

## Dermatitis estreptocócica perianal

Juan Redondo Mateo, Pablo A. Carrero González y Eduardo Sierra Pérez

Servicios de Medicina Interna (Dermatología), \*Análisis Clínicos (Microbiología), \*\*Pediatría. Hospital General. Segovia.

**Resumen.**—Presentamos diez casos de dermatitis perianal estreptocócica en seis niños y cuatro niñas. El cuadro clínico incluía eritema perianal, exudación y hematoquecia, con prurito anal y dolor con la defecación como síntomas más frecuentes. En un niño se acompañó de psoriasis en gotas. El cultivo bacteriológico fue positivo para el estreptococo beta-hemolítico del grupo A en todos los casos y también todos ellos respondieron a tratamiento antibiótico general y/o local. El diagnóstico diferencial con otros procesos de esa localización es fácil si se conoce este cuadro clínico.

**Palabras clave:** dermatitis estreptocócica perianal, estreptococo, beta-hemolítico, perianal.

Redondo Mateo J, Carrero González PA, Sierra Pérez E. Dermatitis estreptocócica perianal. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(4):243-6.

## PERIANAL STREPTOCOCCAL DERMATITIS

**Abstract.**—We report ten cases of perianal streptococcal dermatitis in six boys and four girls. The clinical picture included perianal erythema, oozing and rectal bleeding, with anal pruritus and pain on defecation as the most frequent symptoms. In a boy, it was accompanied of guttate psoriasis. The bacteriology showed group A beta-hemolytic streptococci in all cases and all of them responded well to general and/or local antibiotic treatment. The differential diagnosis with other processes of the same area is not difficult if suspected.

**Key words:** beta-hemolytic streptococci, perianal dermatitis.

## INTRODUCCIÓN

La dermatitis perianal estreptocócica fue descrita en niños por Amren et al<sup>1</sup> como celulitis perianal; la consideraron debida a una infección superficial por el estreptococo beta-hemolítico (*Streptococcus pyogenes*), y consistía en intenso eritema perianal, acompañado de diversos síntomas como defecación dolorosa y estreñimiento. Desde entonces se han publicado casos aislados o series de casos en niños<sup>2-9</sup>. Las escasas publicaciones en nuestro país<sup>10-15</sup>, junto con el retraso que hemos detectado en el establecimiento del tratamiento correcto y la sencillez del diagnóstico cuando se conoce el cuadro, nos han llevado a publicar esta serie de casos.

## DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Se estudiaron un total de diez casos, seis niños y cuatro niñas, que se recogieron entre los meses de enero de 1990 y abril del 2001 en el Área de Salud de Segovia, con claro predominio estacional invernal, pues ocho casos se diagnosticaron entre los meses de diciembre y febrero y dos en el mes de abril. Las edades oscilaban entre los 9 meses y 7 años. En la tabla 1 se resumen las características de los casos. La duración del proceso hasta el momento del diagnóstico osciló entre 20 días y 2 años. A todos se les realizó toma

perianal para cultivo micológico y bacteriológico. El estudio micológico fue negativo en los 10 casos estudiados, y en todos se aisló *S. pyogenes*, en 9 ocasiones como flora única y en la restante (caso 4) se cultivó también *Staphylococcus aureus* como flora acompañante.

De los síntomas que presentaron los niños, el eritema fue constante en todos ellos, seguido de la presencia de sangre en la defecación (hematoquecia) en cinco casos, hubo exudado blanquecino con prurito anal en tres casos y defecación dolorosa en un caso.

Como enfermedades asociadas destacaron en el caso 2 (fig. 1) la presencia de una psoriasis en gotas, que apareció unos meses después de la afectación perianal. La niña del caso 4 tenía como antecedentes luxación congénita de caderas, hipertonía cervical y dermatitis atópica. En el caso 5 pudo haber un



Fig. 1.—Caso 2, niño de 7 años, 4 meses de evolución. Eritema perianal y pápulas eritematoescamosas en regiones glúteas.

### Correspondencia:

Juan Redondo Mateo. Servicio de Dermatología. Hospital General de Segovia. Carretera de Ávila, s/n. 40002 Segovia.

