

CASO CLÍNICO

Dolor anal nocturno: proctalgia fúgax. A propósito de un caso

Nocturnal anal pain: proctalgia fugax. About a case

RESUMEN:

Antecedentes: La proctalgia fúgax es una patología relativamente poco frecuente, y probablemente infra-diagnosticada, que perjudica la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Clínicamente se manifiesta como un dolor intenso de minutos de duración, habitualmente nocturno, que llega a despertar al paciente, permaneciendo el paciente asintomático entre las crisis. No existe un tratamiento curativo, aunque sí podemos acortar la duración de las crisis con el salbutamol inhalado.

Presentación del caso: Mujer de 52 años que refiere episodios de dolor anal paroxístmicos que la despiertan por la noche, de duración inferior a 30 minutos, no relacionados con la defecación. En la exploración física no se objetivan lesiones, siendo las pruebas complementarias normales.

Conclusiones: La proctalgia fúgax es una patología poco frecuente que interfiere con el descanso nocturno y perjudica la calidad de vida de los pacientes, la cual puede mejorar tras tratamiento con salbutamol inhalado. Es preciso indicar al paciente la benignidad de esta patología.

ABSTRACT:

Background: Proctalgia fugax is a relatively rare and probably underdiagnosed pathology, which impairs the quality of life of patients who suffer from it. Clinically, it manifests as intense pain lasting minutes, usually at night, that wakes the patient up, with the patient remaining asymptomatic between crises. There is no curative treatment, although we can shorten the duration of the crisis with inhaled salbutamol.

Case presentation: a 52-year-old woman who reported episodes of paroxysmal anal pain that woke her up at night lasting less than 30 minutes, not related to defecation. Physical examination revealed no lesions, and complementary tests were normal.

Conclusions: Proctalgia fugax is a rare pathology that interferes with night rest and impairs the quality of life of patients, which can improve after treatment with inhaled salbutamol. It is necessary to indicate to the patient the benignity of this pathology.

RECIBIDO: 23 / marzo / 2022

ACEPTADO: 25 / abril / 2022

DOI: 10.20986/mpj.2022.1025/2022

AUTORES:

**Blanca Sánchez Galindo¹ y
Francisco José Sánchez Galindo²**

¹Centro de Salud Zona VIII. Albacete, España

²Centro de Salud de Abanilla, Murcia, España

CORRESPONDENCIA:

Blanca Sánchez Galindo
bblankasan@gmail.com

Palabras clave: *Dolor, patología rectal, proctología.*

Key words: *Pain, rectal disease, proctology.*

Introducción

El dolor anorrectal y perianal se ha asociado a diversas enfermedades como hemorroides, fisuras anales, fístulas o neoplasias, aunque en ocasiones se desconoce la fisiopatología del dolor (1).

La proctalgia fúgax es una patología benigna que se caracteriza por episodios de dolor rectal, habitualmente nocturno, no relacionado con la defecación, de corta duración y estando el paciente asintomático entre las crisis, siendo su diagnóstico de exclusión (2).

El diagnóstico de esta patología es de exclusión, ya que la exploración física, la rectoscopia, la ecografía, la manometría anorrectal y la resonancia magnética suelen ser normales (1).

El tratamiento suele ser conservador, aunque ninguno ha demostrado la curación de la enfermedad. Los tratamientos que han demostrado mejoría de la clínica son el salbutamol inhalado y la toxina botulínica.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 52 años que acude a consulta refiriendo dolor anal de un año de evolución, no relacionado con la defecación ni con los esfuerzos, de predominio nocturno, que llega incluso a despertarla, con una frecuencia de 1 vez al mes, de minutos de duración e intensidad elevada, que mejora tras la sedestación durante unos minutos.

Se trata de una paciente sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos, que no precisa tratamiento habitual.

En la exploración física no se observan hemorroides a nivel anal, ni fisura anal. En el tacto rectal el tono del esfínter es normal.

Dada la historia clínica de la paciente, junto con la exploración física anodina, la sospecha diagnóstica inicial fue proctalgia fúgax.

Inicialmente se pautó trinitrato de glicerilo 4 mg/g de pomada, 1 aplicación cada 12 horas durante 3 meses. La paciente abandonó el tratamiento al mes por cefalea ocasionada tras inicio del tratamiento tópico. Posteriormente se pautó diltiazem al 2 % cada 24 horas durante 3 meses, con mejoría parcial de la sintomatolo-

gía, aunque persistían episodios de dolor anal intenso nocturno, sin observarse en la exploración física fisuras ni hemorroides.

Dada la persistencia de la clínica de predominio nocturno a pesar del tratamiento pautado, se sospecha proctalgia fúgax, por lo que se pauta tratamiento con amitriptilina 25 mg cada 12 horas y salbutamol inhalado durante la crisis. A los 3 meses la paciente refirió remisión casi total de los episodios de dolor nocturno con disminución de la intensidad del dolor, a pesar de haber suspendido la amitriptilina al mes de iniciarla por efectos adversos como boca seca y visión borrosa. Por tanto, la paciente obtuvo remisión casi completa de la sintomatología con salbutamol inhalado durante las crisis, demostrando la eficacia de este tratamiento.

