



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA**

FACULTAD DE MEDICINA

**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS
DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN

TESIS

***CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON
PRURITO ANAL Y SU RELACIÓN CON HALLAZGOS
HISTOPATOLÓGICOS***

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO(A) EN
CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN**

Presenta

GABRIELA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

DIRECTORES:

DRA. CHERYL DIAZ BARRIENTOS

DRA. EUGENIA MONTSERRAT RAMALES MONTES

DRA. MARÍA GUADALUPE GONZÁLEZ GONZÁLEZ

DIRECTORES DE TESIS



DRA. CHERYL DIAZ BARRIENTOS



DRA. EUGENIA MONTSERRAT RAMALES MONTES



DRA. MARÍA GUADALUPE GONZÁLEZ GONZÁLEZ



MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN

REVISORES DE TESIS



D.C. MAURA CÁRDENAS GARCIA



D.C. BLANCA GUADALUPE BAEZ DUARTE



DRA. MONICA HEREDIA MONTAÑO



MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por el apoyo otorgado para la realización de este proyecto de investigación, a través de la beca con número 1302223. Su respaldo constituye un pilar fundamental para el desarrollo de la investigación científica y la formación de recursos humanos comprometidos con la generación de conocimiento en el ámbito de la salud.

Al Hospital Universitario de Puebla y a su Comité de Ética en Investigación, por autorizar y facilitar el inicio y desarrollo del proyecto de tesis en sus instalaciones. Su disposición, acompañamiento institucional y compromiso con la investigación ética fueron esenciales para la adecuada ejecución de este trabajo.

A la academia de la Maestría en Ciencias Médicas e Investigación, por su acompañamiento académico, su rigor científico y por promover un entorno formativo que impulsa el pensamiento crítico, la investigación responsable y el crecimiento profesional.

A mis directores de tesis, por brindarme siempre su confianza, calidez humana y orientación constante a lo largo de este proceso. Su acompañamiento cercano, experiencia y compromiso con el trabajo realizado fueron fundamentales para el desarrollo y consolidación de este proyecto, representando un apoyo invaluable en mi formación académica y profesional.

A mis compañeras y compañeros de la Maestría, por el tiempo, el espacio y la disposición para trabajar en equipo, compartir conocimientos, experiencias y reflexiones académicas a lo largo de este proceso formativo. Su apoyo, colaboración y compañerismo enriquecieron significativamente este proyecto y contribuyeron tanto a mi crecimiento académico como personal.

DEDICATORIAS

A mi familia, por ser siempre mi pilar de fortaleza, mi refugio y mi origen, en especial a mis padres, por su apoyo infinito, sus palabras de aliento y su presencia constante en cada etapa de mi vida; por creer en mí incluso en los momentos de mayor incertidumbre.

A mis hermanas, quienes con su ejemplo de superación, fortaleza y perseverancia me impulsaron a seguir adelante cada día. Saber que, aun en los momentos más difíciles, siempre estarán presentes y serán mi luz, ha sido una motivación invaluable.

A mi abuela materna, quien desde mi infancia me enseñó a luchar por mis sueños, transmitiéndome la fuerza para aspirar a aquello que quizá ella no pudo realizar plenamente, pero que sembró con amor y esperanza en mi camino.

A mi pequeña familia en casa, conformada por mi pareja, quien ha sido mi apoyo incondicional, mi compañero constante y un pilar fundamental a lo largo de esta etapa, y a mis fieles caninos, cuya compañía, lealtad y cariño incondicional estuvieron presentes durante cada jornada de trabajo y desvelo, acompañándome en esta aventura.

Características clínicas de pacientes con prurito anal y su relación con hallazgos histopatológicos.

Resumen

Introducción: El prurito anal es un síntoma frecuente en la práctica clínica que impacta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes y cuya etiología es multifactorial. A pesar de su elevada prevalencia, continúa siendo una condición subdiagnosticada y escasamente investigada en México, particularmente en lo referente a la correlación entre las características clínicas, los hábitos higiénico-dietéticos y los hallazgos histopatológicos obtenidos mediante biopsia de piel perianal.

Objetivo: Identificar la relación entre las características clínicas y los hábitos higiénico-dietéticos con los hallazgos histopatológicos en pacientes con prurito anal.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional en pacientes atendidos en la consulta de coloproctología del Hospital Universitario de Puebla, durante el periodo de agosto de 2023 a julio de 2025. La muestra estuvo conformada por 26 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de prurito anal. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y hábitos higiénico-dietéticos mediante interrogatorio dirigido y exploración física, incluyendo la clasificación de la piel perianal según el Washington Hospital Center. A todos los participantes se les realizó biopsia de piel perianal mediante técnica punch, con posterior análisis histopatológico. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva, prueba de chi cuadrada, prueba exacta de Fisher y regresión logística binaria, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 56.5 ± 14.1 años, con predominio del sexo femenino (69.2%). La clasificación clínica más frecuente de la piel perianal fue el estadio II del Washington Hospital Center (73%). El 65.4% de los pacientes refirió rascado asociado al prurito y el tiempo de evolución más común fue cercano a un año (34.6%). En cuanto a los hábitos higiénicos, el uso de agua y jabón fue el método

predominante (53.8%). Histopatológicamente, se identificó una amplia heterogeneidad diagnóstica, siendo los hallazgos más frecuentes el liquen simple ($n = 4$), la dermatitis crónica inespecífica ($n = 3$) y la dermatitis leve inespecífica ($n = 3$). No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre las características clínicas ni los hábitos higiénico-dietéticos con la presencia de hallazgos histopatológicos inflamatorios; sin embargo, se observaron tendencias clínicas hacia mayor frecuencia de inflamación en pacientes con rascado y ciertos hábitos higiénicos.

Conclusión: El prurito anal se presenta como una entidad clínica heterogénea, con una amplia variedad de manifestaciones clínicas e histopatológicas. Aunque no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre las características clínicas, los hábitos higiénico-dietéticos y los hallazgos histopatológicos, los resultados evidencian la utilidad de la biopsia de piel perianal como herramienta diagnóstica para comprender la etiología subyacente del prurito anal. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estudios con mayor tamaño muestral que permitan profundizar en la relación clínica-histopatológica y optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta condición.

Índice

Capítulo 1.....	I
1. Antecedentes generales.....	I
Prurito anal.....	I
Definición y epidemiología	I
Etiología y clasificación	II
Características clínicas del prurito anal	IV
Clasificación de la piel con prurito anal, Hospital de Washington.....	IV
Variación del prurito	V
Existencia del rascado.....	VII
Tiempo de evolución.....	VII
Hábitos higiénicos-dietéticos.....	VII
Variación en el hábito intestinal y sus modificadores.....	VIII
Hallazgos histopatológicos en pacientes con prurito anal	IX
Elaborado con información tomada de (24).....	X
Clasificación de hallazgos histopatológicos de prurito anal	XI
Fisiopatología	XIII
Diagnóstico y tratamiento	XV
Biopsia.....	XVIII
Obtención del tejido	XVIII
Técnica de la biopsia punch.....	XVIII
.....	XIX
Procesamiento de la biopsia en patología.....	XX
Antecedentes específicos.....	XXII
Capítulo 2.....	XXV
Planteamiento del problema.....	XXV
Hipótesis	XXVI

Objetivos	XXVI
Objetivo General	XXVI
Objetivos específicos.....	XXVI
Metodología	XXVII
Diseño del estudio	XXVII
Definición de la población	XXVII
Población de estudio	XXVII
Muestra.....	XXVII
Criterios de inclusión	XXVII
Criterios de exclusión	XXVII
Criterios de eliminación	XXVII
Variables de estudio	XXVIII
Variable independiente.....	XXVIII
Variables dependientes	XXVIII
Variables de ajuste	XXVIII
Variables sociodemográficas	XXVIII
Estrategia de trabajo	XXIX
Métodos de recolección de datos.....	XXXIV
Análisis de datos.....	XXXV
Resultados	XXXVI
Características sociodemográficas de la población de estudio	XXXVI
Distribución por edad.....	XXXVI
Distribución por sexo	XXXVI
Características clínicas del prurito anal	XXXVII
Variación del prurito	XXXVIII
Presencia de rascado	XXXIX
Tiempo de evolución del prurito	XL

Estadificación de la piel perianal (Clasificación Washington Hospital Center) .	41
Hábitos higiénico-dietéticos	XLII
Prurito relacionado a la dieta	XLIII
Variación en el hábito intestinal.....	XLIV
Modificadores en el hábito intestinal	XLV
Hallazgos histopatológicos	XLVI
Biopsias de hallazgos histopatológicos más predominantes	XLVII
Clasificación de hallazgos inflamatorios	LVIII
Regresión logística para la presencia de hallazgos histopatológicos inflamatorios	LXVI
Discusión	LXVIII
Sesgos, limitaciones y recomendaciones futuras	LXXI
Conclusión	LXXII
<i>Capítulo 3.....</i>	<i>LXXIII</i>
Fortalezas	LXXIII
Perspectivas	LXXIV
Impacto del trabajo de investigación	LXXIV
Impacto científico	LXXIV
Impacto social	LXXV
Aportación a la solución de problemas prioritarios.....	LXXV
<i>Bibliografía</i>	<i>LXXVI</i>
<i>Anexos</i>	<i>LXXX</i>
Anexo 1. Registro del protocolo Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	LXXX
Anexo 2. Registro ante Hospital universitario de Puebla.....	LXXXI

Anexo 3. Bioética	LXXXII
Anexo 4. Logística Recursos Humanos.....	LXXXIV
Anexo 5. Cronograma de actividades	LXXXV
Anexo 6. Definición de las variables y escalas de medición	LXXXVI
Definición de las variables y escalas de medición.....	LXXXVI
Anexo 7. Consentimiento informado.....	XCIV
Anexo 8. Carta de confidencialidad.....	XCV
Anexo 9. Formato de Historia clínica.....	XCVI
Anexo 10 . Cuestionario para realizar la historia del paciente con prurito anal	XCIX
Anexo 11. Exploración física	CIII
Anexo 12. Clasificación de Washington para prurito anal	CV
Anexo 13. Técnica de biopsia punch.	CVI
Anexo 14. Justificación	CVII

Lista de cuadros

No. Cuadro	Título	Página
1	Factores etiológicos dermatológicos en el prurito anal.	3
2	Clasificación del prurito anal por etapas.	5
3	Factores etiológicos de tipo infeccioso asociados al prurito anal.	6
4	Alimentos asociados al prurito anal.	8
5	Principales alteraciones patológicas en las enfermedades de la piel.	10
6	Lesiones de origen dermatológico relacionadas con prurito anal.	11
7	Medidas descriptivas de la edad de los pacientes con prurito anal	36
8	Asociación entre hallazgo histopatológico y sexo	59
9	Asociación entre hallazgo histopatológico y edad	60
10	Asociación entre hallazgo histopatológico y clasificacion de Washington	60
11	Asociación entre hallazgo histopatológico y variacion del prurito	61
12	Asociación entre hallazgo histopatológico y rascado al prurito	62
13	Asociación entre hallazgo histopatológico y tiempo de evolución	63
14	Asociación entre hallazgo histopatológico e higiene perianal	63
15	Asociación entre hallazgo histopatológico y habito intestinal	64
16	Asociación entre hallazgo histopatológico y su relacion con la dieta	65
17	Asociación entre hallazgo histopatológico y el uso de modificadores del habito intestinal.	65
18	Comparación de resultados entre pruebas bivariadas (Chi ² /Fisher) y regresión logística	67

Lista de figuras

No. Figura	Título	Página
1	Vía neurofisiológica del prurito: activación periférica y proyección central.	14
2	Algoritmo diagnóstico y terapéutico del prurito anal.	17
3	Técnica de la biopsia punch	19
4	Esquema del procesamiento de muestras histopatológicas.	20
5	Diagrama de flujo de estrategia de trabajo.	33
6	Variación del prurito de pacientes con prurito anal	38
7	Rascado en pacientes con prurito anal	39
8	Tiempo de evolución en pacientes con prurito anal	40
9	Evaluación clínica de la piel perianal mediante la clasificación del Hospital de Washington.	41
10	Higiene perianal en pacientes con prurito anal	42
11	Prurito relacionado a la dieta	43
12	Variación del hábito intestinal en pacientes con prurito anal	44
13	Modificadores del hábito intestinal de pacientes con prurito anal	45
14	Hallazgos histopatológicos en pacientes con prurito anal	46
15	Liquen simple pigmentado	48
16	Dermatitis focal leve	49
17	Dermatitis leve inespecífica	50
18	Inflamación crónica moderada	51
19	Dermatitis crónica leve	52
20	Peri-vasculitis neutrofílica	53
21	Dermatitis seborreica	54
22	Dermatitis liquenoide	55

23	Fibroma laxo	56
24	Melanosis post inflamatoria	57
25	Clasificación de hallazgos histopatológicos: inflamatorios y no inflamatorios,	58

Lista de abreviaturas

BUAP: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

EE: Desviación estándar

HUP: Hospital Universitario de Puebla

IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %

IFSI: Foro Internacional para el Estudio del Picor

n: Tamaño de la muestra

OR: Razón de momios

p: Valor de probabilidad

PRISMA: Elementos preferidos para reportar revisiones sistemáticas y metaanálisis

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

TRPA1: Canal iónico de potencial transitorio tipo anquirina 1

TRPM8: Canal iónico de potencial transitorio tipo melastatina 8

TRPV1: Canal iónico de potencial transitorio tipo vaniloide 1

VPH: Virus del papiloma humano

Capítulo 1

1. Antecedentes generales

Prurito anal

Definición y epidemiología

El prurito anal es una condición caracterizada por picor en la piel, acompañado de una sensación desagradable que conduce al impulso de rascarse (1). Dado que esta percepción es eminentemente subjetiva, su evaluación depende principalmente de la perspectiva de los pacientes (2). A pesar de que puede afectar a personas de cualquier edad, constituye una de las principales causas de consulta médica en dermatología (3)

Sin embargo, establecer su epidemiología con precisión resulta complejo. La incidencia del prurito crónico aún no ha sido correctamente fundamentada y existen notables discrepancias entre las publicaciones internacionales (4) Mientras que la literatura médica nacional carece de datos robustos, a nivel global se reporta una prevalencia entre el 1% y el 5% en la población adulta, con mayor frecuencia en el sexo masculino (5).

En México, un hospital de tercer nivel documentó que el 67.2% de los casos de prurito crónico estaban asociados con enfermedades de base, el 14.8% con patologías dermatológicas, el 3.3% con medicamentos, el 9.8% eran idiopáticos y el 4.9% obedecían a otras causas (3). Estos datos contrastan con un estudio europeo de 2004, en el cual, con una muestra de 40,888 pacientes, se evidenció que el prurito es el síntoma cutáneo más común, presente en el 54.4% de los pacientes con alteraciones dermatológicas (6). Tales hallazgos refuerzan que el prurito crónico representa un problema global que afecta a personas de distintas edades y repercute de manera significativa en la calidad de vida (1).

Asimismo, diversos estudios sugieren que la prevalencia del prurito aumenta con la edad, lo que se relaciona con la aparición de problemas sistémicos que, a lo largo del tiempo, favorecen su desarrollo (7). Un estudio transversal europeo con casi 19,000 adultos identificó una prevalencia del 9% de prurito agudo, además de una asociación

estrecha entre este síntoma y la presencia de dolor crónico (8).

Etiología y clasificación

El carácter multifactorial del prurito anal explica su alta prevalencia y la dificultad en su manejo clínico. Donde se reconoce como el síntoma más común en enfermedades dermatológicas y, debido a su tendencia a la cronicidad, muchos pacientes refieren manifestaciones durante años, recurriendo a tratamientos tanto prescritos como de libre acceso, aunque con resultados variables. A esto se suma que, con frecuencia, los síntomas no son mencionados de manera abierta a los profesionales de la salud, lo que retrasa el diagnóstico oportuno, a manera general puede ser agudo, o crónico cuando dura mas de 6 semanas y presentarse no solo en la piel, sino también en el epitelio escamoso de la conjuntiva, la mucosa oral, nasal, faríngea y la zona anogenital. (9)

Dentro de la clasificacion del prurito propuesta por el international Foro internacional del estudio del rascado (IFSI), el prurito puede presentarse en diferentes tipos, según su mecanismo fisiopatológico (10).

Neurogénico: se origina por la acción de mediadores pruritogénicos e inflamatorios, sin que exista una lesión directa en el tejido nervioso, los linfocitos Th2 participan en la aparición y persistencia del prurito.

Neuropático: representa cerca del 8% del prurito crónico y su origen se determina por daño en las fibras nerviosas, dando como resultado una alteración en la transmisión del estímulo pruritogénico. Esta suele estar acompañada de dolor y esta relacionada con neuropatías, atrapamientos nerviosos o enfermedades como diabetes.

Pruritoceptivo: se genera por la activación de fibras sensoriales en la piel ante agentes irritantes o enfermedades inflamatorias cutáneas.

Psicógeno: tiene un origen psicosomático o psiquiátrico, relacionado con fobias, trastornos obsesivos o psicóticos. Afecta con frecuencia el cuero cabelludo y su prevalencia alcanza alrededor del 32% en pacientes con trastornos mentales.

Su frecuencia es mayor en adultos mayores, afectando entre el 11.5% y el 25% de esta población, en especial a quienes superan los 85 años, ciertos factores como la

disminución progresiva de la función en la barrera cutánea y alteraciones en las fibras nerviosas relacionadas con el dolor predisponen a una desinhibición central del prurito. Las diferencias por sexo también constituyen un factor relevante. Los hombres que reportan prurito suelen ser de mayor edad y presentar enfermedades sistémicas comórbidas, mientras que en las mujeres destacan condiciones propias como el embarazo, cambios en los hábitos higiénicos o colestasis intrahepática, particularmente en el segundo y tercer trimestre (11).

Finalmente, la etiología y clasificación de las dermatosis anales es amplio. No obstante, se ha descrito que en el 75% de los casos el prurito anal tiene una causa secundaria, generalmente vinculada con procesos inflamatorios, infecciosos, sistémicos o neoplásicos, los cuales agravan la sintomatología. En particular, la irritación local por filtración de contenido fecal en la zona perianal puede desencadenar un proceso de humedad que favorece la perpetuación del cuadro (12).

En el cuadro 1, se resumen los principales factores etiologicos asociados al prurito anal, agrupados según su origen dermatologico.

Cuadro 1. Factores etiológicos dermatológicos en el prurito anal.

Enfermedades dermatológicas
• Dermatitis atópica y liquen simple crónico • Dermatitis de contacto alérgica • Psoriasis vulgar • Liquen escleroso y atrófico • Dermatitis seborreica • Enfermedad de Paget • Carcinoma espinocelular

Elaborado con información tomada de (13).

Características clínicas del prurito anal

El prurito anal presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas que deben considerarse al momento de su evaluación. Entre los aspectos relevantes se incluyen la variabilidad del síntoma, la presencia o ausencia de rascado, el tiempo de evolución del cuadro y estado de la piel perianal.

Para este último, dentro de la práctica clínica se han propuesto algunos sistemas de clasificación adicionales, cómo, por ejemplo, el Hospital de Washington estadifica a la piel basándose en su apariencia del área perianal, la clasificación ofrece un sistema útil que permite describir los cambios cutáneos observados durante la exploración física.

Clasificación de la piel con prurito anal, Hospital de Washington

Para la práctica clínica:

Etapas 0 es piel normal

Etapas 1 piel enrojecida e inflamada

Etapas 2 tiene piel liquenificada

Etapas 3 piel liquenificada, rugosidades ásperas y ulceraciones

Se identifica como un sistema fácil y práctico de clasificación, que ayuda la comunicación entre profesionales (9)

Otra clasificación para prurito anal se conforma por cuatro etapas, las cuales describen de manera progresiva las características de la piel perianal, cuadro 2.

Cuadro 2. Clasificación de prurito anal por etapas.

Términos de clasificación	Descripción
Estadio leve (Etapa 1)	No se observa lesión en la inspección del borde anal, pero el paciente encuentra dolor a la palpación y/o la endoscopia, y se han excluido otras lesiones anales
Moderada (Etapa 2)	Piel seca enrojecida únicamente, a veces piel supurante con fisuras redondas superficiales y fisuras superficiales longitudinales
Severo (Etapa 3)	Piel enrojecida, supurante, con úlceras y excoriaciones superficiales interrumpidas por áreas pálidas, blanquecinas y sin pelos.
Estadio crónico (Etapa 4)	Piel pálida, blanqueada, engrosada, seca, coriácea, escamosa, sin pelos y sin úlceras o excoriaciones superficiales

Elaborado con información tomada de (14).

Variación del prurito

El prurito anal puede intensificarse por diversos factores que modifiquen el microambiente perianal. Dentro de las principales causas se encuentran: la humedad, sudoración, actividad física, arrugas cutáneas, fístulas y fisuras anales, por lo tanto, estas condiciones favorecen infecciones por *Candida*, presentes en más del 10% de los casos, así también pueden presentarse infecciones menos frecuentes por *Streptococcus* o *Corynebacterium minutissimum*, como lo muestra el cuadro 3 (15).

Cuadro 3. Factores etiológicos de tipo infecciosos en el prurito anal.

Infecciones asociadas a prurito anal
Bacterias: (<i>Estafilococo áureo</i> , <i>Streptococo</i> de los grupos A y B), <i>Corenybacterium minutissimum</i>
Dermatofitosis: hongos dermatofitos
Parasitarias: Oxiuros, Acarosis, Pediculosis del pubis, Tricomoniasis
Enfermedades de transmisión sexual: Herpes simple, proctitis gonocócica, sífilis, Condiloma acuminado, molusco contagioso

Elaborado con información tomada de (15).

El prurito como síntoma se presenta dentro de algunas enfermedades, como las de transmisión sexual, el herpes y el condiloma acuminado (15).

De igual forma, puede presentarse como manifestación de enfermedades sistémicas, entre ellas la ictericia secundaria a colestasis. En estos casos, la acumulación de ácidos biliares en sangre genera una sensación de picazón intensa y difusa, lo que demuestra que la variación del prurito no depende únicamente de factores locales, sino también de alteraciones metabólicas y hepáticas (16).

Aunque muchas veces se realiza un estudio minucioso al paciente, en hasta el 25% de los casos no se puede determinar una etiología precisa del prurito anal. Estos casos se clasifican como prurito anal idiopático o primario (17).

En este sentido, no es una manifestación con un comportamiento predecible, sino que varía en intensidad y presentación de acuerdo con factores como la condición clínica del paciente, la presencia de patologías asociadas, el tipo de infección, la humedad local, los cambios de temperatura y otros elementos. Esta variabilidad define por qué, en algunos casos, el prurito puede ser episódico o intermitente, mientras que en otros se presenta de manera persistente y crónica.

Existencia del rascado

Dentro de los eventos desencadenantes, se produce un ciclo progresivo de picazón y rascado, identificando distintos factores mitigantes que pueden intervenir antes o después durante el ciclo de picazón-rascado, dando como común denominador dentro del prurito anal idiopático a la contaminación fecal y enzimas bacterianas que potencian la irritación, prurito e inflamación, este fenómeno se ha comprobado con pruebas de parche cutáneo positivas con heces autólogas (18).

La presencia de excoriaciones o liquen simple indica una forma más severa o crónica del prurito anal (10). Esta condición se caracteriza por alteraciones cutáneas de aspecto blanquecino, atrófico y con pliegues arrugados, que en algunos casos puede progresar a carcinoma de células escamosas en un 5% a 6% de los casos (15).

Tiempo de evolución

Al inicio del prurito anal se establece un ciclo de picor-rascado-picor, en el cual el rascado intensifica la sensación de prurito, este proceso puede convertirse en un problema persistente que influye de manera significativa en la evolución, pronóstico y tratamiento (15). La duración del cuadro varía ampliamente, desde episodios agudos de corta duración, hasta formas crónicas que se prolongan durante meses e incluso años. El prurito de larga duración puede provocar ulceraciones cutáneas evidentes, lo que hace necesario establecer un diagnóstico definitivo mediante biopsia y confirmación histopatológica (19).

Hábitos higiénicos-dietéticos

Se identifica a los factores dietéticos como una causa o factor agravante del prurito anal. Se ha señalado que la exclusión de determinados alimentos de la dieta puede disminuir de forma significativa la intensidad del prurito en corto periodo, aproximadamente dentro de las dos semanas posteriores (17). Entre los alimentos más frecuentes implicados se encuentran: el chocolate, las frutas cítricas, las especias, el

café (con o sin cafeína), el té, las bebidas de cola, la cerveza, la leche y otros productos lácteos, así como los tomates y sus derivados (20).

Esta mejoría podría explicarse por la reducción de la liberación de histamina y otras aminas vasoactivas, mecanismos que también se han descrito en enfermedades cutáneas pruriginosas como la urticaria crónica, donde la dieta desempeña un papel relevante en la modulación de los síntomas (21). Se relacionan hábitos como el tabaquismo, consumo de alcohol y ciertos alimentos como lácteos, chocolates, cítricos y tomates, con el prurito anal primario (19). Algunos ejemplos de alimentos asociados al prurito anal se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 4. Alimentos asociados al prurito anal.