Aceptado el 29 de noviembre de 2001.

**TABLA 1.** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ESTREPTOCÓCICA PERIANAL

Caso	Sexo	Edad	Días hasta el diagnóstico	Síntomas	Procesos asociados	Tratamiento recibido	Vía	Mes de aparición
1	M	4 a	30	Er Pr Ex		Amoxicilina	Oral	Febrero
2	M	7 a	120	Er Pr Ex	Psoriasis en gotas	Penicilina benzatina	Intramuscular	Enero
3	M	3 a	20	Er DD SD Fi EE		Amoxicilina	Oral	Enero
4	F	2 a	15	Er	Dermatitis atópica	Mupirocina	Tópica	Enero
5	M	5 a	15	Er SD		Amoxicilina	Oral	Abril
6	M	6 a	30	ER Pr SD		Amoxicilina	Oral	Febrero
7	F	3 a	20	Er Ex DD SD		Mupirocina	Tópica	Diciembre
8	F	4 a	25	Er		Amoxicilina	Oral	Febrero
9	F	4 a	40	Er Pr		Mupirocina	Tópica	Diciembre
10	M	9 m	60	Pr DD SD	Dermatitis atópica	Mupirocina	Tópica	Abril

M: masculino; F: femenino; a: años; m: meses; Er: eritema; Ex: exudado; DD: dolor con la defecación; SD: sangre en la deposición (hematoquecia); Fi: fisura anal; EE: edema de esfínter.

antecedente epidemiológico familiar ya que los padres habían tenido un proceso amigdalario que quedó sin filiar, coincidente con la aparición de la dermatitis perianal de su hijo. En el caso 10 la afectación perianal coincidió con un proceso de vías respiratorias altas a la edad de 7 meses, presentando además brotes de dermatitis atópica desde el mes de nacimiento. En los casos 7 y 9, pertenecientes a niñas, hubo además afectación vulvar, y en el caso 7 lesiones eritemato-costrosas a distancia, en las regiones glúteas (fig. 2). Las características de estos casos se resumen en la tabla 1.

Se realizó toma faríngea en seis de los pacientes, encontrándose únicamente tres portadores. El resto de la analítica efectuada, incluyendo sistemático de sangre, velocidad de sedimentación, determinación del título de ASLO y sistemático de orina, dio resultados dentro de la normalidad. En tres ocasiones se investigó la presencia de parásitos en heces para descartar *Enterobius vermicularis*, con resultado negativo. No se efectuaron tomas faríngeas familiares, excepto en el caso 9, a dos hermanos que fueron positivos para el *S. pyogenes*.

Cuatro casos de la serie habían recibido tratamiento previo al diagnóstico, dos con crema de prednicarato, uno con crema de cotrimazol y dos con crema de dipropionato de betametasona y cotrimazol sin mejoría de su cuadro. Una vez efectuado el diagnóstico, el tratamiento recibido fue de penicilina benzatina en una ocasión, amoxicilina oral en cinco y mupirocina tópica en cuatro, siendo la respuesta favorable en todos los casos, sin recidiva.

## DISCUSIÓN

La dermatitis perianal estreptocócica fue descrita como «celulitis perianal» por Amren et al<sup>1</sup> en una serie de diez niños, nueve niños y una niña, con edades comprendidas entre los 1 y 8 años, utilizando como criterio diagnóstico el eritema perianal intenso y el cultivo bacteriológico positivo para el estreptococo beta hemolítico del grupo A de Lancefield. Estos casos se produjeron durante los meses de invierno y primavera, como ha sucedido en nuestros pacientes, meses en los que la prevalencia de infecciones estreptocócicas aumenta<sup>1</sup>.



Fig. 2.—Caso 7, niña de 3 años, 20 días de evolución. Eritema perianal, vulvar, exudación con pápulas eritematocostrosas en piel femoral y glútea.

Koks et al<sup>2</sup> en su serie de 31 casos sugirieron denominar al proceso como «enfermedad perianal estreptocócica» ante la ausencia de los signos sistémicos propios de la celulitis, y al ser la dermatitis invariablemente superficial, bien delimitada, plana, no indurada, eritematosa, brillante, con la superficie húmeda y con seudomembranas blanquecinas; luego ha prevalecido la denominación de «dermatitis perianal estreptocócica»<sup>5</sup>.