Posteriormente, dada la remisión parcial de la sintomatología, se planteó a la paciente la posibilidad de realizar infiltraciones de toxina botulínica. La paciente indicó no desear la toxina en este momento, dada la mejoría de la sintomatología con el salbutamol inhalado, tanto por la disminución del número de crisis como por la intensidad de las mismas.

Discusión

El dolor anorrectal y perianal se ha descrito asociado a varias enfermedades como hemorroides, fístulas, fisuras, abscesos y neoplasias, si bien también puede darse bajo circunstancias en las que se desconoce la fisiopatología de dicho dolor (1).

La proctalgia fúgax es un tipo de dolor rectal funcional definido por los criterios de Roma IV (Tabla I). Su diagnóstico es de exclusión, por lo que deben descartarse antes otras patologías rectales (2).

La proctalgia fúgax es un trastorno benigno de tipo funcional, con una prevalencia del 5,9. Se caracteriza por un dolor intenso repentino en el área rectal, no relacionado con la defecación, que puede durar desde unos segundos a varios minutos, y luego desaparecer por completo, quedando el paciente asintomático entre las crisis (3). Esta patología suele ser más frecuentemente en mujeres que en hombres, y suele afectar a pacientes entre 30 y 60 años de edad (4).

La proctalgia fúgax se caracteriza por un dolor anorrectal súbito, de duración menor a 30 minutos y de intensidad elevada,

que puede despertar al paciente por la noche y desaparece por completo entre las crisis. Suelen ser episodios poco frecuentes, siendo la media menor a cinco episodios/año, si bien hay pacientes que refieren una frecuencia mucho mayor, llegando a ser a diario (5).

La fisiopatología de la proctalgia fúgax es muy poco conocida, dando lugar esta afectación a un deterioro de la calidad de vida y a una mayor utilización de la atención médica (6). La hipótesis más aceptada en la actualidad es la presencia de un aumento de las contracciones de la musculatura lisa del colon y del canal anal y la hipertrofia del esfínter anal interno (5).

El diagnóstico se basa en las características clínicas y en la ausencia de otras patologías que puedan ser responsables del dolor. La exploración física, así como la rectoscopia y anoscopia son normales en estos pacientes. La ecografía endoanal y la RMN suele ser normal, sin embargo, se han descrito casos en los que se ha demostrado la existencia de una hipertrofia del esfínter anal interno. La manometría anorrectal puede demostrar un incremento del tono del esfínter anal interno con ausencia de relajación del mismo de carácter paroxístico (1).

El diagnóstico diferencial de la proctalgia fúgax debe hacerse con causas orgánicas de dolor local como hemorroides, fisura anal, fístulas perianales, abscesos, compresión de los nervios sacros y con otros trastornos funcionales anorrectales como síndrome del elevador del ano, síndrome del periné descendente, neuralgia pudenda y el dolor anal crónico idiopático (7).

Las fisuras anales son una de las causas más frecuentes del dolor anal. Son pequeñas grietas o lesiones ulcerosas de morfología elíptica o linear y de naturaleza benigna que aparecen en la porción más distal del canal anal. Los síntomas son dolor intenso durante la defecación y después de la misma, sangrado y prurito (8).

El absceso perianal constituye una urgencia frecuente que consiste en la acumulación purulenta localizada en la región ano rectal. Se caracteriza por la presencia de una tumoración de aspecto inflamatorio con hiperemia local en el margen anal, fiebre, dolor punzante intenso e incapacitante y supuración de forma continua o intermitente. El diagnóstico de esta patología es clínico, pudiendo emplearse la resonancia magnética o la ecografía endoscópica anal para evaluar la extensión y profundidad

Tabla I. Criterios diagnósticos de la proctalgia fúgax.

Criterios de Roma IV del dolor anorrectal funcional (proctalgia fúgax)
Episodios de dolor rectal recurrentes no relacionados con la defecación
Episodios de segundos de duración hasta un máximo de 30 minutos
No dolor anorrectal entre los episodios
Los fármacos opioides resultan de forma inevitable en adicción
Exclusión de otras causas de dolor rectal (enfermedad inflamatoria intestinal, fisuras y abscesos intramusculares, hemorroides trombosadas, proctitis, etc.)

de los abscesos. El tratamiento de elección de esta patología es quirúrgico (9).

El síndrome del elevador del ano se caracteriza por un dolor vago, que puede ser recurrente o constante, el cual es descrito como una sensación de aumento de presión en el recto que empeora con la sedestación y puede mejorar con la bipedestación o el decúbito. A la exploración física, se aprecia una hipersensibilidad o dolor a la tracción del músculo puborrectal. El tratamiento de esta patología se basa en baños de asiento, el masaje digital, los relajantes musculares y la electroestimulación nerviosa con corriente grávida (5).

