

J.M. García Puga¹, A. García Marcos²

An Esp Pediatr 1996;45:647-648.

Introducción

El estreptococo beta-hemolítico grupo A (EBHA) es el germen causal, entre otras, de una patología importante y cuyas secuelas cardíacas pueden verse en muchos adultos de hoy: la fiebre reumática. En la actualidad, aunque es una enfermedad que tenemos presente, la antibioterapia y la mejora de las condiciones socioeconómicas, parecen haber influido en la disminución progresiva de su incidencia (6 casos en 1994 vs 401 en 1983)⁽¹⁾, si bien a veces vienen referidos brotes epidémicos como los ocurridos en varios Estados de EE.UU. en 1987⁽²⁾.

Amren y cols.⁽³⁾, en 1966, describen una nueva enfermedad asociada a un EBHA como causante de celulitis perianal. Kokx y cols., en 1987⁽⁴⁾, propusieron el término de enfermedad perianal estreptocócica, a propósito de una revisión sobre 31 casos, al no haber observado en ellos signos de celulitis. Montemarano⁽⁵⁾ emplea el término dermatitis perianal, utilizado por Krol⁽⁶⁾ y como germen encuentra el *Staphylococcus aureus*, no diferenciable sin cultivo previo, del causado por EBHA, y en el que explica aspectos comunes a ambos gérmenes que comportan patologías muy similares.

Observaciones clínicas

Caso 1. Varón de 2 años y 11 meses sin antecedentes familiares o personales de interés. Acudió a consulta porque desde hacía 20 días presentaba enrojecimiento en nalgas y prurito, que no cedió a procedimientos aplicados por la madre. En la exploración física destacó un eritema perianal, con unas pequeñas zonas satélites y mínima descamación. Se instauró un tratamiento con crema de miconazol e hidrocortisona. Revisado a las dos semanas, refirió mejoría inicial, pero continuaba con prurito anal y el eritema, sin aumento de superficie afectada. Se tomó muestra para cultivo, siendo positivo a EBHA y *Staphylococcus aureus*. Se instauró tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral y mupirocina tópica. No acudió a nuevo control.

En los 3 meses previos a este diagnóstico sólo tenemos constancia de un ingreso hospitalario por mastoiditis.

Caso 2. Varón de 7 años y 7 meses sin antecedentes familia-

Enfermedad perianal estreptocócica



Figura 1. Eritema perianal.

res y personales de interés. Desde hacía un mes presentaba prurito anal y estreñimiento (no defecaba por dolor), administrándole la madre mebendazol. En las últimas dos semanas no controlaba esfínteres (defecación por rebosamiento 3-4 veces al día). Presentó sangrado anal, disminución de la orexia y decaimiento. En la exploración se apreció un eritema perianal (Fig. 1) sin sangrado ni fisuras visibles. El tacto rectal no reveló ocupación. Se envió a domicilio con medicación sintomática tópica citándose en 7 días. Acudió sin haber experimentado mejoría, aunque refería menos molestias y habían disminuido las pérdidas por rebosamiento. Se seguía apreciando el eritema, con exudado blanquecino y sangrado a la separación de márgenes anales por friabilidad. Se tomaron muestras de zona afectada y de orofaringe, siendo el cultivo orofaríngeo negativo y en el anal había abundante crecimiento de EBHA. Se indicó tratamiento con penicilina oral, 250 mg cada 8 horas durante 10 días. Tras tratamiento, controló esfínteres, había desaparecido el prurito y la exploración fue normal.

Consta en su historia una infección de vías altas en los dos meses previos a esta consulta.

Comentarios

La enfermedad perianal estreptocócica no ofrece dificultades en cuanto al diagnóstico y tratamiento, pero las evidencias tanto propias como las descritas en las no muy numerosas publicaciones existentes, indican lo contrario. La realización de múltiples consultas y tratamientos que no resuelven el problema, pasando incluso meses hasta llegar al diagnóstico, son la norma^(6,7).

