

Protrusión perianal infantil

MARÍA LIA PIERETTI ¹, PAULA BOGGIO ^{1,2,3}.

Resumen:

La protrusión perianal infantil es una alteración cutánea benigna, caracterizada por una protrusión cutánea solitaria y asintomática, ubicada en línea media del periné, preferentemente a nivel anterior del esfínter anal. Es una entidad descrita por primera vez en 1996 posiblemente sub-diagnosticada. Se presenta en la infancia y en algunos casos se describe desde el nacimiento, con predilección por el sexo femenino. Se reconocen 3 tipos: constitucional o congénito, adquirido y asociado a liquen escleroso y atrófico. Describimos un caso clínico de protrusión perianal infantil en una niña de 18 meses de edad, con antecedentes de constipación, en donde la lesión involucionó progresivamente luego de implementar cambios alimentarios. La importancia del caso es poder reconocer esta condición y evitar diagnósticos erróneos y procedimientos terapéuticos innecesarios.

Palabras Claves: constipación; liquen escleroso y atrófico; protrusión perianal infantil; protrusión piramidal perianal infantil.

Infantile perianal protrusiónort.

Summary:

Infantile perianal protrusion is a benign cutaneous disorder characterized by a solitary and asymptomatic cutaneous protrusion along the perineal midline, most frequently anterior to the anus. It is a relatively new condition and probably under-reported in the literature due to it is often misdiagnosed. This cutaneous disorder affects infants and prepuberal children with a female predilection. Three types are recognized: constitutional or congenital, acquired, and associated with lichen sclerosus and atrophicus. Here, we describe a clinical case of infantile perianal protrusion in an 18-month-old girl with history of constipation that progressively involuted after introducing dietary modifications. We would like to increase the awareness of this condition in order to avoid erroneous diagnoses and unnecessary therapeutic procedures.

Key words: constipation; lichen sclerosus et atrophicus; infantile perianal protrusion; infantile perianal pyramidal protrusion.

1. Consulta privada.
2. Sección de dermatología pediátrica. Servicio de dermatología del Hospital General de Agudos "J.M. Ramos Mejía".
3. Sección de dermatología infantil. Departamento de pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires - Argentina

Autor para Correspondencia:
Paula Boggio
Correo electrónico:
paulaboggio@hotmail.com

Introducción

La protrusión perianal infantil (PPI) es una entidad benigna, caracterizada por una protrusión cutánea solitaria de coloración roja a rosada, de consistencia firme y superficie lisa, localizada a nivel de la línea media del periné, de localización anterior o posterior al esfínter anal^{1,2}. Predomina en pacientes femeninas y con frecuencia se presentan desde el nacimiento, puede ser confundida con estigmas de abuso sexual o verrugas genitales¹⁻³. Se describen 3 tipos diferentes de PPI: constitucional, adquirido y asociado a liquen escleroso y atrófico (LEA)¹. Presentamos un caso de PPI en una niña de 18 meses de edad, asociado a episodios de constipación, que involucionó parcialmente luego de introducir modificaciones en su dieta.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de un año y medio de edad. Consultó por la presencia de una lesión sobre elevada y asintomática en la región perianal (Figura 1). En el examen físico se observó una protrusión solitaria de piel, de pequeño tamaño y forma piramidal, con superficie lisa y color rosada brillante y de consistencia firme, localizada en la línea media, en posición anterior al esfínter anal. No se apreciaron signos de excoriación o sangrado. El resto del examen físico fue normal. En el interrogatorio dirigido los padres refirieron episodios de constipación recurrentes y negaron realizar una limpieza vigorosa de la zona perianal.

El diagnóstico de PPI se realiza en base a los hallazgos clínicos y se clasifica del tipo adquirido por relacionarse con el hábito constipado de la paciente. Se implementaron medidas higiénico-dietéticas.

Luego de 6 meses, en la consulta de control, se observó franca disminución del tamaño de la lesión que permanecía asintomática (Figura 2). Se indicó continuar con conducta expectante.

