

ceptores dopaminérgicos (D₂); y se caracteriza por presentar pocos efectos extrapiramidales. Desde su comercialización se han comunicado varios casos de SNM en todo el mundo, el primero de ellos en el año 1994⁽⁸⁾. El SNM asociado con este neuroléptico puede presentarse desde el primer día de su administración hasta transcurridos varios meses del mantenimiento del mismo; y las dosis pueden variar desde 1 a 14 mg/día. La edad de los pacientes descritos se sitúa entre los 24-82 años. No parece existir por tanto, un patrón característico ni tampoco parece tener relación con la dosis administrada, sino más bien, estar en relación con una reacción idiosincrática.

En nuestro país ya se ha comunicado un caso de SNM asociado con risperidona en un paciente de 20 años⁽⁹⁾. Nuestra paciente de 17 años probablemente se trate del caso más joven descrito hasta la fecha asociado a la risperidona, aunque este síndrome ha sido observado en otros pacientes más jóvenes, pero que seguían tratamiento con otros neurolépticos.

El tratamiento básico del SNM radica en la retirada inmediata del neuroléptico y en la administración de medidas de sostén, así como el tratamiento de las complicaciones existentes. En ocasiones con las medidas anteriormente mencionadas es suficiente para que desaparezca la sintomatología. Se ha preconizado el empleo de múltiples fármacos como las benzodiazepinas (sobre todo el diazepam), la amantadina, y la L-DOPA, si bien los más recomendados actualmente son el dantrolene y/o la bromocriptina⁽¹⁰⁾; que tendrían su indicación en aquellos casos con rigidez importante, presencia de mioglobulinuria con fracaso renal, aumento de la CPK plasmática o deterioro importante del nivel de conciencia.

El objetivo de esta carta reside en alertar a los pediatras de la posible presentación de este cuadro en aquellos niños que han iniciado recientemente un tratamiento neuroléptico; así como la aportación de un nuevo caso de SNM asociado con risperidona.

Bibliografía

- 1 Delay J, Pichot P, Elissalde B, Peigne F. Un neuroleptique majeur non phenothizinique et non reserpinique, l'haloperidol, dans le traitement des psychoses. *Ann Med Psychol* 1960; **118**:145-152.
- 2 Smego RA, Durack DT. The neuroleptic malignant syndrome. *Arch Intern Med* 1982; **142**:183-185.
- 3 Addonizio G, Susman VL, Roth SD. Neuroleptic malignant syndrome: Review and analysis of 115 cases. *Biol Psychiatry* 1987; **22**:1004-1020.
- 4 Kellam AMP. The neuroleptic malignant syndrome, so called. A survey of the world literature. *Br J Psychiatry* 1987; **150**:752-759.
- 5 Stanley B, Pal NR. Fatal hyperpyrexia with phenelzine and imipramine. *Br Med J* 1964; **2**:1011.
- 6 Levenson JL. Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 1985; **142**:1137-1145.
- 7 Adityanjee MD, Singh S, Singh G, Ong S. Spectrum concept of neuroleptic malignant syndrome. *Br J Psychiatry* 1988; **153**:107-111.
- 8 Lee H, Ryan J, Mullet G, Lawlor BA. Neuroleptic malignant syndrome associated with the use of risperidone, an atypical antipsychotic agent. *Hum Psychopharmacol* 1994; **9**:303-305.
- 9 Aguirre C, García Monco JC, Mendibil B. Síndrome neuroléptico maligno asociado a risperidona. *Med Clin* 1998; **110**:239.
- 10 Kolb ME, Horne ML, Martz R. Dantrolene in human malignant hyperthermia. *Anesthesiology* 1982; **56**:254-262.

J.J. de Arriba Méndez, J. Ríos Laorden,
J. Solís García del Pozo

An Esp Pediatr 1998;49:653-654.

Sr. Director:

La enfermedad perianal estreptocócica, descrita en 1966 por Amren et al.⁽¹⁾ como "celulitis perianal", es una entidad clínica bien definida en cuya patogenia está implicado el estreptococo betahemolítico del grupo A. Su conocimiento es importante pa-

Incontinencia fecal por enfermedad perianal estreptocócica

ra el pediatra debido, por un lado, a la excelente respuesta al tratamiento antibiótico y, por otro, para evitar maniobras diagnósticas agresivas, lo cual es frecuente cuando se produce un retraso en el diagnóstico⁽²⁾. Presentamos un caso reciente que puede servir para recordar las principales características de la enfermedad.

Caso clínico

Se trata de un varón de 7 años que consultó por presentar en los 6 días previos emisión involuntaria de heces sin productos

Servicios de Urgencias Pediátricas y Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Albacete.
Correspondencia: José-Javier de Arriba Méndez. C/ Albarderos, nº 1, 5º G3.
02004 Albacete

patológicos, acompañada de dolor anal al usar el papel de celulosa. No había tenido fiebre ni otros datos de afectación general. En la exploración destacaba una lesión eritematosa perianal, bien delimitada, de unos 2 cm. de diámetro, dolorosa al tacto. No se observaron fisuras anales ni lesiones de rascado. El cultivo del frotis perianal mostró crecimiento de estreptococos betahemolíticos. El paciente fue tratado con penicilina oral (medio millón de UI de fenoximetilpenicilina benzatina, dos veces al día, durante dos semanas), desapareciendo la lesión en una semana. En los tres meses siguientes no ha habido recidiva del cuadro.