¹Pediatra de Zona. ²Médico Residente de 2º Año, en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud «Salvador Caballero». Granada.

Correspondencia: José Manuel García Puga.

Urbanización «Las Camelias», nº 47. 18170 JUN (Granada).

Recibido: Octubre 1995

Aceptado: Mayo 1996

En revisión de Med-Line/Silver Platter, desde su primitiva publicación en 1966 por Amren y cols., sólo hemos encontrado 16 publicaciones referidas a esta patología. Existe una cierta confusión, pues primitivamente fue descrita como celulitis, pero de acuerdo con Kokx, y al menos en nuestros casos, parece más correcto denominarla enfermedad o dermatitis perianal estreptocócica, ya que la ausencia de enfermedad sistémica, de induración palpable, edema o fiebre descartaría la celulitis, hecho que, por otro lado, debería confirmarse con una exploración rectoscópica.

Alrededor de un centenar de casos están agrupados en los trabajos revisados, siendo una patología propia de la infancia y correspondiendo la mayoría a edades comprendidas entre los 3 y 5 años, en general por debajo de los 8 años, con algunos casos esporádicos a los 10 años⁽⁸⁾, 12 años^(9,10) y en un adulto de 32 años⁽¹¹⁾. Es mayoritaria en varones, en proporción 3:1.

Clínicamente se manifiesta con prurito y exudado en zona perianal, trastornos en el ritmo defecatorio y/o incontinencia por rebosamiento, rectorragia acompañante en la tercera parte de los casos y, en ocasiones, disuria y exudado vaginal por afectación genito-urinaria^(9,11,13). Como normal general, no hay afectación en el estado general, fiebre u otros síntomas sistémicos.

En la exploración se encuentra un eritema brillante, circundante a zona anal y bien delimitado, doloroso al tacto, bordeado por una zona irritativa, como macerada e incluso descamada, con posible extensión a nalgas y, en ocasiones, fisuras perianales claramente objetivables; están descritas pequeñas pápulas en estadio previo⁽¹³⁾. Podemos también encontrar secreción blanquecina.

El diagnóstico deberíamos sospecharlo ante el cuadro anteriormente descrito, sobre todo si va acompañado de una evolución tórpida, que no ha cedido a tratamiento. El diagnóstico diferencial hemos de establecerlo con patologías que cursen con síntomas similares como: fisura anal, enfermedad inflamatoria intestinal, trastorno del comportamiento, dermatitis del área del pañal, psoriasis, moniliasis, dermatitis seborreica, oxiuriasis, abusos sexuales con enfermedad de transmisión sexual, hemorroides^(7,10,14-16).

El tratamiento y su duración no están bien establecidos. La penicilina oral parece de elección y la eritromicina como alternativa. Ya que las recidivas parecen ser frecuentes y dado el alto nivel alcanzado por la eritromicina en tejidos blandos, su empleo estaría indicado en esos casos. La duración debe estar entre 10 a 21 días^(7,9). El tratamiento sistémico es el preconizado, aunque también se avalan tratamientos tópicos con mupirocina^(6,14).

Diferenciar una enfermedad perianal producida por estreptococos o estafilococos es sólo posible por cultivo, por lo que es importante su realización, dado que la penicilina probablemente no será efectiva en este último supuesto.

Es aconsejable un seguimiento clínico y cultivo postratamiento, dada la posibilidad de recidivas o fracasos terapéuticos.

En cuanto al mecanismo de contagio, se han descrito portadores sanos⁽¹⁷⁾, nosocomiales, brotes familiares^(8,19) y la relación con cuadros de faringitis en el propio paciente⁽¹⁸⁾. Puede haber un 1% de personas sin patología y cultivo positivo y hasta un 66% de los pacientes con cultivo positivo, también lo portan en faringe^(4,16).

