

pacientes se debe hacer un despistaje de procesos oncohematológicos<sup>6</sup>.

Respecto al tratamiento, no es necesario realizarlo siempre, ya que muchos casos remiten espontáneamente en varias semanas; aunque si hay un desencadenante demostrado, el tratamiento etiológico puede ser eficaz. Se ha demostrado que el uso de corticoides sistémicos es muy beneficioso para la evolución y suele remitir con un solo ciclo corticoideo sistémico corto, aunque en recurrencias es necesario valorar un tratamiento corticoideo más prolongado. También se han usado corticoides tópicos con buena respuesta, como es nuestro caso, lo que resulta más eficaz si no hay síntomas sistémicos. En muchos casos la asociación con antihistamínicos mejora la respuesta del tratamiento. Hay otras terapias descritas, como el tratamiento con dapsona, y también radiación ultravioleta de longitud de onda A y el interferón  $\alpha$  que se usa en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana<sup>1,4</sup>.

## Bibliografía

1. Gilliam AE, Bruckner AL, Howard RM, Lee BP, Wu S, Frieden IJ. Bullous "cellulitis" with eosinophilia: Case report and review of Wells syndrome in childhood. *Pediatrics*. 2005;116:149-55.

2. Chen KR, Pittelkow MR, Su WPD, Gleich GJ. Eosinófilos y piel. *Arch Dermatol*. 1994;130:1159-66.
3. Moossavi M, Mehregan DR. Wells' syndrome: A clinical and histopathologic review of seven cases. *Int J of Dermatol*. 2003; 42:2-67.
4. Nguyen NQ, Ma L. Eosinophilic cellulitis and dermatographism. *Dermatol Online J*. 2005;11:7.
5. España A, Sanz ML, Sola J, Gil P. Well's syndrome (eosinophilic cellulitis): Correlation between clinical activity, eosinophil levels, eosinophil cation protein and interleukin-5. *Br J Dermatol*. 1999;140:127-30.
6. Fujii K, Tanabe H, Kanno Y, Konishi K, Ohgou N. Eosinophilic cellulitis as a cutaneous manifestation of idiopathic hypereosinophilic syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:1174-7.

F. González Martínez\*, M.M. Santos Sebastián, M.L. Navarro Gómez, J. Saavedra Lozano y T. Hernández Sampelayo

*Departamento de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pipermin25@yahoo.es](mailto:pipermin25@yahoo.es)

(F. González Martínez).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.01.007

## Factores epidemiológicos implicados en la enfermedad perianal estreptocócica

### Epidemiological factors involved in perianal streptococcal disease

*Sr. Editor:*

La enfermedad perianal estreptocócica es una entidad bien diferenciada, caracterizada por un eritema perianal bien delimitado, asociada a prurito anal, defecación dolorosa, fisuras anales y rectorragia. La exploración muestra un eritema perianal de color rojo intenso, no elevado, con márgenes bien delimitados, que se extiende hasta 2 cm desde el ano. El eritema también puede afectar a la vulva y a la vagina<sup>1</sup>. Se desconocen los principales factores implicados en la transmisión y el desarrollo de esta enfermedad, por lo que su conocimiento es el objetivo de nuestro trabajo.

Presentamos un estudio prospectivo y descriptivo realizado de enero a diciembre del año 2007 en la sección de Urgencias de Hospital Universitario Gregorio Marañón. A los pacientes con sospecha clínica de enfermedad perianal estreptocócica se les recogió una muestra para determinación rápida de antígeno estreptocócico grupo A perianal (Strep A with OBC II Test Pack<sup>®</sup>, Abbott Laboratories) (valor predictivo positivo (VPP) del 100% en muestra perianal<sup>2</sup>). Si ésta era positiva, se recogía otra muestra para la determinación rápida de antígeno estreptocócico faríngeo (VPP del 84,3% en muestra faríngea<sup>3</sup>). Se trató a los niños con

determinación rápida positiva con 40 a 50 mg/kg/día de penicilina oral y con mupirocina tópica durante 10 días. Se recogieron los antecedentes personales y episodios previos de faringoamigdalitis o de infecciones de la piel, antecedentes familiares (convivientes con faringoamigdalitis o con infecciones de la piel) y los datos epidemiológicos (número de convivientes, número de habitaciones en la casa, nivel de estudio de los padres). Se realizó una estimación de prevalencias para evaluar si había alguna relación entre esta enfermedad y el ser portador de estreptococo grupo A faríngeo, la presencia en el paciente o en algún familiar de una infección estreptocócica previa o el vivir en una situación de hacinamiento.

De las 80.127 urgencias atendidas en nuestro servicio, se diagnosticó enfermedad perianal por estreptococo betahemolítico grupo A a 20 niños (un caso por cada 4.006 urgencias); fueron 12 niños y 8 niñas (relación entre niños y niñas de 1,5) con edades comprendidas entre los 8 meses y los 6 años, con una media de 29 meses. La mayoría se presentaron en los meses de invierno y no se encontró prácticamente ningún caso entre abril y agosto.

De los 20 pacientes, 16 (80%) presentaban colonización por el mismo microorganismo en faringe. Seis niños (30%) habían tenido una infección faríngea en los últimos 3 meses, uno había presentado una celulitis perianal y otro un impétigo cutáneo. Cinco (25%) de los 20 pacientes tenían antecedentes de dermatitis atópica, 4 de ellos eran portadores faríngeos de estreptococo grupo A.

