

Psoriasis perianal: Una causa infrecuente de prurito y dolor anal crónico

Perianal Psoriasis: An Uncommon Cause of Chronic Anal Itching and Pain

Christian Rafael Bravo-Encalada^{1,3} ✉, Yuselin Cobarrubia¹, Erick Alexander Cruz-Hernández¹, Andrea Guissella Puentestar-Jaramillo^{2,3}, Diego Radhames Nuñez-Uceta²

¹Especialidad de Coloproctología, Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Dr. Salvador Allende", La Habana, Cuba.

²Especialidad de Gastroenterología, Instituto de Gastroenterología, La Habana, Cuba.

³Hospital Clínica San Agustín, Loja, Ecuador.

Autor para correspondencia: Christian Rafael Bravo-Encalada

E-mail: chrismedico96@gmail.com

| RESUMEN

La psoriasis perianal es una entidad crónica e infrecuente en la edad adulta, cuya baja incidencia y presentación clínica inespecífica representan un reto diagnóstico en la práctica clínica. Se presenta el caso de un hombre de 62 años con antecedentes de psoriasis de larga data, quien consultó por ardor, prurito y dolor anal de seis meses de evolución, acompañado de sensación de fisuras en la región perianal. El examen físico evidenció un eritema intenso y bien delimitado con descamación blanco-anacarada y una úlcera lineal, mientras que los estudios paraclínicos y la videorrectosigmoidoscopia no mostraron alteraciones. El diagnóstico fue establecido de forma clínica y confirmado mediante evaluación dermatológica, instaurándose tratamiento ambulatorio con clobetasol tópico, crema de sábila, hidroterapia y medidas higiénico-dietéticas, con evolución favorable y resolución de la sintomatología. Este caso resalta la importancia de considerar la psoriasis perianal dentro del diagnóstico diferencial de las dermatosis perianales crónicas y demuestra que el manejo conservador, basado en terapias tópicas convencionales y medidas generales, puede ser eficaz para el control de los síntomas y la mejora de la calidad de vida del paciente.

| PALABRAS CLAVE

Prurito anal, Psoriasis perianal, psoriasis en adulto, eritema perianal.

| ABSTRACT

Perianal psoriasis is a chronic and uncommon condition in adulthood, whose low incidence and nonspecific clinical presentation pose a diagnostic challenge in clinical practice. We report the case of a 62-year-old man with a long-standing history of psoriasis who presented with burning, pruritus, and anal pain of six months' duration, accompanied by a sensation of fissures in the perianal region. Physical examination revealed intense, well-demarcated erythema with silvery-white scaling and a linear ulcer, while paraclinical studies and video rectosigmoidoscopy showed no abnormalities. The diagnosis was established clinically and confirmed by dermatological evaluation, and outpatient treatment was initiated with topical clobetasol, aloe vera cream, hydrotherapy, and hygienic-dietary measures, resulting in a favorable course and resolution of symptoms. This case highlights the importance of considering perianal psoriasis in the differential diagnosis of chronic perianal dermatoses and demonstrates that conservative management based on conventional topical therapies and general measures can be effective in controlling symptoms and improving the patient's quality of life.

| KEYWORDS:

Anal pruritus, perianal psoriasis, psoriasis in adults, perianal erythema

1. Introducción

La psoriasis perianal, también conocida como psoriasis invertida, es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta aproximadamente al 0,6–4,8 % de la población mundial y se asocia de manera significativa con un deterioro de la calidad de vida y un elevado impacto psicológico, a pesar de comprometer una superficie corporal limitada (Meeuwis et al., 2011). Sus manifestaciones clínicas son heterogéneas e incluyen placas, pápulas y pústulas bien delimitadas de coloración rojo intenso o rosada, con presencia de escamas blanquecinas nacaradas y secas, las cuales pueden producir sangrado al desprenderse, conocido como signo de Auspitz, así como compromiso ungueal en algunos casos. Esta entidad puede presentarse a cualquier edad; sin embargo, es más frecuente en adultos jóvenes entre los 15 y 25 años, siendo menos común en la población pediátrica (Ryan & Kirby, 2015). Los síntomas predominantes comprenden prurito intenso, dolor, ardor y la presencia de fisuras dolorosas, especialmente en las zonas de pliegues cutáneos (Merola et al., 2016).

