

Dermatitis perianal

Jacinto Martínez Blanco^a, Laura Míguez Martín^b, Noelia Valverde Pérez^c

^aPediatra. Gijón. Asturias. España.

^bPediatría. Hospital de Jarrio. Coaña. Asturias. España.

^cPediatra. CS Tui. Área sanitaria de Vigo. Galicia. España.

Fecha de actualización: 22/07/2026
(V.1.1/ 2026)

Cita sugerida: Jacinto Martínez Blanco^a, Dermatitis perianal (v.1.1/2026). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 22/07/2026; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave:

Descrita inicialmente por Amren en 1966 como celulitis perianal asociada con el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA). Kokx en 1987 pasó a denominarla enfermedad estreptocócica perianal por no acompañarse de celulitis, posteriormente Montemarano publica en 1993 el primer caso asociado a estafilococo dorado. Diversos autores utilizan el término dermatitis o enfermedad perineal al asociar las infecciones de dicha área: perianal y genital (incluso inguinal y glútea) o dermatitis perineal infecciosa o bacteriana.

Está causada por EBHGA, por *Staphylococcus Aureus* o ambos y en un número menor de ocasiones por SBHGB, C o G, entre otras bacterias.

Su incidencia es de, aproximadamente, 1/300 primeras consultas pediátricas ambulatorias con una edad media de 3 a 5 años (pudiendo afectar también a adultos) y un predominio en varones. Existe una gran variación estacional (disminución en los meses cálidos de los climas templados) siguiendo el patrón de las infecciones faríngeas por EBHGA y escarlatina.

Se han publicado brotes en el ámbito familiar, guarderías y hospitales.

Es una entidad infradiagnosticada, benigna pero molesta y que puede ser confundida con otras entidades dando lugar a retrasos diagnósticos y tratamientos erróneos.

Cinco motivos de consulta: prurito, sangrado, dolor, estreñimiento y eritema, solos o combinados están presentes en más del 90% de los episodios. El eritema y el prurito son más frecuentes en varones. La edad media cuando consultan por estreñimiento es menor y mayor si refieren prurito. Las niñas consultan a menor edad por dolor.

El diagnóstico es clínico y la confirmación se alcanza mediante un test rápido de estreptococo y/o cultivo (menos del 1 % de los niños sanos son portadores perianales de EBHGA).

Tratamiento: clásicamente se ha utilizado como tratamiento de elección la vía oral exclusiva (penicilina o amoxicilina principalmente). Algunos estudios más recientes obtienen buenos resultados con tratamiento tópico exclusivo (ácido fusídico o mupirocina) o con la asociación de ambos (tópico y oral).

Son factores predictores de recurrencia (11-44% en 6 meses) el diagnóstico y tratamiento tardíos y la presencia de familiares directos con infección EBHGA. No lo son el género, la edad ni ninguno de los 5 principales motivos de consulta.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: Revisada la literatura, con fecha junio 2026, no se encuentran cambios significativos. Se añaden cuatro artículos a la bibliografía

Agentes etiológicos	
Frecuente	Menos frecuente
▪ EBHGA ▪ <i>S. aureus</i>¹	▪ EBHG B,C,G² ▪ Otros

Manifestaciones clínicas	
Frecuentes	Asociadas
▪ Eritema perianal³ (90-100%) ▪ Prurito perianal (40-100%) ▪ Dolor rectal o con la defecación (17-50%) ▪ Sangre en la deposición o al limpiar (13-50%) ▪ Estreñimiento (15-50%) ▪ Fisuras anales (10-50%) ▪ Irritabilidad	▪ Abdominalgia ▪ Psoriasis⁴ ▪ Vulvo-vaginitis, balano-postitis ▪ Dermatitis atópica ▪ Disuria ▪ Secreción perianal ▪ Faringoamigdalitis EBHGA⁵ (6 %) ▪ Erupción escarlatiniforme⁶ ▪ Sin afectación sistémica⁷

Diagnóstico diferencial	
▪ Dermatitis del pañal ▪ Candidiasis ▪ Dermatitis atópica ▪ Dermatitis seborreica ▪ Parasitosis intestinal ▪ Fisura anal ▪ Hemorroides	▪ Psoriasis ▪ Enfermedad inflamatoria intestinal ▪ Histiocitosis de células de Langerhans ▪ Trastornos del comportamiento ▪ Abuso sexual ▪ Déficit de Zinc ▪ Liquen escleroso

Diagnóstico: estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Situaciones especiales
Laboratorio	No indicados en general	

Microbiología	Exudado cutáneo local: ▪ Test rápido de detección de EBHGA⁸ ▪ Cultivo⁹	Test rápido de detección de EBHGA y/o cultivo de exudado faríngeo (u otros) si se acompaña de manifestaciones de infección estreptocócica en otras localizaciones
---------------	---	---

Imágenes		
		
Fig. 1: Dermatitis perianal (test +) y perivulvar (test +) con lesiones satélites	Fig. 2: Dermatitis perianal con test rápido de detección de EBHGA positivo (caso 2). Fuente: Form Act Pediatr Aten Prim. 2011;4:109-11 (http://www.fapap.es) (reproducido con autorización)	
• Ver otras imágenes en: Martínez Blanco J, Míguez Martín L, Valverde Pérez N. Dermatitis perianal estreptocócica: estudio clínico-epidemiológico de 95 episodios. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020; 22:131-8.		