En relación con el mecanismo de transmisión intrafamiliar, 6 familiares (30%) de los pacientes habían presentado un episodio en los últimos 3 meses de faringoamigdalitis y 2

familiares (10%) habían presentado dermatitis perianal. La media de convivientes en el domicilio fue de 4 personas y la media de habitaciones en la casa de 2,7. El nivel de estudios de los padres fue básico en el 35% y avanzado en el 65% (diplomatura o licenciatura).

La clínica de presentación asociada al eritema anal fue estreñimiento (50%), fisura anal (40%), rectorragia (50%), eritema vulvar (20%), exantema escarlatiniforme (10%), dolor abdominal (20%), fiebre y faringoamigdalitis (35%), diarrea (10%) y vómitos (5%).

Se trató a todos los pacientes con penicilina oral y con mupirocina tópica durante 10 días<sup>4</sup>. Sólo un paciente no respondió clínicamente al tratamiento con penicilina tras 10 días, por lo que se le administró clindamicina oral.

La enfermedad perianal estreptocócica es una entidad bien conocida pero infradiagnosticada en nuestro medio<sup>5,6</sup>. Cursa con intenso eritema perianal, afecta más frecuentemente a niños varones menores de 6 años, con variabilidad estacional, y es más frecuente en los meses de invierno<sup>2</sup>.

Los mecanismos de transmisión no están bien establecidos. Se ha postulado la transmisión intrafamiliar<sup>7</sup>, en comunidades cerradas<sup>8</sup> o la transmisión oral o anal.

En este trabajo hemos observado que hasta el 80% de los pacientes que padecen enfermedad perianal por estreptococo betahemolítico grupo A son portadores faríngeos del mismo patógeno (intervalo de confianza del 95%, rango del 56,3 al 94,2%), cifra muy superior a la esperada en la población general (del 8,4 al 18,9%, según distintas series), sobre todo en niños de 6 a 14 años<sup>9,10</sup>. Además, todos los pacientes que presentaban fiebre tenían inflamación faringoamigdalina y positividad en el test faríngeo. El 25% de los niños con enfermedad perianal estaban afectados de dermatitis atópica, con una prevalencia superior a la esperada (del 0,7 al 2,4%). Esto evidencia que el principal mecanismo de transmisión es el contacto y se realiza una autoinoculación de una a otra localización.

El factor externo que con más frecuencia se ha asociado a esta enfermedad es la faringoamigdalitis de algún familiar (30%), por lo que la transmisión intrafamiliar también podría estar implicada, si bien en nuestro estudio no hemos demostrado hacinamiento familiar.

## Bibliografía

1. Gerber MA. Estreptococo grupo A. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editores. Tratado de Pediatría. Nelson; 2004. p. 870-9.
2. Echeverría Fernández M, López-Menchero Oliva JC, Marañón Pardillo R, Míguez Navarro C, Sánchez Sánchez C, Vázquez López P. Aislamiento del estreptococo beta hemolítico del grupo A en niños con dermatitis perianal. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:153-7.
3. Peñalba Citores AC, Riaño Méndez B, Marañón Pardillo R, Miguez Navarro C, Vázquez López P, Guerrero Soler MM, et al. Incidencia de faringitis estreptocócica. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:220-4.
4. Wright JE, HL B. Perianal infection with beta-haemolytic streptococcus. *Arch Dis Child*. 1994;70:146-7.
5. Jongen J, Eberstein A, Peleikis HG, Kahke V, Herbst RA. Perianal streptococcal dermatitis: An important differential diagnosis in pediatric patients. *Dis Colon Rectum*. 2008;51:584-7.
6. Herbst R. Perineal streptococcal dermatitis/disease: Recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4:555-60.
7. Hirschfel AJ. Two family outbreaks of perianal cellulitis associated with group A betahemolytic streptococci. *Pediatrics*. 1970;46:799.
8. Petersen JP, Kaltoft MS, Misfeldt JC, Schumacher H, Schønheyder HC. Community outbreak of perianal group A streptococcal infection in Denmark. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22:105-9.
9. Villar HE, Jugo MB, Santana G, Baserni M, Reil JM. High prevalence of beta hemolytic streptococci isolated from throat swabs in Buenos Aires. *Medicina (B Aires)*. 2005;65:311-4.
10. Begovac J, Bobinac E, Benic B, Desnica B, Maretic T, Basnec A, et al. Asymptomatic pharyngeal carriage of beta-haemolytic streptococci and streptococcal pharyngitis among patients at an urban hospital in Croatia. *Eur J Epidemiol*. 1993;9:405-10.

M. Echeverría Fernández\*, F. González Martínez y R. Marañón Pardillo

*Sección de Urgencias de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: maiecheve@yahoo.es (M. Echeverría Fernández).*

doi:10.1016/j.anpedi.2009.02.004

## Tuberculosis en gestante y tuberculosis congénita

### Tuberculosis during pregnancy and congenital tuberculosis

*Sr. Editor:*

La tuberculosis (TB) es una infección que debe tenerse en cuenta en toda gestante inmigrante de países con altas tasas de prevalencia de enfermedad tuberculosa. El diagnóstico en la gestante de enfermedad tuberculosa diseminada con

afectación de la placenta implica un riesgo elevado de presentar TB congénita (TBC) para el feto y para el recién nacido.

Se presenta un caso de TB miliar en una gestante inmigrante, el tratamiento y el diagnóstico en ésta, así como las manifestaciones clínicas de su recién nacido, en las que destaca el desarrollo de hemangiomas en el cutis y en el hígado.

Gestante de 15 años de edad, procedente de Latinoamérica, que reside en España desde hace 2 años y que ingresa en cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria grave. Embarazada de 32 semanas, presenta clínica de tos productiva persistente y fiebre alta de 2 semanas de