El cuadro clínico afecta fundamentalmente a niños<sup>6</sup>, entre 1 y 10 años, siendo raro en los adultos<sup>16,17</sup>; es de predominio masculino y las manifestaciones más frecuentes son dermatitis perianal en el 90% de los casos, prurito anal en el 78% y dolor rectal en el 52%, aunque en otros casos puede acompañarse de dolor rectal, quemazón durante la defecación, encopresis y trastornos del ritmo intestinal. Por ello se aconseja en los casos de estreñimiento o incontinencia fecal la inspección cuidadosa de la zona perianal y la toma bacteriológica, especialmente ante la presencia de un eritema acompañante, para confirmar este diagnóstico<sup>4</sup>.

En un 30% a 50% de los casos se observan heces con estrías sanguinolentas (hematoquecia) y fisuras perirectales<sup>2</sup> que son frecuentemente catalogadas de candidiasis, oxiuriasis<sup>5,7</sup>, psoriasis, abuso sexual<sup>15</sup>, condicionando a menudo un retraso en el diagnóstico que puede llegar a ser de 6 e incluso de 12 meses<sup>18</sup>.

En las niñas la afectación suele ser más intensa, con descamación y extensión a la vulva con la consiguiente presencia de flujo acompañante<sup>1, 5, 10, 13</sup> como hemos observado en el caso 7. En los niños se puede asociar a balanopostitis<sup>3,7,12</sup>. Se han descrito casos asociados a psoriasis en gotas<sup>7,19</sup> como ha sucedido en uno de nuestros pacientes (caso 2), y más raramente con descamación acral a nivel de los dedos de los pies<sup>20</sup>, por lo que se recomienda siempre, en los casos de psoriasis en gotas infantil, el examen perianal<sup>21</sup>. En un único caso la dermatitis se asoció con fiebre y descamación acra escarlatiniforme<sup>20</sup>.

La asociación con colonización estreptocócica faríngea u ótica se considera infrecuente<sup>5</sup>, aunque en algunos estudios prospectivos se ha encontrado en un 44% de los afectados<sup>9</sup>, lo que podría explicar la existencia de casos familiares<sup>1,2,8</sup>.

La sospecha diagnóstica de este proceso se deberá plantear ante una sintomatología perianal, con presencia de eritema, con o sin exudación y extensión o no a otras zonas, como genitales y periné. La toma bacteriológica nos permitirá confirmar la presencia del estreptococo betahemolítico, bien solo o asociado a otros microorganismos como el estafilococo dorado coagulasa positivo<sup>6</sup>, que puede ser responsable de una dermatitis perianal, clínicamente semejante<sup>22</sup>.

Algunos autores han preconizado que la toma bacteriológica perianal en estos pacientes se realice con aspiración con aguja, ya que la obtención de gérmenes de la superficie sería una colonización y no una auténtica infección y, por otro lado, ayudaría a descartar otros gérmenes diferentes al estreptococo, como el estafilococo dorado, en la etiología de la dermatitis perianal<sup>23</sup>. En nuestra experiencia, sin embargo, el cultivo del exudado perianal fue positivo para el estreptococo betahemolítico del grupo A en todos los casos, y que ocasionalmente aparezca otro germen como el estafilococo dorado, creemos que no justifica esta práctica que es dolorosa y puede conllevar riesgos adicionales.

El tratamiento antibiótico por vía oral o parenteral con penicilina o derivados<sup>1-15</sup> asociado a tratamiento tópico con ácido fusídico<sup>20</sup>, o bien eritromicina sola o asociada tópicamente<sup>8</sup>, son excelentes tratamientos que curan este proceso como hemos comprobado en nuestros casos. También se ha utilizado tratamiento exclusivamente tópico con mupirocina<sup>24</sup> con buenos resultados, como hemos comprobado en cuatro de nuestros niños, que corrigieron el cuadro clínico exclusivamente con este tratamiento.

