

Balanitis

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce¹, Celia Alcántara Rey², Paloma Sanjuán Uragón³

¹Pediatra. Centro de Salud Juan de la Cierva [Servicio Madrileño de Salud, DASUR]. Getafe, Madrid. España.

²Residente de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe

³Pediatra. Hospital Quirónsalud Valle del Henares. Torrejón de Ardoz (Madrid)

Fecha de actualización: 27/01/2026
(V.4.0/2020)

Cita sugerida: Fernández-Cuesta Valcarce MA, Alcántara Rey C, Sanjuán Uragón P. Balanitis (v.4/2026). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 27/01/2026; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Cambios más importantes respecto a la versión anterior:

Se recalca el carácter autolimitado de la mayoría de los casos, por lo que se recomiendan como primera opción terapéutica las medidas higiénicas, reservando el empleo de corticoides o antibióticos tópicos para casos seleccionados. Se añade la balanitis alérgica/inmunológica como causa de balanitis, así como su tratamiento. En caso de balanitis no respondedoras a tratamiento habitual, sospechar EBHGA como agente etiológico. Importancia de derivación a urólogo pediátrico si balanitis persistente. Se han actualizado las citas bibliográficas, así como las propuestas de tratamiento y se han revisado los productos disponibles.

Introducción / puntos clave

La balanitis es la inflamación del glande y la postitis hace referencia a la inflamación del prepucio. Cuando se afectan ambos se habla de balanopostitis, aunque como la balanopostitis suele ir acompañada por balanitis, ambos términos suelen usarse de manera intercambiable. Es una entidad relativamente frecuente, dado que afectará al 4% de los varones a lo largo de su vida, especialmente en la edad preescolar y con mayor frecuencia en niños con fimosis no circuncidados. Hay muy pocas referencias al tema en la bibliografía pediátrica, probablemente porque en EEUU, principal fuente de estudios científicos, el 80 % de los varones están circuncidados y la entidad esté infraestimada. Se presenta con dolor, prurito, hipersensibilidad, edema, eritema y fisuración en glande y prepucio, acompañado con frecuencia por secreción purulenta.

Las balanitis pueden desencadenarse por trauma, irritación o infección.

Las más frecuentes son las **balanitis inespecíficas**, cuyo origen está en una higiene inadecuada, especialmente en niños con fimosis, con acumulación de secreciones y residuos entre el prepucio y el glande, lo que unido a las condiciones de humedad genera un desbalance de la flora habitual. Si se hiciera un cultivo, aparecería flora mixta. Con mucha menor frecuencia se producen balanitis por microorganismos específicos, especialmente estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA -*Streptococcus pyogenes*) y *Candida spp*. En los últimos años se ha apreciado un aumento de balanitis por EBHGA, que generalmente son muy sintomáticas y pueden cursar con infección previa (orofaríngea, impétigo) o concomitante (perianal) por dicho germen. También debe considerarse la etiología candidiásica en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos. Menos habituales en pediatría son las [enfermedades de transmisión sexual](#), que deben ser sospechadas ante la presencia de secreción uretral (uretritis).

Otras causas comunes son las **balanitis irritativas de contacto** por limpieza excesiva o, en caso de adolescentes sexualmente activos, por alergia de contacto a lubricantes, espermicidas o al látex; las **balanitis traumáticas** por retracción forzada del prepucio, fricción, lesión por cierre de cremallera, etc.; las **balanitis alérgicas/inmunológicas**, como la erupción fija medicamentosa, desencadenada por medicamentos como sulfonamidas, tetraciclinas, AINES, paracetamol, barbitúricos o antimaláricos, entre otros, que desaparecen al suspenderlos. También hay que considerar en el diagnóstico diferencial la **Balanitis Xerosa Obliterante**, enfermedad crónica inflamatoria, variante del liquen escleroso.