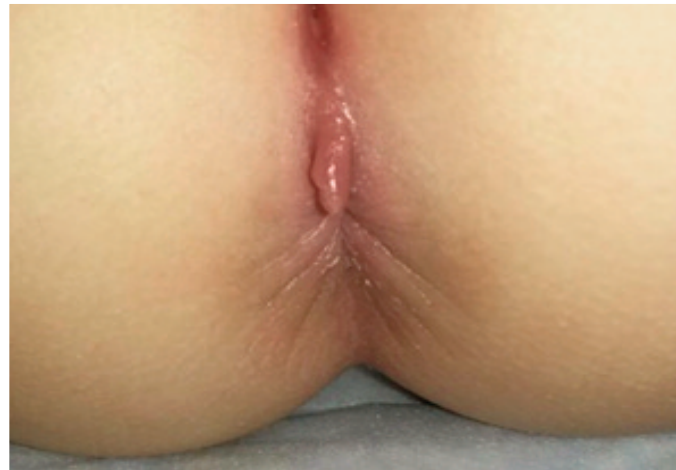


Figura 1. Protrusión perianal infantil situada en línea media del periné, anterior al esfínter anal, edematosa, de forma piramidal y de coloración roja a rosada.



Figura 2. Involución parcial de la PPI luego de 6 meses de la introducción de cambios higiénico-dietéticos.

Discusión

La PPI es una alteración cutánea benigna, caracterizada por ser una lesión solitaria, recubierta por piel de coloración roja a rosada en la región perianal, frecuentemente de ubicación anterior al esfínter anal. Se observa en la infancia y etapa prepuberal, con predominio en mujeres¹⁻³.

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1989 por McCann et al., en 18 mujeres prepuberales sin antecedentes de abuso

sexual². Posteriormente, en 1996, Kayashima et al., propusieron llamarla protrusión piramidal perianal infantil^{4,5}. Hacia el año 1998, Cruces et al., considerando la gran variabilidad clínica, excluyeron el término "piramidal", y establecieron la denominación que actualmente se utiliza, protrusión perianal infantil⁶.

Clínicamente puede manifestarse como una protrusión, papular o nodular, de forma piramidal, o papilomatosa, o similar a una hoja, lengua o maní^{1,7-9}. La lesión se presenta recubierta por piel de coloración roja a rosada, a veces con signos de inflamación en la región perianal^{2,7}. Generalmente es asintomática, sin embargo los pacientes pueden referir leve ardor y prurito^{2,3}. Se localiza con mayor frecuencia en la línea media del periné y anterior al ano⁴. Sin embargo, en 2002, Patrizi et al., observaron que esta alteración cutánea se podía localizar en posición anterior y/o posterior al esfínter anal, como así también en ambos sitios simultáneamente^{2,8}. Recientemente, Ferrari et al., comunicaron una serie de 11 casos, 3 de ellos con localización de las lesiones a nivel lateral de la región perianal¹.

Se describen 3 tipos de PPI: 1) constitucional o congénito, el que puede relacionarse con antecedente familiar; 2) adquirido o funcional, y 3) asociado a LEA¹.

La patogénesis es desconocida. Varias teorías se proponen para explicar las distintas formas descritas de PPI¹⁻³.

La PPI constitucional es la variante más común, causada por la debilidad muscular anatómica del periné, más frecuentemente observada en mujeres y presente desde el nacimiento²⁻⁴. Algunos autores proponen que la PPI congénita se debería a una proyección remanente del septo urogenital³. Presenta involución espontánea en semanas aunque, en ciertos casos, puede permanecer durante años².

En los casos de PPI adquirida o funcional la constipación juega un rol fisiopatogénico importante, como así también lo hacen las fisuras o fístulas perianales, los episodios recurrentes de diarrea y el antecedente de una limpieza vigorosa de la zona luego de la defecación, produciendo una estimulación mecánica del periné^{1,2,4,7,10}. En nuestro caso se observa una resolución completa de esta variante de PPI al tratar la constipación mediante medidas higiénico-dietéticas. Sin embargo, en algunos casos solo se observa una disminución de tamaño con persistencia de la lesión^{1,2}.

Con respecto a la PPI asociada con LEA, la lesión probablemente se formaría por la reestructuración del tejido conectivo que ocurre en esta patología. Se presenta de manera simultánea o asincrónica con otros signos clínicos de la enfermedad^{2,6,11}. Pueden coexistir o ser la primera o más temprana manifestación del LEA, asociado en ciertos casos con eritema perianal y vulvar recurrente^{2,6}. Clínicamente es similar a los otros tipos de PPI pero histológicamente diferente^{6,11}.