Café	Ciruelas pasas
Chocolate	Higos
Leche	Tomates
Alcohol	Bebidas carbonatadas
Palomitas	Jugos de cítricos
Uvas	

Elaborado con información tomada de (22).

No obstante, aún no se ha identificado claramente si el prurito anal inducido por alimentos es una manifestación de una reacción alérgica a dichos alimentos o si es el resultado de la exposición directa de la piel a ingredientes específicos. Existe la posibilidad de que estos alimentos modifiquen el pH de las heces o disminuyan el tono del esfínter, lo que provocaría una relajación anal (17).

Variación en el hábito intestinal y sus modificadores

Las variaciones en el hábito intestinal representan un aspecto clínico importante, pues pueden reflejar alteraciones funcionales o influir por diversos factores externos. Entre ellos destacan la consistencia de las heces, la higiene inadecuada o excesiva, los restos fecales, el consumo de ciertos alimentos, el exceso de agua, uso de colorantes o

la presencia de reflejos anorrectales alterados. Esta multiplicidad de factores, en ocasiones contradictorios, contribuye a que la comprensión del prurito anal siga siendo limitada (15).

La historia clínica proctológica detallada incluye información clave para el manejo del prurito anal, ya que permite conocer la frecuencia y consistencia de las deposiciones, así como el uso de cualquier modificador intestinal, medicamento simple, de venta libre o tópicos, que puedan alterar los síntomas, la consistencia de las deposiciones y por consiguiente la apariencia de la región perianal. Estos cambios, aunque sutiles en algunos casos pueden tener un impacto directo en la sintomatología anal (23).

Hallazgos histopatológicos en pacientes con prurito anal

El estudio histopatológico resulta esencial para comprender la naturaleza de las lesiones asociadas al prurito anal, especialmente en casos donde la causa clínica no es evidente. Las lesiones ulcerosas o persistentes requieren biopsias de tejido que incluyan tanto la zona afectada como piel sana circundante, estas lesiones dermatológicas presentan alteraciones histopatológicas cutáneas como se presenta en el cuadro 5. (24)

La biopsia de piel perianal es un procedimiento indicado cuando no se identifica una causa clara del prurito en la historia clínica del paciente, ya que permite orientar el diagnóstico y tratamiento oportuno (5). Diversas neoplasias anales o perianales pueden manifestarse inicialmente con prurito, como ocurre en la enfermedad de Paget y la enfermedad de Bowen, en las cuales hasta la mitad de los pacientes presentan este síntoma (Cuadro 6). La primera corresponde a un adenocarcinoma intradérmico, mientras que la segunda se define como una neoplasia intraepitelial anal de alto grado, asociada con el virus del papiloma humano (VPH) y el condiloma (15).

Alteraciones Histopatológicas cutáneas

Cuadro 5. Principales alteraciones patológicas en las enfermedades de la piel.

Hiperqueratosis	Aumento de la capa cornea (callosidad)
Paraqueratosis	Presencia de núcleos en la capa cornea (psoriasis)
Hipergranulosis	Aumento de la capa espinosa (dermatitis crónica)
Acantosis	Destrucción de los puentes intercelulares de la capa espinosa, resultando en la división de estas células y la creación de cavidades dentro de la epidermis (ampollas o pénficos)
Atrofia de la epidermis	Adelgazamiento de todas o algunas de las capas de la epidermis (lupus eritematoso)
Espinogiosis	Edema intercelular o intracelular en la epidermis (eccema)
Papilomatosis	Aumento del tamaño de las papilas
Disqueratosis	Queratinización anticipada e individual de las células epidérmicas (epitemola espinocelular)
Licuefacción de la basal	Ausencia de la demarcación entre epidermis y dermis por tumefacción de las células basales (lupus eritematosos)

Elaborado con información tomada de (24)

Cuadro 6. Lesiones de origen dermatológico relacionadas con prurito anal.

Lesiones malignas	Lesiones potencialmente malignas
Carcinoma epidermoide del reborde anal: escamo celular	Enfermedad de Bowen
Carcinoma no epidermoide: adenocarcinoma	Enfermedad de Paget extramamaria
Carcinoma de células basales	Papulosis Bowenoide
Sarcoma de Kaposi	Leucoplaquia

Elaborada con información tomada de (25).

Clasificación de hallazgos histopatológicos de prurito anal

El prurito anal puede clasificarse desde una perspectiva clínica e histopatológica. El Foro Internacional para el Estudio del Picor (IFSI) propone una división en tres grupos: el primero incluye casos con inflamación cutánea vinculada principalmente a enfermedades dermatológicas; el segundo abarca pacientes con piel no inflamada, en quienes el prurito se asocia con causas sistémicas, neurológicas, psiquiátricas, embarazo o uso de fármacos; y el tercero comprende formas mixtas caracterizadas por lesiones crónicas secundarias al rascado, derivadas de una combinación de los dos grupos anteriores (23).

Para fines de análisis clínico e interpretación de resultados, al sustentar la agrupación de los hallazgos histopatológicos en dos categorías principales, podemos

observar que, dentro del grupo del primer grupo, dermatitis e inflamación, las entidades comparten patrones inflamatorios comunes (26),(27):

- **Dermatitis espongíótica:** Caracterizada por espongiosis epidérmica (edema intercelular) y exocitosis de linfocitos, hallazgos típicos en diversas formas de eccema.
- **Dermatitis liquenoide:** Presenta un infiltrado inflamatorio en la unión dermoepidérmica, con daño vacuolar en la capa basal y necrosis de queratinocitos.
- **Peri-vasculitis neutrofílica:** Se observa un infiltrado denso de neutrófilos alrededor de los vasos sanguíneos en la dermis, sin evidencia de vasculitis asociada.

Así mismo el segundo grupo conformado por cambios histopatológicos no inflamatorios, comparten lesiones cutáneas sin un componente inflamatorio predominante, incluyendo neoplasias benignas, cambios pigmentarios post-inflamatorios y piel sin alteraciones (28)(29):

- **Liquen plano:** Se caracteriza por hiperqueratosis, degeneración hidrópica de la capa basal e infiltrado inflamatorio en banda en la unión dermoepidérmica.
- **Melanosis post-inflamatoria:** Se manifiesta por un aumento de melanina en la epidermis y la dermis, sin presencia significativa de infiltrado inflamatorio.
- **Fibroma laxo:** Es una neoplasia benigna derivada del tejido fibroso, que se presenta como una lesión cutánea blanda, sin características inflamatorias.
- **Hidrocistoma apocrino:** Tumor quístico benigno originado en las glándulas sudoríparas apocrinas, compuesto por una pared de células epiteliales cuboideas y mioepiteliales, sin evidencia de inflamación.

Fisiopatología

La fisiopatología del prurito anal implica una compleja interacción entre mecanismos inflamatorios, cutáneos y neurosensoriales. El proceso inicia con la liberación de pruritógenos derivados de inflamación, sequedad o daño epidérmico, los cuales activan receptores ubicados en terminaciones nerviosas libres. Esta señal es transmitida principalmente por fibras C de aferencia primaria, cuyos somas se localizan en los ganglios de la raíz dorsal o ganglios trigeminales; la activación ocurre mediante receptores acoplados a proteína G que facilitan la apertura de canales catiónicos del grupo TRP, especialmente TRPV1 y TRPA1, estrechamente involucrados en la transducción del prurito (30).

Los mediadores químicos como histamina, bradisinina y prostaglandinas también participan en la sensibilización periférica, aumentando la percepción del prurito y favoreciendo el ciclo rascado–inflamación–daño cutáneo (31). Estudios experimentales recientes han demostrado que la inhibición de la vía JAK2/STAT3 modula la transmisión del prurito, contribuyendo a una base molecular para el desarrollo de nuevas opciones terapéuticas (32). Debido a la complejidad de estas rutas, dirigir el tratamiento hacia una única vía resulta difícil y, en ocasiones, insuficiente (15).

La transmisión mediada por histamina presenta un componente termodependiente: el calor incrementa la actividad de las fibras aferentes, intensificando el prurito, mientras que el frío inhibe la conducción nerviosa y proporciona alivio transitorio (33). Además de esta ruta clásica, la literatura ha descrito la participación de vías no histaminérgicas en la génesis del prurito, lo cual explica la pobre respuesta al uso de antihistamínicos en muchos pacientes (34). Estas rutas incluyen mecanismos de prurito mecánico y otras modalidades de hipersensibilidad neurosensorial que operan a través de aferencias distintas a las clásicas fibras histaminérgicas (35). En el prurito crónico derivado de enfermedades inflamatorias de la piel, la vía no histaminérgica suele predominar, lo que refuerza la necesidad de comprender mejor estas rutas para orientar el tratamiento de manera más precisa (36).

La interacción entre vías sensoriales del prurito, el tacto y el dolor también explica por qué algunos pacientes recurren de forma involuntaria a estímulos nociceptivos para

aliviar temporalmente la sensación de picor; este fenómeno ocurre debido a que la señal dolorosa inhibe momentáneamente la transmisión del prurito en niveles centrales (5).

El entendimiento de estos mecanismos permite contextualizar la particular sensibilidad de la región perianal. Esta zona recibe gran parte de su inervación del nervio pudendo, rama del plexo sacro responsable de la aferencia sensorial del perineo, los genitales externos y la piel perianal (37). Dado este patrón de inervación altamente especializado, estímulos mínimos como humedad, fricción o irritantes locales pueden desencadenar sensaciones intensas de picazón. La convergencia entre densidad nerviosa, susceptibilidad cutánea e influencias inflamatorias explica por qué el prurito anal es un síntoma frecuente y potencialmente persistente, así como la variabilidad en su intensidad y duración. Estas bases fisiopatológicas ofrecen un marco para un abordaje diagnóstico y terapéutico más adecuado. Figura 1.

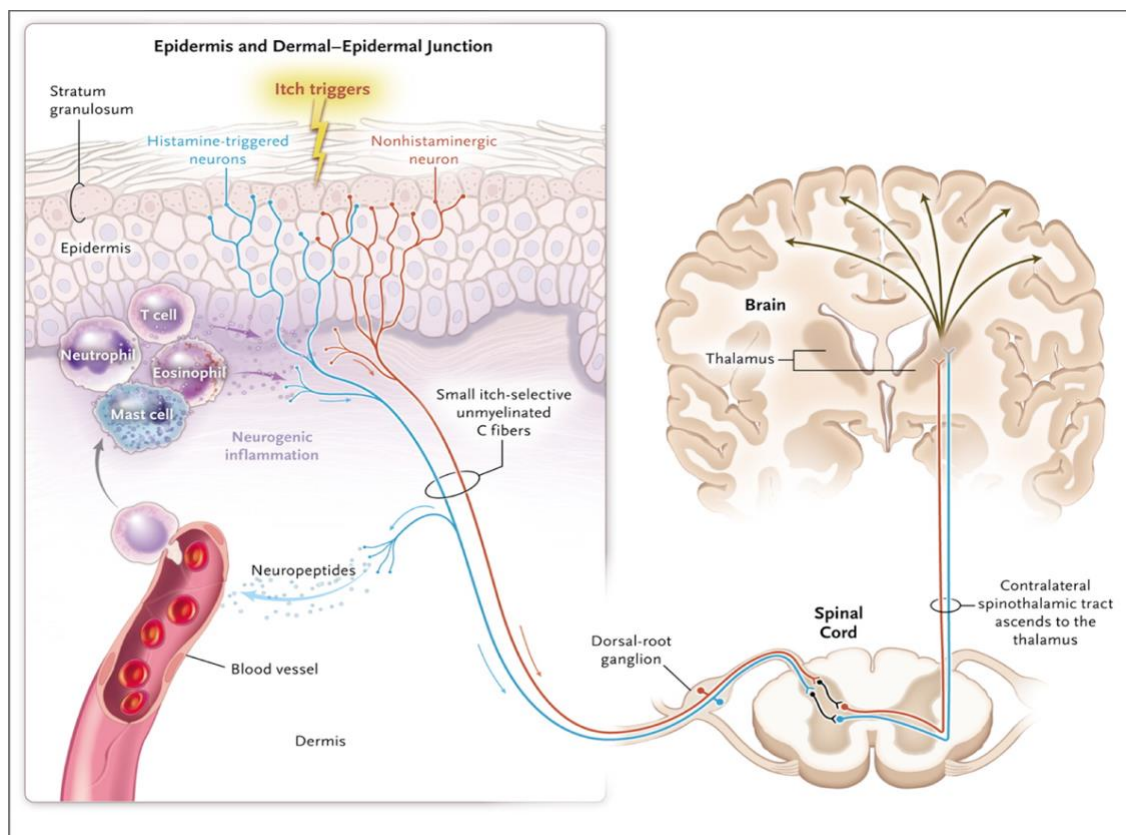


Figura 1. Vía neurofisiológica del prurito: activación periférica, fibras C no mielinizadas y proyección al tálamo y corteza cerebral. Tomada de (38)

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico diferencial del prurito anal abarca un amplio espectro de entidades inflamatorias, infecciosas, de transmisión sexual y neoplásicas, además de múltiples factores asociados al prurito primario o idiopático, entre ellos características anatómicas, hábitos higiénicos y dietéticos, factores psicogénicos, irritantes locales y el uso de determinados medicamentos (9). Se ha señalado que una anamnesis precisa y una exploración física minuciosa suelen ser suficientes para identificar la causa predominante; sin embargo, la falta de información detallada por parte del paciente sobre su afección proctológica, aunada a la frustración derivada de consultar a diversos especialistas sin obtener un diagnóstico concluyente, puede dificultar el proceso; en consecuencia, algunos pacientes recurren a la automedicación con productos prescritos o de libre venta, muchas veces sin regulación adecuada, lo que puede agravar el cuadro clínico (15).

El abordaje terapéutico del prurito anal se basa en tres pilares fundamentales: una higiene perianal adecuada, la eliminación de posibles irritantes y el mantenimiento de la integridad cutánea (39). Mantener la zona limpia y completamente seca es esencial, evitando prácticas que incrementan la irritación, como la limpieza excesiva o el uso de jabones, lociones o toallitas húmedas. Asimismo, resulta indispensable identificar alimentos y bebidas que actúan como desencadenantes o exacerbadores, entre los que se incluyen café, té, cerveza, chocolate, cítricos, lácteos y alimentos picantes.

En el contexto del abordaje diagnóstico, la literatura señala que la toma de biopsias constituye una herramienta clave cuando se sospecha una neoplasia o una dermatosis específica, especialmente ante lesiones con apariencia anormal o cambios evidentes en la piel perianal (7). El examen ano-rectal exhaustivo se justifica debido a la variabilidad de los hallazgos físicos, los cuales dependen tanto de la patología subyacente como de las medidas que el paciente haya implementado para aliviar los síntomas. En estos casos, es necesario descartar patología anorrectal, infecciosa o neoplásica mediante procedimientos como endoscopia, cultivos o biopsias (19).

Diversos autores coinciden en que el tratamiento del prurito anal debe orientarse

a identificar y corregir la enfermedad subyacente, pues su manejo adecuado suele conducir a la resolución del síntoma. En este sentido, se recomienda reforzar las medidas higiénicas y realizar ajustes dietéticos como parte del abordaje inicial, estrategias que se integran en algoritmos diagnósticos-terapéuticos estructurados para estos pacientes (17), (Figura 2). Cuando no es posible identificar la causa, el uso de corticoesteroides tópicos por periodos cortos constituye una intervención ampliamente utilizada en el tratamiento del prurito anal idiopático (40).

En el manejo de las patologías anales, el objetivo principal es aliviar los síntomas y prevenir su recurrencia. La obtención de una historia clínica completa y una inspección detallada de la piel permite determinar si las lesiones primarias se originan en una afección dermatológica previa y, en consecuencia, orientar el tratamiento hacia la causa específica (6). Cuando se identifica un factor claramente responsable del prurito anal, el tratamiento dirigido a dicho desencadenante suele resultar en una mejoría significativa. En concordancia con este enfoque, diversas recomendaciones enfatizan la importancia de investigar y corregir cualquier alteración anorrectal, ya que incluso pequeñas lesiones pueden favorecer la humedad o retener residuos fecales, contribuyendo a la persistencia de los síntomas (17).

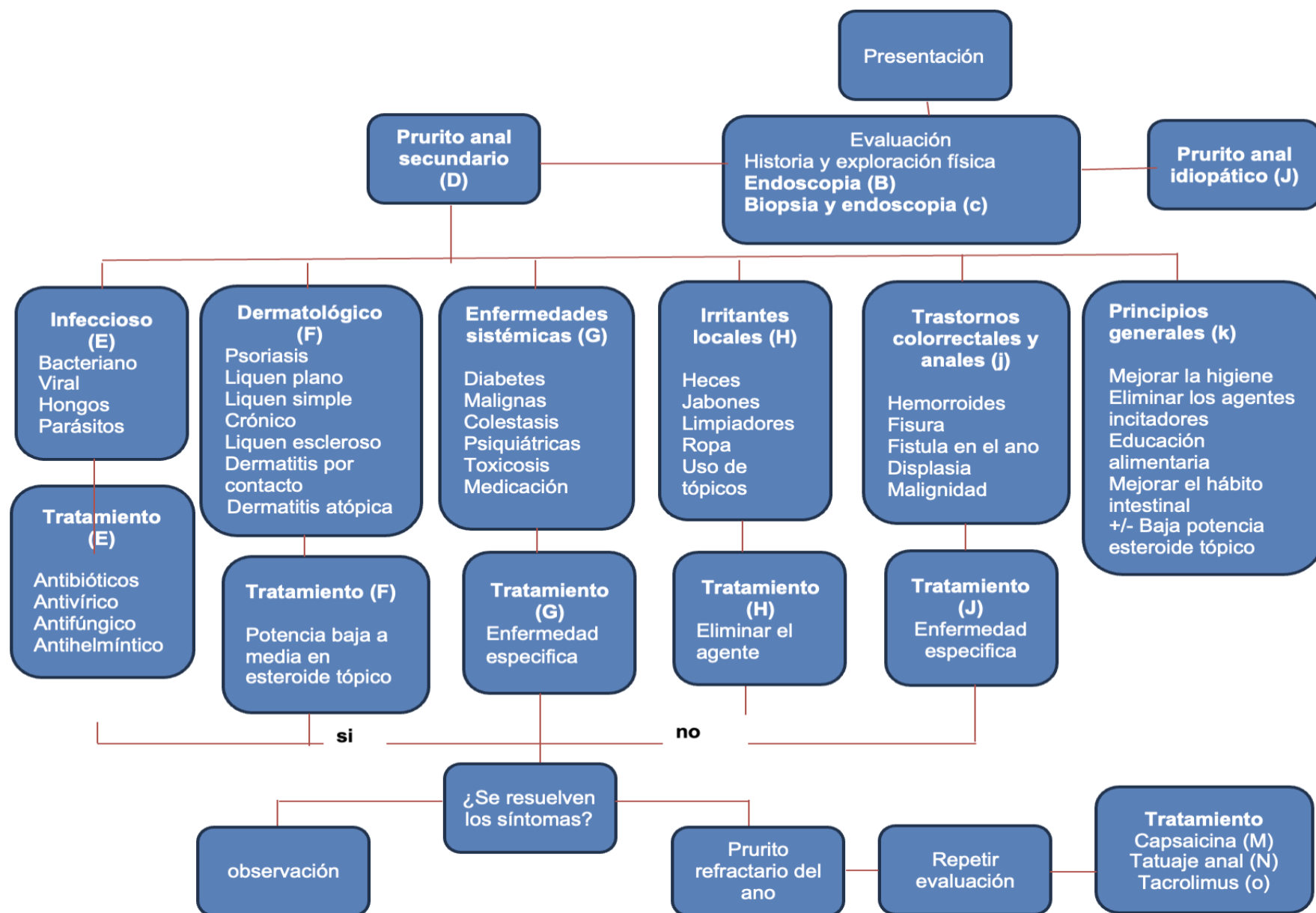


Figura 2. Algoritmo sobre el diagnóstico y tratamiento del prurito anal. Tomada de (17).

Biopsia

Obtención del tejido

La biopsia constituye el método ideal para la obtención de tejido en la región anal, pues la técnica *punch* permite realizar un procedimiento sencillo, seguro y con mínima incomodidad para el paciente, ya que se efectúa bajo anestesia local (22). En este estudio, la toma de muestra se llevará a cabo mediante una biopsia *punch* de 4 mm, tamaño que proporciona un fragmento adecuado para el análisis histopatológico. En términos generales, la biopsia se define como la extirpación parcial o total de un tejido vivo para su evaluación diagnóstica (41). Figura 3.

Las muestras obtenidas mediante biopsia se destinan principalmente a estudios con microscopía óptica convencional y, en determinados casos, a técnicas de inmunofluorescencia (42). En relación con los métodos disponibles para la obtención de tejido; la biopsia tipo *punch* utiliza un instrumento circular con bordes cortantes, cuyo diámetro suele oscilar entre 2 y 8 mm (43). Esta técnica, además de ser sencilla y requerir con poca frecuencia sutura, permite obtener muestras que incluyen epidermis y dermis, lo que facilita al patólogo realizar un diagnóstico preciso. Por estas razones, la biopsia *punch* se considera la modalidad preferida para la evaluación de lesiones cutáneas y subcutáneas (44).

Técnica de la biopsia *punch*

La biopsia tipo *punch* se utiliza como técnica de primera elección en el estudio de diversas dermatosis inflamatorias y pigmentarias, debido a que es un procedimiento simple, de fácil aprendizaje y de rápida ejecución (44); gracias a estas características, su indicación es especialmente apropiada cuando se requiere obtener una muestra representativa de la piel para:

- Establecer diagnóstico confirmatorio de una lesión inflamatoria o neoplásica.
- Entrelazar el diagnóstico y terapia en lesiones de área pequeña y únicas.
- Evaluar la efectividad de alguna intervención de fin terapéutico en una enfermedad previamente diagnosticada.

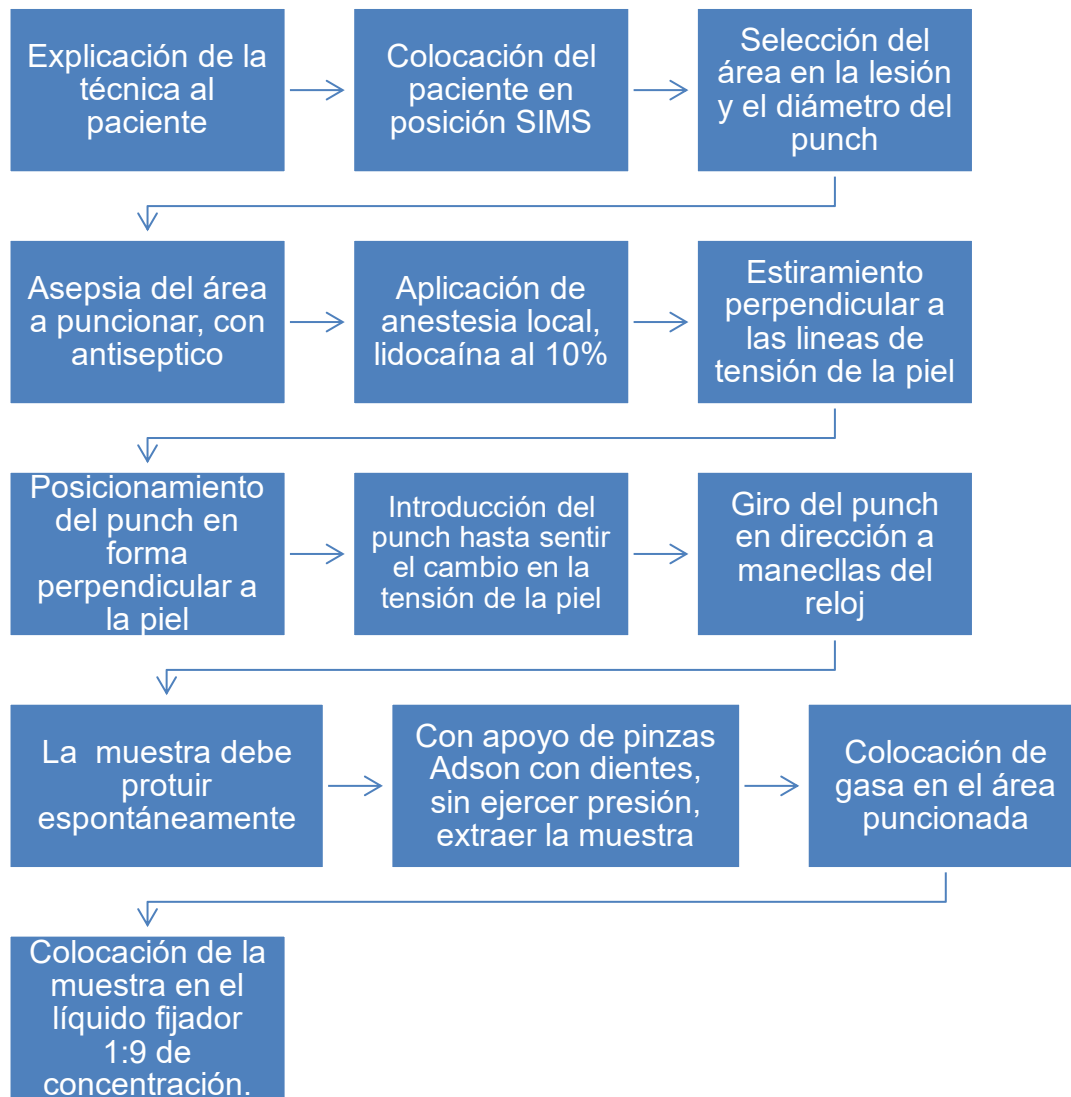


Figura 3. Técnica de la biopsia punch. Tomado de (44).

