

## Eritema vulvar y perianal

A.I. Jiménez Moya, F.J. Ayala Curiel, R. Gracia Remiro,  
E. Sierra Pérez y C. Santana Rodríguez

Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

(An Esp Pediatr 2001; 54: 303-304)

### OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 3 años de edad que fue remitida por presentar estreñimiento pertinaz, eritema doloroso con exudación purulenta en zona genital y perianal y fisuras anales (figs. 1 y 2) de 2 meses de evolución. El cuadro clínico no había mejorado, e incluso había empeorado en las últimas semanas, a pesar del tratamiento tópico aplicado con diferentes corticoides y el seguimiento de una dieta rica en fibra y laxantes.

Los antecedentes familiares y personales carecían de interés para el proceso actual.

En la exploración física realizada, la somatometría y las constantes vitales eran normales. La paciente se encontraba asustada y muy dolorida, por lo que para llevar a cabo la correcta exploración de la zona genital y perianal fue necesario aplicar sedación oral. Se observó un importante eritema húmedo, brillante y bien delimitado en la zona vulvovaginal y perianal, muy doloroso al tacto, así como dos fisuras anales situadas a las doce y las siete del cuadrante horario, y aumento del tono esfinteriano en el tacto rectal. El resto de la exploración física por órganos y aparatos fue normal.

Entre las pruebas complementarias se realizó frotis vaginal y perianal, que se cultivaron para bacterias y hongos. A las 24 h se recibió el resultado de los cultivos, y en ambas muestras había crecido el germen sospechado. En ese momento se instauró tratamiento específico con penicilina oral en las dosis habituales durante 10 días. A las 48 h de iniciarse el tratamiento habían desaparecido el eritema y el dolor de la zona, y apenas se observaban las fisuras anales. Al cuarto día la exploración era completamente normal. Un mes después de finalizar el tratamiento la paciente sufrió una recaída. Los cultivos perianal y vulvovaginal fueron de nuevo positivos para el mismo germen, por lo que se inició otro ciclo de penicilina oral en las dosis habituales, con lo cual desaparecían

los síntomas. En la actualidad, pasados 8 meses, la niña permanece asintomática.

### PREGUNTA

*¿Cuál es su diagnóstico?*



**Figura 1.** Lesiones perianales.



**Figura 2.** Lesiones vulvovaginales.

**Correspondencia:** Dra. A.I. Jiménez Moya.  
Pl. de Echegaray, 4, 1.º dcha. Cuéllar. 40200 Segovia.  
Correo electrónico: ajimenez5@airtel.net

Recibido en junio de 2000.

Aceptado para su publicación en noviembre de 2000.

## ENFERMEDAD PERIANAL ESTREPTOCÓCICA

La enfermedad perianal estreptocócica es una entidad clínica perfectamente definida que se caracteriza por la presencia de lesión eritematosa concéntrica al orificio anal sin infiltración y con buena delimitación de la piel sana circundante. Con frecuencia se observan fisuras anales y suele acompañarse de estreñimiento, encopresis, hematoquecia, dolor en la defecación y síntomas locales de prurito o quemazón. Es característico que no se presente fiebre ni otros síntomas generales. No es raro que se asocie a vulvovaginitis en las niñas (fig. 2) y balanitis en los niños pequeños no circuncidados<sup>1-5</sup>.

Este proceso afecta generalmente a niños menores de 10 años<sup>2</sup>, con más frecuencia varones<sup>5</sup>, y muestra cierta incidencia estacional (mayor prevalencia de la infección en primavera e invierno)<sup>4</sup>.

La sintomatología puede persistir durante meses, a pesar de aplicar tratamientos habituales, si no se realiza un tratamiento antibiótico específico<sup>2,3</sup>. De hecho, el diagnóstico etiológico tardío es uno de los datos persistentemente referidos en las referencias bibliográficas sobre este proceso<sup>2,4,5</sup>, así como las recaídas tardías que son frecuentes a pesar del tratamiento correcto<sup>1,2,4</sup>.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial de este proceso con las siguientes entidades: candidiasis, fisura anal simple, enfermedad inflamatoria crónica del intestino delgado, abusos sexuales y oxiuriasis<sup>3</sup>.

El diagnóstico correcto de la enfermedad debe realizarse ante un cuadro clínico indicativo y cultivos positivos para estreptococo beta hemolítico del grupo A del exudado de las lesiones, o test rápido para estreptococo positivo en el exudado. A menudo, el cultivo procedente del frotis faríngeo en estos pacientes resulta igualmente positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A.

El tratamiento de elección es la administración de penicilina oral durante 10 días. Otros fármacos como eritromicina, cotrimoxazol, clindamicina y rifampicina también han demostrado ser eficaces, aunque tampoco previenen las recidivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Figueroa Colon R, Grunow JE, Torres Pinedo R, Retting PG. Group A streptococcal proctitis and vulvovaginitis in a prepubertal girl. *Pediatr Infect Dis* 1984; 3: 439-442.
2. Kokx NP, Comstock JA, Facklam R. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics* 1980; 65: 758-760.
3. Guerrero Vázquez J, Sebastián Planes M, De Paz Aparicio P, Garcés Ramos A, Luengo Casasola JL, Valera Pascual MT et al. Enfermedad perianal estreptocócica y balanopostitis. *An Esp Pediatr* 1989; 30: 198-200.
4. Kyriazi N, Costenbader CL. Group A beta-hemolytic streptococcal balanitis: may be more common than you think. *Pediatrics* 1991; 88: 154-155.
5. Spear RM, Rothambaum RJ, Keating JP, Blaufuss MC, Roseblum JL. Perianal streptococcal cellulitis. *J Pediatr* 1985; 107: 557-559.