El diagnóstico de la psoriasis perianal es fundamentalmente clínico y suele ser realizado por el dermatólogo o el coloproctólogo; no obstante, en determinados casos puede ser necesario complementar la evaluación con estudios microbiológicos para descartar infecciones asociadas o, en presentaciones atípicas, con una biopsia cutánea que permita la confirmación histopatológica (Ryan & Kirby, 2015).

Aunque la psoriasis perianal presenta una mayor prevalencia en el sexo masculino, diversos estudios señalan que la intensidad y severidad de los síntomas pueden ser más marcadas en mujeres, debido a la mayor afectación de la región genital. Este fenómeno se explica por el microambiente particular de dicha zona, caracterizado por condiciones de humedad, calor y fricción, que favorecen la maceración cutánea y la aparición de fisuras, además de una mayor exposición a agentes irritantes mecánicos y químicos, lo que contribuye al desarrollo y persistencia de las lesiones (Carrascosa et al., 2022).

El objetivo principal del tratamiento de la psoriasis perianal es el control sintomático, dado que se trata de una enfermedad sin cura definitiva. El abordaje terapéutico se basa preferentemente en tratamientos tópicos de baja a moderada potencia, como corticosteroides, inhibidores de la calcineurina, emolientes y agentes protectores de la barrera cutánea, tales como vaselina u óxido de zinc, debido a la alta sensibilidad de la región afectada (Carrascosa et al., 2022). Asimismo, se recomienda la implementación de medidas higiénicas y modificaciones en el estilo de vida. En casos de mayor gravedad o con compromiso extenso, puede considerarse el uso de tratamiento sistémico, el cual actúa a nivel general sobre el organismo (Merola et al., 2016).

2. Presentación del caso

Paciente masculino de 62 años de edad, de profesión conductor de tractor agrícola, con antecedentes personales de psoriasis de larga evolución, quien presentó un cuadro clínico de aproximadamente seis meses de evolución caracterizado por ardor, prurito y dolor en la región anal, acompañado de sensación de fisuras en dicha zona. Asimismo, refirió alteraciones del hábito intestinal con predominio de estreñimiento, lo que motivó su consulta al servicio de Coloproctología. Cabe destacar que, durante la evaluación clínica inicial, se evidenció la presencia de lesiones psoriásicas activas en otras regiones corporales, lo cual reforzó la sospecha diagnóstica y permitió contextualizar el compromiso perianal observado (**Figura 1**).

Figura N°1.Manifestaciones cutáneas de psoriasis

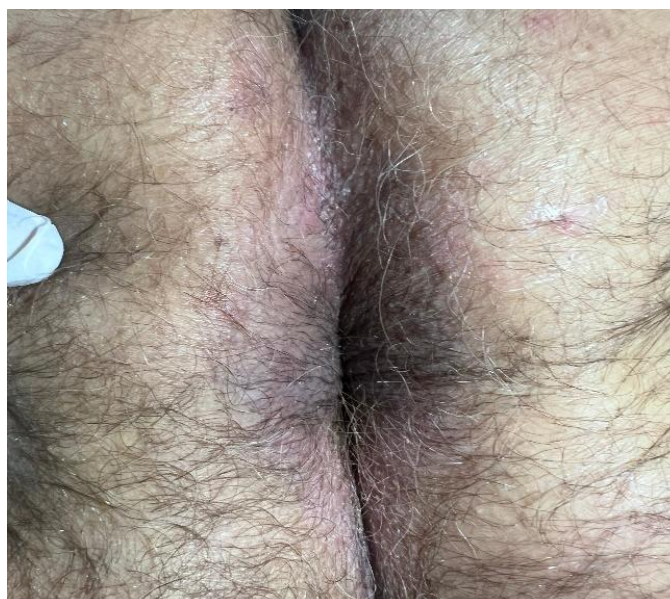


Nota: Se evidencian lesiones cutáneas psoriásicas en otras regiones corporales, que confirman el antecedente patológico y respaldan el contexto clínico del compromiso perianal