Pensamos que este proceso puede estar infradiagnosticado en Dermatología, por lo que ante un eritema perianal o perineal de un niño es suficiente la toma bacteriológica para su correcto diagnóstico, y probar el tratamiento tópico de mupirocina, que se ha comprobado eficaz en algún caso<sup>24</sup> y en cuatro de nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amren DP, Anderson AS, Wannamaker LW. Perianal cellulitis associated with group streptococci. *Am J Dis Child* 1966; 112:546-52.
2. Koks N, Comstock J, Facklam R. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics* 1987;80:1037-9.
3. Duhra P, Ilchyshyn A. Perianal streptococcal cellulitis with penile involvement. *Br J Dermatol* 1990;123:793-6.
4. Goodyear H, Knowles L, Harper J. Faecal incontinence due to perianal cellulitis. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80:1107-8.
5. Teillac-Hamel D, De Prost Y. Perianal streptococcal dermatitis in children. *Eur J Dermatol* 1992;2:71-4

6. Wright J, Butt H. Perianal infection with b haemolytic streptococcus. Arch Dis Child 1994;70:145-6.
7. Patrizi A, Costa AM, Fiorillo L, Neri I. Perianal streptococcal dermatitis associated with guttate psoriasis and/ balanoposthitis: a study of five cases. Pediatr Dermatol 1994;11:168-71.
8. Paradisi M, Cianchini G, Angelo C, Conti G, Puddu P. Perianal streptococcal dermatitis: two familial cases. Cutis 1994;54:341-2.
9. Mostafa W, Arnaout H, El-Lawindi M, Zein El-Abidin. An epidemiologic study of perianal dermatitis among children in Egypt. Pediatric Dermatol 1997;14:351-4.
10. Guerrero Vázquez J, Sebastián Planes M, de Paz Aparicio P, Garcés Ramos A, Luengo Casasola J, Valera Pascual M, et al. Enfermedad perianal estreptocócica y balanopostitis. An Esp Pediat 1988;30:198-200.
11. Fernández A, Sánchez A, Dastis C, Cruz G. Enfermedad perianal estreptocócica. Enf Infec Microbiol Clin 1991; 6:88-9.
12. Bel J, Ribera M, Rodrigo C. Enfermedad perianal estreptocócica. Med Clin (Barc) 1989;93:677.
13. García Puga J, García Marcos A. Enfermedad perianal estreptocócica. Ann Exp Pediatr 1996;45:647-8.
14. Ribera Pibernat M. Eritema perianal doloroso. Med Cutan Ibero Lat Am 1996;24:307-9.
15. Asumendi L, Tuneu A. Enfermedad perianal estreptocócica. Piel 1999;14:200-5.
16. Neri I, Bardazzi F, Marzadubi S, Patrizi A. Perianal streptococcal dermatitis in adults. Br J Dermatol 1996;135:796-8.
17. Bafounta M-L, Bloch P, Kernbaum S, Saiag P. Le streptocoque b-hémolytique du groupe A: une étiologie exceptionnelle de dermite péri-anale chez l'adulte? Ann Dermatol Venereol 1998; 25:902- 4.
18. Spear R, Rothbaum R, Keating J, Blaufuss M, Rosenblum J. Perianal streptococcal cellulitis. J Pediatr 1985;107:557-9.
19. Herbst R, Hoch O, Kapp A, Weiss J. Guttate psoriasis triggered by perianal streptococcal dermatitis in a four-year-old boy. J Am Acad Dermatol 2000;42:885-7.
20. Vélez A, Moreno J-C. Febrile perianal streptococcal dermatitis. Pediatric Dermatol 1999;16:23-4
21. Krol A. Perianal streptococcal dermatitis. Pediatric Dermatol 1990;7:97-100
22. Montemarano A, James W. *Staphylococcus aureus* as a cause of perianal dermatitis. Pediatr Dermatol 1993;10:259- 62.
23. Brook I. Microbiology of perianal cellulitis in children: comparison of skin swabs and needle aspiration. Int J Dermatol 1998;37:922-4.
24. Medina S, Gómez MI, de Misa RF, Ledo A. Perianal streptococcal cellulitis : treatment with topical mupirocina. Dermatology 1992;185:219.