

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Pápulas perianales en un niño

U. Floristán^a, M. González-Beato^b y R. de Lucas^a

^aServicio de Dermatología. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Historia clínica

Se trata de un varón de 10 años, sin antecedentes de interés, que acude por lesiones perianales y encopresis diaria diurna y nocturna de dos meses y medio de evolución. Desde entonces mostraba un carácter más retraído. Las lesiones habían sido valoradas previamente en otro centro, siendo interpretadas como verrugas víricas.

Exploración física

El abdomen estaba ligeramente distendido, blando, no doloroso, de percusión mate, con palpación de heces en todo el marco cólico. El tono del esfínter anal estaba disminuido y la ampolla rectal llena de heces blandas. En la región perianal se observaban pápulas semiesféricas, de unos 4 mm de diámetro, algunas de base pediculada, color piel, muy maceradas, en número de 5 o 6 (fig. 1).

Pruebas complementarias

Se realizó análisis con hemograma y coagulación, que resultó normal. La colonoscopia demostraba la presencia de heces blandas verdosas en recto-sigma y un calibre de colon aumentado en todo el trayecto. La mucosa tenía un aspecto, coloración y vascularización normales.

Histopatología

Se observa una epidermis hiperplásica con hipergranulosis e hiperqueratosis ortoqueratósica compacta y un infiltrado linfocitario en la dermis (fig. 2). Con la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) no se identifica ningún subtipo del virus del papiloma humano (VPH).



Figura 1.

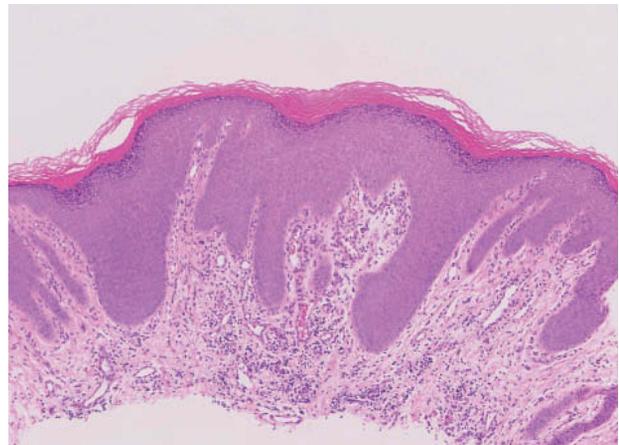


Figura 2.

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia:
Uxúa Floristán.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario La Paz.
Paseo de La Castellana, 261.
28046 Madrid. España.
uxuafloristan@hotmail.com

Aceptado el 11 de febrero de 2009.

Diagnóstico

Dermatitis perianal papulonodular.

Evolución y tratamiento

El paciente presentaba un estreñimiento crónico grave con impactación fecal y encopresis secundaria. Se pautó tratamiento con soluciones evacuadoras y laxantes. Tres semanas después se observó una evolución favorable, con hábito intestinal normal, desaparición de la encopresis y resolución completa de las lesiones.

Comentario

El término encopresis se usa para referirse a la emisión repetida de heces, involuntaria o intencional, en lugares inapropiados, en un niño de 4 o más años de edad. Es importante diferenciar entre encopresis retentiva, secundaria a estreñimiento crónico con retención fecal funcional, y encopresis no retentiva, mucho menos frecuente, y en la cual se considera que hay un sustrato psicológico y emocional. Esta última ha sido descrita como una secuela en niños víctimas de abuso sexual¹.

Nuestro paciente presentaba varios motivos que obligaban a descartar que se tratase de un abuso sexual: la pérdida de control de esfínteres, el retraimiento del carácter del niño y la localización perianal de las lesiones verrugosas (clínicamente compatibles con una infección por el VPH). La técnica de PCR y, fundamentalmente, la resolución espontánea de las lesiones tras el control de la encopresis, nos clarificaron el diagnóstico.

La irritación y la maceración por contacto prolongado con orina o heces pueden conllevar la aparición de lesiones perianales pseudoverrugosas². El examen histopatológico revela una hiperplasia epidérmica benigna. Se han descrito lesiones similares alrededor de ostomías³.

La patogenia es común a otras formas de dermatitis irritativas perianales⁴, como la dermatitis erosiva de Sevestre y Jacquet o el granuloma glúteo infantil. La dermatitis erosiva de Sevestre y Jacquet se caracteriza por pápulas o nódulos bien delimitados, de unos 2-8 mm de diámetro, con una erosión o ulceración central, presentes en número reducido en la zona perianal y genital. Antes de su reconoci-

miento como entidad clínica se confundía con lesiones de sífilis congénita⁵. Su incidencia ha disminuido de forma clara desde la generalización de los pañales desechables. Hoy afecta casi exclusivamente a pacientes (en general, niños mayores o adultos) con una incontinencia urinaria o fecal de carácter crónico.

El granuloma glúteo infantil⁶ clínicamente consiste en nódulos de hasta varios centímetros de diámetro y coloración rojiza, morada o marronácea. Su localización preferente en las áreas convexas lo diferencia de las pápulas pseudoverrugosas y la dermatitis erosiva de Sevestre y Jacquet. Está considerado por algunos autores como una forma de infección por *Candida* spp., mientras que para otros se trata de una complicación del tratamiento de la dermatitis del pañal con corticoides tópicos potentes.

Es fundamental reconocer, en pacientes pediátricos, esta forma de presentación de la dermatitis perianal, ya que alguno de sus diagnósticos diferenciales, como la infección por el VPH, tiene implicaciones legales. El diagnóstico de esta entidad es clínico, basado en una correcta anamnesis y en la desaparición de las lesiones cuando se controla la causa que produce la maceración.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mellon MW, Whiteside SP, Friedrich WN. The relevance of fecal soiling as an indicator of child sexual abuse: a preliminary analysis. *J Dev Behav Pediatr.* 2006;27:25-32.
2. Bourrat E, Vaquin C, Prigent F, Rybojad M. Perianal papulonodular dermatitis in Hirschprung disease. *Ann Dermatol Venereol.* 1996;123:549-51.
3. Van L, Harting M, Rosen T. Jacquet erosive diaper dermatitis: a complication of adult urinary incontinence. *Cutis.* 2008;82:72-4.
4. Robson KJ, Maughan JA, Purcell SD, Petersen MJ, Haefner HK, Lowe L. Erosive papulonodular dermatosis associated with topical benzocaine: a report of two cases and evidence that granuloma gluteale, pseudoverrucous papules, and Jacquet's erosive dermatitis are a disease spectrum. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:74-8.
5. Atherton DJ. The neonate. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, editors. *Textbook of Dermatology.* London, England: Blackwell Scientific; 1998. p. 468-72.
6. De Zeeuw R, Van Pragg MC, Oranje AP. Granuloma gluteale infantum: a case report. *Pediatr Dermatol.* 2000;17:141-3.