El tratamiento de esta patología suele basarse en técnicas que reducen la presión del esfínter anal interno. La opción principal son los tratamientos conservadores, aunque no se han observado resultados curativos de forma permanente (6). Estos tratamientos conservadores incluyen baños de agua tibia, trinitrato de glicérido tópico al 0,2 %, inhalación de salbutamol, bloqueo anestésico local o inyección de toxina botulínica en los esfínteres anales. En caso de engrosamiento del esfínter anal interno y presiones altas en reposo, se sugiere considerar la esfinterotomía anal interna limitada (10).

En un estudio controlado y doble ciego, publicado por Eckhardt y cols. (11), se comparó el uso de dos pufs de salbutamol frente a placebo en el tratamiento de la proctalgia fúgax y concluyó que el salbutamol acorta las crisis de dolor, siendo su efecto más marcado en aquellos pacientes que presentan crisis prolongadas con una duración mayor a diez minutos.

Otro tratamiento empleado en esta patología es la inyección de toxina botulínica, como demuestra el estudio prospectivo llevado a cabo por Sánchez y cols. (12), donde administraron toxina botulínica a cinco pacientes con esta enfermedad y realizaron un seguimiento a cinco años. En este estudio se observó que todos los pacientes se mantuvieron libres de dolor durante varios años.

Los resultados del tratamiento quirúrgico en esta patología son controvertidos, ya que en algunos casos se consigue mediante la esfinterotomía anal interna lateral la remisión de los síntomas sin alteraciones de la continencia, mientras que en otros casos el tratamiento quirúrgico no alivia los síntomas de dolor y produce como efecto adverso incontinencia del esfínter anal (13).

Como conclusión, la proctalgiya fúgax es una patología benigna relativamente frecuente, cuyo diagnóstico es de exclusión y para la que disponemos de varias opciones de tratamiento, como el salbutamol inhalado o la toxina botulínica. En algunas ocasiones los pacientes no consultan por la frecuencia esporádica de los episodios. Sin embargo, es importante tener presente esta patología como posible diagnóstico diferencial del dolor anal funcional por las repercusiones que puede tener en la calidad de vida de los pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Fuentes de financiación

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia JA, Ramírez JM, Elía M, Aguilera V, Martínez M. Tratamiento secuencial para la proctalgiya fugax. Resultados a medio plazo. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005;97(7):491-6.
2. Cohee MW, Hurff A, Gazewood JD. Benign anorectal conditions: evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2020;101(1):24-33.
3. Black CJ, Drossman DA, Tallej NJ, Ruddy J, Ford AC. Functional Gastrointestinal Disorders 1. *Lancet.* 2020;396(10251):1664-74. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32115-2.
4. Jeyarajah S, Purkayastha S. Proctalgiya fugax. *CMAJ.* 2013;185(5):417. DOI: 10.1503/cmaj.101613.
5. Viejo A, Ramos MT, Soria MJ. Dolor anal funcional. *RAPD online.* 2018;41(1):31-7.
6. Grigoriou M, Ioannidis A, Kofina K, Efthimiadis C. Use of botulinum A toxin for proctalgiya fugax – a case report of successful treatment. *J Surg Case Rep.* 2017;2017(11):rjx236. DOI: 10.1093/jscr/rjx236.
7. Armañanzas L, Arroyo A, Ruiz-Tovar J, López A, Santos J, Moya P, et al. Dolor anal crónico idiopático. Evaluación de los resultados diagnóstico-terapéuticos en una unidad de referencia de coloproctología. *Cir Esp.* 2015;93(1):34-8. DOI: 10.1016/j.ciresp.2013.09.012.
8. Martinena E, Pozuelos J, Fernández J, Marín L. Las fisuras anales. *Med Integr.* 2001;37(4):170-91.
9. Bernal JC, García MJ, Peiró F, López J, Fabra R, Trullenque R. Manejo de los abscesos perianales con o sin tratamiento de la fístula. Resultados de un estudio prospectivo. *Cir Esp.* 1998;64(6):559-62.
10. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol.* 2014;109(8):1141-57. DOI: 10.1038/ajg.2014.190.
11. Eckardt VF, Dodt O, Kanzler G, Bernhard G. Treatment of proctalgiya fugax with salbutamol inhalation. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(4):686-9.
12. Sánchez AM, Arroyo A, Pérez FA, Serrano P, Candela F, Calpena R. Tratamiento de la proctalgiya fugax con toxina botulínica: resultado en 5 pacientes. *Rev Clin Esp.* 2006;206(3):137-40. DOI: 10.1157/13086207.
13. Pangiotopoulou IG, Miller R, Powar MP, Chan JYH, Davies RJ. Proctalgiya and constipation secondary to hypertrophic polyglucosan inclusion body myopathy of the internal anal sphincter: a case report. *J Med Case Rep.* 2018;12(1):315. DOI: 10.1186/s13256-018-1856-z.