

## Dermatitis perianal estreptocócica

E. Fernández Gómez<sup>a</sup>, J.C. Ramos Díaz<sup>b</sup>, O. Cañuelo Ruiz<sup>b</sup>,  
F. Romero Narbona<sup>c</sup>, C. Pérez Salgado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Pediatra. Doctor en Medicina. Jefe Servicio de Pediatría Hospital de Antequera.

<sup>b</sup>Servicio de Pediatría, Hospital de Antequera.

<sup>c</sup>Médico Pediatra. CS Campillos.

Málaga.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:203-208

Enrique Fernández Gómez, enrique.fernandez.sspa@juntadeandalucia.es

### Resumen

La dermatitis perianal estreptocócica es una entidad bien definida. Se caracteriza por eritema perianal de límites precisos, prurito, dolor rectal y heces teñidas de sangre, en ausencia de síntomas generales. Afecta fundamentalmente a niños entre los 6 meses y los 10 años. A menudo es subestimada y tratada inapropiadamente. Presentamos tres casos; creemos de interés su comunicación por su relativa escasa frecuencia y su diagnóstico tardío, posiblemente en relación con un bajo índice de sospecha. En dos pacientes se asoció con balanopostitis, circunstancia que podía hacer sospechar abuso sexual.

**Palabras clave:** Dermatitis perianal estreptocócica, Balanopostitis, Estreptococo beta hemolítico del grupo A.

### Abstract

Perianal streptococcal dermatitis is a well-described entity, typically presenting as a perianal rash accompanied by perianal itching, pain, and/or rectal bleeding. It primarily occurs in children between six months and 10 years of age, and is often misdiagnosed and treated inappropriately. We describe three cases of perianal streptococcal dermatitis in which group A beta-hemolytic streptococcus was isolated from the perianal area. This communication is of great interest, we believe, because of its relative little frequency, its delayed diagnostic, possibly in relation to a low level of suspicion, along with the association in two of the cases with balanopostitis, circumstance that could make arise the suspicion of abuse.

**Key words:** Perianal streptococcal dermatitis, Balanopostitis, Group A beta-hemolytic streptococci.

## Introducción

La enfermedad perianal estreptocócica (EPE) es una entidad clínica en cuya patogenia está implicado el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA). Fue descrita en 1966 por Amren como "celulitis perianal", pero en la actualidad es más adecuado denominarla enfermedad o dermatitis perianal estreptocócica, ya que la ausencia de enfermedad sistémica, de induración palpable, edema o fiebre descarta la celulitis<sup>1</sup>. Aunque perfectamente definida, es a menudo subestimada y con frecuencia se produce un apreciable retraso en el diagnóstico<sup>2</sup>. Se han publicado casos en nuestro entorno con cierta frecuencia en los últimos años<sup>3,4</sup>. Afecta a niños pequeños, generalmente varones, entre los 7 meses y los 12 años de edad, con un pico de incidencia entre los 3 y los 5 años, y muy rara vez a adultos. Se caracteriza por eritema perianal de límites precisos, prurito, dolor rectal y heces teñidas de sangre, con ausencia de síntomas generales.

Aunque la EPE generalmente se presenta de forma aislada, algunos autores han descrito la relación con otras infecciones estreptocócicas: faringitis, otitis, impétigo estreptocócico, balanopostitis purulenta y vulvovaginitis. También se ha citado su relación con la psoriasis en gotas.

Creemos de interés la comunicación de estos casos dada su relativa escasa frecuencia y su diagnóstico tardío, posiblemente en relación con un bajo índice de sospecha. En dos pacientes se asoció con balanopostitis, circunstancia que podía hacer sospechar la existencia de abuso sexual<sup>5</sup>.

## Casos clínicos

### Caso 1

Varón de 3 años y 5 meses sin antecedentes de interés. Acude a la consulta por presentar desde hace 3 meses estre-

Figura 1.



ñimiento con defecación dolorosa, heces duras manchadas externamente con sangre roja y a veces con hebras de moco. La exploración física es normal, salvo que en los márgenes perianales se aprecia eritema bien delimitado que se extiende hacia el rafe medio anterior (Figura 1). Se obtiene cultivo de los márgenes perianales, resultando positivo para EBHGA; el paciente recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral durante 10 días, con evolución posterior favorable.

