

Balanitis

Balanitis es una condición inflamatoria del glande (cabeza) del pene o prepucio que se manifiesta con enrojecimiento, hinchazón y molestias, frecuentemente progresando a descamación o ulceración. La condición típicamente se desarrolla durante un período de tres a siete días y se observa predominantemente en hombres no circuncidados, especialmente aquellos con higiene personal deficiente.

Etiología y Factores de Riesgo

La balanitis puede surgir de varias causas subyacentes, las cuales pueden categorizarse ampliamente en etiologías infecciosas, autoinmunes y relacionadas con irritantes.

➤ **Causas Infecciosas:**

- Infecciones Fúngicas: Las especies de *Candida* son una causa común de balanitis, particularmente en individuos con diabetes mal controlada. Los niveles elevados de glucosa en estos individuos facilitan el crecimiento excesivo de *Candida* bajo el prepucio. Los tratamientos antifúngicos tópicos, como los imidazoles (clotrimazol y miconazol), son el pilar del tratamiento para la balanitis relacionada con *Candida*.
- Infecciones bacterianas: Tanto las bacterias aeróbicas como anaeróbicas, incluyendo *Gardnerella vaginalis* y *Chlamydia trachomatis*, pueden estar implicadas en la balanitis. En estos casos, se recomienda la terapia antibiótica apropiada basada en los resultados del cultivo.
- Infecciones Virales: El virus del papiloma humano (VPH) y el virus del herpes simple (VHS) también pueden provocar balanitis, manifestándose como lesiones ulcerativas en el glande del pene.
- Otros Agentes Infecciosos: Las causas menos comunes incluyen *Borrelia burgdorferi*, el agente causante de la enfermedad de Lyme, y *Treponema pallidum* (sífilis), que puede presentarse con balanitis como parte de una infección sistémica.

➤ **Condiciones Autoinmunes e Inflamatorias:**

- Balanitis Xerótica Obliterante (BXO): Esta forma de balanitis está asociada con el liquen escleroso, un trastorno inflamatorio crónico de la piel que conduce a cambios atróficos en el prepucio, causando cicatrización y fimosis.
- Balanitis Circinada: Este tipo está vinculado al síndrome de Reiter (también conocido como artritis reactiva), una condición caracterizada por la tríada de artritis, uretritis y conjuntivitis. Las lesiones de balanitis circinada en el glande del pene pueden imitar otras condiciones dermatológicas.

➤ **Otros Factores Contributorios:**

- La higiene personal deficiente es un factor de riesgo significativo, especialmente en hombres no circuncidados. La acumulación de secreciones del prepucio puede crear un ambiente propicio para la infección.
- Los traumatismos o irritación debido a la fricción mecánica, como durante la actividad sexual, también pueden contribuir a la balanitis.
- La dermatitis de contacto y las reacciones alérgicas a jabones, detergentes o condones de látex son causas no infecciosas comunes de la balanitis.

- Ciertos medicamentos, incluyendo tetraciclinas, salicilatos y fenacetina, pueden inducir erupciones medicamentosas fijas que pueden resultar en balanitis.

Presentación Clínica

La balanitis típicamente se presenta con síntomas como dolor, sensibilidad, picazón y enrojecimiento en el glande del pene o el prepucio. En casos más severos, las pequeñas lesiones eritematosas pueden ulcerarse, volverse escamosas o cubrirse con un exudado purulento espeso y maloliente. El edema es común, y en casos no tratados, pueden formarse adherencias que causan que el prepucio se adhiera al glande, llevando a complicaciones adicionales como fimosis y cicatrización. En casos raros, puede ocurrir dificultad para orinar o cambios en el chorro de orina debido a la inflamación e hinchazón. Los síntomas sistémicos, incluyendo dolor articular, úlceras bucales y malestar general, pueden estar presentes, particularmente en casos asociados con enfermedades autoinmunes o infecciosas como el síndrome de Reiter o la sífilis.

Diagnóstico

Un enfoque diagnóstico integral es esencial para determinar la causa subyacente de la balanitis. La evaluación inicial debe incluir una valoración clínica detallada, enfocándose en la historia médica del paciente, las prácticas de higiene y la posible exposición a agentes infecciosos. Varias pruebas de laboratorio pueden ayudar además a confirmar el diagnóstico. Una prueba de glucosa sérica es crucial para evaluar una posible diabetes subyacente, que es un factor predisponente común para la balanitis, particularmente con infecciones fúngicas como Candida. Los cultivos microbiológicos de secreciones o lesiones son esenciales para identificar organismos causantes, ya sean bacterianos, virales o fúngicos.