Procesamiento de la biopsia en patología

Posterior a la obtención de las muestras a procesar se continua la fijación, la cual es indispensable para mantener la estructura celular y molecular dentro del mismo estado que cuando se recoge la muestra (45).

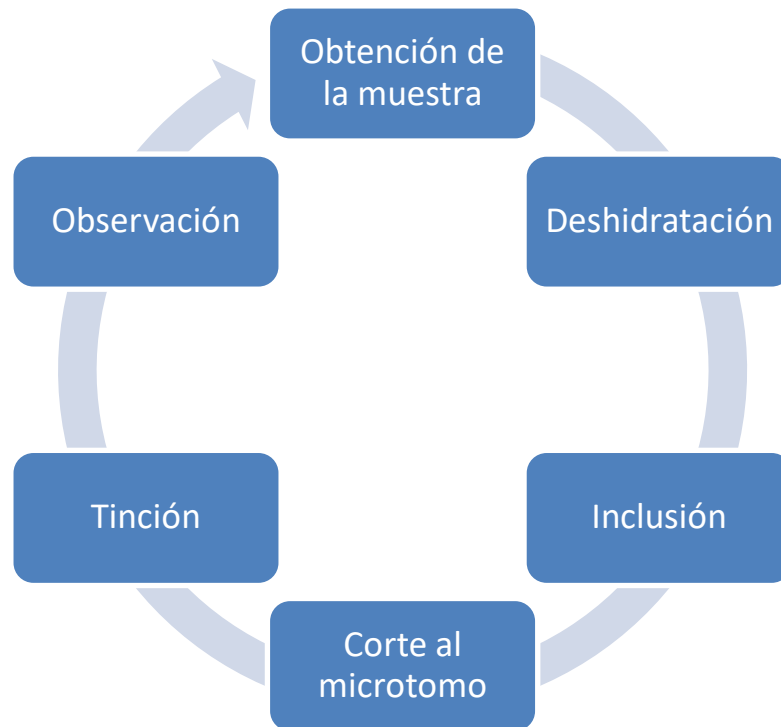


Figura 4. Esquema del procesamiento de muestras histopatológicas. Tomado de (46).

El procesamiento histológico inicia con la fijación del tejido, etapa en la que la muestra debe permanecer sumergida por un mínimo de 48 horas en formol al 35–40 % en proporción 1:9, lo que permite obtener un tejido más consistente para su posterior manipulación; una vez finalizada la fijación, la pieza se enjuaga mediante baños de etanol al 50 % y 70 % con el fin de eliminar el exceso de fijador. La deshidratación constituye un paso indispensable para la inclusión en parafina, dado que esta es hidrófoba; por ello, el proceso se realiza con concentraciones crecientes de etanol y concluye con xilol, un agente aclarante que desplaza al etanol y es totalmente miscible con la parafina. Durante la fase de inclusión se elimina el agua del tejido y se sustituye por un medio sólido que preserve su arquitectura y evite su fragmentación durante el corte, logrando esto mediante la

infiltración de parafina en estado líquido y su posterior solidificación para formar un bloque firme que contenga el tejido en su interior (46).

Posterior a la inclusión, el corte histológico se lleva a cabo con el uso de un microtomo, instrumento de precisión que permite obtener secciones delgadas, uniformes y con un grosor adecuado para su análisis microscópico (47). Debido a que la mayoría de las células y componentes de la matriz extracelular carecen de coloración intrínseca, resulta necesario aplicar técnicas de tinción que faciliten su visualización. Entre ellas, la tinción con hematoxilina-eosina se reconoce como el estándar diagnóstico: la hematoxilina tiñe en tonos azul púrpura estructuras basófilas, como el material genético, mientras que la eosina proporciona tonalidades rosa-anaranjado a los componentes acidófilos del citoplasma, el tejido conjuntivo y otras estructuras de sostén. Esta combinación cromática permite diferenciar con claridad la arquitectura tisular y favorece una interpretación diagnóstica precisa (48). Figura 4.

Antecedentes específicos

El prurito anal constituye un síntoma frecuentemente subestimado en la práctica clínica, en gran medida porque muchos pacientes evitan comunicar sus molestias anales por vergüenza o incomodidad (49). Esta reticencia contribuye a retrasos en la valoración proctológica y limita el conocimiento epidemiológico disponible sobre la condición, favoreciendo el subregistro y dificultando la estimación real de su prevalencia y carga clínica. Aunque la etiología del prurito anal es amplia y puede abarcar desde causas dermatológicas hasta infecciosas o anorrectales, un abordaje diagnóstico temprano resulta fundamental para instaurar un tratamiento eficaz, lo que resalta la necesidad de desarrollar investigaciones específicas que permitan caracterizar su frecuencia, identificar factores asociados y comprender su evolución clínica en distintos contextos poblacionales.

Diversos estudios han evidenciado la influencia de la etiología en la respuesta al tratamiento del prurito anal. En un seguimiento de 124 pacientes realizado en el Líbano durante un periodo de entre 6 y 40 meses, se observó que quienes recibieron tratamiento conservador presentaron una mejoría del 92 %, mientras que aquellos tratados mediante cirugía alcanzaron un 94 %, y los pacientes que se automedicaron lograron solo un 76 % de mejoría (50). Estos resultados sugieren que el tipo de intervención, más allá de las características demográficas, puede influir de manera significativa en la evolución clínica del prurito anal.

Entre las causas orgánicas menos frecuentes, pero clínicamente relevantes, la enfermedad de Bowen se ha descrito como una entidad asociada con prurito anal. Esta patología se presenta como lesiones pigmentadas y eritematosas bien delimitadas en la región perianal, lo que puede generar confusión diagnóstica. Un estudio retrospectivo realizado en Turquía reportó cinco casos, con una edad media de 64 años, en los que el prurito anal fue uno de los síntomas predominantes junto con dolor y enrojecimiento, lo que resalta la necesidad de considerar enfermedades dermatológicas específicas dentro del diagnóstico diferencial (51).

Asimismo, se ha documentado que el prurito anal es un síntoma frecuente en enfermedades anales benignas. En una cohorte alemana de 807 pacientes, el prurito fue el segundo síntoma más reportado después de las hemorroides. De los 317 pacientes sintomáticos, el 28.7 % presentó prurito leve, el 56.1 % moderado, el 9.1 % severo y el 6.0 % crónico. El análisis de regresión logística mostró una asociación significativa entre prurito

y lesiones cutáneas anales ($p = 0.001$), evidenciando su utilidad como predictor clínico dentro de este grupo de patologías (14).

A pesar de la evidencia existente, persiste una notable escasez de estudios que evalúen de manera sistemática la influencia de variables clínicas y contextuales sobre el diagnóstico y la evolución del prurito anal. No se han explorado suficientemente los factores que modulan la intensidad del síntoma, su cronicidad o su relación con hallazgos histopatológicos específicos. Abordar estas brechas podría optimizar el enfoque clínico y reducir tanto el subtratamiento como intervenciones innecesarias, aportando evidencia valiosa para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En relación con las opciones terapéuticas, un ensayo clínico aleatorizado y cruzado en 32 pacientes con dermatitis atópica y prurito anal persistente comparó la eficacia de tacrolimus 0.03 % frente a vaselina. El tacrolimus mostró una reducción significativa del prurito en las semanas 4 y 6, además de mejoría en indicadores de calidad de vida y severidad del eccema, con una respuesta clínica favorable del 80 % (52). Estos resultados refuerzan la importancia de considerar tanto la evolución clínica como los hallazgos histopatológicos en el manejo del prurito anal.

En concordancia con la relevancia del componente inflamatorio, un estudio experimental en modelos animales evaluó un gel antihemorroidal demostrando una reducción significativa en la frecuencia de rascado y una mejoría notable en las alteraciones histopatológicas, incluyendo menor edema dérmico, reducción del desprendimiento epitelial y disminución de la infiltración inflamatoria. A nivel molecular, se observó disminución de TRPA1 y TRPV1, junto con aumento de TRPM8, canales involucrados en la modulación del prurito (32). Aunque se trata de evidencia preclínica, estos resultados subrayan la estrecha relación entre inflamación y sintomatología en el prurito anal.

De manera complementaria, estudios *in silico* han identificado compuestos con potencial efecto antiinflamatorio, como quercetina, luteolina y licochalcona, los cuales interactúan con dianas moleculares relevantes como EGFR y STAT3, lo que podría explicar sus beneficios terapéuticos en esta condición (53). Esta evidencia proporciona bases moleculares y farmacológicas para futuras terapias dirigidas.

En concordancia con la importancia de integrar la información clínica e histopatológica en el prurito anal, se ha documentado un caso en el Departamento de Dermatología de la Universidad de California, San Francisco, en el que un hombre de 62

años presentó prurito anal y genital recalcitrante a múltiples tratamientos (54). El cuadro clínico incluía prurito persistente y nocturno, eritema y pápulas edematosas perianales con extensión genital. Las biopsias mostraron dermatitis espongíotica subaguda y las pruebas de parche resultaron positivas para propilenglicol, neomicina y fragancias, lo que permitió identificar una dermatitis alérgica de contacto como causa contribuyente. El tratamiento con dupilumab logró una mejoría del 95 % en el primer mes y una remisión sostenida durante un año, lo que ilustra la utilidad de correlacionar la clínica con los hallazgos histopatológicos y evidencia el potencial terapéutico de los agentes biológicos en el manejo del prurito refractario.

Finalmente, se han descrito casos en los que el prurito anal es manifestación de enfermedades sistémicas poco frecuentes. Un reporte clínico describió prurito anal crónico asociado a histiocitosis de células de Langerhans, diagnosticada mediante inmunohistoquímica con marcadores como S-100, CD1a, CD68 y Langerin, además de cuantificación de Ki-67. Aunque se trata de un diagnóstico infrecuente, ilustra la importancia de considerar un espectro amplio de posibilidades etiológicas e integrar los hallazgos clínicos con los histopatológicos en la evaluación integral del paciente (55).

Capítulo 2

Planteamiento del problema

El prurito anal constituye un desafío relevante para la salud pública y un motivo frecuente de consulta en coloproctología y dermatología. En México, al igual que en otros países, su prevalencia estimada oscila entre el 1 y el 5%, lo que subraya la magnitud del problema. A pesar de la disponibilidad de diversas opciones terapéuticas, como la exclusión dietética, los corticoesteroides tópicos de corta duración, los antifúngicos, los antibacterianos y, en casos refractarios, la inyección intradérmica de azul de metileno al 1% solo o combinado con lidocaína al 0.5%, persisten dificultades importantes para lograr un control adecuado de los síntomas, en gran medida debido a la falta de un diagnóstico oportuno y certero.

Identificar el evento desencadenante del prurito anal continúa siendo un reto, ya que las características clínicas del paciente, incluyendo: la variabilidad del prurito, la intensidad del rascado y el tiempo de evolución, se relacionan con más de un centenar de posibles etiologías. Esta amplia diversidad de causas hace complejo el abordaje diagnóstico y exige un análisis detallado de la piel perianal. En este contexto, los hallazgos histopatológicos adquieren un papel central, puesto que permiten establecer la causa subyacente y contribuyen a la adecuada clasificación de las lesiones.

En los servicios de atención primaria, el diagnóstico del prurito anal suele verse limitado por la omisión de la exploración física detallada, la falta de estudios complementarios, como: la biopsia de piel perianal, y la reticencia de los pacientes a comunicar sus síntomas por estigma o incomodidad. Además, aún se desconoce si los hábitos higiénicos y dietéticos de la población mexicana, como el tipo de higiene, los patrones de evacuación, el uso de laxantes o enemas, el consumo de fibra y la ingesta de alimentos irritantes, están específicamente relacionados con la presencia del prurito anal. También se carece de información sobre los grupos etarios y el sexo más afectados en el contexto nacional.

A pesar de que el prurito anal es una afección común, continúa siendo una condición subdiagnosticada y escasamente investigada, lo que evidencia la necesidad de estudios que profundicen en sus características clínicas, factores asociados y correlación histopatológica.

Hipótesis

Existe una relación entre las características clínicas y los hallazgos histopatológicos de los pacientes con prurito anal.

Objetivos

Objetivo General

Identificar la relación entre las características clínicas, y los hallazgos histopatológicos de los pacientes con prurito anal.

Objetivos específicos

1. Conocer las características sociodemográficas, como edad y sexo, de los pacientes con prurito anal.
2. Describir las características clínicas del prurito anal: variación del prurito, existencia de rascado, tiempo de evolución y clasificación de Washington Hospital Center”.
3. Conocer los hábitos higiénico-dietéticos de la población con prurito anal: higiene perianal, prurito relacionado a la dieta, variación en el hábito intestinal y sus modificadores.
4. Identificar los hallazgos histopatológicos a través de biopsias de piel perianal en pacientes con prurito anal.
5. Analizar la asociación entre los hábitos higiénicos-dietéticos y las características clínicas del prurito anal con los hallazgos histopatológicos.

Metodología

Diseño del estudio

El diseño corresponde a un estudio de tipo transversal descriptivo; en el cual por intervención es observacional, por obtención de datos prolectivo y por los componentes del grupo homodémico.

Definición de la población

Población de estudio

La población del estudio estuvo constituida por los pacientes que acudieron a la consulta de coloproctología del Hospital Universitario de Puebla, durante el periodo del mes de Agosto 2023 a Julio 2025, con diagnóstico de prurito anal.

Muestra

La muestra se determinó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Estuvo conformada por 24 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio durante el periodo mencionado.

Criterios de inclusión

Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años y en pleno uso de sus facultades mentales, capaces de firmar el consentimiento informado, y derechohabientes del Hospital Universitario de Puebla.

Criterios de exclusión

Pacientes en tratamiento con esteroides, antihistamínicos y antibióticos para dermatitis.

Pacientes con VPH genital o manejo por displasias.

Pacientes con coagulopatía conocida.

Pacientes alérgicos a los compuestos de la lidocaína.

Criterios de eliminación

Pacientes que no acudieran a toma de biopsia programada.

Variables de estudio

Variable independiente

- Hallazgos histopatológicos

Variables dependientes

- Estadificación de la piel con prurito anal
- Variación del prurito
- Rascado al prurito
- Tiempo de evolución
- Higiene perianal
- Variación en el hábito intestinal
- Modificadores en el hábito intestinal

Variables de ajuste

- Prurito relacionado a la dieta

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo

Estrategia de trabajo

La estrategia de trabajo se estructuró en fases con el propósito de describir de manera ordenada y sistemática el proceso seguido durante la investigación como lo muestra la figura 5. **La Fase 1** abarcó la selección del tema de estudio y la revisión bibliográfica, apoyada en literatura científica y revisiones sistemáticas bajo modelos PRISMA. Posteriormente, se desarrolló el diseño metodológico, que incluyó la definición del tipo de estudio, la delimitación de la población y la muestra, así como la identificación y selección de las variables que serían analizadas.

En la Fase 2, el protocolo de investigación fue presentado al Comité de Ética del Hospital Universitario de Puebla, donde se expuso su propósito y se verificó su cumplimiento con las normas éticas establecidas por la institución. Una vez aprobado, se dio inicio al proceso de recolección de datos. En la consulta externa del servicio de Coloproctología, los pacientes fueron evaluados clínicamente con base en los síntomas referidos. Bajo consentimiento informado y mediante la firma de la carta de confidencialidad de datos (Anexos 1 y 2), se les proporcionó información detallada sobre el protocolo y se resolvieron sus dudas. Tras confirmar su comprensión y aceptación, procedieron a firmar el consentimiento, garantizando así la protección y confidencialidad de su información personal.

Posteriormente, **en la Fase 3**, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el protocolo, con el objetivo de asegurar la adecuada selección de los participantes. Los pacientes que cumplían con dichos criterios confirmaron su participación mediante la firma del consentimiento informado y de la carta de confidencialidad. Posteriormente, se programó una segunda cita en la que se efectuó la valoración física y la clasificación de la piel perianal según la escala del Washington Hospital Center (Anexo 6). Durante esta misma consulta, se aplicó el *Cuestionario para la historia clínica del paciente con prurito anal* (Anexo 4) y se realizó la toma de biopsia perianal siguiendo la técnica establecida por el servicio. Las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de cada variable se describieron en el cuadro 6 (Técnicas y procedimientos).

Cuadro 6. Técnicas y procedimientos.

Variable	Técnica o instrumento de recolección de datos
Hallazgos histopatológicos	Biopsia por punción, (44), anexo 13.
Estadificación de la piel con prurito anal	Clasificación de la piel perianal por “Washington Hospital Center”,(9) anexo 12.
Variación al prurito	“Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal”(56), anexo 10.
Rascado al prurito	
Tiempo de evolución	
Higiene perianal	
Variación en el hábito intestinal	
Modificadores del hábito intestinal	
Prurito relacionado a la dieta	
Edad y Sexo	

La biopsia fue realizada por el personal médico del servicio de Endoscopia siguiendo el protocolo institucional, con el propósito de garantizar la seguridad del paciente. Para el procedimiento, el paciente fue colocado en decúbito lateral, se realizó el aseo del área perianal con un antiséptico de uso hospitalario y posteriormente se infiltró 1 cc de lidocaína al 2% en dos cuadrantes anales para asegurar su comodidad. Una vez identificadas las líneas de tensión cutánea en el sitio seleccionado, la piel se estiró en dirección perpendicular a dichas líneas con la mano no dominante. Con la mano dominante se introdujo el punch de forma perpendicular a la superficie cutánea, aplicando un movimiento rotatorio con presión constante. El descenso súbito de la resistencia indicó la llegada a la hipodermis, momento en el cual la muestra protruyó ligeramente y fue tomada con pinza

para su sección basal mediante tijera o bisturí. Respecto al cierre del defecto quirúrgico, en las biopsias realizadas con punch de un diámetro igual o menor a 4 mm se decidió el cierre por segunda intención (44), (Anexo 7).

En la **Fase 4**, una vez obtenidas las muestras, se conservaron en una solución de formol al 10% en una proporción 1:9, con el propósito de asegurar la adecuada preservación del tejido antes de su envío al Servicio de Patología del Hospital Universitario de Puebla. En esta área, el personal especializado realizó el procesamiento histopatológico, que incluyó la fijación del tejido, su deshidratación y posterior inclusión en bloques de parafina. Una vez solidificado el bloque, se efectuó el corte en microtomo para obtener secciones delgadas, las cuales fueron teñidas mediante la técnica de hematoxilina y eosina. En esta tinción, la hematoxilina tiñó los componentes básicos en tonos azul-púrpura, particularmente el material genético, mientras que la eosina otorgó tonalidades rosa-anaranjado al citoplasma, al tejido conjuntivo y a las estructuras de sostén celular, permitiendo diferenciar con claridad la arquitectura tisular (47).

Al encontrarse preparados los cortes, estos se observaron bajo el microscopio óptico, y el médico especialista en patología integró la interpretación de los hallazgos en un reporte escrito, estableciendo el diagnóstico correspondiente con base en las características celulares y estructurales identificadas.

Por lo tanto, para fines clínicos, descriptivos y estadísticos, los diagnósticos histopatológicos obtenidos a partir de las biopsias fueron posteriormente organizados en categorías que permitieran una interpretación estructurada de los resultados. Esta clasificación se fundamentó en los criterios clínicos e histopatológicos propuestos por el Foro Internacional para el Estudio del Picor (IFSI), que agrupa el prurito anal en entidades inflamatorias, no inflamatorias, facilitando así la correlación entre las características clínicas y los patrones microscópicos observados (23). De este modo, los hallazgos histológicos obtenidos en el estudio pudieron analizarse de manera ordenada según su naturaleza inflamatoria o no inflamatoria, lo cual permitió una mejor comprensión del comportamiento tisular asociado al prurito anal y contribuyó al análisis comparativo entre las diferentes variables clínicas del paciente.

En la Fase 5, se llevó a cabo el análisis de datos derivado de los registros clínicos e histopatológicos obtenidos. Conforme el Servicio de Patología notificaba la disponibilidad de los reportes diagnósticos, la información correspondiente se registró de manera

sistemática en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, donde se integraron las variables sociodemográficas, clínicas, higiénico-dietéticas y los hallazgos histopatológicos de cada paciente. Una vez consolidada la base de datos, se procedió al análisis estadístico, que incluyó el cálculo de medidas de tendencia central (media y mediana), medidas de dispersión (desviación estándar), así como frecuencias y proporciones, de acuerdo con la naturaleza de cada variable. Adicionalmente, se aplicaron pruebas de comparación entre variables, específicamente la prueba de Chi cuadrada, con el fin de explorar posibles asociaciones entre las características clínicas, los hábitos higiénico-dietéticos y los hallazgos histopatológicos. El procesamiento estadístico y la generación de resultados se realizaron mediante el software IBM SPSS Statistics, lo que permitió su interpretación crítica y su discusión en función de los objetivos planteados y de la literatura científica disponible.

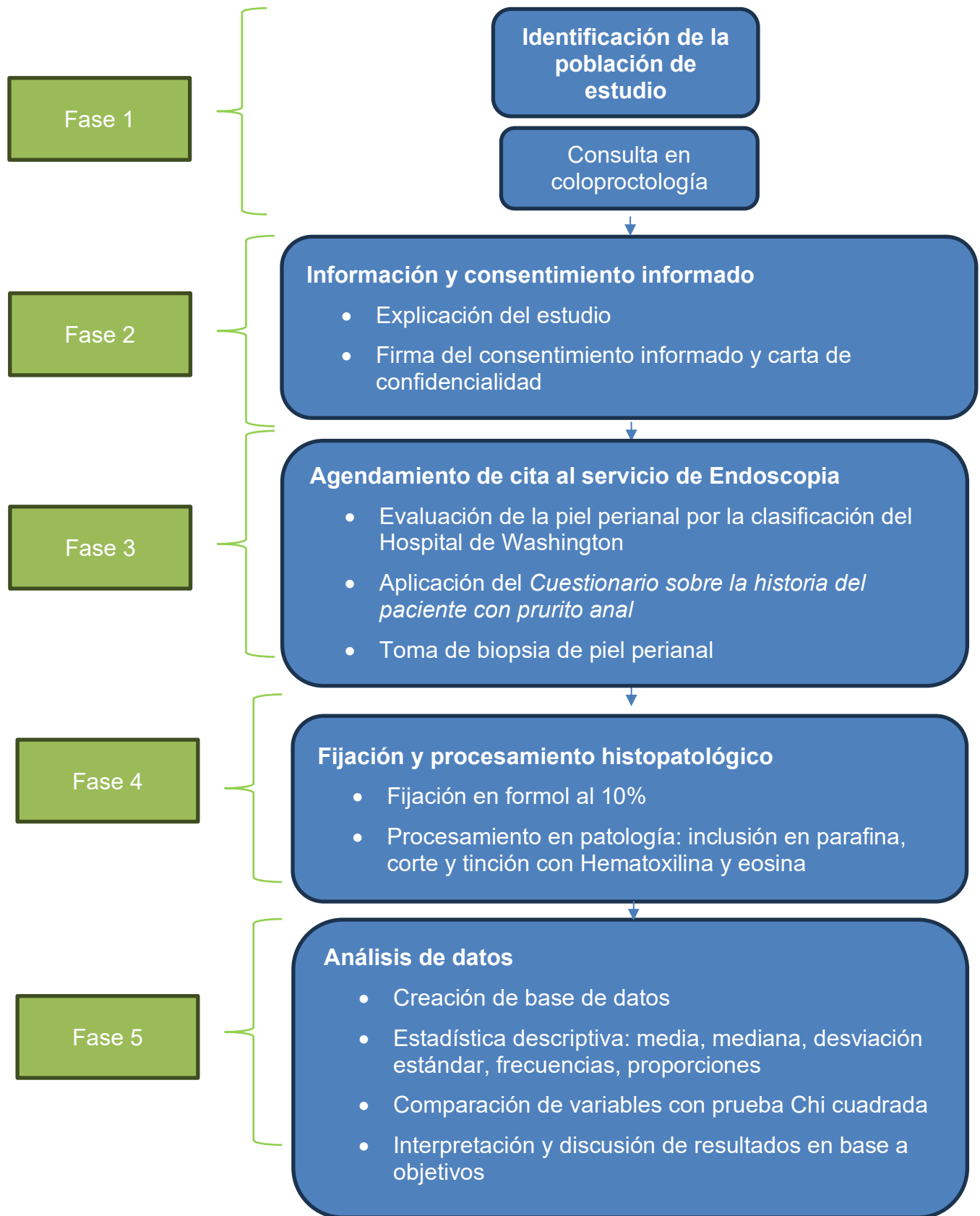


Figura 5. Diagrama de flujo de estrategia de trabajo.

Métodos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó entre los meses de agosto de 2023 y julio de 2025, una vez que los pacientes firmaron el consentimiento informado y la carta de confidencialidad correspondientes. Participaron un total de 26 pacientes que acudieron a consulta en el Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario de Puebla, con diagnóstico clínico de prurito anal.