Microorganismos causales			
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes
Lactantes	Balanitis junto con dermatitis del pañal	<i>Candida spp.</i>	
Niños prepúberes y adolescentes sin relaciones sexuales	Clínica inespecífica: dolor, irritación, edema, disuria	Flora mixta Irritativa	< 2 a: <i>E. coli</i> 3-6 a: <i>Enterococcus spp.</i> 7-12 a: EBHGA. <i>S. aureus</i> Adolescentes: anaerobios / <i>Gardnerella vaginalis</i>
	Muy sintomáticas, enrojecimiento superficial con trasudado. Afectación perianal o infección previa por EBHGA	EBHGA	Flora mixta
Adolescentes con relaciones sexuales Diabéticos o inmunodeprimidos Víctimas de abuso sexual		<i>Candida spp</i>	Flora mixta. <i>N. gonorrhoeae.</i> <i>Chlamydia trachomatis.</i> <i>T. pallidum</i> EBHGB <i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Virus herpes simplex</i> Virus papiloma humano
Secreción uretral (<u>uretritis</u>).		<i>Candida spp.</i> <i>N. gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>T. pallidum.</i>
Uso previo antibióticos. Diabetes mellitus.		<i>Candida spp.</i>	
Neoplasia hematológica.		<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
Estudios complementarios			
	Síntomas asociados	Estudios complementarios	
Lactantes Prepúberes	Clínica inespecífica	No necesidad de estudios complementarios ¹ . Tratamiento empírico	
	Muy sintomáticas, enrojecimiento superficial con trasudado. Afectación perianal o infección previa por EBHGA	<ul style="list-style-type: none"> - Test rápido antígenos EBHGA/cultivo del exudado prepucial² - Si dermatitis perianal: test rápido antígenos EBHGA/cultivo perianal³ - En caso de amigdalitis febril concomitante: test rápido antígenos EBHGA/cultivo faríngeo 	

	Secreción uretral	<u>Estudio ITS</u>
Prepúberes Adolescentes	Balanitis no respondedora a tratamiento habitual	<ul style="list-style-type: none"> - Test rápido antígenos EBHGA balanoprepucial - Si dermatitis perianal: test rápido antígenos EBHGA/cultivo perianal³ - En caso de amigdalitis febril concomitante: test rápido antígenos EBHGA/cultivo faríngeo
	Balanitis o balanopostitis asociada a uveítis, úlceras orales y artritis	Derivación a Reumatología, sospecha artritis reactiva
Adolescentes.	Clínica inespecífica	Gram y cultivo de exudado prepucial ²
	Sospecha de <i>Candida spp.</i> o antecedente de diabetes mellitus	Cultivo para hongos ⁴
	Actividad sexual, úlceras o secreción uretral	<u>Estudio ITS</u>

Indicaciones de derivación o ingreso hospitalario		
<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento es ambulatorio en la práctica totalidad de los casos. • Puede valorarse la derivación al especialista en urología/enfermedades infecciosas en casos de adolescentes con relaciones sexuales y lesiones ulcerosas o linfadenopatía regional. • En los casos de balanitis recurrente con fimosis sin respuesta al tratamiento con corticoide tópico puede derivarse al cirujano infantil para valorar circuncisión, que reduce en un 65% el riesgo de balanitis. 		
Tratamiento.		
Medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> - Analgesia. - Buena higiene local. - Baños de asiento con agua tibia y solución salina débil o antiséptico 2-3 veces/día. - Evitar irritantes⁵. No usar jabón para limpiar debajo del prepucio. - Lavados con SSF. - Evitar la retracción forzada del prepucio y limitar al mínimo su manipulación. <p>En adolescentes sexualmente activos, evitar actividad sexual. En ocasiones el dolor puede interferir con la micción. En estos casos puede ser útil la aplicación de lidocaína viscosa tópica o bien realizar baños de asiento previo a intentar miccionar. En casos excepcionales se puede ocasionar obstrucción urinaria secundaria a balanitis complicada con meatitis.</p>		
Situación clínica	De elección	Alternativas
Balanitis inespecífica	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas higiénicas y baños de asiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoide (de media/baja potencia) más antibiótico tópico⁶, una aplicación c/12 horas, durante 7 días • Antibiótico tópico⁷: pomada de mupirocina, una aplicación cada 12 horas durante 7 días. Reduce disuria y previene infección bacteriana secundaria.
Balanitis traumática		