### Caso 2

Varón de 4 años y 7 meses. Acude a la consulta por presentar, desde 20 días antes, estreñimiento, defecaciones dolorosas, con sangre roja residual al final de las mismas, y prurito anal. En la exploración se aprecia eritema leve perianal y fisura anal en posición 5. Había sido tratado con corticoides tópicos con mejoría parcial de la sintomatología y posteriormente con antibióticos una semana antes por balanitis. Es remitido por recidiva de su cuadro, con mayor eritema perianal y excoriaciones que sangran fácilmente alrededor del ano. Se realiza cultivo que es positivo para EBHGA. Es tratado con amoxicilina-clavulánico durante 10 días siendo la evolución satisfactoria.

### Caso 3

Varón de 3 años y 6 meses sin antecedentes de interés. Acude a la consulta por presentar desde aproximadamente un mes y medio defecación dolorosa con sangre roja envolviendo las heces. Quince días antes comenzó con estreñimiento. En la exploración solamente se aprecia una fisura anal en posición 6. Había sido tratado inicialmente con dieta rica en residuos, laxantes y corticoides tópicos, evidenciando mejoría clínica del cuadro con deposiciones blandas, desa-

Figura 2.



parición de la sangre y casi total del dolor al defecar. Veinte días después comienza con mayor dolor a la defecación y sangrado, eritema perianal y balanitis con gran eritema del glande y prepucio edematoso y exudado purulento (Figura 2). Se realizan cultivos de márgenes anales y pus del surco balanoprepucial, aislándose en ambos EBHGA. Se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 10 días con mejoría.

No había evidencia de faringitis aguda en ninguno de los tres pacientes en el momento del diagnóstico, ni tampoco existía relación alguna entre los casos.

### Comentarios

La EPE es una enfermedad típicamente infantil. Aparece con más frecuencia en niños de edades que oscilan entre los 7 meses y los 12 años (edad media 4 años). Se presenta de forma estacional, con mayor incidencia en los meses invernales y primavera. Afecta predominantemente a varones, con una relación publicada de 8:1 para unos autores y 3:1 para otros. Todos estos datos coinciden con nuestras observaciones: presentación en los meses de marzo a mayo, y los tres casos varones con una edad comprendida entre los 3 y los 5 años.

En contraste con otras infecciones estreptocócicas, faringoamigdalitis, escar-

latina o impétigo, la epidemiología de la EPE no se conoce con exactitud. Se ha mencionado la posibilidad de transmisión desde las vías respiratorias superiores y la contaminación cutánea por manipulación, que podría explicar la coexistencia de lesiones perianales y en genitales<sup>6</sup>. Existen comunicaciones aisladas sobre la diseminación intrafamiliar de la EPE, especulándose el papel de elementos comunes del aseo o baño como posibles vías de transmisión. Saxén describe un brote en una guardería, no llega a identificar con certeza la vía de contagio, pero cita el asiento de plástico del inodoro como probable fuente<sup>7</sup>. Barzilai estudia la presencia de EBHGA en la garganta y en las lesiones cutáneas en niños con EPE y sus hermanos, y especula sobre la transmisión desde el área anal a la garganta y a otras áreas, secundaria al rascado por el intenso prurito<sup>8</sup>.

Aunque generalmente es un proceso aislado, varios autores han descrito la relación entre la EPE y otras infecciones estreptocócicas. Se ha publicado la asociación con vulvovaginitis en niñas prepuberales y más ocasional con balanopostitis purulenta<sup>3</sup>, que podría deberse a la contaminación cutánea de un foco a otro por las manos. En dos de nuestros casos ha coincidido con una balanitis en algún momento de la evolución, asocia-

ción que podía ser más frecuente de lo que se piensa. Barzilai aísla frecuentemente EBHGA en faringe, lesiones cutáneas, vulva o pene de niños con EPE<sup>8</sup>.

Las manifestaciones clínicas más habituales son la dermatitis perianal, el prurito anal, el dolor rectal y la presencia de sangre en heces, con ausencia de síntomas generales. La dermatitis se caracteriza por una lesión eritematosa perianal, bien delimitada, acompañada a veces de edema local. Otros síntomas descritos son estreñimiento, dolor al defecar y encopresis. Todos nuestros casos presentaban dermatitis perianal, heces con sangre, estreñimiento y defecación dolorosa, mientras que sólo uno refería prurito anal. Sin embargo, el espectro clínico del cuadro se amplía, puesto que recientemente Vélez y Moreno han descrito un caso de EPE inusual que incluía descamación escarlatiniforme, fiebre y exantema perianal extenso que alcanzaba los genitales y la raíz de los muslos<sup>9</sup>.

