

Tratamiento conservador de la fimosis con esteroides locales, balanitis y enfermedad perianal estreptocócica

Sr. Editor:

La celulitis perianal por estreptococos beta hemolíticos del grupo A (EBGA) o, mejor dicho, la dermatitis perianal estreptocócica (DPAE), es una entidad actualmente bien conocida¹. Se han descrito algunos casos de balanitis estreptocócica como proceso aislado^{2,3} pero sólo excepcionalmente la asociación en el tiempo de DPAE y balanitis por EBGA^{4,5}.

En los últimos años viene propugnándose la aplicación local en el prepucio y el glande de antiinflamatorios esteroides y no esteroides como alternativa a la circuncisión en los casos de fimosis. Esta propuesta es muy razonable dada su elevada eficacia, bajo coste y ausencia de efectos secundarios relevantes⁶⁻⁸. Recientemente hemos tenido la oportunidad de atender a un paciente con importante estrechez prepucial en el que la secuencia cronológica de los acontecimientos nos induce a pensar que los corticoides, aplicados tópicamente podrían haber facilitado el desarrollo coincidente en el tiempo de esta combinación de infecciones.

Se trataba de un varón de 5 años de edad con un considerable grado de fimosis (retractilidad, grado 4; apariencia de la piel prepucial, grado 1) (tabla 1)⁹, para el que se había establecido tratamiento local con valerato de betametasona al 0,1% (dos aplicaciones diarias programadas para un curso de 4 o 5 semanas). En el quinto día del ciclo terapéutico se asociaron maniobras de retracción no traumáticas del prepucio en las que el niño participaba activamente. En el día 8 presentó síntomas catarrales asociados a fiebre (máximo, 38,2 °C) y fue tratado sintomáticamente. El día 12 los padres consultaron al apreciar evidente hinchazón y enrojecimiento del tercio distal del pene establecido 18 h antes. A la exploración se constata tumefacción violácea del pene y emisión de un exudado blanquecino a través del orificio prepucial observándose una lesión eritematosa perianal separada de la anterior por un área de piel indemne (fig. 1). Se interrumpió la corticoterapia y, previa obtención de

muestras microbiológicas en faringe, ano y prepucio, se inició la administración oral de amoxicilina. En los tres especímenes se obtuvo crecimiento de EBGA sensible a la antibioterapia establecida que, dada la excelente respuesta clínica, se interrumpió a los 10 días. Una semana después de reanudar la corticoterapia presentó malestar general, odinofagia y fiebre moderada (máximo 38,4 °C) y 5 días después, de nuevo, enrojecimiento y exudación perianal asociada a tumefacción violácea del tercio distal del pene. La retracción del prepucio fue incompleta y dolorosa, permitiendo la emisión de una secreción purulenta de la que se aisló EBGA. El mismo germen creció en el cultivo del exudado perianal y faríngeo. Se confirmó una elevación evolutiva en los niveles de ASLO en el curso de 3 semanas. Se interrumpió la corticoterapia tópica y se administró penicilina oral durante 15 días. El proceso infeccioso remitió a los 4 días y desde entonces no ha recidivado. En la actualidad, la fimosis, aunque mejorada (retractilidad grado 2, apariencia del prepucio grado 1), no se ha resuelto por completo, pero consideramos imprudente completar el ciclo de esteroides locales inicialmente programado.

Aunque se han descrito recidivas de la DPAE tras ciclos inapropiadamente cortos de antibióticos o, incluso, sin causa demostrable^{3,10}, la secuencia cronológica de los acontecimientos en el paciente descrito nos hace sospechar que, más que con esta circunstancia, tanto el episodio inicial como la recaída ulterior podrían haber estado ocasionados por la aplicación de esteroides; éstos habrían actuado facilitando la extensión de EBGA desde la faringe y/o la región perianal al prepucio y al glande. Se conoce que mediante su acción sobre el metabolismo del ácido araquidónico e inhibición de la síntesis de interleucina 1, la corticoterapia tópica tiene efectos antiinflamatorios e inmunosupresores; que actúa sobre la matriz dérmica y que, por su acción antiproliferativa, puede adelgazar la piel al hacer desaparecer virtualmente el estrato córneo⁷. Indudablemente este conjunto de fenómenos biológicos podrían favorecer la infección por EBGA máxime si consideramos que el área balanoprepucial puede facilitar, por sí misma, el desarrollo de este germen en varones prepúberes no circuncidados³. La participación del niño en las maniobras de retracción del prepucio, establecida como coadyuvante terapéutica desde el día 5 de la aplicación de los esteroides, explicaría la extensión del patógeno desde la faringe infectada (suponemos que inicialmente) a las áreas genital y anal.

Por todo ello, sin desdeñar la importancia de la corticoterapia local como alternativa terapéutica para la fimosis, estimamos

TABLA 1. Gradación de la fimosis

<i>Retractividad del prepucio</i>	
0	Retracción completa
1	Retracción completa pero tirantez anular proximal al glande
2	Exposición parcial del glande
3	Retracción parcial que solo permite exponer el meato
4	Retracción mínima con distancia entre la punta del prepucio y el glande (no se visualizan el glande ni el meato)
5	Ninguna retracción
<i>Apariencia del prepucio</i>	
0	Normal
1	Resquebrajamiento y fisuración del prepucio con la retracción suave.
2	Pequeña cicatriz blanquecina parcialmente circunferencial
3	Balanitis xerótica obliterans o cicatrización severa

Adaptada de Kikiros et al⁹.



