



IMÁGENES

Dermatitis perianal y test de diagnóstico rápido

Perianal dermatitis and rapid diagnostic test

Marta Torres-Narbona^{a,*}, María del Carmen Morillas Escobar^b
y Loreto Mariscal de Gante Sánchez^b

^a Atención Primaria, Centro de Salud Arroyo de la Vega, Alcobendas, Madrid, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Arroyo de la Vega, Alcobendas, Madrid, España

Niño de 5 años que presenta durante varias semanas, sangre roja en zona anal al final de la defecación, *rash* perianal, dolor con la defecación y prurito. Una semana antes acudió a urgencias, con diagnóstico de dermatitis y fisura perianal pautándosele corticoides y antimicóticos tópicos con leve mejoría inicial y empeoramiento posterior. En la exploración en consulta se objetiva *rash* perianal de bordes delimitados, no indurado, con leve secreción mucoide blanquecina y pequeña fisura en esfínter anal (fig. 1).

Niña de 2 años con enrojecimiento y dolor en zona vulvar que la despierta por la noche de una semana de evolución. Previamente había acudido a urgencias donde se diagnosticó de posible candidiasis pautándosele antifúngico y corticoide con empeoramiento posterior de la lesión. En la exploración en consulta presenta *rash* delimitado en zona vulvar y perianal (fig. 2).

Ante sospecha de lesiones de etiología infecciosa realizamos en consulta en ambos casos un test rápido de



Figura 1 Lesión en área perianal antes (izquierda) y después (derecha) del tratamiento.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martatorresnarbona@gmail.com
(M. Torres-Narbona).



Figura 2 Lesión en área vulvar (arriba) y test rápido de estreptococo positivo (abajo).

estreptococo (Strep A Rapid Test, Hangzhou AllTest Biotech Co. Ltd, Hangzhou, China) de las lesiones que resultaron positivas (fig. 2). El cultivo de las muestras confirmó el diagnóstico. Se pautó en ambos casos tratamiento oral con fenoximetilpenicilina (250 mg/12 h/10 días) asociado a mupirocina tópica, con resolución del cuadro. Los test rápidos de estreptococo tras tratamiento fueron negativos.

Una de las causas a valorar en el diagnóstico diferencial de una dermatitis perianal es la dermatitis infecciosa bacteriana causada por estreptococo betahemolítico del grupo A (SBHGA) o *Streptococcus pyogenes* y con mucha menos frecuencia *Staphylococcus aureus* solo o asociado al anterior¹. La disponibilidad en atención primaria del test rápido de SBHGA permite, junto a las características clínicas de estas lesiones, un diagnóstico y un tratamiento precoz acertado, evitando tratamientos inadecuados y la persistencia de los síntomas. La dermatitis perianal por SBHGA se presenta en la población pediátrica y también en adultos², como *rash* superficial delimitado (90%) y prurito (80%). La erupción tiende a ser roja brillante y húmeda, pudiendo estar presente una pseudomembrana blanquecina. Cuando la erupción se va cronificando pueden aparecer fisuras dolorosas, secreción mucoide o placas psoriasiformes. En niñas el *rash* puede asociarse a vulvovaginitis y en niños afectar al pene. Aproximadamente el 50% tiene dolor rectal al defecar, y un 33% sangre roja en heces. Muchos niños presentan retención

fecal que puede persistir durante periodos prolongados³. El mecanismo de contagio no está claro, relacionándose con contacto oral-perianal digital en pacientes con faringoamigdalitis o portadores faríngeos de *S. pyogenes*, déficit de higiene, variaciones en la colonización microbiana del perineo y en el pH de la piel. La infección puede extenderse en la familia y algunos autores recomiendan estudio de portadores en contactos cercanos⁴.

El uso del test rápido de estreptococo en la dermatitis perianal sirve como confirmación del diagnóstico de infección por SBHGA en pocos minutos en la consulta de atención primaria. La muestra deberá obtenerse con el frotado enérgico del escobillón en las lesiones, sin introducirlo en el ano. Su uso muestra una alta sensibilidad (94-98%), aunque una especificidad variable (72,8-100%), ya que en los estudios se suele comparar con el cultivo, cuyo resultado se ve afectado por retrasos en el envío de la muestra al laboratorio y por tomas de muestra deficientes⁵.

El tratamiento es la antibioterapia oral con penicilina V (25-50 mg/kg/día) o amoxicilina (50-60 mg/kg/día) 10-21 días, dependiendo de la evolución. Las formas leves responden a mupirocina tópica. Se describen recurrencias hasta en un 30% de los casos y es frecuente la diseminación intrafamiliar, en ocasiones a partir de un estado de portador crónico que puede requerir de erradicación con cefuroxima oral 7-10 días^{1,6}.

Bibliografía

1. Conejo-Fernandez AJ, Martinez-Chamorro MJ, Couceiro JA, Moraga-Llop FA, Baquero-Artigao F, Alvez F, et al. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. *An Pediatr (Barc)*. 2016;84, 121 e1- 121 e10.
2. Kahlke V, Jongen J, Peleikis HG, Herbst RA. Perianal streptococcal dermatitis in adults: Its association with pruritic anorectal diseases is mainly caused by group B Streptococci. *Colorectal Dis*. 2013;15:602-7.
3. Xu M, Liu H, Glick S, Khachemoune A. Perianal Lesions in Children: An Updated Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017;18:343-54.
4. Herbst R. Perineal streptococcal dermatitis/disease: recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4:555-60.
5. Cohen R, Levy C, Bonacorsi S, Wollner A, Koskas M, Jung C, et al. Diagnostic accuracy of clinical symptoms and rapid diagnostic test in group A streptococcal perianal infections in children. *Clin Infect Dis*. 2015;60:267-70.
6. Olson D, Edmonson MB. Outcomes in children treated for perineal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30:933-6.