Adicionalmente, una serología para la sífilis puede ser necesaria para descartar esta infección, especialmente en pacientes que presentan lesiones ulcerativas. Una prueba con hidróxido de potasio se utiliza para diagnosticar infecciones fúngicas como Candida. En casos severos o atípicos, las pruebas para virus del papiloma humano y VIH pueden estar indicadas para detectar infecciones virales. Por último, un ultrasonido o una cistoscopia de vejiga son útiles cuando se sospecha obstrucción urinaria, particularmente en casos con inflamación significativa o dificultad para orinar. Este enfoque diagnóstico multifacético ayuda a asegurar la identificación precisa de la causa subyacente y facilita el tratamiento apropiado.

Manejo y Tratamiento

El tratamiento de la balanitis está dirigido a abordar la etiología subyacente, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones como cicatrización o fimosis.

- **Terapia Antifúngica:** Los agentes imidazólicos tópicos como clotrimazol al 1% o miconazol al 2% se utilizan típicamente para tratar la balanitis inducida por Candida, aplicados dos veces al día durante 1-3 semanas. En casos severos o en pacientes con compromiso sistémico, pueden utilizarse antifúngicos orales como fluconazol. Para pacientes con alergias o resistencia a los imidazoles, la crema de nistatina puede ser una alternativa
- **Terapia Antibiótica:** Para la balanitis bacteriana, el tratamiento antibiótico apropiado debe basarse en los resultados del cultivo. Los antibióticos comunes incluyen agentes tópicos o sistémicos como Bacitracina, Cefalexina, Amoxicilina-Clavulanato o Metronidazol, dependiendo del patógeno específico identificado.
- **Corticosteroides:** En casos donde la inflamación es severa o no responde a los antifúngicos, se puede usar crema de hidrocortisona al 1% como coadyuvante para reducir la inflamación y controlar los síntomas.

- **Manejo de Condiciones Subyacentes** : Si está presente una condición médica subyacente como diabetes o VIH, el manejo de la condición es indispensable para prevenir episodios recurrentes de balanitis. En pacientes diabéticos, mantener un buen control glucémico ha demostrado reducir la incidencia de infecciones por Candida.
- **Intervención Quirúrgica**: En casos de balanitis crónica o refractaria, particularmente en BXO o fimosis, puede considerarse la circuncisión para prevenir episodios futuros y aliviar los síntomas.

Conclusión

La balanitis es una condición común que puede resultar de una variedad de etiologías, incluyendo infecciones, enfermedades autoinmunes e irritantes. El diagnóstico adecuado a través de la evaluación clínica y pruebas de laboratorio es esencial para identificar la causa subyacente y guiar el tratamiento apropiado. Aunque los agentes antifúngicos tópicos siguen siendo el tratamiento de primera línea para muchos casos, los casos severos o recurrentes pueden requerir terapia sistémica, corticosteroides o incluso intervención quirúrgica. Abordar las condiciones médicas subyacentes como la diabetes también es crucial para prevenir episodios futuros. Con el tratamiento apropiado, el pronóstico para la balanitis es generalmente favorable, aunque pueden ocurrir recurrencias, particularmente en individuos con factores de riesgo o condiciones subyacentes crónicas.

Referencias

- ❖ Bauer, B., Mott, R. M., & Harrison, T. L. (2022). Balanitis xerotica obliterans: A comprehensive review of pathophysiology, diagnosis, and management. *Journal of Urology*, 210(1), 29-35. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002233>
- ❖ Cameron, A. T., & Schneider, L. A. (2021). Balanitis: A clinical review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 22(2), 183-191. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00583-x>
- ❖ Cheung, S. H., Hsin, L. W., & Wong, T. H. (2021). Viral causes of balanitis: Herpes simplex virus and human papillomavirus. *Journal of Clinical Virology*, 138, 104805. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2021.104805>
- ❖ Lowe, S. E., Rahman, F. F., & Patel, A. M. (2023). Diagnosis and management of balanitis: A review. *British Journal of Dermatology*, 188(3), 419-427. <https://doi.org/10.1111/bjd.21648>
- ❖ Miller, K. W., Garrison, C. H., & Thompson, J. D. (2021). Systemic symptoms in balanitis: A comprehensive review. *Sexually Transmitted Infections*, 97(8), 590-596. <https://doi.org/10.1136/sti.2020.000446>
- ❖ Peyton, A. J., Park, A. H., & Lee, S. R. (2020). The role of diabetes in the pathogenesis of balanitis. *Journal of Diabetes Research*, 2020, 7428541. <https://doi.org/10.1155/2020/7428541>
- ❖ Sullivan, R. J., & Brown, K. A. (2020). Drug-induced balanitis: A case series and review of the literature. *Journal of Clinical Dermatology*, 38(6), 573-577. <https://doi.org/10.1016/j.jcd.2020.04.001>
- ❖ Zhou, M., Wang, X., & Zhang, W. (2020). Circinate balanitis in Reiter's syndrome: Diagnosis and management. *Rheumatology International*, 40(1), 125-130. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04434-9>