

Dermatitis perianal estreptocócica

P.J. Alcalá-Minagorre, A. Sánchez-Bautista¹, M.M. López-Perezagua²

Centro de Salud de Alfaz del Pi. Departamento 16. Alicante. ¹Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario de Alicante. ²Laboratorio de Microbiología. Hospital «Marina Baixa». Villajoyosa (Alicante)

Resumen

La dermatitis perianal estreptocócica es una infección cutánea superficial del área perianal, descrita casi exclusivamente en niños, causada por el estreptococo betahemolítico del grupo A. Los síntomas incluyen prurito perianal y dolor rectal, estreñimiento secundario y deposiciones con hebras de sangre. Existe a menudo una erupción perianal bien delimitada y brillante. La enfermedad resulta con frecuencia infradiagnosticada, y en ocasiones se trata inadecuadamente. Se exponen los casos de 2 niños, de 2 y 4 años, con la forma típica de presentación de la enfermedad.

Palabras clave

Dermatitis perianal por estreptococo, estreptococo betahemolítico del grupo A, *Streptococcus pyogenes*, infección estreptocócica

Abstract

Title: Perianal streptococcal dermatitis

Perianal streptococcal dermatitis is a superficial skin infection of the perianal region, almost exclusively reported in children, that is caused by group A beta-hemolytic streptococci. Symptoms include perianal itching and rectal pain, secondary constipation and blood-streaked stools. There is usually a well demarcated, bright red perianal rash. The disease is often misdiagnosed and is sometimes treated inappropriately. We report the cases of a 4-year-old and a 2-year-old patient who presented the typical manifestations of the disease.

Keywords

Perianal streptococcal dermatitis, Group A beta-hemolytic streptococcus, *Streptococcus pyogenes*, streptococcal infection

Introducción

La enfermedad perianal causada por el estreptococo del grupo A es una entidad clínica bien definida, que cabe tener en cuenta ante pacientes con eritema perianal doloroso y bien delimitado, como los casos que se exponen a continuación.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 4 años que consulta por presentar prurito anal y estreñimiento de 6 días de evolución. En la valoración inicial se observó una fisura anal, para la que se pautó tratamiento con microenemas de glicerina y baños de asiento. A los 5 días consultó por un dolor intenso en la zona afectada, con ausencia de signos de afectación sistémica. En la anamnesis se recogió el antecedente de una amigdalitis materna 2 semanas antes del inicio de los síntomas del niño.

En la exploración se apreció un eritema circular bien delimitado, brillante y no indurado (figura 1). Tras la toma de un frotis perianal, se inició tratamiento empírico con amoxicilina oral y mupirocina tópica. En el cultivo crecieron colonias betahemolíticas del grupo A de Lancefield. A las 48 horas, el paciente experimentó una mejoría significativa. Las lesiones desaparecieron por completo una vez finalizados los 10 días de antibiótico oral.



Figura 1. Eritema circular perianal, bien delimitado, con una fisura, que siguiendo la esfera del reloj se situaría en las 12.00 horas

Caso 2

Varón de 2,5 años que consulta por un intenso dolor en la zona del pañal. Destacaba el antecedente de una balanitis los días previos, tratada con pomada de mupirocina. En la exploración presentaba un eritema perianal, no supurativo (figura 2). Se realizó una prueba de antígeno rápido de estreptococo A (Quidel® QuickVue® + Strep A Test), que resultó positiva (figura 3).



Figura 2. Lesión perianal con buena delimitación sobre la piel sana

Debido a la alergia a betalactámicos del paciente, se pautó tratamiento con claritromicina durante 14 días y mupirocina tópica, con respuesta favorable.

Discusión

El estreptococo betahemolítico del grupo A (SGA), o *Streptococcus pyogenes*, es una bacteria implicada en una gran variedad de procesos infecciosos, entre los que se encuentra la dermatitis perianal por estreptococo. Este cuadro aparece en niños entre los 6 meses y los 10 años de edad, aunque también puede afectar a adultos¹. En ocasiones, se puede producir una afectación genitourinaria, como vulvovaginitis o balanopostitis. Por este motivo, se ha propuesto la denominación de enfermedad perineal por SGA².

