e então é classificado como prurido anal idiopático.

A investigação diagnóstica a partir da anamnese, antecedentes, exame físico geral e exame proctológico trazem a conclusão, principalmente este último. A inspeção estática freqüentemente revela a característica crônica do prurido, onde a pele perianal e o orifício anal podem estar aparentemente normais ou levemente hiperemiados, com algumas exulcerações conseqüentes ao traumatismo do ato de se coçar. Porém, nos processos infecciosos ou inflamatórios, as reações flogísticas serão bem características.

Ao solicitar ao paciente que faça um esforço evacuatório, poderemos presenciar o prolapso anal de hemorróidas, pólipos ou papilas hipertróficas, papilomas, plicomas, ou mesmo o escape de fezes nos casos de incontinência e, eventualmente, a saída de secreções através do orifício anal.

No toque retal a avaliação da linha pectínea é importante para evidenciar papilas hipertróficas e processos inflamatórios glandulares, além da importância incontestável na avaliação palpatória da ampola retal.

Apesar de ser propedêutica armada, a anosscopia e retossigmoidoscopia fazem parte do exame proctológico, e complementam a avaliação anorretal, fazendo o diagnóstico de hemorróidas internas de 1º e 2º graus, adenomas polipóides ou planos, tumores, Cröhn, retocolites etc., definindo assim o fator etiológico do prurido.

Eventualmente poderão ser utilizados exames específicos como exame micótico, esfregaços e colorações especiais, biópsias, testes laboratoriais para doenças sexualmente transmissíveis e testes alérgicos. Algumas vezes a coprocultura com teste de sensibilidade antibiótica, o coprológico funcional e o exame a fresco de fezes poderão ajudar no diagnóstico.

(Carlos Eduardo da Luz Moreira) - Devemos seguir algumas etapas importantes na tentativa de obtermos o diagnóstico preciso. I. Observação do corpo inteiro, região pubiana e perianal: a) Fitiríase (*Phytirus pubis*) - presença de lendeas ou parasitos, b) Escabiose - lesões características em outras áreas, c) Psoríase. II. Exame proctológico completo incluindo-se a retossigmoidoscopia - patologias anorretais podem ser a causa primária do prurido anal (fístulas, fissuras, hemorróidas, criptites, condilomatoses, neoplasias). III. Exame microscópico e/ou cultura de raspado da pele perianal - Pesquisa de dermatomicoses (*Epidermophyton*, *Tricophyton* e *Candida albicans*). IV. Exame de região perianal com luz ultravioleta - Pesquisa de eritrasma (*Corynebacterium minutissimum*), que apresentam fluorescência perianal característica. V. Swab de lesões ulceradas na região perianal. Com pesquisa direta de herpes simples I e II. VI. Biópsias de lesões cutâneas - Pesquisa de carcinoma epidermóide, psoríase ou atrofia da pele perianal. VII. Exames sorológicos - Com o intuito de pesquisar sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis. VIII. Pesquisa de doenças sistêmicas - tais como diabetes mellitus, uremia, icterícia, linfoma etc.

2. No que uma queixa de cronicidade poderia modificar esta conduta?

(Geraldo Milton da Silveira) - Numa fase crônica intensa, seguiria a mesma sistemática. Julgo que estamos considerando o prurido um sintoma e não uma doença e, desde que não se identifique nenhuma causa aparente, não realizamos outros exames fora da rotina já estabelecida, a não ser que esse tratamento seja ineficaz.

(Julio Cesar Monteiro dos Santos Jr.) - Quando a lesão da pele, que em geral é bem evidente, quando o processo é crônico, define uma moléstia.

(Luís Américo Limberti Nogueira) - Quando o prurido anal tem uma evolução prolongada, alguns sinais ao exame proctológico tornam-se mais freqüentes, como o espessamento do derma e a liquenificação das pregas cutâneas, alterações na coloração tendendo à hipocromia e às vezes à leucoplasia, necessitando freqüentemente de biópsias das áreas suspeitas de degeneração.

