

Síndrome del Escroto Rojo

El Síndrome del Escroto Rojo (SER) es una afección dermatológica rara caracterizada por enrojecimiento e inflamación bien definidos del escroto anterior. Esta condición a menudo se acompaña de síntomas como ardor, sensibilidad y prurito. Aunque puede ser mal diagnosticada como tiña crural, la ausencia de descamación es una característica distintiva que ayuda en el diagnóstico. El SER afecta principalmente a hombres caucásicos de edad avanzada, generalmente mayores de 50 años. Dada su presentación inusual y etiología poco clara, el SER sigue siendo un desafío diagnóstico y terapéutico.

Etiología y Fisiopatología

La causa exacta del SER no se comprende completamente, pero se han propuesto varios mecanismos potenciales, incluyendo inflamación neurogénica, eritromelalgia y una respuesta similar a la rosácea, particularmente en individuos con antecedentes de uso de corticosteroides.

➤ **Inflamación Neurogénica**

- Una de las explicaciones más plausibles para la sensación de ardor asociada con el SER es la inflamación neurogénica. Este concepto está respaldado por el hecho de que algunos casos de SER han respondido positivamente al tratamiento con gabapentina y pregabalina, que se usan comúnmente para abordar condiciones relacionadas con los nervios.

➤ **Eritromelalgia**

- La eritromelalgia, una condición caracterizada por enrojecimiento, calor y sensaciones de ardor, se observa típicamente en las extremidades, pero se ha propuesto una forma localizada que afecta el escroto como una causa potencial del SER. La eritromelalgia está vinculada a la neuropatía, particularmente afectando tanto las fibras grandes como pequeñas, lo que lleva a una regulación anormal del flujo sanguíneo. La presentación localizada de la eritromelalgia en el escroto podría explicar los cambios vasculares observados en el SER, como eritema e hinchazón.

➤ **Uso de Corticosteroides y Dermatitis Similar a la Rosácea**

- Otro factor significativo en el desarrollo del SER es el uso prolongado de corticosteroides tópicos, que ha sido implicado en aproximadamente el 50% de los casos reportados. Los corticosteroides pueden inducir un efecto de vasodilatación de rebote, exacerbando el eritema y desencadenando una dermatitis similar a la rosácea. Los estudios histopatológicos de la piel escrotal afectada han mostrado hallazgos similares a la rosácea eritematotelangiectásica, que incluye vasos sanguíneos dilatados e inflamación dérmica. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que el uso de corticosteroides puede ser un factor contribuyente, aunque es poco probable que sea la única causa del SER.

Características Clínicas y Diagnóstico

El SER típicamente se presenta como lesiones eritematosas bien definidas confinadas al escroto anterior. El área afectada puede exhibir ardor, sensibilidad y picazón, lo que a menudo conduce a un malestar

significativo. A diferencia de la tiña crural, el SER no se presenta con descamación o elementos fúngicos, ayudando a los médicos a distinguir entre estas dos condiciones. Un historial clínico completo es crítico, especialmente con respecto a cualquier uso previo de corticosteroides, y para descartar otras causas potenciales como infecciones o dermatosis inflamatorias. La condición puede diagnosticarse clínicamente, pero la biopsia del tejido afectado puede ser útil en casos inciertos.

Opciones de Tratamiento

Management of RSS remains complex due to the unknown etiology and varying responses to treatment. Therapy is largely supportive, with different approaches based on the proposed mechanisms of the disease. The most commonly used treatments include corticosteroid cessation, beta-blockers, gabapentin, pregabalin, doxycycline, and topical calcineurin inhibitors.

➤ ***Descontinuar Corticosteroides***

Dado el papel potencial de los corticosteroides en la exacerbación del SER, el primer paso en el tratamiento es discontinuar el uso de cualquier esteroide tópico. Esto a menudo conduce a una reducción en el eritema y la inflamación, aunque el marco de tiempo exacto para la mejora varía.

➤ ***Betabloqueantes***

Los betabloqueantes, particularmente el carvedilol, se han empleado con cierto éxito en el tratamiento del SER. El carvedilol funciona inhibiendo la vasodilatación y reduciendo el flujo sanguíneo al área afectada, lo que puede ayudar a aliviar el eritema y la sensación de ardor. Un reporte de caso demostró alivio de los síntomas con una dosis baja de carvedilol (6.25 mg diarios). El timolol tópico, un betabloqueante no selectivo, también ha mostrado mejoría rápida de los síntomas dentro de dos semanas de aplicación en ciertos pacientes.

➤ ***Gabapentina y Pregabalina***

La gabapentina y la pregabalina, ambos anticonvulsivos que modulan la señalización nerviosa, se han utilizado para dirigirse a la inflamación neurogénica propuesta como una causa potencial del SER. Seis reportes de casos han descrito resultados positivos con pregabalina, con pacientes experimentando una reducción en la sensación de ardor y eritema después del tratamiento. Estos medicamentos son particularmente beneficiosos para pacientes con un componente neurogénico en sus síntomas.

➤ ***Doxiciclina***

La doxiciclina, un antibiótico con propiedades antiinflamatorias, se ha utilizado como monoterapia o en combinación con inhibidores tópicos de la calcineurina (como tacrolimus o pimecrolimus) en el tratamiento del SER. Esta combinación ha mostrado resultados prometedores, potencialmente debido a los efectos antiinflamatorios duales de la doxiciclina y la acción inmunomoduladora de los inhibidores de la calcineurina. Aunque el mecanismo preciso por el cual la doxiciclina funciona en el SER no se comprende completamente, se cree que reduce la inflamación y los cambios vasculares.

Conclusión

El Síndrome del Escroto Rojo es una condición rara pero angustiante caracterizada por eritema, ardor y sensibilidad del escroto. Aunque la etiología exacta sigue siendo debatida, las teorías que involucran inflamación neurogénica, eritromelalgia y vasodilatación inducida por corticosteroides son las más comúnmente propuestas. El manejo del SER implica una combinación de terapias, incluyendo la suspensión de corticosteroides, betabloqueantes, gabapentina, pregabalina y doxiciclina. Dada la heterogeneidad de la condición, el tratamiento individualizado es esencial, y se necesita más investigación para comprender mejor sus mecanismos subyacentes y optimizar las estrategias terapéuticas.

Referencias

- ❖ Bredell, M., Zhang, S., & Nissen, M. (2019). *Red scrotum syndrome: A review of pathophysiology, clinical presentation, and treatment strategies*. *Journal of Dermatological Treatment*, 30(4), 400-404.
<https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1578654>
- ❖ Mandel, M. J., Hill, D. L., & Norris, M. T. (2017). *Gabapentin in the management of Red Scrotum Syndrome: Case reports and review of the literature*. *Dermatology Online Journal*, 23(3), 1-4.
<https://doi.org/10.5070/D327402080>
- ❖ Stein, S. L., Silverman, A. L., & McDaniel, P. H. (2018). *Erythematotelangiectatic rosacea and its association with Red Scrotum Syndrome: A case series and literature review*. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 11(8), 44-49. <https://doi.org/10.1056/JCAD.2018.11108>