Los datos se obtuvieron a través de múltiples fuentes, incluyendo:

- Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal
- Formato de historia clínica institucional
- Exploración física dirigida
- Clasificación del prurito anal según el Hospital de Washington
- Técnica de biopsia con punch

El procedimiento fue llevado a cabo por el investigador principal, quien registró la información de manera directa durante la consulta médica, complementando con datos clínicos del expediente del paciente. Toda la información recolectada fue almacenada en una base de datos digital protegida con contraseña, garantizando la confidencialidad de los participantes y cumpliendo con las normas éticas institucionales y de investigación clínica.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics, versión 30. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar). Los resultados se organizaron en tablas y gráficos para facilitar su interpretación.

Para evaluar la asociación entre las variables categóricas, como las características clínicas, los hábitos higiénico-dietéticos y los hallazgos histopatológicos, se empleó la prueba de Chi cuadrada. En aquellos casos donde los valores esperados en las celdas fueron menores a 5 o la distribución de los datos no cumplió las premisas de la Chi cuadrada, se aplicó la prueba exacta de Fisher, con el fin de obtener estimaciones más precisas.

Asimismo, cuando fue necesario explorar la fuerza y dirección de la asociación entre una variable dependiente dicotómica y diferentes variables independientes, se recurrió a un modelo de regresión logística binaria, lo que permitió identificar la contribución individual de cada factor y estimar la probabilidad de ocurrencia de determinados hallazgos histopatológicos en función de las características clínicas o higiénico-dietéticas de los pacientes.

El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0.05$ para todas las pruebas.

Resultados

Características sociodemográficas de la población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 26 pacientes que acudieron a la consulta de coloproctología con diagnóstico clínico de prurito anal. Las características sociodemográficas principales se describen en los apartados siguientes.

Distribución por edad

La edad de los participantes presentó una variación amplia, con un mínimo de 24 años y un máximo de 81 años, lo que constituye un rango total de 57 años. La mayor concentración de pacientes se observó en los grupos de edad adulta media y adulta mayor. Se realizo un análisis de frecuencias absolutas y relativas para las variables sexo y edad. El detalle de los valores estadísticos se presenta en el cuadro 7.

Cuadro 7. Medidas descriptivas de la edad de los pacientes con prurito anal

Estadístico	Valor
n	26
Media	56.5
Desviación estándar	14.19
Edad mínima	24
Edad máxima	81
Rango	57

Distribución por sexo

En cuanto al sexo, se observó un predominio del sexo femenino, con 18 pacientes (69.2%), mientras que el sexo masculino representó 8 pacientes (30.8%).

Características clínicas del prurito anal

Los pacientes reportaron que la intensidad del prurito anal variaba según diferentes condiciones, destacando momentos relacionados con la evacuación intestinal y el horario nocturno como los más frecuentes. También se identificaron factores dietéticos y ambientales, como el consumo de alimentos picantes, el esfuerzo físico y el aumento de la temperatura corporal, aunque con menor frecuencia. Un grupo reducido de participantes no logró identificar un patrón claro. La distribución porcentual de los factores mencionados se presenta en la Figura 6.

Variación del prurito

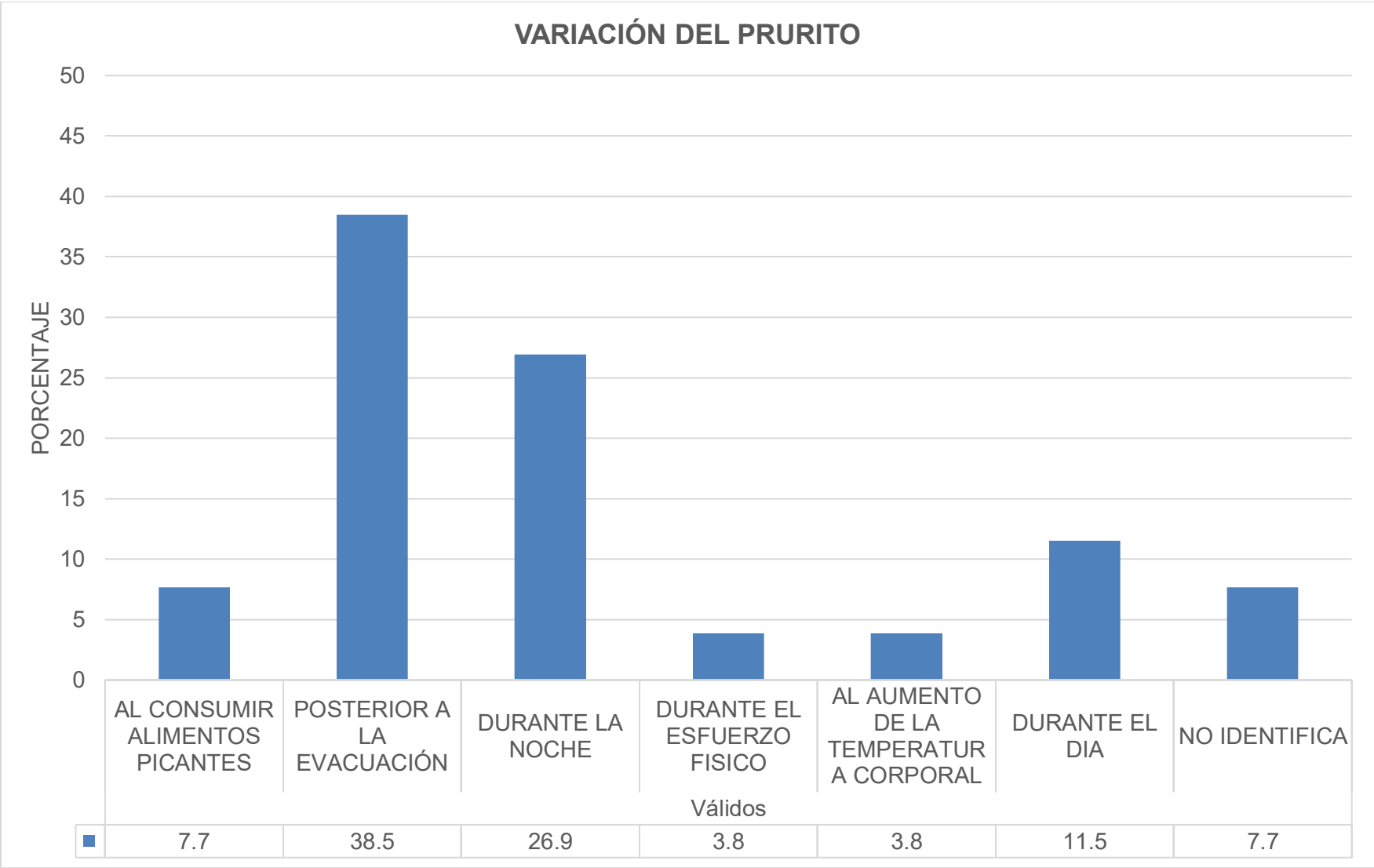


Figura 6. Variación del prurito de pacientes con prurito anal

n=26

Presencia de rascado

Del total de pacientes evaluados (65.4 %) refirieron sentir la necesidad de rascarse como respuesta al prurito, mientras que (34.6 %) negaron esta conducta, **(Figura 7)**.

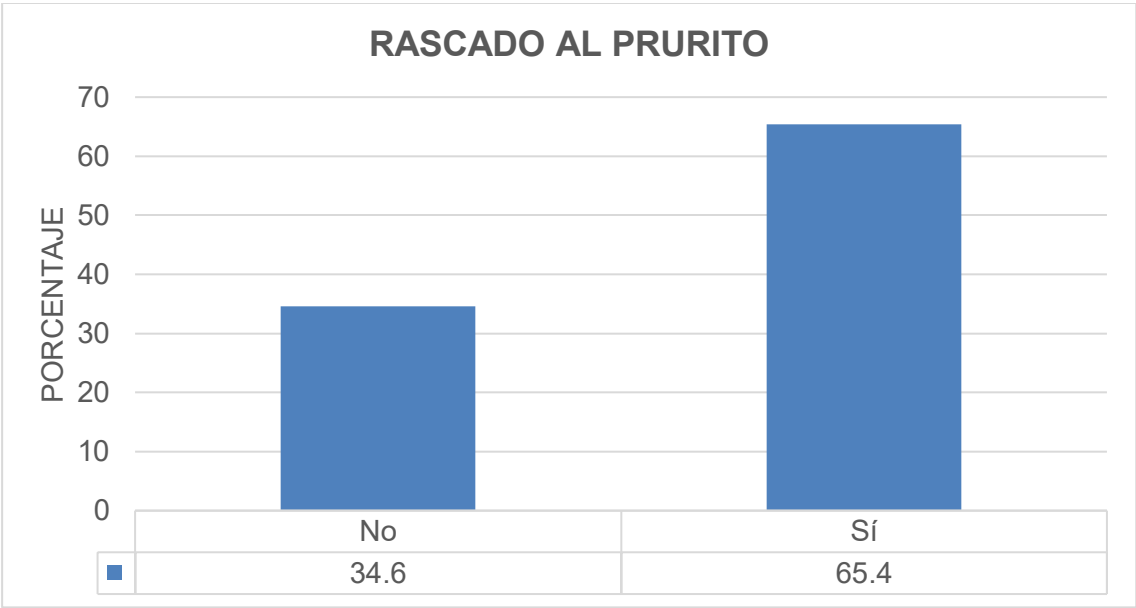


Figura 7. Rascado en pacientes con prurito anal
n=26

Tiempo de evolución del prurito

Los resultados muestran que el mayor porcentaje de pacientes refirió un tiempo de evolución del prurito cercano a un año (34.6 %), seguido por quienes presentaron síntomas por menos de seis meses (26.9 %). En contraste, las duraciones más prolongadas, como los periodos de dos a cuatro años o más, se registraron con menor frecuencia (Figura 8).

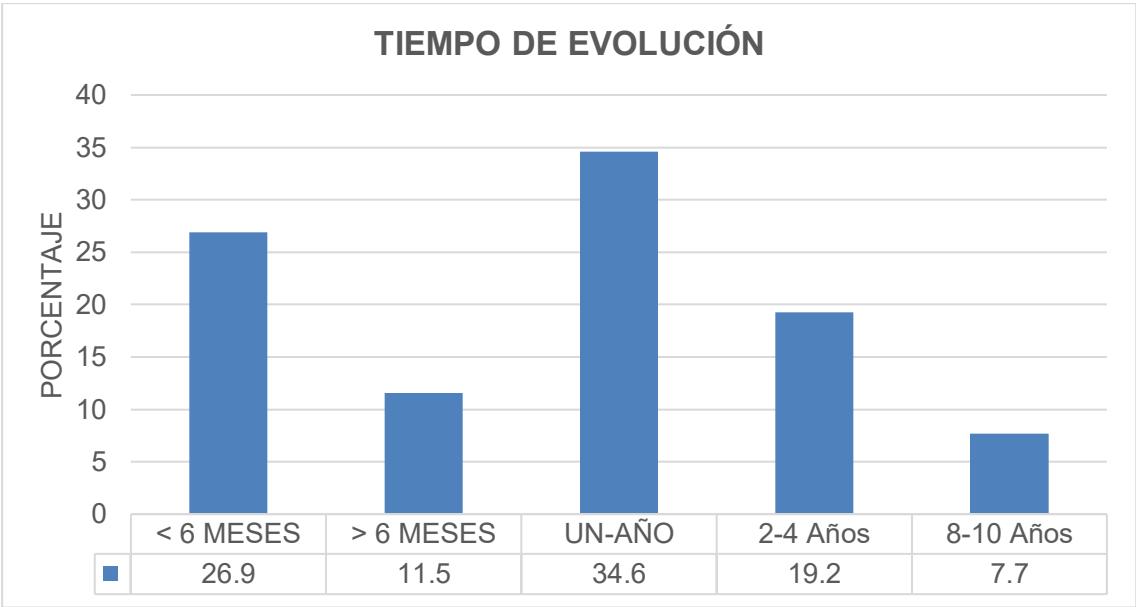


Figura 8. Tiempo de evolución en pacientes con prurito anal
n=26

Estadificación de la piel perianal (Clasificación Washington Hospital Center)

La evaluación clínica de la piel perianal mediante la clasificación del Washington Hospital Center mostró que la estadificación tipo II fue la más frecuente, registrada en 73 % de los pacientes. En menor proporción se identificaron los tipos III y I, con 19 % y 8 %, respectivamente. La representación gráfica de estos hallazgos se presenta en la Figura 9.

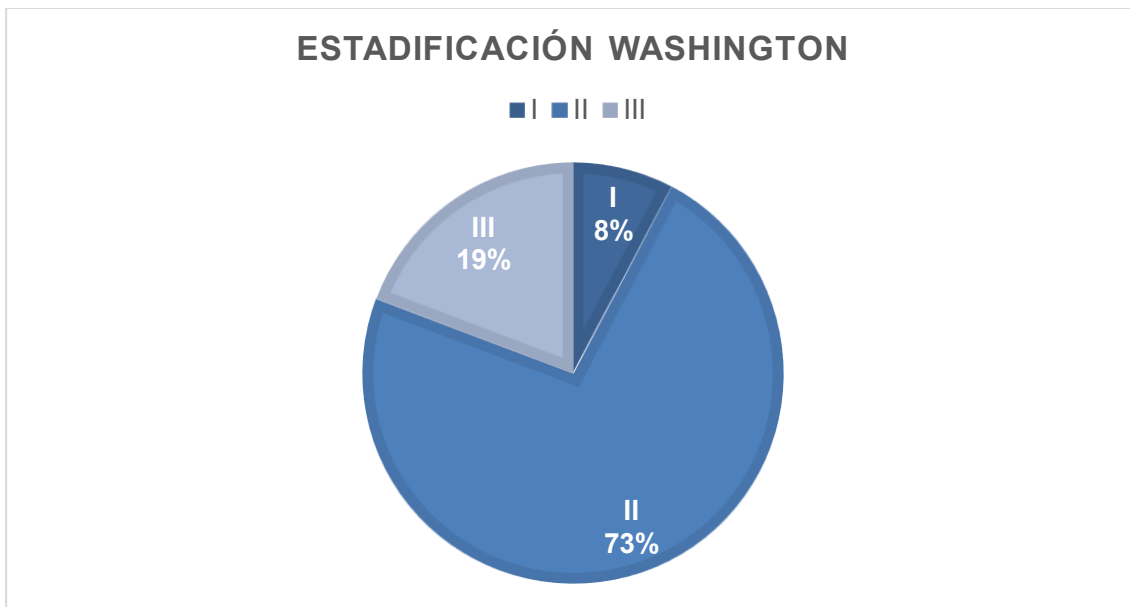


Figura 9. Evaluación clínica de la piel perianal mediante la clasificación del Hospital de Washington.

n=26

Hábitos higiénico-dietéticos

En relación con los hábitos de higiene perianal, la práctica más frecuente fue el uso de agua y jabón, reportada por 53.8 % de los pacientes. Le siguió el empleo exclusivo de toallas húmedas, con 26.9 %, mientras que el uso únicamente de agua alcanzó 11.5 %. Las combinaciones más exhaustivas, como el uso conjunto de agua, jabón y toallas húmedas, así como otros métodos menos comunes, mostraron porcentajes considerablemente menores. La representación gráfica de estos datos se observa en la Figura 10.

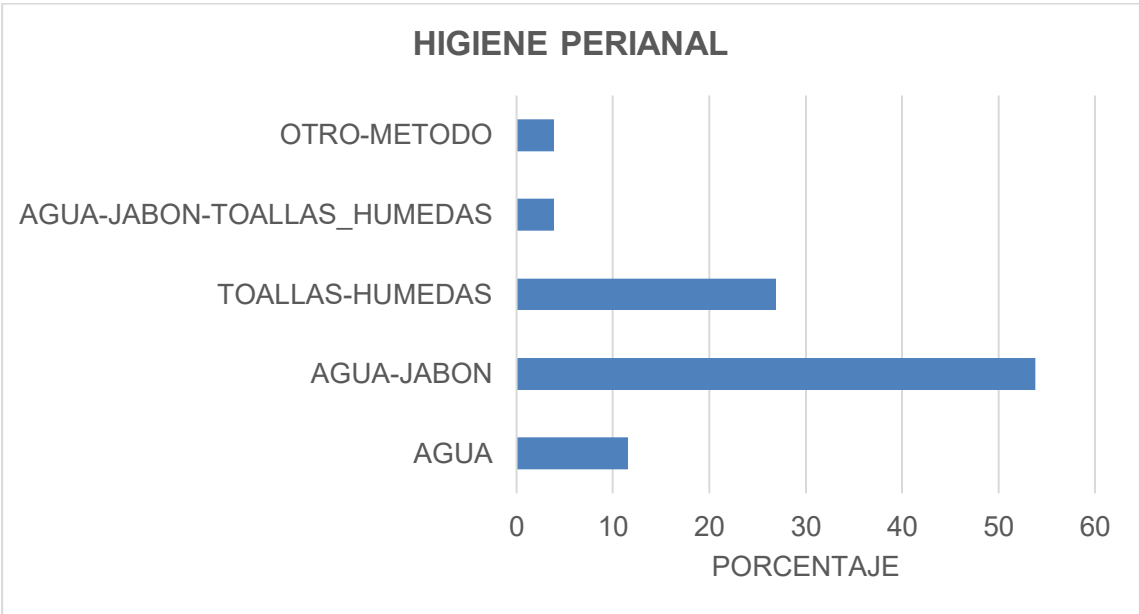


Figura 10. Higiene perianal en pacientes con prurito anal
n=26

Prurito relacionado a la dieta

Al evaluar la posible relación entre el prurito anal y la dieta, se observó que el 58 % de los pacientes no identificó una asociación evidente con el consumo de alimentos, mientras que el 42 %, sí refirió que ciertos productos desencadenaban o intensificaban sus síntomas. La representación gráfica de estos datos se presenta en la Figura 11.

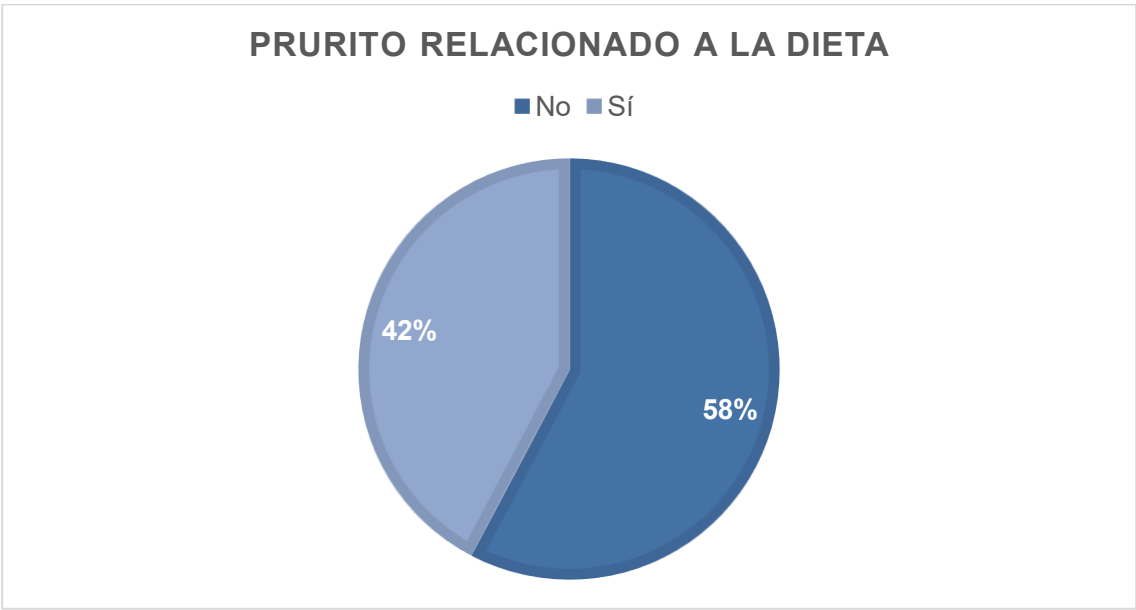


Figura 11. Prurito relacionado a la dieta
n=26

Variación en el hábito intestinal

En cuanto a la posible relación entre el prurito anal y cambios en el hábito intestinal, el 62 % de los pacientes refirió no haber presentado modificaciones en su patrón de evacuación, mientras que el 38 % sí reportó algún cambio asociado al síntoma. Esta distribución indica que, aunque en la mayoría de los casos no se identificaron alteraciones intestinales, existe un grupo relevante que sí experimentó variaciones en su hábito evacuatorio. La representación gráfica de estos resultados se muestra en la Figura 12.

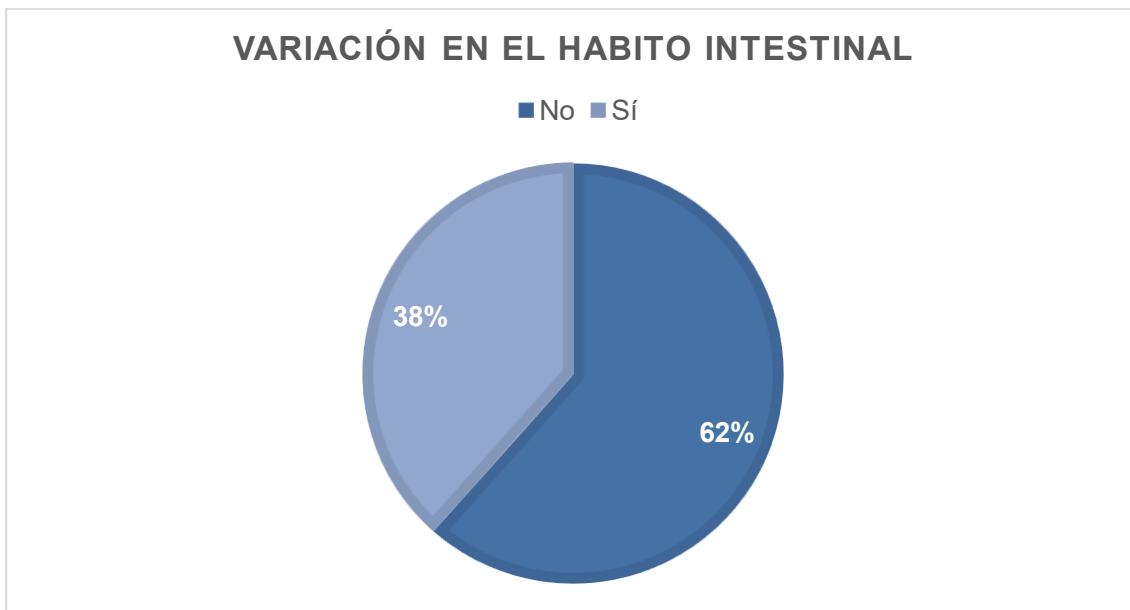


Figura 12. Variación del hábito intestinal en pacientes con prurito anal
n=26

Modificadores en el hábito intestinal

Al analizar el uso de productos o intervenciones destinadas a modificar el hábito intestinal, se observó que el 50 % de los pacientes no empleaba ningún método para regular sus evacuaciones. Entre quienes sí utilizaban algún recurso, predominó el consumo de fibra (42.3 %), mientras que el uso de laxantes (7.7 %) fue poco frecuente. La distribución completa de estas respuestas se presenta en la Figura 13.

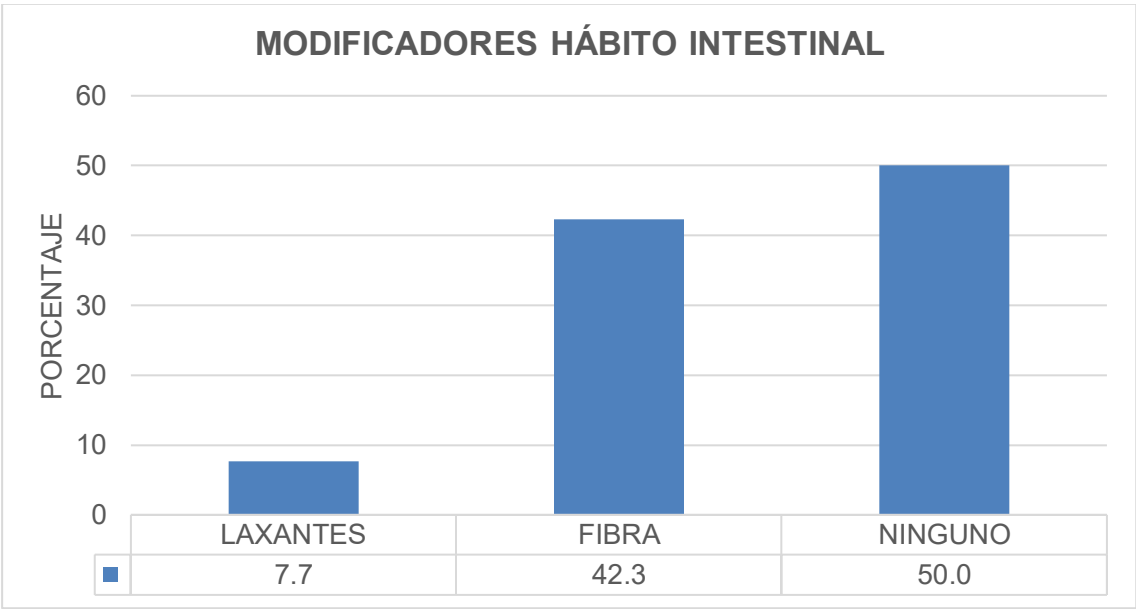


Figura 13. Modificadores del hábito intestinal de pacientes con prurito anal
n=26

Hallazgos histopatológicos

Se identificó una amplia diversidad de diagnósticos histopatológicos en las biopsias perianales analizadas. El hallazgo más frecuente fue el liquen simple (n = 4), seguido de dermatitis crónica inespecífica (n = 3) y dermatitis leve inespecífica (n = 3). En menor proporción se observó piel sin alteraciones (n = 2). El resto de los diagnósticos se presentó con una frecuencia de un caso (n = 1), incluyendo dermatitis focal leve, dermatitis liquenoide, dermatitis seborreica, inflamación crónica leve, inflamación crónica moderada inespecífica, proceso inflamatorio, perivasculitis neutrofílica, liquen plano crónico, liquen plano pigmentado, liquen simple pigmentado, melanosis postinflamatoria, melanodermia, fibroma laxo e hidrocistoma apocrino. Esta distribución confirma la heterogeneidad etiológica del prurito anal y la relevancia del estudio histopatológico para comprender sus manifestaciones clínicas.Figura 14.