(Carlos Eduardo da Luz Moreira) - Acho que esta rotina deve ser seguida também nos casos crônicos. O uso prolongado de corticosteróides tópicos é comum nestes pacientes levando a atrofia da pele perianal que pode ser confirmada pela presença de hiperqueratose no exame histopatológico obtido através de biópsia da pele perianal.

3. Qual seria sua conduta em ambos os casos?

(Geraldo Milton da Silveira) - Quando de menor intensidade, aconselhamos não usar papel higiênico, mas lavar com água ou banhos, pelo menos três vezes por dia (no mínimo), com uso de Soapex e de creme à base de corticóides.

(Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr.) - Tratar clinicamente o fator definido como a causa, ou, naquelas circunstâncias em que ela não foi definida, ou não se tem um conjunto de causas prováveis, evito, de início, o uso de pomadas, cremes ou unguentos. O tratamento é feito de maneira progressiva, iniciando-se com mudanças dos hábitos: higiênicos, excluindo o uso freqüente de sabonetes, trocando o tipo de tecido das roupas íntimas e procurando manter a região perianal bem seca. Segue-se com um protocolo para controle dos alimentos e bebidas que mais comumente dão prurido anal, tais como: café, álcool, chocolate, frutas cítricas etc., com eliminação seriada de cada um deles, na busca de um eventual irritante. Cabe o uso de anti-histamínicos sistêmicos, dependendo do grau do prurido.

(Luís Américo Limberti Nogueira) - O tratamento do prurido anal tem como base a eliminação de sua etiologia, pois

freqüentemente é secundário. No prurido agudo idiopático as medidas de higiene anal evitando o traumatismo local causado pelo papel higiênico ou mesmo pelo ato de coçar, muitas vezes são suficientes para o desaparecimento do sintoma. A orientação dietética e a regularização do hábito intestinal poderão ajudar. A utilização de medicamentos na fase aguda poderá ser necessária como sedativos, anti-histamínicos e corticóides, porém de maneira criteriosa.

Nas formas crônicas de prurido anal idiopático, onde a alteração estrutural do derma se torna evidente, além dos cuidados de higiene e orientação dietética, o tratamento exige o auxílio farmacológico. Nesta fase, um fato interessante é que o uso de pomadas poderá piorar os sintomas sobremaneira. Isto se deve ao fato de que as mesmas tem como veículo o creme iônico Lanette que mantêm úmida a pele gerando a maceração e irritação local. O tratamento tópico deverá ser feito com creme evanescente tipo iônico Polawax, evitando-se assim a umidade anal.

O uso de corticosteróide está indicado para as dermatites crônicas, e a hidrocortisona ou fluocinolona em creme ou loção, associada ou não à vitamina A e extrato de própolis, poderá ser bem eficiente na diminuição do processo inflamatório e do processo de hiperqueratinização perianal.

O uso de substâncias irritantes, como o álcool ou fenol, com o objetivo de promover a anestesia por neurólise, assim como o tratamento cirúrgico, tem sido reservado para os casos refratários ao tratamento medicamentoso.

(Carlos Eduardo da Luz Moreira) - Quando a causa primária pode ser identificada, a terapêutica específica deve ser instituída. Nas dermatomicoses usamos antimicóticos tópicos, principalmente o cetoconazol, miconazol ou nistatina. O eritasma é tratado de maneira eficaz com Eritromicina por via oral (250 mg quatro vezes ao dia, por 10 a 14 dias). O Aciclovir oral e tópico estão indicados nos casos de herpes simples. Infelizmente na grande maioria dos pacientes, não conseguimos encontrar uma causa definida para suas queixas de prurido anal. Nestes casos, os cremes à base de hidrocortisona ou betametasona são de grande utilidade, porém não devem ser usados por tempo prolongado, para evitar a atrofia da pele perianal. Existem medidas gerais que devem ser tomadas de rotina e que ajudam os doentes no alívio dos sintomas: a) evitar o uso de papel higiênico; b) não usar qualquer tipo de sabão ou sabonete durante a higiene local, pois os mesmos tornam o pH da pele alcalino, piorando os sintomas; c) lavar o ânus após a evacuação somente com água, mantendo a região perianal limpa e cuidadosamente seca; d) só usar roupa íntima de algodão ou linho; e) evitar o consumo de café, refrigerantes, frutas cítricas, condimentos e álcool; f) não abusar de leite e derivados.