Los niños con faringitis estreptocócica son portadores con más frecuencia de SGA en la región perianal³. Dado que el pH gástrico elimina la mayor parte de las bacterias, se sugiere como mecanismo de posible transmisión la contaminación digital en pacientes con una faringe infectada o con otras enfermedades estreptocócicas, como el impétigo. También se han descrito brotes en hospitales y guarderías⁴, y hasta en un 50% de los casos se sospecha la difusión intrafamiliar, como pudo ocurrir en este caso.

Clínicamente, cursa con prurito, dolor perianal, rectorragia y secreción anal. La exploración revela a menudo un eritema circular bien delimitado, que puede aparecer con fisuras o pústulas exudativas.

La experiencia clínica revela que esta enfermedad puede ser infradiagnosticada, o también tratada inadecuadamente⁵. El diagnóstico diferencial se ha de realizar con la dermatitis del pañal, la candidiasis, la psoriasis, la dermatitis seborreica, la oxiuriasis y los abusos sexuales. Los tratamientos empleados en estos cuadros pueden retrasar el diagnóstico de la enferme-

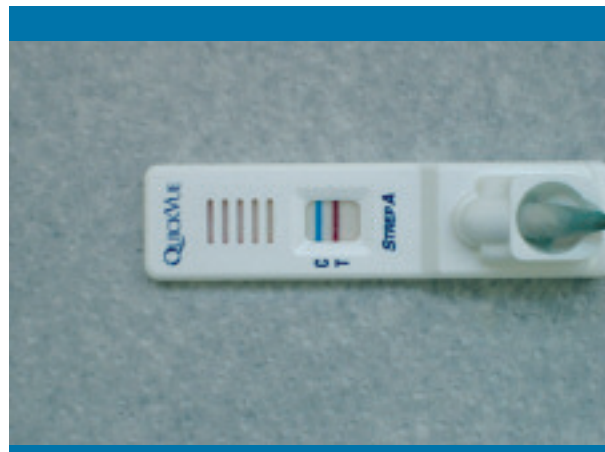


Figura 3. Prueba rápida para el antígeno del estreptococo A con resultado positivo

dad estreptocócica o empeorar sus síntomas⁶. Se ha de sospechar ante los casos de eritema perianal, con o sin fisuras, que evolucionen desfavorablemente con el tratamiento habitual.

El diagnóstico de certeza se realiza a través del cultivo del exudado de la lesión. Las pruebas de detección rápida del SGA pueden constituir una opción válida⁷, asumiendo sus limitaciones diagnósticas.

El tratamiento consiste, salvo en los casos de alergia, en penicilina oral, que debe mantenerse durante 10-21 días, asociando o no mupirocina aplicada sobre la lesión. También hay que considerar que la tasa de recidiva es considerable (hasta un 40% de los casos)⁸.

Bibliografía

1. Mogielnicki NP, Schwartzman JD, Elliott JA. Perineal group A streptococcal disease in a pediatric practice. *Pediatrics*. 2000; 106: 276-281.
2. Herbst R. Perineal streptococcal dermatitis/disease: recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4(8): 555-560.
3. Kokx NP, Comstock JA, Facklam RR. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics*. 1987; 80: 659-663.
4. Petersen JP, Kaltoft MS, Misfeldt JC, Schumacher H, Schonheyder HC. Community outbreak of perianal group A streptococcal infection in Denmark. *Pediatr Infect Dis J*. 2003; 22: 105-109.
5. Brilliant LC. Perianal streptococcal dermatitis. *Am Fam Physician*. 2000; 61: 391-393.
6. Guerrero Fernández J, Guerrero Vázquez J, Russo de la Torre F. Tratamiento conservador de la fimosis con esteroides locales, balanitis y enfermedad perianal estreptocócica. *An Pediatr*. 2003; 58: 198.
7. Echeverría Fernández M, López-Menchero Oliva JC, Marañón Pardiño R, Míguez Navarro C, Sánchez Sánchez C, Vázquez López P. Aislamiento de estreptococo betahemolítico del grupo A en niños con dermatitis perianal. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64: 153-157.
8. Cruz-Rojo J, Martínez García MM, Fernández López MC. Dermatitis perianal, fisuras y balanopostitis por estreptococo betahemolítico del grupo A. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62(5): 483-484.