

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Dicembre 1999

numero 10

PEDIATRIA PER IMMAGINI

Anite streptococcica

Filippo Longo

*Clinica pediatrica, IRCCS 'Burlo-Garofolo', Trieste***IL CASO**

L'immagine qui riportata si riferisce ad un bambino che da circa un mese lamenta prurito anale, bruciore locale e dolore alla defecazione. In precedenza, è stato curato con crema locale antifungina a base di clotrimazolo, senza risultato. L'esame obiettivo dimostra la presenza di eritema perianale di colore rosso violento, acceso, a limiti molto netti. L'aspetto è quello di una lesione superficiale senza infiltrazione dei piani sottostanti.

**IL PROBLEMA**

Un esame culturale, fatto da tampone della regione perianale arrossata, ha dimostrato la presenza di uno Streptococco beta-emolitico, gruppo A; il tampone faringeo è risultato negativo. Non sono state evidenziate altre lesioni cutanee.

Si è iniziata terapia con eritromicina per os che è stata mantenuta per due settimane; ciò ha portato a una risoluzione della sintomatologia locale e a una notevole riduzione dell'arrossamento.

La diagnosi è stata quindi quella di "dermatite perianale da Streptococco".

DISCUSSIONE

Questa definizione deve essere preferita a quella usata in passato di "cellulite perianale da Streptococco" che è confondente. Questa eruzione, infatti, sebbene spesso dolorosa, è caratteristicamente superficiale, per cui è del tutto appropriato il termine di dermatite.

La **dermatite perianale da Streptococco** è una patologia non eccezionale della regione perianale in età pediatrica, ed è stata di recente descritta anche in pazienti adulti. La sua comparsa è stata più volte segnalata in piccoli "cluster" epidemici tra fratelli e nei bambini di una stessa comunità. Poiché è una condizione che si accompagna a disagio e, se non correttamente trattata, a disturbi ingravescenti, fino alla stipsi ostinata con incontinenza fecale, una ricerca dello Streptococco da

tampone della cute perianale, nei casi sospetti, deve essere sempre fatta.

Dalle casistiche riportate nella letteratura, l'aspetto più comune e caratteristico di questa infezione è simile a quello descritto nel nostro caso: eritema rosso vivace ed acceso che si estende per 2-4 cm. attorno all'orifizio anale, a limiti netti in assenza di indurimento, edema o linfangite; in alcuni casi l'aspetto è quello di una eruzione rosso scuro-brunastro che si estende per parecchi centimetri attorno all'ano con croste giallastre superficiali alla periferia.

Se il disturbo persiste per molto tempo (più di sei settimane, nei casi descritti), la componente eritematosa è meno evidente e, per coinvolgimento dei piani più profondi, compaiono fissurazioni dolenti, sanguinamento rettale e secrezione sieropurulenta; è proprio in questi casi naturalmente che è più frequente la stipsi reattiva.

Per quanto riguarda il meccanismo di contagio, è possibile che lo Streptococco migri dalla gola, superando per acidoresistenza la barriera gastrica, nell'ultimo tratto dell'intestino e colonizzi quindi la regione perianale. Per il realizzarsi della infezione, però, sono necessari fattori predisponenti che indeboliscano la barriera cutanea come l'uso ripetuto di detergenti e traumatismi locali. Questo meccanismo patogenetico sembra confermato dai dati che riportano la presenza dello Streptococco piogene nella gola di circa due terzi di un gruppo di bambini con questa malattia, gran parte dei quali tuttavia non avevano segni di faringite; il tipo di Streptococco era inoltre concordante nelle due regioni. In alcuni casi il contagio è da correlare alla presenza di focolai cutanei di

impetigine streptococcica.

Il trattamento con Penicillina G o eritromicina per due settimane porta alla risoluzione della sintomatologia, anche se a volte si possono avere delle ricadute. È dimostrata anche l'efficacia di un trattamento locale con Mupirocina al 2%, sia da sola che in associazione. In una revisione di casistica, i bambini trattati sia per via generale che con terapia topica non hanno mai avuto ricadute, diversamente da alcuni casi trattati solo per via sistemica.

Bibliografia

- Krol AL: Perianal streptococcal dermatitis, *Pediatr Dermatol* 7(2), 97-100, 1990.
- Koks MO et al: Streptococcal perianal disease in children, *Pediatrics* 80, 659-663, 1987.
- Paradisi M. et al: Perianal streptococcal dermatitis. Two familial cases. *Cutis* 54(5), 341-219, 1994.
- Neri I et al: Perianal Streptococcal dermatitis in adults. *Br J Dermatol* 135, 796-798, 1996.