Finalmente, como factores comunes de nuestros casos con los

publicados, destacamos el retraso en su diagnóstico, el hecho de ser varones, los tratamientos erróneos y el ser menores de 8 años. Igualmente es interesante resaltar el hallazgo de *S. aureus* en el primero de nuestros casos, hecho muy a tener en cuenta para el tratamiento.

No hay antecedentes próximos de infecciones de vías altas y en el único caso que pudimos efectuar un cultivo faríngeo, previo al tratamiento sistémico, resultó negativo. La realización de otros estudios complementarios en los pacientes o familiares no se consideraron.

Como resumen, de acuerdo con todos los autores, ante un cuadro como el relatado debemos pensar en primer lugar en una enfermedad perianal estreptocócica, recoger muestra para cultivo que, además de diagnóstica, nos aclara el germen causal y evitaremos procedimientos innecesarios, costosos y traumatizantes para el paciente.

Bibliografía

- 1 Boletín Epidemiológico Provincial. Delegación Provincial de Salud. Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Granada. 1995; Semanas 9-12, vol 14, nº 3.
- 2 Stollerman GE. El retorno de la fiebre reumática. *Hosp Pract (ed esp)*. 1989; **4**:43-61.
- 3 Amren DP, Anderson AS, Wannamaker LW: Perianal cellulitis associated with group streptococci. *Am J Dis Child*. 1966; **112**:546
- 4 Kokx NP, Comstock JA, Facklam R. Enfermedad perianal estreptocócica en niños. *Pediatrics (ed. esp)* 1987; **24**:285-288.
- 5 Montemarano AD; James WD. Staphylococcus aureus as a cause of perianal dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 1993; **10**:259-62.
- 6 Krol AL. Perianal Streptococcal Dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 1990; **7**:97-100.
- 7 Spear RM, Rothbaum RJ, Keating JP, Blaufuss MC, Rosenblum JL. Perianal streptococcal cellulitis. *J Pediatr*. 1985; **107**:557-559.
- 8 Hirschfeld AJ. Two Family Outbreaks of Perianal Cellulitis Associated with Group A beta-hemolytic Streptococci. *Pediatrics*. 1970; **46**:799-802.
- 9 Bel J, Ribera M y Rodrigo C. Enfermedad perianal Estreptocócica. *Med Clin*. 1989; **93**:677.
- 10 Honig PJ. Guttate psoriasis associated with perianal streptococcal disease. *J Pediatr*. 1988; **113**:1037-9.
- 11 Rehder PA, Eliezer ET, Lane AT. Perianal Cellulitis. *Arch Dermatol*. 1988; **124**:702-704.
- 12 Guerrero Vazquez J et al. Enfermedad perianal estreptocócica y balanopostitis. *An Esp Pediatr*. 1989; **30**:198-200.
- 13 Farmer G. Perianal infection with group A streptococcus. *Arch Dis Child*. 1987; **62**:1169-1170.
- 14 Medina S et al. Perianal Streptococcal Cellulitis: Treatment with topical Mupirocin. (Letter). *Dermatology*, 1992; **185**:219.
- 15 Durha P, Ilchysyn A. Perianal streptococcal cellulitis with penile involvement. *Br J Dermatol*. 1990; **123**:793-796.
- 16 Fernández A, Sánchez A, Dastis C y Cruz G. Enfermedad perianal estreptocócica. *Enf Infec y Microbiol Clin*. 1989; **9**:382-383.
- 17 Mckee WM, Di Cprio JM, Evans Roberts C, Sherris JC. Anal Carriage As The Probable Source of a Streptococcal Epidemic. *The Lancet*. 1966:1007-1009.
- 18 Richman DD, Breton SJ, Goldmann DA. Scarlet fever and group A streptococcal surgical wound infection to an anal carrier. *The Journal of Pediatrics*. 1977; **90**:387-390.
- 19 Asnes RS, Vail D, Grebin B, Sprunt K. Anal Carrier Rate Group A Beta-Hemolytic Streptococci in Children With Streptococcal Pharyngitis. *Pediatrics*. 1973;**52**:438-441.