

Balanitis

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce

Pediatra. Centro de Salud Juan de la Cierva [Servicio Madrileño de Salud, DASUR]. Getafe, Madrid. España.

Fecha de actualización: 15-sep-2013
Guía-ABE_Balanitis (v.3/2013)

Cita sugerida: Fernández-Cuesta Valcarce MA. Balanitis (v.3/2013). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 15-sep-2013; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>

Introducción

La balanitis se define como la inflamación del glande, a menudo con afectación prepucial, hablándose, en este caso, de balanopostitis. Aun siendo una entidad relativamente frecuente en niños prepúberes no circuncidados (alrededor de un 4 %), se encuentran muy pocas referencias en la bibliografía pediátrica.

Aparte de la inflamación del prepucio o el glande, por irritación local o traumatismo, la balanitis habitualmente se debe a una infección secundaria a higiene inadecuada facilitada por la dificultad para la retracción completa del prepucio. Lo más habitual es la presencia de una flora mixta inespecífica, pero cada vez se describen más casos muy sintomáticos y de instauración rápida debidos a infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA -*Streptococcus pyogenes*-), especialmente si hay [afectación perianal](#) o antecedente de [infección orofaríngea](#) reciente.

Microorganismos causales			
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes
Niños (y adolescentes sin relaciones sexuales)	Balanitis inespecífica (leve-moderada)	Flora mixta / irritantes locales	EBHGA
	Balanitis muy sintomática: afectación perianal con el antecedente de infección orofaríngea reciente	EBHGA	Flora mixta
Adolescentes con relaciones sexuales		<i>Candida</i> sp.	Flora mixta

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Microbiología	No indicados	Cultivo de la secreción si sospecha de EBHGA ¹ o <i>candida</i> sp.

Indicaciones de ingreso hospitalario
- El tratamiento es ambulatorio en la práctica totalidad de los casos - Puede valorarse la derivación a especialista en urología/enfermedades infecciosas en casos de adolescentes con relaciones sexuales y lesiones ulcerosas o linfadenopatía regional

Tratamiento antimicrobiano			
Situación clínica		De elección	Alternativas
Balanitis inespecífica		- Higiene y lavados con SSF² - Corticoide tópico (de media/baja potencia)³, una aplicación c/12 horas, durante 5 días	Corticoide (de media/baja potencia) más antibiótico tópicos ⁴ , una aplicación c/12 horas, durante 5 días
Infecciones específicas ⁵	Balanitis por EBHGA	Penicilina V: 250 mg/12 horas si <12 años y 500 mg/12 horas si ≥12 años, VO, durante 10 días	- Amoxicilina: 50 mg/kg/día, en 2-3 dosis, VO, durante 7-10 días - Si alergia a betalactámicos: eritromicina 40 mg/kg/día, en 3 dosis, VO, durante 7-10 días
	<i>Candida</i> sp. ⁶	Imidazol tópico ⁷ , durante 2 semanas	Nistatina tópica ⁸ , durante 2 semanas

Otras medidas terapéuticas
- Limpieza local y lavado con SSF o manzanilla amarga⁹ - En caso de recurrencias puede valorarse tratamiento de la fimosis con corticoide local (betametasona al 0,05-0,1%), 2 veces al día, durante 4 semanas y/o circuncisión

Referencias bibliográficas
AEMPS. Centro de información online de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [consultado el 30-ago-2013]. Disponible en http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm Alapont B, Prosper M, Catalán C. Guía clínica de Balanitis/balanopostitis. Fisterra. [consultado el 30-ago-2013]. Disponible en http://www.fisterra.com/guias-clinicas/balanitis-balanopostitis/ NICE. Balanitis. Guía NICE. [consultado el 30-ago-2013]. Disponible en http://cks.nice.org.uk/balanitis#!topicsummary Cruz-Rojo J, Martínez M, Fernández M. Dermatitis perianal, fisuras y balanopostitis por estreptococo betahemolítico del grupo A. An Pediatr (Barc). 2005;62:483-4. Edwards S. Balanitis and balanoposthitis: a review. Genitourin Med. 1996;72:155-9. Huang CG. Problems of the Foreskin and Glans Penis. Clin Ped Emerg Med. 2009;10:56-9. Leslie JA, Cain MP. Pediatric urologic emergencies and urgencies. Pediatr Clin North Am. 2006;53:513-27. Lisboa C, Ferreira A, Resende C, et al. Infectious balanoposthitis: management, clinical and laboratory features. Int J Dermatol. 2009;48:121-4. Orden B, Martin R, Franco A, et al. Balanitis caused by group A beta-hemolytic streptococci. Pediatr Infect Dis J. 1996;15:920-1. Schwartz RH, Rushton HG. Acute balanoposthitis in young boys. Pediatr Infect Dis J. 1996;15:176-7. Teichman JM. Noninfectious penile lesions. Am Fam Physician. 2010;81:167-74. Tews M, Singer JJ. Balanoposthitis in children: Clinical manifestations, diagnosis and treatment. UpToDate 2013. [consultado el 30-ago-2013]. Disponible en http://www.uptodate.com

Abreviaturas: **EBHGA:** estreptococo beta-hemolítico del grupo A. **SSF:** suero salino fisiológico. **VO:** vía oral.

Notas aclaratorias

- ¹ Algunos autores recomiendan hacer un [cultivo de la secreción balanoprepucial](#) en todos los casos. Indicado siempre en adolescentes con relaciones sexuales y uretritis.
- ² En los casos leves puede ser suficiente.
- ³ Hidrocortisona (acetato) al 1%: Dermosa Hidrocortisona[®] pomada 1% ♦ Hidrocortisona (butirato) al 0,1%: Ceneo[®] crema, Nutrasona[®] crema ♦ Hidrocortisona (aceponato): Suniderma[®] crema.
- ⁴ Hidrocortisona 1% más oxitetraciclina 3%: Terra-Cortril[®] pomada ♦ Hidrocortisona 1% más ácido fusídico 2%: Fucidine H[®] crema.
- ⁵ Tratamiento específico según el resultado del cultivo y antibiograma.
- ⁶ *Candida* sp. es un agente frecuente en la balanitis de adolescentes activos sexualmente y la etiología más común en el adulto. También puede ocurrir en ausencia de contacto sexual en diabéticos y tras un tratamiento antibiótico oral. Aunque las manifestaciones clínicas no son específicas, son sugestivas la presencia de escozor o prurito con eritema balanoprepucial, exudado cremoso blanquecino y sobre todo lesiones pustulosas.
- ⁷ Clotrimazol, ketoconazol y miconazol. No hay evidencias claras respecto a la superioridad de alguno sobre los demás: ♦ Clotrimazol crema (Canestén[®], Canesmed[®]) ♦ Ketoconazol crema (EFG, Fungarest[®], Ketoisdín[®], Panfungol[®]) ♦ Miconazol crema (Daktarín[®]).
- ⁸ Nistatina tópica: no existe actualmente en el mercado ninguna presentación de nistatina tópica aislada. Puede emplearse una fórmula magistral de nistatina en pasta al agua.
- ⁹ Evitar jabones irritantes y emolientes locales.

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.



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

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



Algunos derechos
reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2013. ISSN: 2174-3568.