Balanitis irritativa de contacto		<ul style="list-style-type: none"> • Evitar precipitante. • Crema emoliente acuosa. • Medidas higiénicas y baños de asiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoide tópico⁸ (de media/baja potencia), una aplicación c/12 horas, durante 7 días. • Corticoide (de media/baja potencia) más antibiótico tópico⁶, una aplicación c/12 horas, durante 7 días
Balanitis alérgica/inmunológica (erupción fija medicamentosa)		<ul style="list-style-type: none"> • Retirar medicamento causante. • Añadir corticoide tópico⁸ (de media/baja potencia), una aplicación c/12 horas, durante 7 días, para acelerar recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Graves: ciclo oral de Prednisona 0.5-1 mg/kg/día en pauta descendente durante 10-14 días.
Balanitis infecciosa inespecífica.		<ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico tópico: pomada de mupirocina, una aplicación c/ 12 horas durante 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Graves: cefadroxilo vía oral 30-50 mg/kg/día c/12 h (máx 1 g/12h) 7-10 días + tratamiento tópico. • Si alergia a betalactámicos: eritromicina vía oral 40 mg/kg/día en 3 dosis durante 7-10 días o azitromicina vía oral 10 mg/kg/día 5 días.
Infecciones específicas ⁹	Balanitis por EBHGA	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina V vía oral: 250 mg/12 horas si <12 años y 500 mg/12 horas si ≥12 años, durante 10 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina vía oral 50 mg/kg/día, en 2-3 dosis durante 7-10 días • Si alergia a betalactámicos: eritromicina vía oral 40 mg/kg/día, en 3 dosis durante 7- 10 días o azitromicina vía oral 10 mg/kg/día 5 días.
	<i>Candida spp</i> ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Nistatina tópica¹¹ o clotrimazol tópico¹², durante 5-7 días, hasta 2-3 días sin síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con diabetes mellitus, infección recurrente o severa: Fluconazol vía oral: 6 mg/kg (máx150 mg) en dosis única.
	Anaerobios (<i>Bacteroides spp.</i> , <i>Gardnerella vaginalis</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol vía oral 15-35 mg/kg día en 3 dosis durante 7 días • Clindamicina vía oral 10-30 mg/kg/día en 3-4 dosis durante 7 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativa para infecciones por <i>Bacteroides spp</i>: Amoxicilina-clavulánico 80 mg/kg/día, c/8 h 7-10 días
	Protozoos (<i>Trichomonas vaginalis</i> y <i>Entamoeba histolytica</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol vía oral 15-35 mg/kg día en 3 dosis durante 7 días • Adolescentes varones: Metronidazol 2 g vía oral en dosis única. • Adolescentes mujeres: Metronidazol 500 mg vía oral c/12 horas durante 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinidazol 5 mg/kg (máx 2 g) vía oral en dosis única.
Otras ITS específicas (ver Guía ABE. Infecciones de transmisión sexual)			
Otras medidas terapéuticas			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • En caso de persistencia de balanitis más allá de 4-6 semanas a pesar del tratamiento, derivar al urólogo pediátrico para valorar circuncisión o necesidad de toma de biopsia (diagnóstico diferencial con balanitis xerótica obliterante). • La presencia de secreción uretral en un adolescente orienta a ITS como origen de la balanitis. • Se puede plantear diagnóstico diferencial con otras dermatosis, como psoriasis inversa, eczema numular, liquen plano, artritis reactiva, balanitis xerótica, erupción fija medicamentosa o escabiosis. 			
Referencias bibliográficas			