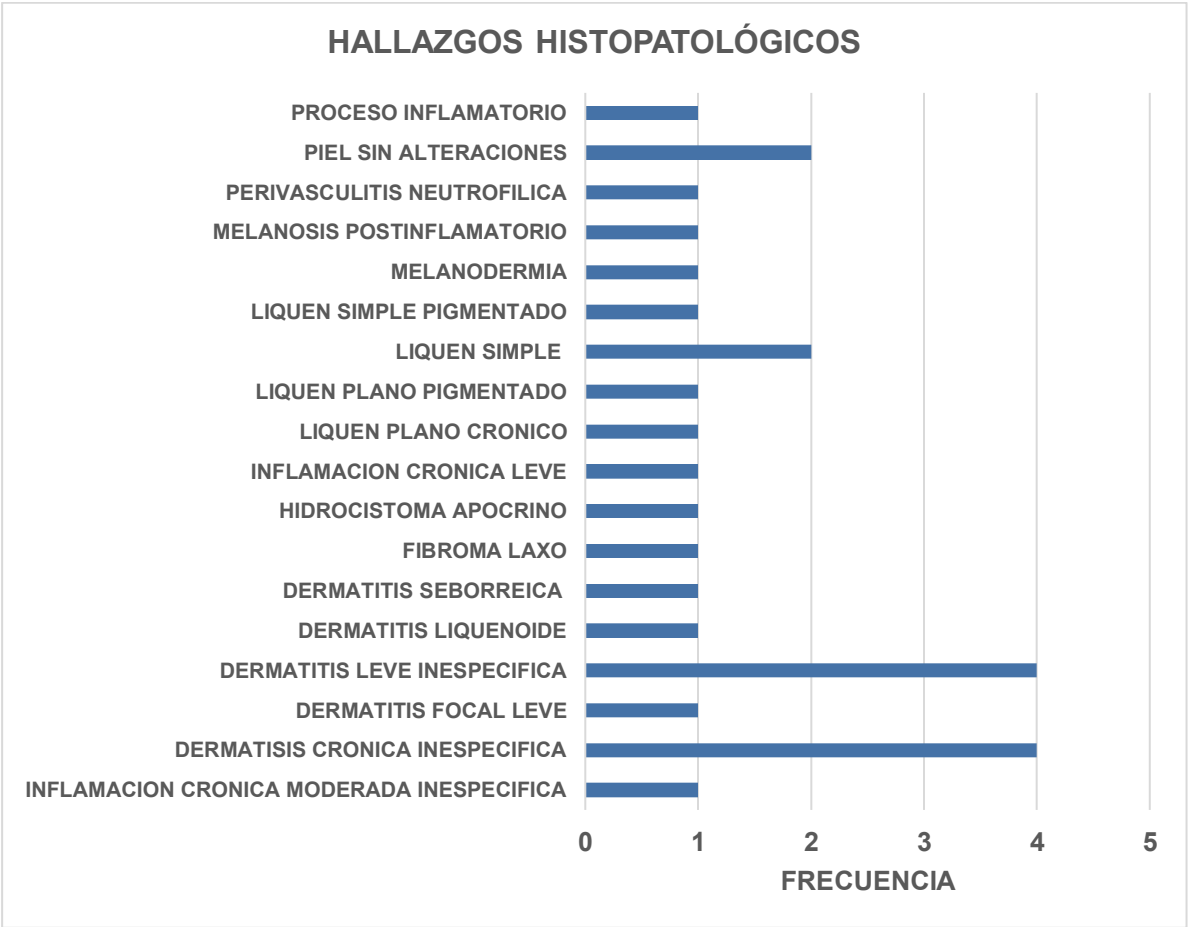


Figura 14. Hallazgos histopatológicos en pacientes con prurito anal, n=26

Biopsias de hallazgos histopatológicos más predominantes

Con el fin de ilustrar de manera clara los patrones microscópicos característicos identificados en las biopsias perianales, se seleccionaron microfotografías representativas organizadas en dos grupos: lesiones inflamatorias y lesiones no inflamatorias, siguiendo la clasificación previamente descrita en este estudio. Esta presentación agrupada permite comparar visualmente las alteraciones tisulares propias de cada categoría y facilita la comprensión del comportamiento histológico predominante en la población analizada. Cada imagen se acompaña de su diagnóstico médico y un resumen interpretativo del informe histopatológico correspondiente.

Biopsias representativas de entidades inflamatorias

Las imágenes muestran los patrones histopatológicos inflamatorios más frecuentes en la muestra, caracterizados por hiperqueratosis, acantosis variable, infiltrado inflamatorio linfocítico superficial y cambios crónicos como engrosamiento del colágeno o presencia de melanófagos. Figura 14-21.

Biopsias representativas de entidades no inflamatorias

Las imágenes ilustran lesiones sin inflamación predominante, caracterizadas por cambios benignos, pigmentación secundaria o arquitectura cutánea conservada. Figura 22 y 23.

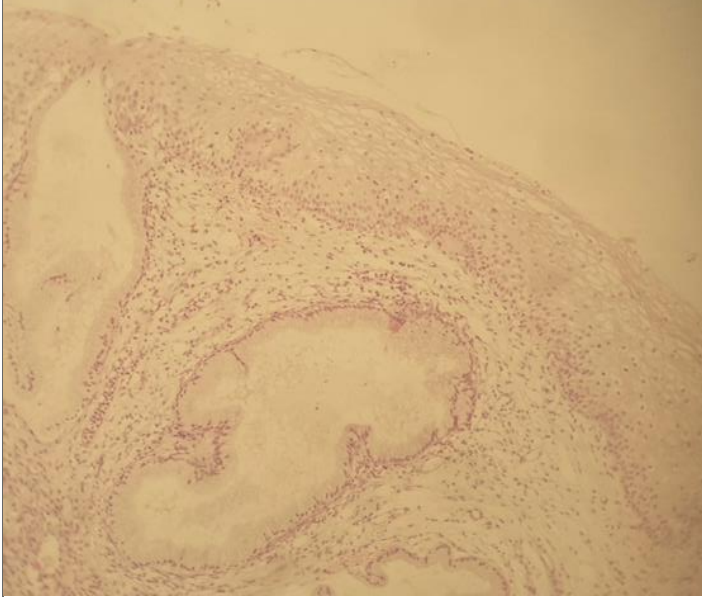
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Liquen simple pigmentado 	Epidermis: • Marcada hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis difusa con elongación y engrosamiento de las crestas interpapilares. Presencia de hipergranulosis focal. En la capa basal se aprecia aumento de pigmento melánico. Dermis papilar y reticular superficial: • Se identifica infiltrado inflamatorio crónico leve, predominantemente linfocitario, dispuesto en patrón perivascular superficial. Se observan melanófagos dispersos en la dermis papilar. Fibras colágenas engrosadas, sugerentes de fibrosis dérmica incipiente. • No se identifican atipias citológicas, necrosis ni formación de granulomas.

Figura 15. Liquen simple pigmentado

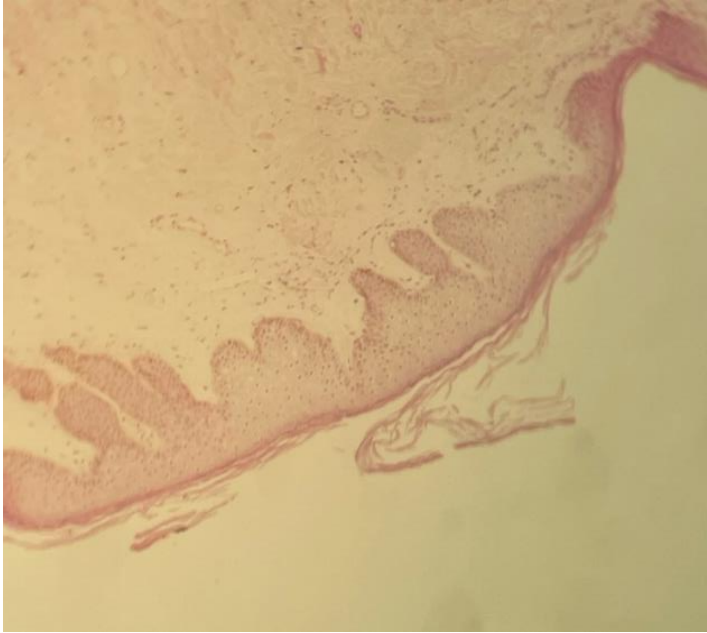
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Dermatitis focal leve 	Epidermis: • Se observa acantosis leve con elongación discreta de las crestas interpapilares. • Hiperqueratosis ortoqueratósica (capa córnea engrosada, sin núcleos residuales). • No hay evidencias de hipergranulosis marcada ni atipias celulares. Dermis papilar y reticular superficial: • Presencia de un infiltrado inflamatorio crónico leve, compuesto principalmente por linfocitos, en disposición perivascular. • Colágeno con leve engrosamiento, sin fibrosis extensa. • No se observan granulomas, necrosis ni cambios displásicos. • Anexos cutáneos: No se identifican alteraciones significativas en los cortes observados.

Figura 16. Dermatitis focal leve

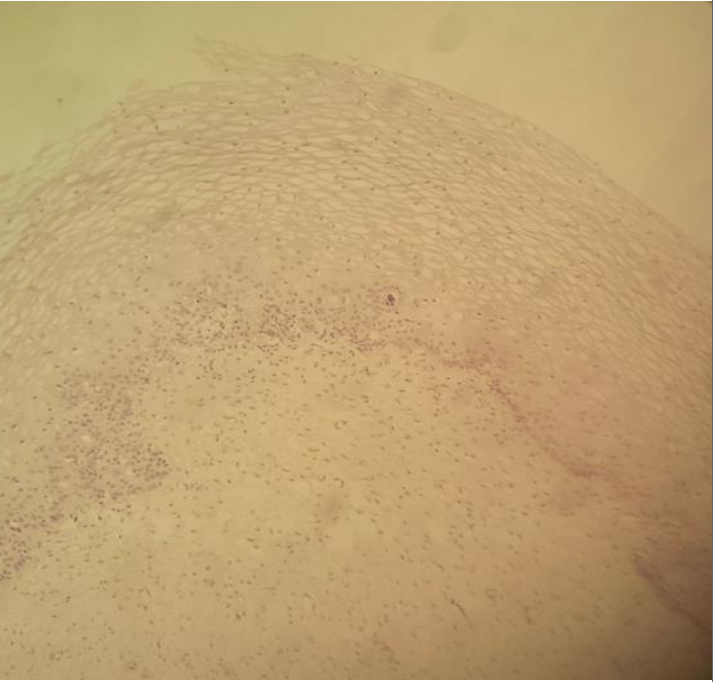
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Dermatitis leve inespecífica 	Epidermis: Se observa hiperqueratosis ortoqueratósica marcada (capa córnea engrosada). • Estratos de la epidermis relativamente conservados, sin evidencia de acantosis pronunciada ni hipergranulosis significativa. • No se identifican atipias citológicas ni displasia. Unión dermo-epidérmica: Transición bien delimitada, sin signos de daño basal relevante. • No se aprecia exocitosis de linfocitos hacia la epidermis. Dermis papilar superficial: • Infiltrado inflamatorio leve, focal, compuesto principalmente por linfocitos, de distribución superficial y dispersa. • No se observa fibrosis marcada ni melanófagos evidentes.

Figura 17. Dermatitis leve inespecífica

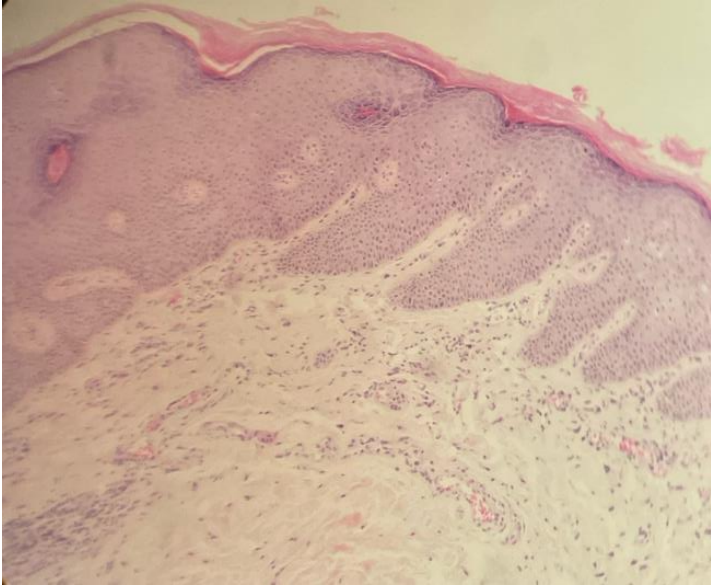
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Inflamación crónica moderada inespecífica 	Epidermis • Se observa hiperqueratosis ortoqueratósica (capa córnea engrosada). • Acantosis moderada con elongación de las crestas interpapilares. • Hipergranulosis focal (capa granulosa engrosada en ciertas zonas). • Estrato basal con discreta hiperpigmentación, sugestiva de aumento de melanina. Dermis papilar y reticular superficial • Infiltrado inflamatorio crónico moderado, linfocítico, con distribución perivascular y dispersa en la dermis superficial. • Fibras colágenas levemente engrosadas, indicativas de cambios por cronicidad. • En algunas áreas se observan melanófagos, lo que refuerza la presencia de pigmentación secundaria.

Figura 18. Inflamación crónica moderada

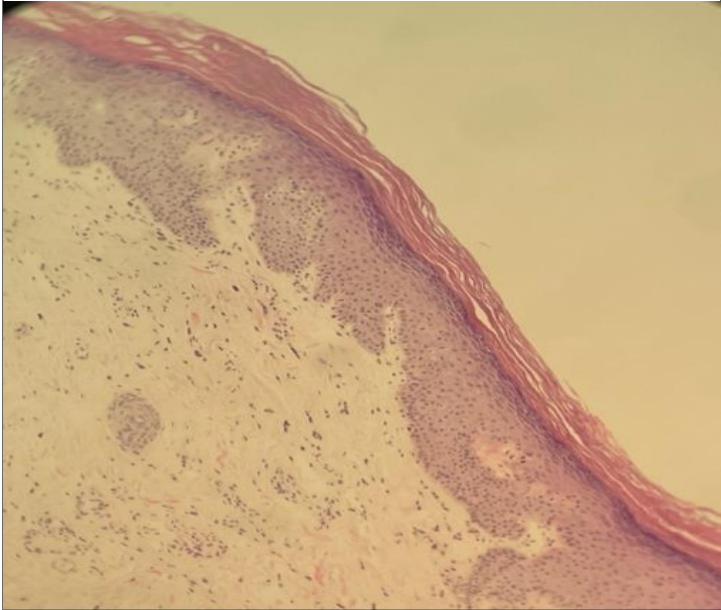
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Dermatitis crónica leve 	Epidermis • Se observa hiperqueratosis ortoqueratósica (capa córnea engrosada, sin núcleos residuales). • Acantosis ligera a moderada, con elongación irregular de las crestas interpapilares. • Estrato basal conservado, sin evidencia de displasia o atipia. • No hay hipergranulosis marcada. Dermis papilar y reticular superficial • Presencia de un infiltrado inflamatorio crónico leve, predominantemente linfocítico, en patrón perivascular superficial. • Fibras colágenas discretamente engrosadas, indicativas de un proceso crónico. • Sin presencia de melanófagos abundantes ni pigmentación basal destacada.

Figura 19. Dermatitis crónica leve

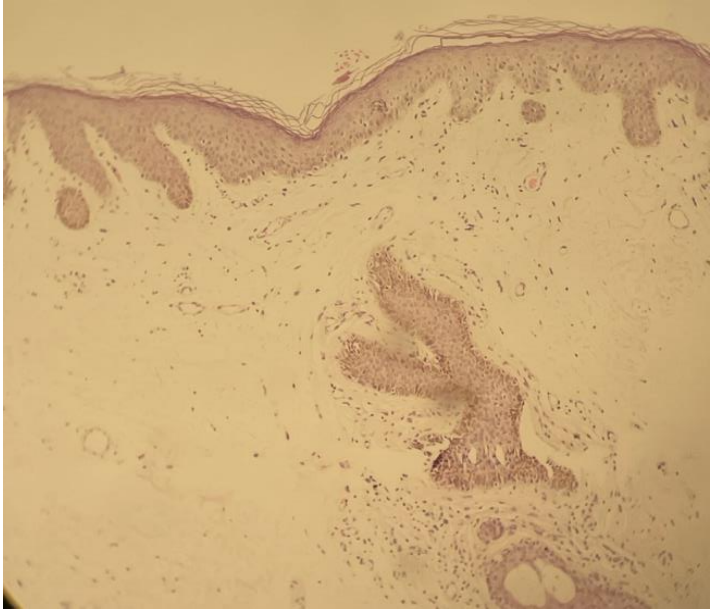
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Peri-vasculitis neutrofílica 	Epidermis • Se observa acantosis moderada, con elongación de las crestas interpapilares. • Hiperqueratosis ortoqueratósica evidente en la capa córnea. • Hiperpigmentación basal con depósito de melanina en la unión dermoepidérmica. • Estratos epidérmicos conservados, sin atipias ni displasia. Dermis papilar y reticular superficial • Presencia de un infiltrado inflamatorio crónico moderado, predominantemente linfocítico, en disposición perivascular. • Se identifican melanófagos en dermis papilar, reflejo de la pigmentación secundaria. • Colágeno con cierto engrosamiento, compatible con fibrosis dérmica leve.

Figura 20. Peri-vasculitis neutrofílica

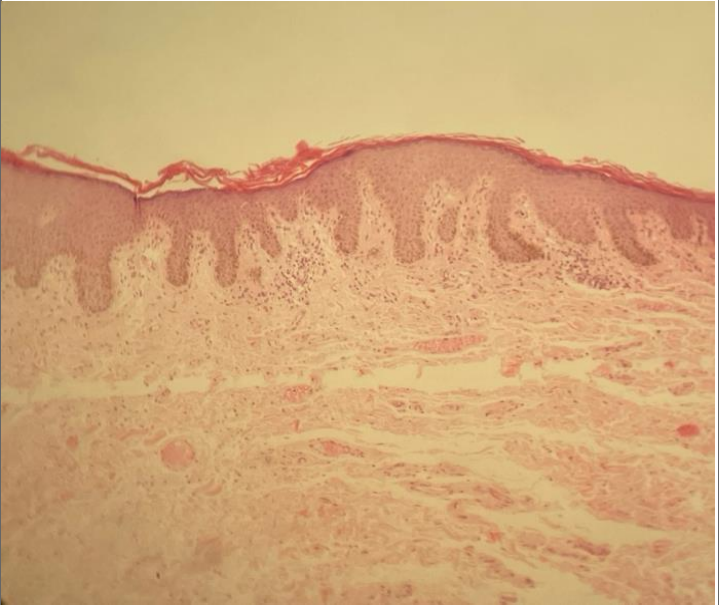
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Dermatitis seborreica 	Epidermis • Se observa hiperqueratosis ortoqueratósica. • Acantosis moderada a marcada, con elongación irregular y engrosamiento de las crestas interpapilares. • Hipergranulosis focal en algunas zonas. • Estrato basal con discreta hiperpigmentación. Dermis papilar y reticular superficial • Presencia de infiltrado inflamatorio crónico moderado, dispuesto en patrón perivascular y disperso en la dermis superficial. • Infiltrado compuesto principalmente por linfocitos, con algunos histiocitos. • Fibras colágenas engrosadas, indicativas de un proceso crónico. • No se identifican colecciones neutrofilicas ni necrosis de pared vascular, por lo que no es perivasculitis neutrofilica.

Figura 21. Dermatitis seborreica

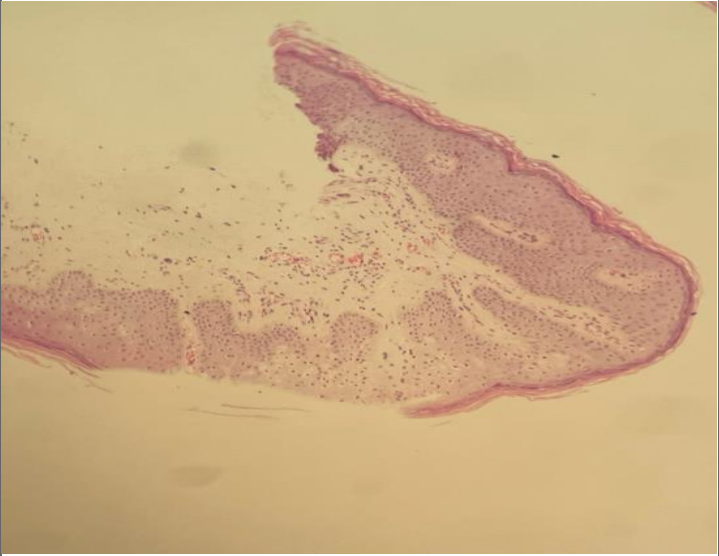
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Dermatitis liquenoide 	Epidermis • Se observa hiperqueratosis ortoqueratósica. • Acantosis irregular, con elongación moderada de crestas interpapilares. • Estrato basal con discreta hiperpigmentación. • No hay atipias ni displasia. Dermis papilar y superficial • Presencia de infiltrado inflamatorio crónico moderado, de predominio linfocítico, con disposición perivascular. • Se aprecian algunos histiocitos y melanófagos, indicativos de pigmentación secundaria. • Fibras colágenas discretamente engrosadas, lo que sugiere un proceso crónico con remodelación dérmica.

Figura 22. Dermatitis liquenoide

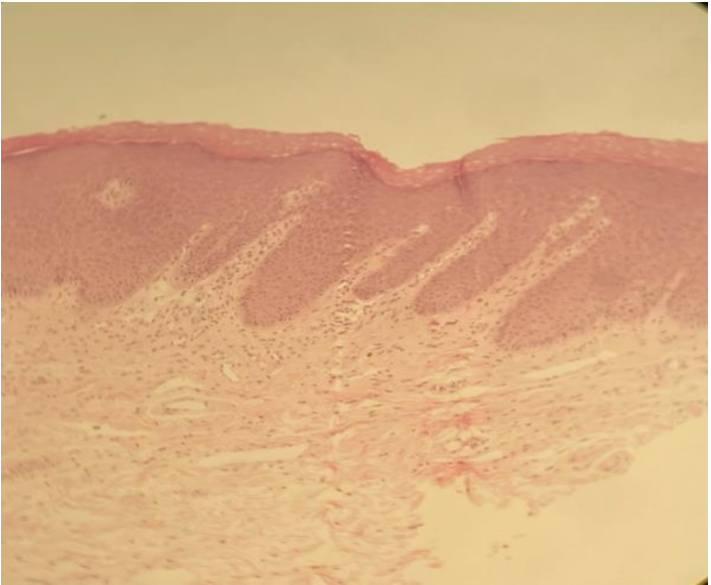
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Fibroma Laxo 	Epidermis • Se aprecia acantosis marcada con elongación y engrosamiento de las crestas interpapilares. • Hiperqueratosis ortoqueratósica evidente en la capa córnea. • Hipergranulosis focal (engrosamiento de la capa granulosa). • Estrato basal con discreta hiperpigmentación (aumento de melanina). Dermis papilar y reticular superficial • Se identifica estroma laxo constituido por fibras colágenas delgadas y separadas, propio de un fibroma laxo, sin evidencia de esclerosis significativa. • Ausencia o mínima presencia de infiltrado inflamatorio, limitado a algunos linfocitos aislados, sin conformar un patrón perivascular prominente.