Comentario

La enfermedad perianal estreptocócica tiene una incidencia variable según las series, oscilando entre 1 por cada 2.000 y 1 por cada 218 pacientes pediátricos ambulatorios⁽³⁾. La edad media es de unos 4 años, siendo poco frecuente en mayores de 10 años, aunque hay descrito algún caso en adultos. Parece existir mayor incidencia en primavera e invierno, y en todas las series es claro el predominio de los varones frente a las mujeres, en proporción cercana a 8:1.

La transmisión del estreptococo puede hacerse desde un enfermo o desde un portador sano; la colonización puede partir desde focos amigdalinos (el estreptococo resiste el ambiente ácido del estómago), a través de fómites, o directamente por mecanismo boca-mano-ano. Existe relación entre la enfermedad perianal y la colonización faríngea por el estreptococo, presente en más de la mitad de los enfermos. Por el contrario, sólo un 6 % de los pacientes con faringitis estreptocócica es portador anal del germen⁽⁴⁾.

Los síntomas y signos fundamentales de la enfermedad son, por orden de frecuencia, la dermatitis perianal, el prurito anal, el dolor rectal y la presencia de sangre en las heces⁽³⁾. La dermatitis, presente en un 90% de los casos, se caracteriza por una lesión eritematosa perianal, bien delimitada, acompañada a veces de edema local. La presencia de una verdadera celulitis es infrecuente⁽⁵⁾, a pesar de ser ésta la denominación que se dio en un principio al cuadro. La enfermedad puede asociarse a psoriasis guttata, proctocolitis, vulvovaginitis y balanopostitis⁽⁶⁾. No suele haber adenopatías ni datos de afectación general, como fiebre.

La incontinencia fecal, presente en nuestro caso y ya descrita por Goodyear et al.⁽²⁾, probablemente se relaciona con la irritación del esfínter, la cual provoca dolor a la defecación. Esto lleva a la retención de las heces, con aumento del volumen fecal, lo que agrava el problema en sucesivas defecaciones. Se establece así un circuito de dolor y retención que conduce, en algunos casos, a la incontinencia por rebosamiento⁽⁷⁾.

El diagnóstico se basa en el cultivo del exudado de la lesión,

pudiendo realizarse con mayor rapidez la detección del antígeno directo del estreptococo. Otras pruebas, como la caracterización del serotipo T y M o del genotipo mediante electroforesis, tienen menos aplicación en la práctica clínica que en los estudios epidemiológicos. Gracias a este tipo de estudios, recientemente se ha demostrado por primera vez la identidad genética de los gérmenes causantes de un pequeño brote en una guardería⁽⁸⁾.

El diagnóstico diferencial incluye candidiasis, dermatitis atópica, psoriasis, dermatitis del pañal, hemorroides y fisuras anales, oxiuriasis, enfermedad inflamatoria intestinal y abusos sexuales⁽⁹⁾.

La respuesta al tratamiento con penicilina oral durante unos 10 días es excelente⁽¹⁰⁾, aunque se han descrito recidivas frecuentes. En casos severos, el tratamiento oral puede ser precedido por una inyección intramuscular de benzilpenicilina. Otros antibióticos utilizables son la eritromicina, la clindamicina y el cotrimoxazol, así como el tratamiento tópico con mupirocina o eritromicina. Algunos autores⁽⁸⁾ consideran de elección la amoxicilina con ácido clavulánico, para evitar la colonización por otros gérmenes resistentes a betalactámicos. También ha sido usada la combinación de terapia oral y tópica: en una serie reciente⁽⁴⁾, sólo 2 de 18 casos recidivaron tras el tratamiento con amoxicilina oral y mupirocina tópica durante 10 días.

Bibliografía

- 1 Amren DP, Anderson AS, Wannamaker LW. Perianal cellulitis associated with group A streptococci. *Am J Dis Child* 1966; **112**:546-552.
- 2 Goodyear HM, Knowles L, Harper JI. Faecal incontinence due to perianal cellulitis. *Acta Paediatr Scand* 1991; **80**:1107-1108.
- 3 Kokx NP, Comstock JA, Facklam RR. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics* 1987; **80**:659-663.
- 4 Barzilai A. Isolation of group A streptococci from children with perianal cellulitis and from their siblings. *Pediatr Infect Dis J* 1998; **17**:358-360.
- 5 Teillac-Hamel D, De Prost Y. Perianal streptococcal dermatitis in children. *Eur J Dermatol* 1992; **2**:71-74.
- 6 Guerrero J, Sebastián M, De Paz P, Garcés A, Luengo JL, Valera MT et al. Enfermedad perianal estreptocócica y balanopostitis. *An Esp Pediatr* 1989; **30**:198-200.
- 7 García JM, García A. Enfermedad perianal estreptocócica. *An Esp Pediatr* 1996; **45**:647-648.
- 8 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.
- 9 Wright JE, Butt HL. Perianal infection with β haemolytic streptococcus. *Arch Dis Child* 1994; **70**:145-146.
- 10 Krol AL. Perianal streptococcal dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1990; **7**:97-100.