- Castagnetti M, Leonard M, Guerra L, Esposito C, Cimador M. Benign penile skin anomalies in children: a primer for pediatricians. *World J Pediatr* 2015;11(4):316-323. Disponible en: <http://www.wjch.com/UploadFile/2015-316.pdf> [Consultado: 15/1/2026]
- Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Enfermedades-ITS-interactivo-v7.pdf> [Consultado: 15/1/2026]
- Edwards SK, Bunker CB, van der Snoek EM, van der Meijden WI. 2022 European guideline for the management of balanoposthitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023 Jun;37(6):1104-1117.
- Fawcner-Corbett D, Brownlee E. Foreskin and penile problems in childhood. *Surgery (Oxf)*. 2025;43(8):541-546.
- Javid AA, Powell K, Awad K. Guideline review NICE Clinical Knowledge Summary: balanitis in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2022; 107:131-132.
- Matthew Tews, DO, Duncan Wilcox, MD. Balanitis and balanoposthitis in children and adolescents: Clinical manifestations, evaluation and diagnosis. *UpToDate* 2025. Disponible en <http://www.uptodate.com> [Consultado: 15/1/2026]
- Matthew Tews, DO, Duncan Wilcox, MD. Balanitis and balanoposthitis in children and adolescents: Management. *UpToDate* 2025. Disponible en <http://www.uptodate.com> [Consultado: 15/1/2026]
- Moreno G, Ramirez C, Corbalán J, Peñaloza B, Morel Marambio M, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Jan 25;1(1):CD008973.
- Morris BJ, Krieger JN. Penile Inflammatory Skin Disorders and the Preventive Role of Circumcision. *Int J Prev Med*. 2017; 25 (4): 8 - 32.
- Nemirovsky DR, Singh R, Jalalian A, Malik RD. Urologic dermatology: a comprehensive foray into the noninfectious etiologies of balanitis. *Int J Dermatol*. 2022 Dec;61(12):1467-1478.
- Perkins OS, Leslie SW, Cortes S. Balanoposthitis. 2024 May 6. In: *Stat Pearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 31971711. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553050/> [Consultado: 15/1/2026]
- Randjelovic G, Otasevic S. *Streptococcus pyogenes* as the cause of vulvovaginitis and balanitis in children. *Pediatr Int*. 2017;432-437.
- Tu CJ, Torrez S, Chen BG, Brown LA, Randall MM. Balanoposthitis in Children: Does Treatment Matter? *J Emerg Med*. 2025 Dec;79:603-609.
- Wang M, Gao X, Zhang L. Advances in the study of the correlation between balanoposthitis and skin microecology. *Front. Microbiol* 2025; 16:1564675.
- Wray AA, Velasquez J, Leslie SW, Khetarpal S. Balanitis. 2024 Aug 31. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 30725828. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537143/> [Consultado: 15/1/2026]
- Zhang L, et al. Chinese expert consensus on the diagnosis and treatment of balanoposthitis. *Chin Med J (Engl)*. 2024 Jul 5;137(13):1519-1521.
- Zundel S, Ellerkamp V. Balanoposthitis in children: Analysis of treatment diversity and development of a treatment proposal. *J Pediatr Urol* 2024 Jun;20(3):480.e1-480.e6.

Abreviaturas: **EBHGA:** estreptococo betahemolítico grupo A. **EBHGB:** estreptococo betahemolítico grupo B. **SSF:** suero salino fisiológico. **VO:** vía oral.

Notas aclaratorias

- ¹ Algunos autores recomiendan hacer un cultivo de la secreción balanoprepucial en todos los casos en los que se sospecha causa infecciosa. Indicado siempre en adolescentes con relaciones sexuales y uretritis.
- ² Toma de muestra de exudado balanoprepucial: para cultivo se necesita una torunda de algodón estéril con medio de transporte gel. Se podrá conservar la muestra hasta 24 horas a temperatura entre 2 y 8°C. Para tinción de Gram, extender la muestra en un portaobjetos.
- ³ Toma de muestra rectal: para cultivo se necesita una torunda de algodón estéril con medio de transporte gel. Para realizar PCR de infecciones de transmisión sexual (ITS) se necesita una torunda con medio de transporte líquido. Se podrá conservar la muestra hasta 24 horas a temperatura entre 2 y 8°C.
- ⁴ Toma de muestra si sospecha de hongos: para cultivo se necesita una torunda de algodón estéril con medio de transporte gel. Se podrá conservar la muestra hasta 24 horas a temperatura entre 2 y 8°C.
- ⁵ Evitar jabones irritantes y emolientes locales.
- ⁶ Hidrocortisona 1% más oxitetraciclina 3% con polimixina B (Terra-Cortril® pomada ótico-oftálmica) o sin polimixina B (Terra-Cortril® pomada tópica) ♦ Hidrocortisona 1% más ácido fusídico 2% (Fucidine H® crema).
- ⁷ Evitar ungüentos que contengan Neomicina, puesto que pueden causar dermatitis de contacto.
- ⁸ Hidrocortisona acetato al 1% (Dermosa Hidrocortisona® pomada 1%) ♦ Hidrocortisona butirato al 0,1%, (Nutrasona® crema) ♦ Hidrocortisona aceponato al 0.12% (Suniderma® crema y pomada).
- ⁹ Tratamiento específico según el resultado del cultivo y antibiograma.
- ¹⁰ Del 14 al 18% de varones adolescentes y adultos son portadores de *C.albicans*, sin diferenciar si están circuncidados o no. *Candida spp.* 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.
- ¹¹ 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.
- ¹² Clotrimazol, ketoconazol y miconazol. No hay evidencias claras respecto a la superioridad de alguno sobre los demás: ♦ Clotrimazol crema (Canestén®, Clotrimazol Canesmed®) ♦ Ketoconazol crema (EFG, Fungarest®, Ketoisdín®, Panfungol®) ♦ Miconazol crema (Daktarin®).

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.

[i] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>
[e] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:  

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