Figura 23. Fibroma laxo

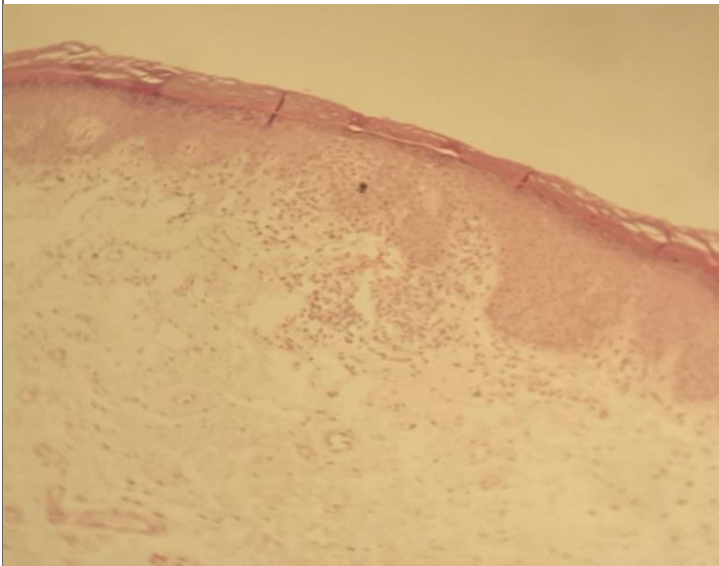
DIAGNÓSTICO MÉDICO	INFORME HISTOPATOLÓGICO
Melanosis post inflamatoria 	Epidermis • Se observa hiperqueratosis ortoqueratósica (engrosamiento de la capa córnea sin núcleos residuales). • Epidermis relativamente adelgazada en algunas zonas, sin acantosis marcada. • No se aprecian hipergranulosis ni elongación importante de las crestas interpapilares. Dermis papilar y reticular superficial • Se observa pigmentación dérmica secundaria, con presencia de melanófagos, característica principal de melanosis postinflamatoria. • El infiltrado inflamatorio linfocítico es leve, de tipo residual, sin evidencia de inflamación activa. • No se observan colecciones neutrofilicas, necrosis ni vasculitis. • Fibras colágenas ligeramente engrosadas, compatibles con cambios crónicos.

Figura 24. Melanosis post inflamatoria

Clasificación de hallazgos inflamatorios

Tal como se describió previamente en los antecedentes, los diagnósticos histopatológicos obtenidos de las biopsias fueron clasificados en dos grupos: inflamatorios y no inflamatorios, siguiendo los criterios clínicos e histopatológicos del Foro Internacional para el Estudio del Picor (IFSI). Esta organización permitió estructurar los hallazgos según la presencia o ausencia de actividad inflamatoria, facilitando su interpretación y el análisis comparativo con las características clínicas del prurito anal (23).

La mayoría de los hallazgos histopatológicos correspondió al grupo inflamatorio, que representó el 76.9% de las biopsias. Dentro de este grupo, la dermatitis leve inespecífica ($n = 4$) y la dermatitis crónica inespecífica ($n = 4$) fueron los diagnósticos más frecuentes, mientras que el resto de las lesiones inflamatorias se presentaron con una frecuencia de ($n=1$) cada una. En contraste, el 23.1% de los casos correspondió a entidades no inflamatorias, como fibroma laxo, hidrocistoma apocrino, melanodermia, melanositis postinflamatoria y piel sin alteraciones. Esta distribución, representada en la Figura 14, confirma el predominio de los procesos inflamatorios en la población estudiada.

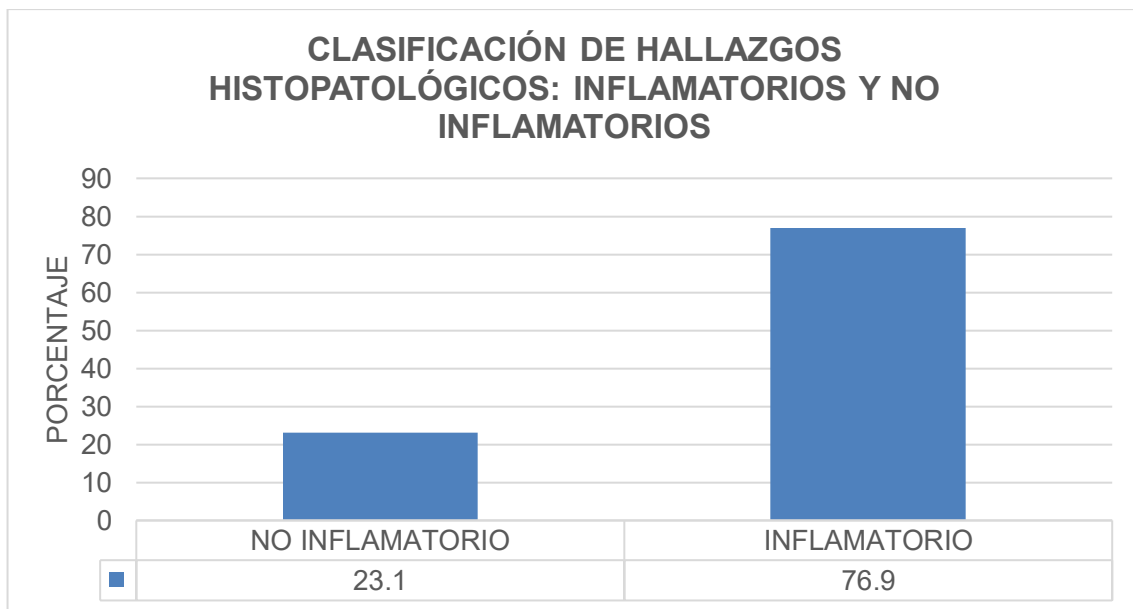


Figura 25. Clasificación de hallazgos histopatológicos: inflamatorios y no inflamatorios, $n=26$

Analisis de asociación entre variables

Asociacion entre características clinicas y hallazgos histopatologicos

Para evaluar la posible relación entre las características clínicas y el tipo de hallazgo histopatológico (inflamatorio vs. no inflamatorio), se emplearon pruebas de Chi cuadrada de Pearson y, cuando fue necesario por frecuencias bajas, la prueba exacta de Fisher. Ninguna de las asociaciones alcanzó significancia estadística; por ello, los resultados se presentan de forma descriptiva mediante frecuencias y porcentajes.

Los hallazgos histopatológicos inflamatorios fueron más frecuentes en hombres (87.5%) que en mujeres (72.2%). Sin embargo, esta diferencia no alcanzó significancia estadística. La razón de prevalencias indicó que los hombres presentaron una prevalencia 21% mayor de lesiones inflamatorias (RP = 1.21), mientras que el odds ratio (OR = 2.69) sugirió mayor probabilidad de inflamación en el sexo masculino, aunque sin evidencia estadística suficiente. En conjunto, no se encontró asociación entre el sexo y la presencia de hallazgos inflamatorios en esta muestra. Cuadro 8.

Cuadro 8. Asociación entre hallazgo histopatológico y sexo, $\chi^2 = 0.73$

Hallazgos histopatológicos	Sexo		Total	p = .36
	Masculino	Femenino		Fisher p = .63
No inflamatorio	7	13	20	
Inflamatorio	1	5	6	
Total	8	18	26	

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad agrupada y los hallazgos histopatológicos. Aunque los pacientes menores de 58 años presentaron una mayor proporción de lesiones inflamatorias (84.6% vs. 69.2%), esta diferencia no fue significativa. Las medidas de efecto (RP=1.22; OR= 2.44) mostraron una tendencia hacia mayor inflamación en el grupo de menor edad, pero sin relevancia estadística. En conjunto, la edad no se asoció con la presencia de hallazgos inflamatorios en esta muestra. Cuadro 9.

Cuadro 9. Asociación entre hallazgo histopatológico y edad, $\chi^2=0.867$

Hallazgos histopatológicos	Edad		Total	p =.352
	< 58 años	≥ 58 años		
No inflamatorio	2	4	6	Fisher, p=.645
Inflamatorio	11	9	20	
Total	13	13	26	

No se identificó asociación estadísticamente significativa entre el tipo de hallazgo histopatológico (inflamatorio/no inflamatorio) y la Clasificación de Washington. Aunque los hallazgos inflamatorios fueron más frecuentes en los grados II y III, esta variación no fue significativa. Las razones de prevalencia entre categorías mostraron diferencias mínimas y sin relevancia clínica. En conjunto, la Clasificación de Washington no se relacionó con el patrón histopatológico observado en las biopsias perianales del estudio. Cuadro 10.

Cuadro 10. Asociación entre hallazgo histopatológico y clasificación de Washington, $\chi^2= 0.887$

Hallazgos histopatológicos	Washington I	Washington II	Washington III	Total	p =.642
No inflamatorio	1	4	1	6	Fisher p = .747
Inflamatorio	1	15	4	20	
Total	2	19	5	26	

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variación del prurito y el tipo de hallazgo histopatológico identificado en las biopsias analizadas. Aunque la mayoría de los casos inflamatorios se concentró en las categorías “posterior a la evacuación” y “durante la noche”, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística, $\chi^2=8.403$, $p = .210$; Fisher, $p = .295$. En conjunto, la variación del prurito no mostró relación significativa con la presencia de hallazgos inflamatorios o no inflamatorios. Cuadro 11.

Cuadro 11. Asociación entre hallazgo histopatológico y variación del prurito, $\chi^2=8.403$

Hallazgos histopatológicos	Picantes	Posterior evacuación	Noche	Esfuerzo físico	Aumento temperatura	Día	No identifica	Total	$p = .210$
No inflamatorio	0	2	1	1	0	2	0	6	Fisher $p = .295$
Inflamatorio	2	8	6	0	1	1	2	20	
Total	2	10	7	1	1	3	2	26	

La frecuencia de hallazgos inflamatorios fue ligeramente mayor en los individuos que refirieron rascado al prurito (14 de 17) en comparación con quienes no lo presentaron (6 de 9). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. La razón de prevalencias (RP = 1.16, OR = 2.33), mostró que los pacientes que se rascaban tuvieron una prevalencia 16% mayor de lesiones inflamatorias, mientras que el odds ratio, sugirió una mayor probabilidad de inflamación en quienes presentaban rascado. No obstante, ambas medidas carecen de significancia estadística. En conjunto, los resultados indican que el rascado al prurito no se asoció con la presencia de hallazgos inflamatorios en esta muestra. Cuadro 12.

Cuadro 12. Asociación entre hallazgo histopatológico y rascado al prurito, $\chi^2 = 0.816$

Hallazgos histopatológicos	Rascado al prurito		Total	p = .366
	No	Sí		
No inflamatorio	3	3	6	Fisher p = .628
Inflamatorio	6	14	20	
Total	9	17	26	

La distribución de hallazgos inflamatorios y no inflamatorios no mostró diferencias significativas entre las distintas categorías del tiempo de evolución del prurito. Aunque los casos inflamatorios fueron más frecuentes en los periodos de 1 año y < 6 meses, esta variación no alcanzó significancia estadística. En conjunto, el tiempo de evolución no se asoció con la presencia de hallazgos histopatológicos inflamatorios en esta muestra. Cuadro 13.

Cuadro 13. Asociación entre hallazgo histopatológico y tiempo de evolución, $\chi^2=5.648$

Hallazgos histopatológicos	Tiempo de evolución					Total	p=.227
	< 6 meses	> 6 meses	1 año	2-4 años	8-10 años		
No inflamatorio	1	2	1	2	0	6	Fisher p=.276
Inflamatorio	6	1	8	3	2	20	
Total	7	3	9	5	2	26	

No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la higiene perianal y el tipo de hallazgo histopatológico identificado en las biopsias. Aunque los hallazgos inflamatorios fueron más frecuentes en las categorías “agua-jabón” y “toallas húmedas”, esta distribución no mostró diferencias significativas respecto al grupo no inflamatorio. En conjunto, la higiene perianal no mostró asociación con el tipo de hallazgo histopatológico. Cuadro 14.

Cuadro 14. Asociación entre hallazgo histopatológico e higiene perianal, $\chi^2= 6.149$

Hallazgos histopatológicos	Higiene perianal					Total	p=.188
	Agua	Agua-jabón	Toallas húmedas	Agua-jabón + toallas	Otro método		
No inflamatorio	2	4	0	0	0	6	Fisher p=.191
Inflamatorio	1	10	7	1	1	20	
Total	3	14	7	1	1	26	

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso de modificadores del hábito intestinal y los hallazgos histopatológicos obtenidos en las biopsias. Aunque los hallazgos inflamatorios fueron más frecuentes en los pacientes que utilizaban fibra o ningún modificador, esta distribución no mostró diferencias significativas respecto al grupo no inflamatorio. La presencia de varias casillas con frecuencias esperadas bajas limita la potencia del análisis y refuerza la necesidad de interpretar los resultados con cautela. En conjunto, los modificadores del hábito intestinal no se asociaron con la presencia de hallazgos inflamatorios en esta muestra. Cuadro 15.

Cuadro 15. Asociación entre hallazgo histopatológico y habito intestinal, $\chi^2=1.182$

Hallazgos histopatológicos	Habito intestinal			Total	p=.554
	Laxantes	Fibra	Ninguno		
No inflamatorio	0	2	4	6	Fisher p=.795
Inflamatorio	2	9	9	20	
Total	2	11	13	26	

En cuanto a la posible relación del prurito con la dieta, no se identificó una asociación significativa con los hallazgos histopatológicos. Aunque en el grupo que refirió relación con la dieta se observó una mayor proporción de lesiones inflamatorias (90.9%) comparada con quienes no reportaron este desencadenante (66.7%), esta diferencia no alcanzó significancia estadística. Las medidas de efecto mostraron una RP de 0.73 y un OR de 0.20, que si bien sugieren una tendencia, carecen de relevancia estadística. En conjunto, la dieta no mostró asociación con la presencia de hallazgos inflamatorios. Cuadro 16.

Cuadro 16. Asociación entre hallazgo histopatológico y su relacion con la dieta, $\chi^2=2.101$.

Hallazgos histopatológicos	Relacion del prurito con la dieta		Total	p =.147
	No	Sí		
No inflamatorio	5	1	6	Fisher p=.197
Inflamatorio	10	10	20	
Total	15	11	26	

No se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el uso de modificadores del hábito intestinal y los hallazgos histopatológicos. Aunque quienes utilizaron modificadores mostraron una mayor proporción de lesiones inflamatorias (84.6% vs. 69.2%), esta diferencia no fue significativa. Las medidas de efecto (RP = 0.82; OR = 0.41) reflejan únicamente una tendencia, sin relevancia estadística. En conjunto, el uso de modificadores intestinales no se asoció con la presencia de hallazgos inflamatorios en esta muestra. Cuadro 17.

Cuadro 17. Asociación entre hallazgo histopatológico y el uso de modificadores del habito intestinal, $\chi^2=0.867$.

Hallazgos histopatológicos	Uso de modificadores del habito intestinal		Total	p=.352
	No	Sí		
No inflamatorio	4	2	6	Fisher p=.645
Inflamatorio	9	11	20	
Total	13	13	26	

Regresión logística para la presencia de hallazgos histopatológicos inflamatorios

Se estimó un modelo de regresión logística para evaluar la asociación simultánea entre las características clínicas, higiénico-dietéticas y sociodemográficas con la presencia de hallazgos histopatológicos inflamatorios. Ninguna de las variables incluidas mostró asociación estadísticamente significativa con el desenlace.

El sexo no se asoció con la presencia de inflamación (OR=0.56; IC 95%: 0.04–7.31; $p=0.661$). De igual forma, el rascado al prurito (OR=2.45; IC 95%: 0.24–24.59; $p=0.447$), la variación del prurito, la higiene perianal, la dieta, los modificadores del hábito intestinal y el hábito intestinal no mostraron relación significativa. El tiempo de evolución agrupado tampoco reveló una asociación (OR=3.11; IC 95%: 0.26–37.38; $p=0.370$), del mismo modo que la clasificación de Washington (OR=1.59; IC 95%: 0.07–36.48; $p=0.770$).

En todos los casos, los intervalos de confianza fueron amplios, lo que indica una estimación imprecisa y sugiere que el tamaño de muestra pudo limitar la capacidad del modelo para detectar asociaciones verdaderas. En conjunto, estos resultados muestran que ninguna de las variables clínicas, higiénicas o sociodemográficas analizadas fue predictora de la presencia de hallazgos inflamatorios en las biopsias perianales. Cuadro 18

Cuadro 18. Comparación de resultados entre pruebas bivariadas (Chi²/Fisher) y regresión logística

Variable	Resultado Chi ² / Fisher	Significancia (p)	Dirección observada	OR (Regresión logística)	IC 95%	p (modelo)
Sexo	No asociación	0.393 / 0.628	—	0.56	0.04–7.31	0.661
Rascado al prurito	No asociación	0.366 / 0.628	Tendencia ↑ inflamación	2.45	0.24–24.59	0.447
Variación del prurito	No asociación	0.210 / 0.295	—	—	—	—
Dieta	No asociación	0.147 / 0.197	Tendencia ↑ inflamación	0.73 (RP)	—	0.197 (Fisher)
Higiene perianal	No asociación	0.188 / 0.232	Tendencia ↑ inflamación	—	—	—
Hábito intestinal	No asociación	0.554 / 0.795	—	1.28	0.14–11.72	0.830
Modificadores intestinales	No asociación	0.352 / 0.645	Tendencia leve ↑ inflamación	2.68	0.18–40.58	0.478
Tiempo de evolución	No asociación	0.227 / 0.276	Tendencia ↑ inflamación	3.11	0.26–37.38	0.370
Tiempo agrupado	No asociación	0.508 / 0.644	Tendencia ↑ inflamación	3.11	0.26–37.38	0.370
Edad agrupada	No asociación	0.352 / 0.645	—	0.54	0.03–11.40	0.691
Clasificación Washington	No asociación	0.642 / 0.747	—	1.59	0.07–36.48	0.770

Discusión

Los hallazgos del presente estudio permiten caracterizar el perfil clínico e histopatológico del prurito anal en una población atendida en un centro universitario de referencia. En términos generales, los resultados muestran una notable heterogeneidad clínica y tisular, así como una ausencia de asociaciones significativas entre las variables clínicas analizadas y los hallazgos histopatológicos, lo cual aporta información valiosa para comprender la complejidad de esta condición.

En primer lugar, se identificó un predominio femenino (69.2%), un hallazgo que contrasta con reportes previos que describen una mayor frecuencia de prurito anal en hombres (14). Esta discrepancia puede atribuirse tanto a factores socioculturales; como una mayor disposición de las mujeres a consultar por síntomas anoperineales; como a las características particulares del centro de referencia, donde los casos dermatológicos o crónicos suelen ser remitidos con mayor frecuencia, así mismo este patrón se relaciona con que el prurito anal es un síntoma subreportado y sujeto a estigmas que influyen en la búsqueda de atención (49).

Respecto a las características clínicas, se observó que el 34.6% de los pacientes presentaba una evolución de aproximadamente un año, lo que indica un curso clínico crónico. La literatura ha documentado que la persistencia del prurito puede inducir cambios cutáneos secundarios, tales como liquenificación, hiperqueratosis o dermatitis crónica (52);(54). En concordancia con ello, el liquen simple emergió como el diagnóstico histopatológico más frecuente en la muestra ($n = 4$), lo cual sugiere que el rascado sostenido y la irritación repetida desempeñan un papel relevante en la patogenia del prurito anal de larga evolución.

A pesar de estos hallazgos clínicos y de la diversidad de variables analizadas (variación del prurito, rascado, dieta, higiene perianal, modificadores del hábito intestinal), no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con los diagnósticos inflamatorios o no inflamatorios. Esta ausencia de significancia debe interpretarse cuidadosamente, ya que no implica ausencia de relación clínica, sino limitaciones en la capacidad estadística para detectarla. La elevada heterogeneidad histopatológica,

representada por 18 diagnósticos distintos en apenas 26 pacientes, probablemente diluyó las asociaciones. Asimismo, la clasificación binaria (inflamatorio vs. no inflamatorio), aunque funcional para el análisis, podría haber simplificado en exceso fenómenos tisulares complejos, lo cual ha sido señalado también en estudios donde los patrones histológicos son diversos y sutiles (32);(53).

Otro aspecto relevante es la distribución equitativa entre hallazgos inflamatorios y no inflamatorios (50% vs. 50%), lo que resalta la naturaleza multifactorial del prurito anal. Este hallazgo es congruente con recursos bibliográficos que describen que el prurito puede originarse tanto en procesos inflamatorios como en alteraciones neurocutáneas o disfunciones de la barrera epidérmica, sin evidencia histológica clara de inflamación (54). Este equilibrio también sugiere que la clínica por sí sola no permite predecir la presencia o ausencia de inflamación histopatológica, lo que refuerza la utilidad diagnóstica de la biopsia en casos específicos, particularmente en prurito persistente, pigmentación anormal o lesiones atípicas.

Del mismo modo, la clasificación de Washington no mostró asociación significativa con los hallazgos histológicos. Dado que se trata de una escala ordinal, su uso como variable nominal pudo limitar la detección de tendencias lineales; sin embargo, la dispersión de frecuencias y el tamaño muestral redujeron la capacidad para aplicar pruebas más robustas.

El análisis multivariado reforzó estos hallazgos: ninguna variable del modelo de regresión logística presentó asociación significativa, y los intervalos de confianza fueron amplios, lo que refleja baja precisión estadística. Estos resultados coinciden con la literatura que señala que el prurito anal es un síntoma complejo, condicionado por múltiples factores clínicos, conductuales y tisulares, sin un único determinante observable (50).

Finalmente, es importante reconocer las limitaciones del estudio, entre las cuales destacan el tamaño muestral reducido, el posible sesgo de selección inherente a un centro universitario de referencia, la evaluación histopatológica por un solo observador, que impide evaluar variabilidad interobservador, y la ausencia de un grupo control de individuos sin

prurito anal que permita comparaciones más precisas. A pesar de ello, el estudio aporta evidencia relevante sobre la necesidad de integrar la clínica con la histopatología en el abordaje del prurito anal, especialmente en casos crónicos, refractarios o con características clínicas ambiguas.

En conjunto, los resultados sugieren que la relación entre las características clínicas y los hallazgos histopatológicos del prurito anal es compleja y no lineal. Este estudio refuerza lo propuesto por investigaciones previas: el prurito anal requiere un enfoque diagnóstico integral que combine evaluación clínica detallada, análisis de factores higiénico-dietéticos, inspección dermatológica exhaustiva y, cuando sea necesario, estudio histopatológico. Asimismo, se enfatiza la necesidad de investigaciones con muestras mayores, clasificaciones histopatológicas más específicas y herramientas moleculares o inmunohistoquímicas que permitan profundizar en la comprensión fisiopatológica del prurito anal.

Sesgos, limitaciones y recomendaciones futuras

El estudio presenta varias limitaciones metodológicas que deben considerarse al interpretar los resultados. El tamaño muestral reducido disminuye la potencia estadística e impide detectar asociaciones significativas, lo que coincide con la naturaleza heterogénea del prurito anal descrita por (49);(14). Además, el hecho de que los participantes procedan de un único centro especializado introduce un posible sesgo de selección, pues estas unidades suelen atender casos más complejos o persistentes, lo que reduce la generalización a otros niveles de atención. También se identifican posibles sesgos de información en variables autodeclaradas, como hábitos higiénico-dietéticos, evolución del prurito o variabilidad del síntoma, dada la carga emocional y el estigma asociado a esta condición.

En el ámbito histopatológico, aunque las biopsias fueron evaluadas por personal especializado, la interpretación de lesiones leves o inespecíficas puede variar entre observadores, especialmente cuando existen superposiciones con otras dermatosis, como señalan (54). Asimismo, los análisis estadísticos enfrentaron restricciones debido a la dispersión de frecuencias y celdas con valores nulos, lo que obligó al uso de pruebas exactas y generó fenómenos de predicción perfecta, limitando la capacidad inferencial. Finalmente, la ausencia de marcadores bioquímicos, pruebas microbiológicas y factores sistémicos impidió explorar relaciones más complejas descritas en la literatura reciente, como las reportadas (55), lo que restringe la profundidad etiológica del estudio.

Conclusión

El estudio permitió identificar la relación entre las características clínicas y los hallazgos histopatológicos en pacientes con prurito anal. La población presentó un predominio femenino (69.2%) y una edad media de 56.5 años, un perfil que difiere de lo descrito internacionalmente y que resalta la importancia del contexto local. Clínicamente, la variación del prurito posterior a la evacuación (38.5%) y el rascado (65.4%) fueron las manifestaciones más frecuentes, mientras que la clasificación Washington tipo II predominó en el 73% de los casos, sugiriendo irritación perianal moderada. En cuanto a los hábitos higiénico-dietéticos, el uso de agua y jabón (53.8%) y el consumo de fibra (42.3%) fueron los más referidos, y un 42% reportó relación del prurito con la dieta.

En el análisis histopatológico se identificaron 18 diagnósticos distintos, con predominio del liquen simple, y una distribución equitativa entre hallazgos inflamatorios y no inflamatorios, lo que confirma la diversidad etiológica del prurito anal. Si bien no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables clínicas y la naturaleza del hallazgo histopatológico, este resultado indica que la clínica por sí sola no permite predecir la actividad inflamatoria, lo que refuerza la necesidad de utilizar la biopsia perianal como herramienta diagnóstica en casos crónicos, refractarios o en etapas II–III de la clasificación de Washington. En conjunto, los hallazgos subrayan el valor de un abordaje integral y multidimensional, evitando el manejo empírico aislado y reconociendo la complejidad fisiopatológica del prurito anal.