Fuente: Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Dr. Salvador Allende

Durante el examen físico se constató un eritema cutáneo intenso en la región perianal, con bordes bien definidos y pequeñas lesiones satélites acompañadas de descamación seca de color blanco-anacarado, además de la presencia de una úlcera lineal con bordes engrosados en la comisura posterior. A la palpación, el paciente refirió ardor en la zona afectada, mientras que el examen digitorrectal no evidenció hallazgos patológicos. Estos hallazgos clínicos se correlacionan con lo observado en la **Figura 2**, donde se aprecia claramente la descamación y la coloración blanco -anacarada característica de la psoriasis perianal, lo que respalda la sospecha diagnóstica.

Figura N°2. Lesión eritemato-descamativa en región perianal



Nota: Se observa descamación y coloración blanco-anacarada en la región perianal.

Fuente: Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Dr. Salvador Allende

Se indicó la realización de estudios paraclínicos, incluyendo una evaluación endoscópica mediante videorrectosigmoidoscopia rígida, así como exámenes de laboratorio, los cuales mostraron valores dentro de rangos normales: conteo global de leucocitos de $6,30 \times 10^9/L$, hemoglobina de 137 g/L, hematocrito de 39,2 %, glicemia en ayunas de 4,12 mmol/L, creatinina de 38,7 $\mu\text{mol/L}$, proteínas totales de 60 g/L, albúmina de 35 g/L, aspartato aminotransferasa de 12,5 U/L, fosfatasa alcalina de 88,5 U/L y alanina aminotransferasa de 12 U/L.

La videorrectosigmoidoscopia rígida se realizó con un equipo rígido modelo Karl Storz, introducido hasta los 30 cm desde el margen anal, evidenciándose una mucosa de aspecto normal y con adecuado patrón vascular en todo el trayecto explorado. A la retroexploración no se observaron lesiones elevadas ni saculaciones, apreciándose únicamente escasas gleras y restos de materia fecal adheridos a la pared rectal; el conducto anal no mostró alteraciones relevantes.

Ante estos hallazgos, se solicitó interconsulta con el servicio de Dermatología, procediéndose a la toma de una biopsia cutánea de la zona afectada, cuyo estudio histopatológico confirmó la presencia de hiperqueratosis con paraqueratosis, acumulación de neutrófilos en la capa córnea y dilatación y tortuosidad de los capilares de la dermis papilar, hallazgos compatibles con psoriasis inversa.

Se instauró tratamiento ambulatorio, asociado a medidas generales e higiénico-dietéticas, que incluyó la aplicación de propionato de clobetasol al 0,05 % en capa fina sobre el área afectada dos veces al día durante un período de dos a cuatro semanas, con controles semanales por los servicios de Coloproctología y Dermatología; crema de sábila aplicada en capa fina cada noche; hidroterapia con agua tibia tres veces al día durante 15 minutos, además de recomendaciones higiénico-dietéticas generales. El paciente presentó una evolución clínica favorable, con resolución progresiva de la sintomatología perianal, manteniéndose en seguimiento periódico en consulta externa de Coloproctología y Dermatología.

3. Discusión

El caso presentado corresponde a un paciente masculino de 62 años con antecedentes de psoriasis de larga evolución, quien desarrolló sintomatología perianal crónica y fue finalmente diagnosticado y tratado como psoriasis perianal. Este reporte pone de manifiesto diversos aspectos clínicos relevantes y retos diagnósticos que deben ser analizados a la luz de la evidencia científica disponible, dada la baja frecuencia y la presentación inespecífica de esta entidad en la práctica clínica.