Figura 1. Lesión eritematosa, exudativa afectando al prepucio y la región perianal con piel sana interpuerta.

necesario sea tenido en cuenta su posible efecto facilitador de la infección local por EBGA. Desconocemos si estas consideraciones pueden hacerse extensivas a los antiinflamatorios no esteroideos (diclofenato) aplicados localmente en esta enfermedad⁸.

**J. Guerrero Fernández^a, J. Guerrero Vázquez^b
y F. Russo de la Torre^b**

Servicios de Pediatría. ^aHospital Infantil La Paz. Madrid.

^bHospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Correspondencia: Dr. J. Guerrero Fernández.
Isla Paragua, 19, 1º B. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: jguerrerof@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Kokx NP, Comstock JA, Facklam R. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics* 1987;24:659-62.
2. Deliyanni VA, Boniatsi LS, Photinou AS. Balanitis caused by Group A beta-hemolytic streptococcus in an 8-year-old boy. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8:61-2.
3. Kyriazi NC, Costenbender CL. Balanitis por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A: puede ser más frecuente de lo que se piensa. *Pediatrics* (ed. esp.) 1991;32:27-8.
4. 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;3:198-200.
5. Patrizi A, Costa AM, Fiorillo L, Neri I. Perianal streptococcal dermatitis associated with guttate psoriasis and/or balanoposthitis: A study of five cases. *Pediatr Dermatol* 1994;11:168-71.
6. Chu CC, Chen KC, Diau GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol* 1999;162:861-3.
7. Garat JM. Manejo conservador del prepucio. *Rev Ped Atenc Prim* 2001;3:73-81.
8. Atilla MK, Dundaroz R, Odabas O, Ozturk H, Akin R, Gokçay E. A non surgical approach to the treatment of phimosis: Local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. *J Urol* 1997;158:196-7.
9. Kikiros CS, Beasley SW, Woodward AA. The response of phimosis to local steroid application. *Ped Surg Int* 1993;8:329-42.
10. Spear RM, Rothbaum RJ, Keating JP, Blaufuss MC, Rosenblum JL. Perianal streptococcal cellulitis. *J Pediatr* 1985;107:557-9.

Rotura espontánea de bazo secundaria a mononucleosis infecciosa

Sr. Editor:

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad causada por el virus de Epstein-Barr (VEB), que afecta sobre todo a niños y adultos jóvenes. El dolor abdominal es un síntoma que aparece ocasionalmente, sobre todo, en niños pequeños¹⁻⁴. Es frecuente la aparición de adenopatías dolorosas, de predominio latero-

vical, hepatomegalia (10%) y esplenomegalia (50%). El tratamiento es sintomático. La esplenomegalia puede favorecer la rotura espontánea de bazo que lleva al paciente a una situación de riesgo vital por el shock secundario al sangrado masivo en peritoneo.

Niña de 14 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por dolor abdominal epigástrico brusco, sin náuseas ni vómitos, de 6 h de evolución. Recibía tratamiento con amoxicilina por padecer un cuadro de fiebre de 39 °C, disfagia y odinofagia intensas y tos productiva. La exploración muestra una paciente consciente y con leve palidez cutánea. Se palpaban adenopatías laterocervicales y submandibulares rodaderas, dolorosas, de 1 a 3 cm de diámetro. Tenía una faringoamigdalitis con membranas blanco-grisáceas de gran tamaño y dolor abdominal de predominio epigástrico que era más evidente en la palpación profunda. Se palpaba el bazo 5 cm por debajo del reborde costal izquierdo. La frecuencia cardíaca y respiratoria así como la presión arterial eran normales. El hemograma demostraba anemia (hemoglobina, 9,9 g/dl) y 16.200 leucocitos/ μ l (61,5% linfocitos). Bioquímica con ASAT de 102 U/l y ALAT de 144 U/l, siendo el resto normal. El mono-test resultó positivo, así como la confirmación posterior con anticuerpos VCA-IgM.

En las horas siguientes la paciente permaneció estable hemodinámicamente y la exploración abdominal era similar pero había empeorado su estado general y era más evidente la palidez cutáneo-mucosa. La hemoglobina había descendido (7,4 g/dl). Dada la sospecha de rotura esplénica con anemia progresiva, se decidió su ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), se transfundieron 2 concentrados de hematíes, se realizó una ecografía abdominal y una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica. La ecografía mostraba un hígado levemente aumentado de tamaño, una esplenomegalia de 14,5 cm y la presencia de líquido hemático perihepático, periesplénico y en fondo de saco de Douglas compatible con hemoperitoneo secundario a rotura esplénica. La TC abdominopélvica (fig. 1) confirmaba los hallazgos ecográficos. Dada la estabilidad hemodinámica se decidió mantener una actitud expectante, con tratamiento sintomático de la mononucleosis infecciosa y reposo absoluto en cama. Los controles analíticos posteriores mostraron desde el primer día una tendencia al alza de las cifras de hemoglobina. No precisó nuevas transfusiones. Se realizaron dos TC de control que demostraban la desaparición progresiva del líquido libre abdominal (fig. 2).



Figura 1. TC abdominal que demuestra líquido libre perihépatico y periesplénico. No es posible apreciar la zona de rotura esplénica.