Podemos associar tranqüilizantes ou anti-histamínicos nos pacientes em que o prurido é mais intenso

durante a noite. Finalmente gostaríamos de lembrar que devemos abolir o uso de pomadas ou cremes que contêm anestésicos tópicos.

4. Algumas técnicas cirúrgicas foram descritas, a mais conhecida a excisão anal em trevo (Bacon). Já teve oportunidade ou necessidade de utilizar algumas delas? Quais foram seus resultados?

(Geraldo Milton da Silveira) - Não conseguindo êxito, algumas poucas vezes indiquei cirurgia, que se constituiu na retirada de retalhos cutâneos em forma biconvexa (semelhante ao realizado em hemorroidectomia), mais ampla. Lembrou-me apenas, de um caso que retirei era um segundo ato operatório, após cicatrização da primeira, as "pontes cutâneas" que foram deixadas.

(Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr.) - Minha experiência cirúrgica no tratamento do prurido está limitada à dois casos com a técnica de Bali, por sinal sem resultado positivo.

(Luis Américo Limberti Nogueira) - Não. Felizmente todos os casos de prurido anal idiopático, tratados com medicamentos e cuidados higiênico-dietéticos obtiveram melhora, não sendo necessária a intervenção cirúrgica. Obviamente, os casos de prurido anal relacionados a doenças orificiais como hemorroidas, fissuras, fístulas, condilomas, tumores, doença de Cröhn, pólipos de canal anal, papilas hipertróficas e incontinência, foram operados com base no tratamento das doenças causadoras do sintoma e não podem ser consideradas como tratamento cirúrgico do prurido anal.

(Carlos Eduardo da Luz Moreira) - Nunca utilizamos cirurgia para tratamento do prurido anal idiopático, porém a literatura mostra que os resultados não são satisfatórios.

5. Algum comentário a acrescentar?

(Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr.) - Acho importante que os pacientes com prurido crônico, em geral, já fizeram verdadeira peregrinação por consultórios médicos. São pacientes descrentes, desconfiados e irritados, freqüentemente preocupados com o câncer. Para eles devemos reservar toda nossa atenção, antes de classificá-los, pelos insucessos dos tratamentos anteriores, como um caso de difícil trato e sem solução. A investigação deve ser iniciada como se fosse um "caso novo", o que nos proporcionará a confiança do paciente. Nas oportunidades que tive de me defrontar com situações semelhantes, onde as causas primárias, passíveis de serem consideradas como agente etiológico, haviam sido excluídas, abordei o prurido como uma **SÍNDROME DE APRESENTAÇÃO**, com sucesso.

(Luis Américo Limberti Nogueira) - Na prática diária da colo-proctologia, devemos considerar que o paciente com prurido anal, passa por muitos consultórios, principalmente dos dermatologistas, antes de chegar ao proctologista. Frequentemente chega com muitos tratamentos feitos e sem nenhuma avaliação anorretal adequada. Usualmente procuram o proctologista quando apresentam sinais alarmantes como o sangramento, geralmente em pequena quantidade, ao utilizar o papel higiênico. O retardo no diagnóstico e tratamento faz com que a cronicidade seja frequente, e a terapêutica conseqüentemente mais difícil. O tratamento clínico bem orientado é eficiente. A experiência mundial mostra que o tratamento cirúrgico tem que ser criterioso, e mesmo assim poderá não ser eficiente. Talvez, seja importante definir critérios para a indicação de tratamento clínico e cirúrgico do prurido anal idiopático, de tal forma que não tenhamos mais o prurido anal iatrogênico.

(Carlos Eduardo da Luz Moreira) - Em muitos casos, apesar de uma investigação cuidadosa e medidas terapêuticas

agressivas, os resultados do tratamento do prurido anal são decepcionantes. A ajuda de um dermatologista pode ser de grande relevância, bem como a assistência psicoterapêutica nos pacientes em que o fator emocional está presente.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é bastante amplo e nossa intenção foi o de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax é: **(0192) 54-3839** e E.mail: **scut@dginet.com.br**. Participe.

Fernando Cordeiro.