Es frecuente la demora diagnóstica, a veces de meses, debida, probablemente, a la inespecificidad de la sintomatología y a la facilidad, si no se realiza la exploración oportuna y la toma de muestras para cultivo, de confundirlo con otros procesos más comunes con los que hay que hacer el diagnóstico diferencial: candidiasis, dermatitis atópica y sebo-

reica, psoriasis, dermatitis del pañal, hemorroides y fisuras anales, oxiuriasis, enfermedad inflamatoria intestinal e incluso abusos sexuales<sup>5</sup>. La confirmación diagnóstica se basa en el cultivo del exudado de la lesión, técnica esencial para establecer el diagnóstico diferencial y descartar infección estafilocócica. Se aconseja, dada la asociación con otros focos, el cultivo de frotis faríngeo y de genitales externos. También han demostrado su utilidad los test rápidos para detección de antígenos estreptocócicos.

El tratamiento de elección es sin duda la penicilina oral, en ciclos largos de 10 a 21 días, debido a la existencia de recidivas frecuentes<sup>1</sup>. Otras alternativas igualmente efectivas incluyen la amoxicilina a 50 mg/kg durante 10 días y la eritromicina en pacientes alérgicos a la penicilina o en aquellos con recurrencias después del tratamiento con penicilina por su buena difusión en tejidos blandos. Hay que tener en cuenta la elevada tasa de resistencias del EBGA a macrólidos en nuestro país, que en algunas áreas alcanza hasta el 33%. Parece que la mupirocina tópica asociada a la penicilina oral ayuda a evitar las recurrencias, e incluso se ha citado el tratamiento exclusivamente tópico con buenos resultados<sup>10</sup>. El uso de amoxicilina-clavulánico no es el tratamiento de primera

elección; la única justificación se deriva de que logra mayores tasas de erradicación en las infecciones por EBGa y, por tanto, teóricamente puede ser útil para disminuir las recurrencias. En nuestros casos se utilizó siempre amoxicilina-clavulánico con buenos resultados.

Finalmente, hay que insistir en la necesidad de un diagnóstico temprano. Y es que, a pesar de que la EPE es una entidad bien delimitada clínicamente, a menudo el diagnóstico se retrasa o ignora debido a la confusión con otros cuadros comunes con síntomas muy similares. Por tanto, es preciso mantener un

elevado grado de sospecha e incrementar la toma de cultivos pertinentes para evitar las complicaciones secundarias relacionadas con la infección estreptocócica. Al respecto, tenemos que añadir que la EPE ha sido objeto de diversas comunicaciones en las revistas especializadas de nuestro entorno en los últimos años, por lo que creemos que ha empezado a ser una entidad algo mejor conocida. Por último, hacer hincapié en la asociación de EPE con balanitis por EBGa que, aunque excepcional, debe tenerse en cuenta con vistas a un diagnóstico correcto y al control de las recidivas.

---

## Bibliografía

1. Kokx NP, Comstock JA, Facklam RR. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics*. 1987;80(5):659-663.
2. Spear RM, Rothbaum RJ, Keating JP, Blaufuss MC, Rosenblum JL. Perianal streptococcal cellulitis. *J Pediatr*. 1985;107(4):557-559.
3. Guerrero Vázquez J, Sebastián Planes M, de Paz Aparicio P, Garcés Ramos A, Luengo Casasola JL, Valera Pascual MT. Enfermedad perianal estreptocócica y balanopostitis. *An Esp Pediatr*. 1989;30:198-200.
4. Mauleón Fernández C, Hernanz Hermosa JM, Chavarría Mur E, Valdivieso Ramos M. Dermatitis perianal estreptocócica. *Acta Pediatr Esp*. 2003 61:73-75.
5. Kyriazi NC, Costenbader CL. Group A beta-hemolytic streptococcal balanitis: it may be more

common than you think. *Pediatrics*. 1991;88(1):154-156.

6. Souillet AL, Truchot F, Jullien D, et al. Perianal streptococcal dermatitis. *Arch Pediatr*. 2000;7(11):1194-1196.
7. Saxén H, Muotiala A, Rostila T, Vuopio-Varkila J. Outbreak of perianal streptococcus *Pyogenes* infection in a day-care center. *Pediatr Infect Dis J*. 1997;16:247-249.
8. Barzilai A, Choen H. Isolation of group A streptococci from children with perianal cellulites and from their siblings. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:358-360.
9. Vélez A, Moreno JC. Febrile perianal streptococcal dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 1999;16:23-24.
10. Medina S, Gómez MI, de Misa RF, Ledo A. Perianal streptococcal cellulitis: treatment with topical mupirocin. *Dermatology*. 1992;185(3):21.