Desde el punto de vista clínico, la presencia de eritema intenso, bordes bien delimitados, descamación blanco-anacarada y pequeñas lesiones satélites constituye un patrón altamente sugestivo de psoriasis. La psoriasis invertida se caracteriza por afectar principalmente los pliegues cutáneos, como las regiones inguinal, axilar y anogenital, manifestándose generalmente como placas eritematosas brillantes y bien definidas, con menor descamación en comparación con la psoriasis vulgar en placas (Meeuwis et al., 2011). En este contexto, la sensación referida por el paciente de "heridas" y la identificación de una úlcera lineal en la comisura posterior pueden interpretarse como fisuras, una complicación frecuente en esta localización, favorecida por la maceración y el traumatismo mecánico sobre una piel inflamada y frágil (Menter, 2016).

Un elemento fundamental en el abordaje de este caso fue la intervención multidisciplinaria entre los servicios de Coloproctología y Dermatología. Los síntomas anales, tales como ardor, prurito, dolor y estreñimiento, pueden simular diversas patologías proctológicas frecuentes, incluyendo dermatitis de contacto, fisura anal idiopática, infecciones micóticas o enfermedad de Crohn (Serban, 2018). En particular, la enfermedad de Crohn perianal puede cursar con úlceras, fisuras y edema cutáneo; no obstante, suele asociarse a hallazgos adicionales como fistulas, abscesos o pliegues cutáneos edematosos, así como a evidencia de compromiso intestinal en los estudios endoscópicos (Sandborn et al., 2003). En el presente caso, la videorrectosigmoidoscopia no mostró alteraciones, y la respuesta clínica favorable al tratamiento tópico dirigido a la psoriasis permitió descartar razonablemente esta entidad. Si bien la psoriasis perianal aislada sin afectación gastrointestinal ha sido descrita, su reconocimiento requiere un alto índice de sospecha clínica para evitar diagnósticos erróneos o retrasos terapéuticos (Raharja et al., 2021).

Dentro del diagnóstico diferencial también deben considerarse la dermatitis seborreica y las infecciones por Candida, ambas potencialmente localizadas en el área perianal. Sin embargo, la psoriasis suele presentar bordes más netos que la dermatitis seborreica, mientras que las lesiones satélites en la candidiasis corresponden habitualmente a pústulas, a diferencia de las pápulas y placas descamativas observadas en este paciente (Meeuwis et al., 2011). Asimismo, la respuesta favorable a los corticosteroides tópicos de alta potencia es un hallazgo más consistente con el diagnóstico de psoriasis.

El esquema terapéutico instaurado, basado en propionato de clobetasol al 0,05 % asociado a medidas higiénicas generales, se encuentra en concordancia con las recomendaciones terapéuticas vigentes. Los corticosteroides tópicos de alta potencia constituyen uno de los pilares del tratamiento de la psoriasis por su marcado efecto antiinflamatorio (Menter et al., 2019); sin embargo, su uso en regiones anogenitales debe limitarse a períodos cortos, generalmente de dos a cuatro semanas, con el fin de minimizar efectos adversos como la atrofia cutánea. La incorporación de hidroterapia con agua tibia y de medidas higiénico-dietéticas resulta fundamental para disminuir la irritación, la maceración y el prurito, factores que perpetúan el ciclo inflamatorio de la enfermedad (Menter, 2016). Aunque la crema de sábila no forma parte de las terapias de primera línea, algunos estudios le atribuyen propiedades hidratantes, antiinflamatorias y cicatrizantes, lo que podría justificar su uso como tratamiento coadyuvante (Maenthaisong et al., 2007).

La evolución clínica favorable observada en este paciente respalda la evidencia disponible que señala un adecuado control sintomático mediante regímenes tópicos supervisados. En este sentido, Raharja et al. (2021) destacan que el manejo integral de la psoriasis no depende únicamente del tratamiento farmacológico, sino también de la educación del paciente y del seguimiento estrecho, estrategias que fueron implementadas en el presente caso y que contribuyeron a la adecuada respuesta terapéutica y a la prevención de recaídas.