El diagnóstico de PPI es eminentemente clínico³. Es importante el examen físico completo en busca de algún signo de LEA asociado y, en el interrogatorio dirigido, focalizar sobre los hábitos de defecación como así también la dieta alimentaria, además de recabar la existencia de algún antecedente familiar^{1,3,7}.

En la actualidad, la dermatoscopia podría ser de utilidad. Es un método simple y no invasivo, que complementaría los hallazgos obtenidos en el examen físico. Existe un único caso de PPI en el que se describen los hallazgos dermatoscópicos observado: áreas blancas desprovistas de estructura, relacionadas con fibrosis y un patrón vascular compuesto por glóbulos y puntos de coloración rojiza que corresponden a capilares dilatados¹².

La histología de la mayoría de las lesiones de PPI muestra piel normal, sin embargo en algunos casos se observa epidermis acantósica y vasos dilatados y tejido fibroso infiltrado por eosinófilos y linfocitos en la dermis papilar³⁻⁵. Con respecto al tipo asociado a LEA la histología muestra parches de infiltrado liquenoide con áreas de degeneración vacuolar y homogenización del colágeno en la dermis papilar^{1,2,6,11}.

Los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta incluyen: pliegue cutáneo secundario a fisura anal, abuso sexual, verrugas genitales, hemangiomas, molusco contagioso, lesiones granulomatosas secundarias a la enfermedad de Crohn, hemorroides y prolapso rectal^{1-3,7}.

El tratamiento es conservador. Generalmente la PPI involuciona espontáneamente o disminuye de tamaño en algunas semanas o meses^{4,6,7}. Sin embargo, puede permanecer estable durante años^{2,3}. En el caso del tipo adquirido o funcional, es recomendable tratar el desencadenante, instaurando cambios en la alimentación así como en la higiene de la región^{3,7,9,10}. Si la PPI se asocia a LEA, puede tratarse con corticoides tópicos^{3,6,11}.

Conclusión

Consideramos importante que pediatras, cirujanos, dermatólogos y dermatólogos infantiles sean capaces de reconocer esta entidad benigna y resolutive en el tiempo, para evitar la realización de diagnósticos erróneos que lleven a procedimientos y tratamientos invasivos innecesarios. Destacamos que un buen interrogatorio y un examen físico completo son prioritarios para distinguir esta condición. Finalmente, consideramos que esta patología probablemente sea más común de lo comunicado en la literatura●

Referencias

1. Ferrari B, Talierno V, Luna P, et al. Infantile perianal protrusion. *Dermatol Online J.* 2014; 21: 5.
2. Patrizi A, Raone B, Neri I, et al. Infantile perianal protrusion: 13 new cases. *Pediatr Dermatol.* 2002; 19: 15-18.
3. Zavras N, Christianakis E, Tsamoudaki S, et al. Infantile perianal pyramidal protrusion: a report of 8 new cases and a review of the literature. *Case Rep Dermatol.* 2012; 4:202-206.
4. Kayashima K, Kitoh M, Ono T. Infantile perianal pyramidal protrusion. *Arch Dermatol.* 1996; 132: 1481-1484.
5. Song HS, Kim YC. Infantile perianal pyramidal protrusion. *Ann Dermatol.* 2014; 26: 278-279.
6. Cruces MJ, De La Torre C, Losada A, et al. Infantile pyramidal protrusion as a manifestation of lichen sclerosus et atrophicus. *Arch Dermatol.* 1998; 134: 1118-1120.
7. Fleet SL, Davis LS. Infantile perianal pyramidal protrusion: report of a case and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2005; 22: 151-152.
8. Leung AK. Concomitant anterior and posterior infantile perianal protrusions. *J Natl Med Assoc.* 2010; 102: 135-136.
9. Scaparotti A, Huguelet PS. It is not just a skin tag: infantile perianal pyramidal protrusion. *J Pediatr.* 2017; 181: 321.
10. Mérigou D, Labrèze C, Lamireau T, et al. Infantile perianal pyramidal protrusion: a marker of constipation? *Pediatr Dermatol.* 1998; 15: 143-144.
11. Hernandez Machin B, Almeida P, Lujan D, et al. Infantile pyramidal protrusion localized at the vulva as a manifestation of lichen sclerosus et atrophicus. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56: S49-50.
12. Lamberti A, Filippou G, Adinolfi A, et al. Infantile perianal pyramidal protrusion: a case report with dermoscopy and ultrasound findings. *Dermatol Pract Concept.* 2015; 5: 125-128.