Tratamiento antimicrobiano			
Tópico	Elegir una de las siguientes: ▪ Mupirocina: 2-3 aplicaciones/día, durante 10 días ▪ Ácido fusídico: 2-3 aplicaciones/día, durante 10 días		
Tópico + oral ¹⁰	Tópico		(ver en la fila superior)
	Oral	Elección	▪ Penicilina V, VO, durante 10 días: ○ 250 mg c/12 horas si peso < 27 kg ○ 500 mg c/12 horas si peso ≥ 27 kg ▪ Amoxicilina, VO, 40-50 mg/kg/día, en 2-3 dosis, 10 días
		Alternativas	▪ Cefuroxima/axetilo¹¹, VO, 20 mg/kg/día, en 2 dosis, 7 días - Si alergia a betalactámicos: igual que en faringitis por EBHGA

Abreviaturas: **EBHGA:** estreptococo betahemolítico del grupo A. **EBHGB,C,G:** estreptococo beta-hemolítico grupos B,C;G. **S. Aureus:** *Staphylococcus Aureus*. **VO:** vía oral.

Referencias bibliográficas

- Amren DP, Anderson AS, Wannamaker LW. Perianal cellulites associated with group A streptococci. Am J Dis Child. 1966; 112:546-52.
- Kokx NP, Comstok JA, Facklam RR. Streptococcal perianal disease in children. Pediatrics.1987; 80(5):659- 63.
- Montemarano AD, James WD. Staphylococcus aureus as a cause of perianal dermatitis. Pediatr Dermatol. 1993;10(3):259-62.
- Mogielnicki NP, Schwartzman JD, Elliott JA. Perineal group Streptococcal disease in a pediatric practice. Pediatrics. 2000;106(2 Pt 1):276-81.
- Fernández Gómez E, Ramos Díaz JC, Cañuelo Ruiz O, Romero Narbona F et al. Dermatitis perianal estreptocócica. Rev Pediatr Aten Primaria.2005;7:203-8.
- Clegg HW, Giftos PM, Anderson WE, Kaplan EL et al. Clinical perineal streptococcal infection in children: epidemiologic features, low symptomatic recurrence rate after treatment and risk factors for recurrence. J Pediatr 2015; 167(3):687-93.
- Martínez Blanco J, Suárez Castañón C, Calle Miguel L. Dermatitis perianal: importancia de un correcto diagnóstico diferencial. Form Act Pediatr Aten Prim. 2011; 4:109-11.
- Olson D, Edmonson MB. Outcomes in children treated for perineal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis. Pediatr Infect Dis J. 2011; 30(11):933-6.
- Zhang C, Haber RM. The ABCs of perineal streptococcal dermatitis. Case, series and review of the literature. J Cutan Med Surg. 2017; 21(2):102-7.
- Spear RM, Rothbaum RJ, Keating JP, Blaufuss MC et al. Perianal streptococcal cellulites. J Pediatr. 1985;107(4):557-9.
- García-Osés I, Martínez de Zabarte Fernández JM, Puig García C, Arnal Alonso JM. Pensando en la dermatitis perianal. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:51-5.
- Heath C, Desai N, Silverbeg NB. Recent microbiological shifts in perianal bacterial dermatitis: Staphylococcus aureus predominance. Pediatr Dermatol. 2009; 26(6):696-700.
- Shouval DS, Schurr D, Nussinovith M. Presentation of perianal group a streptococcal infection as irritability among children. Pediatr Dermatol. 2008; 25(5):568-70.
- Echevarría Fernández M, López-Menchero Oliva JC, Marañón Pardillo R, Míguez Navarro E et al. Aislamiento de estreptococo beta-hemolítico del grupo A en niños con dermatitis perianal. An Pediatr (Barc). 2006;64(2):153-7.
- Redondo Mateo J, Carrero González P A, Sierra Pérez E. Dermatitis estreptocócica perianal. Actas Dermosifiliogr. 2002; 93:243-6.