4. Conclusiones

La psoriasis perianal en el adulto constituye una entidad infrecuente y de difícil reconocimiento clínico, cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes con antecedentes personales de psoriasis. Este caso evidencia la importancia de un abordaje multidisciplinario y de una evaluación clínica cuidadosa para establecer un diagnóstico oportuno y diferenciarla de otras dermatosis y patologías proctológicas. Asimismo, demuestra que el manejo conservador basado en terapias tópicas convencionales, complementado con medidas higiénico-dietéticas y un seguimiento estrecho, puede resultar eficaz para el control de los síntomas y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Agradecimientos : Los autores expresan su agradecimiento a las autoridades del hospital por el apoyo institucional brindado, así como por promover un entorno académico que fomenta la formación continua, la investigación clínica y la revisión de casos, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento del aprendizaje teórico y práctico, fundamentales para el ejercicio de una práctica médica de calidad.

Contribución de autoría: Conceptualización: CRBE, YC; limpieza de datos: EACH; Análisis formal: AGPJ, DRNU; Investigación: YC, EACH; Metodología: CRBE; Administración del proyecto: CRBE, AGPJ; Recursos: DRNU; Software: DRNU; Supervisión: CRBE; Validación: AGPJ; Visualización: EACH; Redacción – borrador original: YC, EACH; Redacción – revisión y edición: CRBE, AGPJ.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener conflicto de intereses

Financiamiento: El presente artículo fue financiado por los autores.

Referencias

- [1] Carrascosa, J. M., Puig, L., Belinchón-Romero, I., Salgado-Boquete, L., del Alcázar, E., Andrés-Lencina, J. J., Moreno, D., & de la Cueva, P. (2022). Practical update of the recommendations published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the treatment of psoriasis with biologic therapy. Part 1: Concepts and general management of psoriasis with biologic therapy. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 113(3), 261–277. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.10.003>
- [2] Maenthaisong, R., Chaiyakunapruk, N., Niruntraporn, S., & Kongkaew, C. (2007). The efficacy of aloe vera used for burn wound healing: A systematic review. *Burns*, 33(6), 713–718. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2006.10.384>
- [3] Meeuwis, K. A., de Hullu, J. A., Massuger, L. F., van de Kerkhof, P. C., & van Rossum, M. M. (2011). Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Dermato-Venereologica*, 91(1), 5–11. <https://doi.org/10.2340/00015555-0988>
- [4] Menter, A. (2016). Psoriasis and psoriatic arthritis overview. *The American Journal of Managed Care*, 22(8 Suppl), S216–S224.
- [5] Menter, A., Strober, B. E., Kaplan, D. H., Kivelevitch, D., Prater, E. F., Stoff, B., Armstrong, A. W., Connor, C., Cordoro, K. M., Davis, D. M. R., Elewski, B. E., Gelfand, J. M., Gordon, K. B., Gottlieb, A. B., Kavanaugh, A., Kiselica, M., Korman, N. J., Kroshinsky, D., Lebwohl, M., & Elmetts, C. A. (2019). Joint AAD–NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(4), 1029–1072. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.057>
- [6] Merola, J. F., Li, T., Li, W. Q., Cho, E., & Qureshi, A. A. (2016). Prevalence of psoriasis phenotypes among men and women in the USA. *Clinical and Experimental Dermatology*, 41(5), 486–489. <https://doi.org/10.1111/ced.12805>

- [7] Raharja, A., Mahil, S. K., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis: A brief overview. *Clinical Medicine*, 21(3), 170–173. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0257>
- [8] Ryan, C., & Kirby, B. (2015). Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatologic Clinics*, 33(1), 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.004>
- [9] Sandborn, W. J., Fazio, V. W., Feagan, B. G., & Hanauer, S. B. (2003). AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology*, 125(5), 1508–1530. <https://doi.org/10.1016/j.gastro.2003.08.025>
- [10] Serban, E. D. (2018). Perianal infectious dermatitis: An underdiagnosed, unremitting and stubborn condition. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(4), 89–104. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i4.89>