Capítulo 3

Fortalezas

El presente trabajo posee diversas fortalezas metodológicas y clínicas que respaldan la validez de sus hallazgos:

1. **Integración de análisis clínico e histopatológico**, lo que supera la mayoría de estudios previos que fundamentan el diagnóstico únicamente en sintomatología o exploración física. Este enfoque permitió identificar la verdadera presencia de inflamación, diferenciando dermatitis inflamatoria de lesiones no inflamatorias.
2. **Uso sistemático de biopsias perianales**, lo cual confiere un carácter objetivo y verificable a los diagnósticos. Esta estrategia es considerada un estándar de alto valor diagnóstico en dermatología anoperineal.
3. **Aplicación de pruebas estadísticas robustas**, incluyendo χ^2 , Fisher y regresión logística binaria, que permitieron explorar asociaciones potenciales entre variables clínicas, higiénico-dietéticas y los hallazgos histopatológicos.
4. **Población clínicamente bien caracterizada**, con recolección estandarizada de datos y categorización operacional clara para todas las variables evaluadas.
5. **Enfoque novedoso en el contexto local**, dado que en México existen muy pocos estudios que integren análisis histopatológico para el prurito anal, lo que convierte este trabajo en una fuente de referencia para futuras investigaciones.

Perspectivas

Los resultados obtenidos abren múltiples líneas para investigaciones posteriores:

1. **Estudios multicéntricos** con muestras más amplias permitirían identificar predictores clínicos más precisos de inflamación o alteraciones histopatológicas relevantes.
2. **Evaluación longitudinal del prurito anal**, para determinar su evolución, cronicidad y respuesta al tratamiento según su categoría etiológica.
3. **Correlación entre gravedad del prurito y marcadores histopatológicos**, lo cual podría ayudar a definir fenotipos clínicos e inflamatorios específicos.
4. **Integración de herramientas dermatoscópicas, moleculares e inmunohistoquímicas**, que permitirían caracterizar mejor las dermatitis y patologías asociadas.
5. **Desarrollo de algoritmos diagnósticos**, basados en datos clínicos e histológicos, que estandaricen el abordaje del prurito anal en la práctica clínica.

Impacto del trabajo de investigación

Este estudio tiene un impacto relevante en el campo clínico y académico al proveer una visión integral sobre el prurito anal, integrando características clínicas y hallazgos histopatológicos que comúnmente se analizan por separado. Los resultados generan evidencia local valiosa que contribuye a mejorar la precisión diagnóstica, al demostrar que la sintomatología y los hábitos higiénico-dietéticos no predicen de forma confiable la presencia de inflamación. Esto refuerza la necesidad de recurrir a métodos objetivos como la biopsia, especialmente en casos persistentes o de evolución prolongada. Además, el trabajo aporta insumos fundamentales para la formación de médicos, enfermeras y especialistas involucrados en el diagnóstico y manejo de las enfermedades ano rectales.

Impacto científico

El estudio contribuye de manera significativa al conocimiento científico sobre el prurito anal al documentar la diversidad de diagnósticos histopatológicos asociados a esta condición y demostrar la limitada capacidad de la clínica para distinguir entre lesiones

inflamatorias y no inflamatorias. La presentación de estimaciones de riesgo, análisis de regresión logística y tablas de contingencia genera una base cuantitativa que puede utilizarse como referencia para futuros trabajos. Estos resultados complementan hallazgos previos (14), que describieron la asociación entre prurito y lesiones cutáneas, ampliando la discusión sobre la fisiopatología del prurito y resaltando la necesidad de enfoques multidimensionales que consideren factores dermatológicos, inflamatorios y conductuales.

Impacto social

El prurito anal es un síntoma altamente estigmatizado, y este estudio contribuye a visibilizarlo y tratarlo como un problema de salud legítimo que afecta la calidad de vida de quienes lo padecen. Al demostrar que sus causas no siempre se relacionan con higiene deficiente o infecciones, prejuicios frecuentes entre los pacientes, este trabajo ayuda a disminuir el estigma asociado y fomenta una mayor disposición a buscar atención médica oportuna. Además, la información obtenida puede servir como base para programas de educación en salud, fortaleciendo la orientación a pacientes y personal sanitario sobre la importancia de un abordaje integral, científico y libre de juicios.

Aportación a la solución de problemas prioritarios

El estudio contribuye a la solución de problemas prioritarios en salud pública al mejorar la comprensión de un síntoma frecuente pero subdiagnosticado, promoviendo un abordaje diagnóstico más eficiente y basado en evidencia. Al resaltar la relevancia de la biopsia en casos de evolución prolongada y la falta de predictores clínicos confiables, el estudio ayuda a evitar tratamientos empíricos prolongados, intervenciones innecesarias y gastos sanitarios derivados de abordajes ineficientes. Asimismo, proporciona insumos para el desarrollo de protocolos institucionales que fortalezcan la atención en unidades de primer y segundo nivel, favoreciendo diagnósticos oportunos y un manejo más racional que mejore la calidad de vida de los pacientes afectados.

Bibliografía

1. Jovičić S, Balaban J, Gajanin V. Association of Systemic Diseases with Chronic Pruritus. *Scripta Medica (Banja Luka)*. 2023 Jun 1;54(2):163–7.
2. Topp J, Apfelbacher C, Ständer S, Augustin M, Blome C. Measurement Properties of Patient-Reported Outcome Measures for Pruritus: An Updated Systematic Review. *Journal of Investigative Dermatology*. 2022 Feb 1;142(2):343–54.
3. Guerrero-Ramos B, Hernández-Salazar A, Villaseñor-Ovies P, Tinoco-Fragoso F, Esquivel-Pedraza L, Domínguez-Cherit J. *Práctica clínico-quirúrgica*. Vol. 52, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014.
4. Leiton Chaves A.
5. Khryanin AA, Markaryan DR, Garmanova TN, Bocharova VK. Perianal pruritus: Possible causes and management of patients. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2020;19(6):891–8.
6. Villa-Arango AM, Velásquez-Lopera MM, Cardona R. Chronic pruritus. *Rev Alerg Mex*. 2019 Jan 1;66(1):85–98.
7. Ruby G, Murillo M, Wong UR. Dermatosis perianales en la edad geriátrica. Vol. 76, *Rev Hosp Jua Mex*. 2009.
8. Weber MB, Camozzato FO, Recuero JK. Pruritus. In: *Dermatology in Public Health Environments*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 1607–36.
9. Gaertner WB, Melton GB. Dermatology and Pruritus Ani. In: *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Springer International Publishing; 2016. p. 309–24.
10. Navarro-Triviño FJ. Pruritus in Dermatology: Part 1 — General Concepts and Pruritogens. Vol. 114, *Actas Dermo-Sifiliograficas*. Elsevier Doyma; 2023. p. 512–22.
11. Roh YS, Choi J, Sutaria N, Kwatra SG. Itch: Epidemiology, clinical presentation, and diagnostic workup. Vol. 86, *Journal of the American Academy of Dermatology*. Elsevier Inc.; 2022. p. 1–14.
12. Umanskiy K, Messaris E. Dermatology and Pruritus Ani. In: *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery: Fourth Edition*. Springer International Publishing; 2021. p. 311–22.
13. Serbelloni M. Pruritus Ani. *Sociedad Italiana de Cirugía Colorectal [Internet]*. 2011;260–5. Available from: www.siccr.org2011;31:260-265
14. Kuehn1 HG, Gebbensleben2 O, Hilger3 Y, Rohde H. (2):7784 © Ivyspring International Publisher. Reservados todos los derechos Revista Internacional de Ciencias Médicas [Internet]. *J. Med. Ciencia*. 2009. Available from: <http://www.medsci.org>
15. Ansari P. Pruritus Ani. Vol. 29, *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. Thieme Medical Publishers, Inc.; 2016. p. 38–42.
16. Kim JC, Shim WS, Kwak IS, Lee DH, Park JS, Lee SY, et al. Pathogenesis and Treatment of Pruritus Associated with Chronic Kidney Disease and Cholestasis. *Int J Mol Sci*. 2023 Jan 13;24(2):1559.
17. Umanskiy K, Messaris E. Dermatology and Pruritus Ani. In: *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 311–22.

18. Ortega AE, Delgadillo X. Idiopathic Pruritus Ani and Acute Perianal Dermatitis. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019 Sep;32(05):327–32.
19. Jakubauskas M, Dulskas A. Evaluation, management and future perspectives of anal pruritus: a narrative review. Vol. 28, *European Journal of Medical Research.* BioMed Central Ltd; 2023.
20. Maclean J, Russell D. Pruritus ani. Vol. 39, *AustRAliAn FAMily PhysiCiAn.* 2010.
21. Maldonado-Domínguez ED, Muñoz-Estrada VF, Picazo-Luna J. Dieta baja en pseudoalérgenos e histamina: un enfoque terapéutico en pacientes con urticaria crónica espontánea Rev Alerg Mex. 2025 Jul 11;72(2):119–30.
22. Pata F. Pruritus Ani: the neglected stepchild of coloproctology State of the Art and Management. *Sociedad Italiana de Cirugía Colorectal [Internet].* 2017;45:383–95. Available from: www.siccr.org
23. Swamiappan M. Anogenital pruritus – An overview. Vol. 10, *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* Journal of Clinical and Diagnostic Research; 2016. p. WE01–3.
24. Arellano I, Saúl A. Biopsia de piel y otros estudios complementarios. In: Saúl A, editor. *Saúl Lecciones de dermatología, 16e [Internet].* New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. Available from: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1119019298
25. Rodríguez JE, Padrón JE. Caso clínico: prurito anal. *Revista de Ciencias de Salud Bogota.* 2003;
26. Gru AA. Introduction to inflammatory dermatoses: Histological clues for the practicing pathologist. *Semin Diagn Pathol.* 2017 May;34(3):210–9.
27. Vázquez-Osorio I, González-Sabín M, Gonzalvo-Rodríguez P, Rodríguez-Díaz E. Dermatitis anular liquenoide de la infancia. Descripción de 2 casos y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Jul;107(6):e39–45.
28. Guzmán RA. Fibromas. In: *Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento, 6e [Internet].* New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. Available from: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1118593084
29. Trillos Campuzano KA. Hidrocistoma apocrino palpebral y diagnósticos diferenciales más representativos. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.* 2025 Feb 25;33(1):53–8.
30. Umehara Y, Kiatsurayanon C, Trujillo-Paez JV, Chieosilapatham P, Peng G, Yue H, et al. Intractable itch in atopic dermatitis: Causes and treatments. *Biomedicines.* 2021 Mar 1;9(3):1–14.
31. Priego-Parra B, Remes-Troche J. Prurito Anal. In 2021. p. 95–9.
32. Ai Z, Yuan D, Cai J, Dong R, Liu W, Zhou D. Mechanism of medical hemorrhoid gel in relieving pruritus ani via inhibiting the activation of JAK2/STAT3 pathway. *Front Med (Lausanne).* 2024;11.
33. Velásquez A. PRURITO ANAL. Vol. 15, *Acosta Dermatología Peruana.* 2005.
34. Misery L, Pierre O, Le Gall-Ianotto C, Lebonvallet N, Chernyshov P V., Le Garrec R, et al. Basic mechanisms of itch. Vol. 152, *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* Elsevier Inc.; 2023. p. 11–23.
35. Follansbee T, Dong X. A tactile twist: decoding the phenomena of mechanical itch and allodynia. Vol. 16, *Frontiers in Molecular Neuroscience.* Frontiers Media SA; 2023.

36. Lio P, Mccarthy M. Neuronal Changes in Atopic Dermatitis: Insights into Neuroimmunological Changes in AD and Therapeutic Implications [Internet]. [cited 2025 Nov 12]. Available from: DOI: 10.64550/joid.ejtgml45
37. Lesslar OJL, Smith PK. Itch Beyond the Skin—Mucosal Itch. *Frontiers in Allergy*. 2021 Oct 28;2.
38. Yosipovitch G, Bernhard JD. Chronic Pruritus. *New England Journal of Medicine*. 2013 Apr 25;368(17):1625–34.
39. Albuquerque A. Anal pruritus: Don't look away. *World J Gastrointest Endosc*. 2024 Mar 16;16(3):112–6.
40. Song SG, Kim SH. Pruritus ani. Vol. 27, *Journal of the Korean Society of Coloproctology*. 2011. p. 54–7.
41. Prather CL. MedScape. 2022. Skin biopsy: Background, indications, contraindications.
42. Alwahaibi N, Alwahaibi M. Mini review on skin biopsy: traditional and modern techniques. *Front Med (Lausanne)*. 2025 Mar 5;12.
43. Kilic A, Kilic A, Kivanc A, Sisik A. Biopsy techniques for skin disease and skin cancer: A new approach. *J Cutan Aesthet Surg*. 2020;13(3):251.
44. Navarrete-Dechent C, Moll-Manzur C, Droppelmann N, González S. Actualización en el uso de la biopsia de piel por punch. Vol. 68, *Revista Chilena de Cirugía*. Elsevier Espana S.L.; 2016. p. 467–73.
45. Peña XP. Biopsias. ResearchGate [Internet]. 2024 Nov; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/386106334>
46. Feldman AT, Wolfe D. Tissue Processing and Hematoxylin and Eosin Staining. In 2014. p. 31–43.
47. Fischer AH, Jacobson KA, Rose J, Zeller R. Hematoxylin and Eosin Staining of Tissue and Cell Sections. *Cold Spring Harb Protoc*. 2008 May;2008(5):pdb.prot4986.
48. Salerno S, Chiaravalli AM. Hematoxylin-Eosin. In 2022. p. 359–61.
49. Abramowitz L, Benabderrahmane M, Pospait D, Philip J, Laouénan C. The prevalence of proctological symptoms amongst patients who see general practitioners in France. *European Journal of General Practice*. 2014 Dec 1;20(4):301–6.
50. Oueidat D, Bou Assi T, Jurjus A. Pruritus Ani : More than a Decade of Personal Experience in Lebanon. *Lebanese Medical Journal*. 2014 Oct;62(4):203–6.
51. Akıncı O, Kutluk F, Ertürk S, Yüceyar S. Anal Bowen's Disease: Retrospective Analysis of Five Cases. *Turkish Journal of Colorectal Disease*. 2018 Mar 27;28(1):22–6.
52. Ucak H, Demir B, Cicek D, Dertlioglu SB, Akkurt ZM, Ucmak D, et al. Efficacy of topical tacrolimus for the treatment of persistent pruritus ani in patients with atopic dermatitis. *Journal of Dermatological Treatment*. 2013 Dec 1;24(6):454–7.
53. Deng W, Fu M, Huang J. Mechanism of pruritus ani lotion combined with Huajiao-Gancao-Bingpian oil for pruritus ani treatment based on network pharmacology and molecular dynamics. *Advances in Dermatology and Allergology*. 2024;41(2):202–14.
54. Yang EJ, Murase JE. Recalcitrant anal and genital pruritus treated with dupilumab. *Int J Womens Dermatol*. 2018 Dec;4(4):223–6.
55. Hamdan M, Qiao JC, Fikfak V. Adult-onset perianal Langerhans cell histiocytosis presenting as pruritus ani: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2021 Dec 22;15(1):357.

56. Nasseri YY, Osborne MC. Pruritus Ani: Diagnosis and Treatment. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2013 Dec 1 [cited 2025 May 8];42(4):801–13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889855313001027?via%3Dihub>

Anexos

Anexo 1. Registro del protocolo Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA

Lic. Gabriela Hernández Sánchez
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **“Características clínicas de pacientes con prurito anal y su relación con hallazgos histopatológicos”**, que fue sometido a evaluación de este Comité de Investigación y Ética de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro Institucional:

No. de Registro

CEIHUP	2024/024
--------	----------

Sin más por el momento, quedo de Usted.

Atentamente
“Pensar bien, para vivir mejor”
H. Puebla de Z., a 11 de abril de 2024

Dr. Alonso Antonio Collantes Gutiérrez
Subdirector de Enseñanza, Investigación y Capacitación en Salud
Hospital Universitario de Puebla

C.c.p. Archivo
DR AICG/bmm

Hospital Universitario de Puebla

25 Poniente 1301. Col. Volcanes
Puebla, Pue. C.P. 72410
(222) 229 55 00 Ext. 6200 y 6162

LXXX

Anexo 2. Registro ante Hospital universitario de Puebla


BUAP

Oficio SIEP/C.I./020/2024

ASUNTO: CONSTANCIA DE REGISTRO

D.C. CHERYL ZILAHY DIAZ BARRIENTOS
M.C. MARIA GUADALUPE GONZÁLEZ GONZÁLEZ
M.C. EUGENIA MONSERRAT RAMALES MONTES
C. GABRIELA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
P R E S E N T E.

El Comité de Investigación y de Ética de la Facultad de Medicina de la B.U.A.P., a través de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado hace **CONSTAR** que el Proyecto de Investigación presentado en autoría Colectiva por:

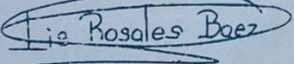
- C. GABRIELA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
- D.C. CHERYL ZILAHY DIAZ BARRIENTOS
- M.C. MARIA GUADALUPE GONZÁLEZ GONZÁLEZ
- M.C. EUGENIA MONSERRAT RAMALES MONTES

Titulado:
"Características clínicas de los pacientes con prurito anal y su relación con hallazgos histopatológico".

Ha sido registrado en esta Secretaría con los siguientes datos:

Fecha de Registro: **15 de marzo de 2024**
Número de Libro: **4**
Número de Hoja: **005**
Número de Registro: **1115**
Vigencia: Inicio: **07 de agosto de 2023** Termino: **31 de diciembre de 2025**

ATENTAMENTE
"PENSAR BIEN, PARA VIVIR MEJOR"
H. PUEBLA DE Z., A 15 DE MARZO DE 2024


D. E. LIS ROSALES BÁEZ
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN
Y ESTUDIOS DE POSGRADO



C.c.p.- D.C. MARÍA DEL LURDEZ MARTÍNEZ MONTAÑO - Coordinadora del Comité de Investigación de la S.I.E.P. - FMBUAP
C.c.p.- D.C. Blanca Guadalupe Baez Duarte - Coordinadora de la Maestría en Ciencias Médicas e Investigación FMBUAP
C.c.p.- Archivo
D.ED LRB/mmrm.

Facultad de Medicina | 13 Sur 2702, Col. Volcanes
Puebla, Pue. C.P 72410
Tel. 222 229 55 00 Ext.6047 y 6048

Anexo 3. Bioética

En este estudio se realizó bajo la supervisión y dirección de asesores expertos de la maestría en Ciencias Médicas e Investigación de la Facultad de Medicina BUAP, cumpliendo con lo dispuesto en la declaración de Helsinki, apegándonos a los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Las personas que colaboren en la investigación tendrán garantía de respeto a los principios de autonomía, beneficencia y justicia, ya que se solicitó personalmente la participación consiente e informada de los derechohabientes invitados, formalizando la inclusión de estos últimos en el estudio, firmando la carta de consentimiento informado (Anexo 1).

Se asegura de que el estudio cumplió con el instructivo para la operación de la Comisión de Investigación Científica y de los Comités locales de Investigación del Hospital Universitario de Puebla. El manejo de confidencialidad para los datos personales proporcionados por los participantes fue de acuerdo con lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 apartado 12



REGlamento DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD
CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN
Secretaría General
Secretaría de Servicios Parlamentarios
Última Reforma DOF 02-04-2014

REGlamento DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987

TEXTO VIGENTE
Última reforma publicada DOF 02-04-2014

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere al Ejecutivo Federal la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 1o., 2o., fracción VII, 3o. fracción IX, 4o., 7o., 13 apartado "A" fracciones I, IX, X, apartado "B" fracciones I y VI, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103 y demás relativos a la Ley General de Salud, y

El protocolo de investigación fue evaluado y registrado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la BUAP, así como por el comité de Bioética del Hospital Universitario de Puebla.

Se considera una investigación con riesgo mayor que el mínimo, de acuerdo con lo descrito en la Ley General de Salud en su artículo 17 apartado III.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

Anexo 4. Logística Recursos Humanos

Se conto con un cuerpo de investigadores responsables expertos en el área, Dra. Cheryl Díaz Barrientos, Dra. Eugenia Montserrat Ramales Montes, Dra. María Guadalupe González González, y alumna de maestría Gabriela Hernández Sánchez.

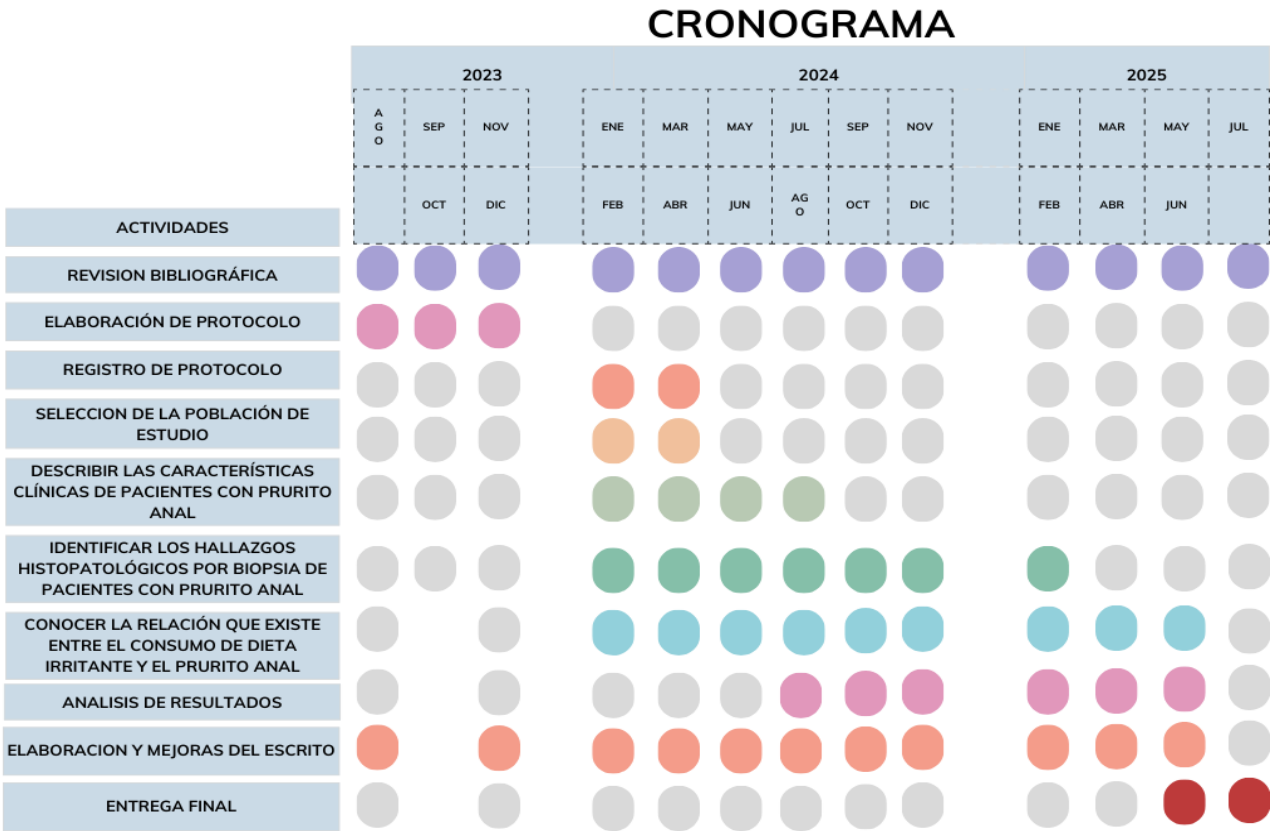
Recursos Materiales

Se conto con la infraestructura propia del servicio de Endoscopia, consultorio de Coloproctología del Hospital Universitario Puebla.

Recursos financieros

Los recursos financieros para la identificación, selección de la muestra y caracterización clínica fueron sustentados por el Hospital Universitario Puebla y en algún otro caso si es necesario.

Anexo 5. Cronograma de actividades



Anexo 6. Definición de las variables y escalas de medición

Definición de las variables y escalas de medición

En el presente estudio se identificaron y definieron las variables relevantes para el análisis del prurito anal en pacientes que acudieron a consulta de coloproctología. Las variables fueron clasificadas según su naturaleza y su función dentro del diseño metodológico, considerando variables sociodemográficas, características clínicas e higiénico-dietéticas. Cada variable fue definida conceptualmente y operacionalizada para su adecuada recolección, registro y análisis estadístico. A sí mismo, se identificó el tipo de variable y su respectiva escala de medición, lo cual dio paso a determinar el análisis estadístico más adecuado, (Anexo 6).

Variable independiente

Hallazgos histopatológicos: Informe histológico emitido por el patólogo, basado en tinciones por hematoxilina y eosina. Se categoriza según el diagnóstico si es dermatitis e inflamación o con cambios histológicos no inflamatorios. Es una variable cualitativa dicotómica.