- Barzilai A, Choen HA. Isolation of group A streptococci from children with perianal cellulitis and from their siblings. *Pediatr Infect Dis J*.1998; 17(4):358-60.
- Mostafa WZ, Arnaout HH, El-Lawindi MI, El-Abidin YZ. An epidemiologic study of perianal dermatitis among children in Egypt. *Pediatr. Dermatol*.1997; 14(5):351-4.
- Krol AL. Perianal streptococcal dermatitis. *Pediatr Dermatol*.1990; 7(2):97-100.
- Cohen R, Levy C, Bonacorsi S et al. Diagnostic accuracy of clinical symptoms and rapid diagnostic test in-group A streptococcal perianal infections in children. *Clin Infect Dis*. 2015; 60(2):267-70.
- Šterbenc A, Seme K, Lah LL, Točkova O et al. Microbiological characteristics of perianal streptococcal dermatitis: a retrospective study of 105 patients in a 10-year period. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*.2016; 25(4):73-76.
- Echevarría Fernández M, González Martínez F, Marañón Pardillo R. Factores epidemiológicos implicados en la enfermedad perianal estreptocócica. *An Pediatr (Barc)*.2009; 70(5): 511-2.
- Meury SN, Erb T, Schaad UB et al. Randomized, comparative efficacy trial of oral penicillin versus cefuroxime for perianal streptococcal dermatitis in children. *J Pediatr*.2008; 153(6):799-802.
- 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(2):168-71.
- Honig PJ. Guttate psoriasis associated with perianal streptococcal disease. *J Pediatr*.1988; 113(6):1037-9.
- Clegg HW, Dallas SD, Roddey OF, Martín ES, et al. Extrapharyngeal group A *Streptococcus* infection: diagnostic accuracy and utility of rapid antigen testing. *Pediatr Infect Dis J*. 2003; 22:726-31.
- Asnes RS, Vail D, Grebin B, Sprunt K. Anal carrier rate of group A beta-hemolytic streptococci in children with streptococcal pharyngitis. *Pediatrics*.1973; 52:438-41.
- Theotokatou S, Saravakos, P, Niopa, M, Kallinikos A. Bacterial perianal dermatitis caused by *Enterococcus faecalis* with intrafamily spread: Report of a rare case. *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, 2014; vol. 9, no. 1, pp. 43-46.
- Martínez Blanco J, Míguez Martín L, Valverde Pérez N. Dermatitis perianal estreptocócica: estudio clínico-epidemiológico de 95 episodios. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020; 22:131-8.
- Gualtieri R, Bronz G, Bianchetti MG, Lava SAG, Giuliano E, Milani GP, Jermini LMM. Perianal streptococcal disease in childhood: systematic literature review. *Eur J Pediatr*.2021 Jun;180(6):1867-1874.
- Armendáriz Barragán Y, Tamáriz Campillo AF, Dufflart Ocampo JD, Infante Fernández C y Vega Memije ME. *Dermatología CMQ* 2022;20(4):506-507.
- Taberner R. Dermatitis perianal estreptocócica: una infección inoportuna- *Dermapixel Blog de dermatología cotidiana* 24 julio 2024. Disponible en <https://www.dermapixel.com/2024/07/dermatitis-perianal-estreptococica-una.html>

- ¹ En auge según algunos autores, solo o asociado a EBHGA.
- ² Más frecuentes en adultos
- ³ Límites precisos, aunque no siempre; tono e intensidad variables, desde nulo (22% nulo o mínimo) a muy intenso y/o extenso. Siendo motivo de consulta en menos del 20% de los primeros episodios. Ocasionalmente puede acompañarse de lesiones satélites o afectación interglútea (más frecuentes pero no exclusivos del estafilococo dorado)
- ⁴ En cuadros de psoriasis, especialmente en gotas, se aconseja estudio faríngeo y perineal.
- ⁵ Son frecuentes los portadores faríngeos (hasta un 63%), aunque debido al escaso porcentaje de faringitis asociadas no se recomienda test o cultivo faríngeo sin clínica acompañante. Se desconoce si la colonización faríngea precede o es posterior a la perineal.
- ⁶ Por EBHGA o por *S. aureus*
- ⁷ Es característica la ausencia de síntomas generales (salvo se acompañe de faringoamigdalitis por EBHGA).
- ⁸ Sensibilidad:78/98% Especificidad:73/100% para muestras extrafaríngeas. Hacer cultivo en caso de test rápido de detección de EBHGA negativo (buscando otros patógenos, especialmente *S. aureus* o EBH no A) y en fracaso terapéutico. Algunos autores aconsejan test o cultivo post-tratamiento (especialmente en caso de fracaso terapéutico o recurrencia).
- ⁹ Se debe advertir al laboratorio para que use los medios adecuados para la búsqueda de los patógenos más frecuentes (EBHGA, B, C, G y estafilococo dorado).
- ¹⁰ Especialmente indicado en caso de fracaso terapéutico o recurrencias, (con el inconveniente de poder inducir resistencias antibióticas en un cuadro con escasas complicaciones)
- ¹¹ La cefuroxima es el único tratamiento alternativo estudiado, siendo más eficaz en la desaparición de la clínica y la erradicación del EBHGA que la penicilina, sin estudios sobre si disminuiría el nº de recurrencias. Al ser de espectro más amplio y los fracasos terapéuticos escasos sería 2ª opción. En los pocos casos en que fracasan los tratamientos referidos se ha obtenido éxito con clindamicina v.o (15-25 mgr/kg/día en 3 dosis durante 10 días) o con penicilina o amoxicilina oral 10 días añadiendo rifampicina (10 mgr/kg en 1 dosis diaria) los 4 últimos días de tratamiento.

Notas: la Guía ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[①] Más información en: <http://www.guia-abe.es/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5