Grupo 1: Dermatitis e Inflamación

- Dermatitis leve inespecífica
- Dermatitis focal leve
- Dermatitis seborreica
- Dermatitis liquenoide
- Dermatitis crónica inespecífica (incluyendo las variantes moderada y leve)
- Perivasculitis neutrofílica

Grupo 2: Cambios Histopatológicos No Inflamatorios

- Liquen simple
- Liquen simple pigmentado
- Liquen plano pigmentado

- Liquen plano crónico
- Melanosis postinflamatoria
- Fibroma laxo
- Hidrocistoma apocrino
- Piel sin alteraciones

Variable dependiente

Estadificación de la piel con prurito anal: etapa para la piel con prurito anal, basada en la clasificación que establece el Hospital de Washington. Se categoriza de acuerdo con la afección presentada durante la exploración física, la etapa 0 corresponde a piel normal, etapa 1, piel eritematosa e inflamada, etapa 2 piel liquenificada, etapa 3 piel liquenificada con erosiones y ulceraciones. Es una variable cualitativa nominal.

Variación del prurito: Situación asociada a la exacerbación del prurito. Se categoriza de acuerdo con el momento donde la intensidad del prurito varía en base a condiciones como 1= al consumir alimentos picantes, 2= posterior a la evacuación, 3= durante la noche, 4= durante el esfuerzo físico, 5= al aumentar la temperatura corporal, 6= durante el día, 7= no identifica. Es una variable nominal politómica.

Rascado al prurito: Acto de rascarse que se haya realizado al menos en un episodio de prurito anal, independientemente de su duración o intensidad. Se categoriza en respuestas como: a) si y b) no. Es una variable cualitativa dicotómica.

Tiempo de evolución: Es el intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio del prurito anal hasta el momento o su resolución. Se categoriza de acuerdo con periodos de tiempo: <6 meses, > 6 meses, 1 año 2-4 años, 5-7 años, 8-10 años. Es una variable cualitativa ordinal.

Higiene perianal: Son los métodos empleados por el paciente para la limpieza del área anal después de la evacuación intestinal. Se categoriza según el uso exclusivo de agua, agua con jabón, toallas húmedas, combinación de estos, u otros métodos. Es una variable nominal politómica.

Variación en el hábito intestinal: Percepción de las variaciones frecuentes o esporádicas en su hábito de evacuación. Se categoriza según el grado de variación que el paciente declare, a) No, b) Si, c) Frecuentemente. Es una variable cualitativa ordinal.

Modificadores del hábito intestinal: Uso de métodos o sustancias destinadas a facilitar la evacuación intestinal. Se categoriza según el uso de laxantes, enemas, ambos, ningún método, otros. Es una variable nominal politómica.

Variable de ajuste

Prurito relacionado a la dieta: identificación del paciente con respecto a la relación directa que existe entre la ingesta de ciertos alimentos y el aumento del prurito anal. Se categoriza en base a que si el paciente refiere asociar esta sensación posterior a la ingesta de alimentos con respuesta de a) si o b) no. Es una variable nominal dicotómica.

Variables sociodemográficas

Edad: Corresponde al número de años cumplidos por el paciente al momento de su participación en el estudio. Se trata de una variable cuantitativa continua, con escala de medición de razón.

Sexo: Se refiere a la clasificación biológica del paciente como masculino o femenino, según el sexo asignado al nacer. Es una variable cualitativa dicotómica, con escala de medición nominal.

Variable independiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS	Estudios de células y tejido enfermos bajo un microscopio	Informe histológico emitido por el patólogo, basado en tinciones rutinarias (como H&E)	Cualitativa dicotómica	Biopsia por punción	a. Dermatitis e inflamación b. Cambios histológicos no inflamatorios

Variables dependientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
ESTADIFICACIÓN DE LA PIEL CON PRURITO ANAL	Clasificación dermatológica caracterizada por picazón o ardor en la zona perianal	Etapa de estadificación de la piel con prurito anal	Cualitativa nominal	Clasificación por “Washington Hospital Center”	-Etapa 0 piel normal -Etapa 1 piel eritematosa e inflamada -Etapa 2 piel liquenificada -Etapa 3 piel liquenificada con erosiones y ulceraciones

VARIACIÓN DEL PRURITO	Sensación de picor o comezón que varía en intensidad según las condiciones específicas del paciente	Estímulo o situación asociada a la exacerbación del prurito	Nominal politómica	Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal	1= Al consumir alimentos picantes 2= Posterior a la evacuación 3 = Durante la noche 4= Durante el esfuerzo físico 5= Al aumentar la temperatura corporal 6= Durante el día 7= No lo identifica
RASCADO AL PRURITO	Acto de rascarse de forma intencional o automática como respuesta a una sensación de picazón o comezón.	Acción que se haya realizado al menos un episodio de rascado, independientemente de su duración o intensidad	Cualitativa dicotómica	Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal	a) Si b) No

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Duración del periodo durante el cual una condición, enfermedad o síntoma ha estado presente en un paciente	Intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio del prurito anal hasta el momento o su resolución	Cualitativa Ordinal	Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal	• ≥ 0 meses a < 6 meses • 6 meses a 11 meses • 1 año a 23 meses • 2-4 años • 5-7 años • 8-10 años
HIGIENE PERIANAL	Conjunto de prácticas utilizadas para mantener limpia la zona perianal	Método utilizado para limpiar el área afectada	Nominal politómica	Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal	1. Solo agua 2. Agua con jabón 3. Toallas húmedas 4. Combinado (agua, jabón, toallas húmedas) 5. Otro método 6. No responde/no aplica

VARIACIÓN EN EL HÁBITO INTESTINAL	Describe la irregularidad en el patrón de las deposiciones, tanto en la cantidad como en la consistencia de las heces	Percepción de las variaciones frecuentes o esporádicas en su hábito de evacuación	Ordinal	Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal	Grado de variación declarada 0= No 1= Si 3= Frecuentemente
MODIFICADORES DEL HÁBITO INTESTINAL	Uso de medios externos (productos o técnicas) que el paciente utiliza para alterar, estimular o facilitar su proceso de evacuación intestinal	Métodos o sustancias destinadas a facilitar la evacuación intestinal.	Nominal politómica	Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal	1=Laxantes 2=Enemas 3=Ambos 4=Ningún método 5=Otro

Variable de ajuste

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
PRURITO RELACIONADO A LA DIETA	Conocimiento sobre la relación entre el consumo de determinados alimentos y el aumento de síntomas de picor	Identificación de la relación directa entre ingesta de ciertos alimentos y el aumento del prurito anal	Nominal dicotómica	Cuestionario para la historia del paciente con prurito anal	1= Si 2= No

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
EDAD	Se refiere al tiempo que ha vivido una persona	Número de años cumplidos hasta el día de su atención médica	Cuantitativa discreta	Formato de historia clínica	Años
SEXO	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Categoría definida por el sexo del paciente	Cualitativa dicotómica	Formato de historia clínica	Masculino Femenino

Anexo 7. Consentimiento informado

Heroica Puebla de Zaragoza a _____ del _____ del año _____

Yo _____ identificado con el número de afiliación o expediente _____ confirmo que se me ha explicado de manera clara, que formaré parte del proyecto de investigación que tiene por nombre “Características clínicas de pacientes con prurito anal y su asociación con hallazgos histopatológicos”, del cual, los resultados se juntaran con los obtenidos por los demás participantes y en ningún momento se revelara mi identidad.

Se respetará mi decisión de aceptar o no colaborar con el proyecto de investigación, pudiendo retirarme de ella en cualquier momento, sin que implique alguna consecuencia desfavorable para mí.

Por lo expuesto, declaro que:

- He recibido información suficiente sobre el estudio; como su finalidad y que la utilización de los resultados es con fines educativos y sin lucro
- He tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre las dudas relacionadas al estudio.

Se me ha informado que:

- Mi participación es voluntaria
- Puedo retirarme del estudio, en cualquier momento, sin que perjudique mi atención a la salud o tratamiento
- Mi identidad o datos personales no serán revelados

Firma del participante

Anexo 8. Carta de confidencialidad

Heroica Puebla de Zaragoza a _____ de _____ del _____

Yo _____ como alumna de la Maestría en Ciencias Médicas y de la Investigación, generación 2023-2025 e investigadora del protocolo llamado “caracterización clínica de pacientes con prurito anal y su asociación con hallazgos histopatológicos” de la institución Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, hago constar, en relación al protocolo que me comprometo a resguardar y mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes de patología, archivos físicos y/o electrónicos de los datos recabados, estadísticas o cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado, en el cual participo como coinvestigadora, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las acciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con los dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública Gubernamental y basándose conforme a lo que se establece en el reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y demás disposiciones aplicables en la materia.

ATENTAMENTE

Gabriela Hernández Sánchez
Alumna

Dra. Cheryl Díaz Barrientos
Directora de Tesis

Anexo 9. Formato de Historia clínica

Hospital Universitario de Puebla

Protocolo: Características clínicas en los pacientes con prurito anal y su relación con hallazgos histopatológicos

HISTORIA CLÍNICA

Fecha:_____

Folio:_____

Nombre:_____

ID:_____

Sexo:_____

Edad:_____

I. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Marque con un x la respuesta correspondiente.

	Madre	Padre	Hermanos	Hijos	Tíos	Abuelo paterno	Abuelo Materno
Enfermedad reumatológica							
Diabetes							
HAS							
IAM							

EVC							
Obesidad							
Hipotiroidismo							
Hipertiroidismo							
Cáncer							
Dislipidemia							

Si el paciente especifico otros, mencionarlos.

Si el paciente especifico cáncer como antecedentes heredofamiliares.
Favor de especificar qué tipo de cáncer

I. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

¿Padeces diabetes mellitus?
Si ____No____

¿Padeces hipertensión arterial?
Si ____No____

¿Padeces enfermedades o alteraciones relacionadas con la
glándula tiroides? Si ____No____

Especificar_____

¿Padeces enfermedades denominadas reumatológicas? (vasculitis, artritis
reumatoide, lupus o alguna enfermedad autoinmune)
Si ____No____

Especificar_____

¿Padeces enfermedad por alteraciones de funcionamiento renal?
Si ____No____

¿Estas tomando algún medicamento, y/o suplemento o estas bajo

algún tratamiento? Especificar _____

II. PREGUNTAS EN CASO DE SER MUJER

¿Tomas anticonceptivos hormonales por

cualquier motivo? Si ____ No ____

¿En este momento te encuentras

embarazada? Si ____ No ____

¿Recientemente has tenido un parto y te encuentras en una etapa

de lactancia? Si ____ No ____

Observaciones (solo llenar por el entrevistador):

Anexo 10 . Cuestionario para realizar la historia del paciente con prurito anal

Como parte del protocolo de evaluación integral del paciente con prurito anal, se aplicó un cuestionario estructurado diseñado específicamente para recabar información detallada sobre la historia clínica, características del síntoma, posibles factores desencadenantes y antecedentes relevantes.

Este cuestionario incluyó tanto preguntas cerradas como preguntas abiertas, permitiendo al paciente expresar, con mayor libertad, aspectos subjetivos relacionados con su sintomatología, percepciones personales, hábitos de higiene, respuesta a tratamientos previos, entre otros factores que podrían influir en el cuadro clínico.

Las preguntas abiertas, si bien enriquecen la comprensión individualizada del caso, presentaron un desafío metodológico al momento del análisis estadístico. Para ello, fue necesario adaptar y categorizar las respuestas cualitativas en variables cuantificables. Este proceso de codificación consistió en agrupar las respuestas similares en categorías temáticas comunes, con el fin de permitir su interpretación dentro de un análisis estadístico descriptivo.

De esta manera, el cuestionario no solo sirvió como una herramienta clínica de exploración, sino que también permitió generar datos sistematizados y comparables, esenciales para establecer relaciones entre las manifestaciones clínicas del prurito anal y los hallazgos histopatológicos obtenidos por biopsia.

Picor/escozor

¿Cuándo comenzó el picor?

¿Cuándo es peor el picor?

¿Qué tipo de ropa lleva habitualmente (ajustada u holgada)?

¿Se rasca cuando le pica?

Si ____ No ____

¿El picor está asociado con las deposiciones? Si ____ No ____

¿El área perianal está húmeda, con sudor o pérdidas de heces?

Dieta

¿Es consciente de que comiendo ciertos alimentos el picor empeora? Si ____ No ____

¿Ha llevado un diario de comidas? Si ____ No ____

¿Tiene alguna alergia alimentaria? Si ____ No ____

¿Cuál es su ingesta típica de líquidos?

Técnicas de limpieza

¿Cómo limpia el área afectada (p.ej. con jabón o sólo agua)?

Solo agua ____

Agua con jabón ____

Toallas húmedas ____

Combinado (agua, jabón, toallas húmedas) ____

Otro método ____

No responde/no aplica ____

¿Con qué frecuencia limpia el área?

Hábito intestinal

¿Está estreñido normalmente? Si ____No ____

¿Con qué frecuencia tiene diarrea?

¿Su hábito intestinal varía en frecuencia y consistencia? Si _No____

¿Ha habido un cambio reciente en su hábito intestinal? Si __No____

¿Usa o hace algo de lo siguiente: laxantes, suplementos de fibra y/o enemas?

Historia sexual

¿Tiene sexo con hombres, mujeres o ambos?

¿Ha hecho alguna vez una
prueba de ETS? Si No____

¿Practica sexo anal?

Si ____No ____

¿Cuál es su método de protección?

¿Cuántas parejas ha tenido en el último año?

Para mujeres:

¿Es regular su

ciclo menstrual?

Si ____ No ____

¿Ha tenido algún embarazo, en caso de que sí, cuántos nacimientos vivos

Antecedentes médicos

¿Le han operado alguna vez de una

afección ano-rectal? Si ____ No ____

¿Tiene diabetes o alguna otra enfermedad crónica sistémica?

¿Ha tenido alguna vez alguna lesión o ha sido operado de alguna afección del sistema nervioso central o periférico?

Si ____ No ____

¿Ha ganado o perdido peso de forma significativa recientemente? Si ____ No ____

(Traducido de: "Pruritus Ani: Diagnosis and Treatment." Nasseri YY, Osborn MC. Gastroenterol Clin North Am 2013; 42:801–13.)
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2013.09.002>.)

Anexo 11. Exploración física

Exploración física en pacientes con prurito anal: posición SIMS

Para llevar a cabo una evaluación física adecuada de la región perianal en pacientes con prurito anal, se utilizó la **posición SIMS**, la cual es ampliamente reconocida en la práctica médica por ofrecer una exposición óptima del área anorrectal, garantizando al mismo tiempo la comodidad y seguridad del paciente.

El paciente fue colocado en **decúbito lateral izquierdo**, reposando parcialmente sobre el abdomen. El brazo inferior (el del lado sobre el que se recuesta) se posicionó extendido hacia atrás, detrás del cuerpo, mientras que el brazo superior se colocó flexionado hacia adelante, en una posición cómoda. La pierna inferior permaneció extendida o ligeramente flexionada, y la pierna superior se flexionó hacia adelante sobre la cadera y rodilla, creando un acceso adecuado al área perianal. La cabeza se colocó girada lateralmente, facilitando una postura relajada.

Esta posición permite una correcta visualización y acceso a la región perineal y anal, lo cual es esencial para realizar una inspección detallada de los signos clínicos asociados al prurito anal. Entre los aspectos evaluados se incluyeron: eritema, excoriaciones, fisuras, liquenificación, edema, presencia de lesiones secundarias por rascado, y cualquier signo sugestivo de patología dermatológica o proctológica.

Inspección:

Simetría en las lesiones Si _____ No _____

Apariencia de la piel:

Normal _____ Anormal _____

a) ¿Cuántos cuadrantes tiene afectados?

En caso de ser anormal, ¿qué características tiene?

b) ¿se extiende a genitales?

Si ____ No ____

c) Aspecto

Color ____

Tamaño ____

Forma ____

Signos de rascado Si ____ No ____

d) Ulceras

Si ____ No ____

e) Humedad

Si ____ No ____

f) Materia fecal

Si ____ No ____

Maceración de los tejidos Si ____ No ____

Signos de infección Si ____ No ____

Presencia de masas Si ____ No ____

Anexo 12. Clasificación de Washington para prurito anal Interpretación de la técnica e instrumento utilizado para la estadificación de la piel perianal en pacientes con prurito anal.

En el contexto del estudio, la interpretación clínica y diagnóstica del prurito anal se apoyó en una valoración física minuciosa, realizada en el servicio de endoscopia. Dicha valoración fue llevada a cabo por la Dra. Cheryl Zilahy Diaz Barrientos coloproctóloga responsable y la alumna investigadora Gabriela Hernández Sánchez, quienes colaboraron estrechamente en la identificación y clasificación de las manifestaciones cutáneas presentes en la región perianal.

Con base en esta revisión física, se procedió a determinar la estadificación de la piel perianal, siguiendo el modelo propuesto por el Hospital de Washington. Esta clasificación, ampliamente utilizada en entornos clínicos especializados, permite categorizar el estado de la piel en distintas etapas, lo cual facilita la evaluación objetiva del grado de afectación, la planificación terapéutica y el seguimiento del paciente.

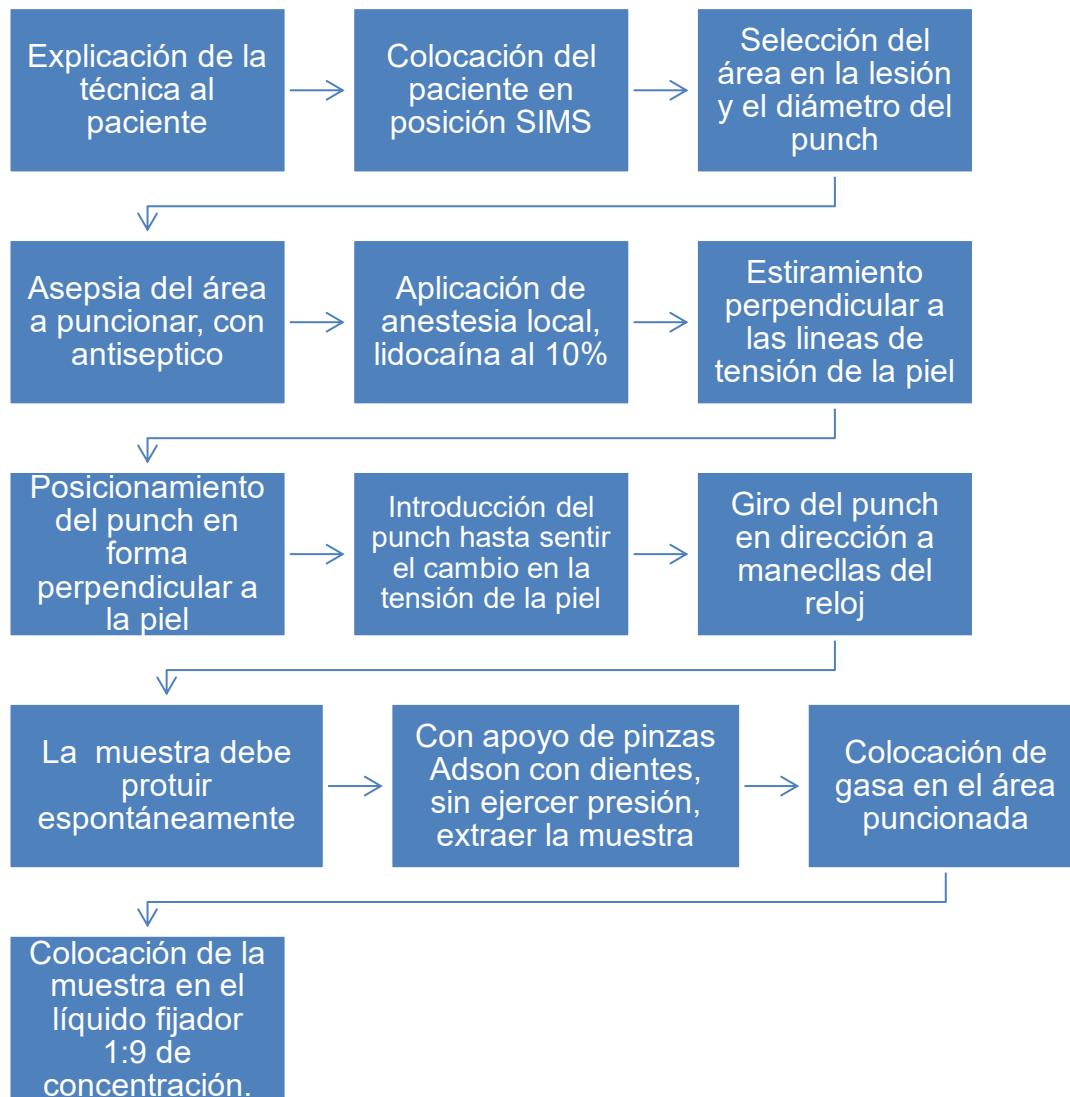
La estadificación contempla criterios clínicos como el eritema, la excoriación, la liquenificación, la presencia de fisuras, y otros signos dermatológicos que reflejan el grado de inflamación o daño en la piel perianal. Cada etapa representa un nivel progresivo de afectación, desde manifestaciones leves hasta cambios crónicos severos.

Prurito anal	
Etapas 0	Piel Normal
Etapas 1	Piel enrojecida e inflamada
Etapas 2	Piel Liquenificada
Etapas 3	Piel liquenificada + rugosidades ásperas y ulceraciones

Elaborada con información tomada de (9)

Anexo 13. Técnica de biopsia punch.

La obtención del tejido se realizará mediante una biopsia punch de 4 mm. La biopsia se define como la extirpación parcial o total de un tejido vivo. Las muestras están destinadas principalmente a la microscopía óptica convencional y, en ocasiones, a la inmunofluorescencia.



Elaborada con información tomada de (10).

Anexo 14. Justificación

El prurito anal es un padecimiento dermatológico con una prevalencia mundial reportada del 1-5%, que afecta principalmente a hombres y personas de entre 30 y 85 años. Esta afección tiene un impacto significativo en la vida diaria, el trabajo y las relaciones interpersonales, lo que la convierte en un problema importante para el sistema de salud. Además, el prurito anal es una condición común en las consultas de coloproctología.

La presente investigación busca estudiar la relación entre las características clínicas del paciente con prurito anal y los hallazgos histopatológicos en la población mexicana. Actualmente, no existen datos precisos sobre la prevalencia de esta afección en México, ni sobre el manejo adecuado del prurito por parte de los pacientes. El rascado constante, en muchos casos sin causa identificada, complica el pronóstico y aumenta el riesgo de diagnósticos tardíos y complicaciones.

El objetivo de este estudio es generar conocimiento sobre el prurito anal en la población mexicana, lo cual contribuirá al mejor manejo de esta afección y fomentará la realización de investigaciones adicionales. De esta manera, se busca promover una identificación temprana del prurito anal, evitando complicaciones y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Hasta el momento, no existen estudios basados en evidencia que reflejen la relación entre las características clínicas de los pacientes con prurito anal y los hallazgos histopatológicos. Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta: **¿Cuál es la relación entre las características clínicas y los hallazgos histopatológicos en pacientes con prurito anal?**

Heroica Puebla de Zaragoza, Pue., 28 de enero de 2026

D.C. BLANCA GUADALUPE BÁEZ DUARTE
COORDINADORA
MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

P R E S E N T E

Para efecto de continuar con los trámites administrativos para la presentación del examen de grado, le informamos que, como comité revisor, hemos revisado el borrador de la tesis titulada: **“Características clínicas de pacientes con prurito anal y su relación con hallazgos histopatológicos”**, de la alumna **Gabriela Hernández Sánchez**, con número de matrícula **223450033**, quien ha realizado en tiempo y forma las correcciones que se le indicaron.

Asimismo, manifestamos que dicho trabajo cumple con el formato final, presenta una calificación adecuada en la revisión de similitud (plagio) y ha sido revisado y avalado por nosotros.

Por lo anterior, manifestamos nuestro aval para que la tesis mencionada pueda ser impresa y para que la alumna antes mencionada pueda realizar el examen de grado, una vez cumplidos los requisitos administrativos correspondientes.

A T E N T A M E N T E


D.C MAURA CÁRDENAS GARCÍA


D.C. BLANCA GUADALUPE BAEZ DUARTE


DRA. MÓNICA HEREDIA MONTAÑO





BUAP

Oficio SIEP/024/2026

MTRO. ALFREDO AVENDAÑO ARENAZA
DIRECTOR GENERAL DE BIBLIOTECAS
P R E S E N T E

A través de este medio me dirijo a Usted para informarle que la tesis con título **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON PRURITO ANAL Y SU RELACIÓN CON HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS"** ha sido avalada bajo los preceptos de integridad académica; por lo tanto, se autoriza la impresión de tesis de la alumna:

Hernández Sánchez Gabriela
Matrícula 223450033
Facultad de Medicina
Maestría en Ciencias Médicas e Investigación Posgrado
Posgrado

Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mis consideraciones más distinguidas.

ATENTAMENTE
"PENSAR BIEN, PARA VIVIR MEJOR"
PUEBLA, PUE. A 27 DE ENERO DE 2026


D.E.D. YANETH MARTÍNEZ TOVILLA
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN
Y ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA / BUAP




D.C. BLANCA GUADALUPE BAEZ DUARTE
COORDINADORA MAESTRÍA EN CIENCIAS
MÉDICAS E INVESTIGACIÓN

C.c.p. Archivo
*mmrn.