

INFECCIONES GENITALES EN PEDIATRÍA. BALANITIS

Febrero 2018

Autores:

María Sánchez Moreno, FEA Pediatría. Area de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (**coordinadora de capítulo**)

María Teresa Alonso, Pediatra Urgencias Hospital Virgen del Rocío

Macarena Flores Dorado, Farmacéutica de Atención Primaria, AGS Norte de Cadiz

Antonio Vázquez Florido, Pediatra Urgencias Hospital Virgen del Rocío

Raúl García Estepa, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Revisores externos:

Josefa Ares, FEA Pediatría, Pontevedra (Miembro Grupo Infecciones AEPap)

Marta Teresa Herrero Romero, Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. HHUU Virgen del Rocio (Comité PIRASOA, SEIMC).

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

7.5. INFECCIONES GENITALES EN PEDIATRÍA: BALANITIS

María Sánchez Moreno, María Teresa Alonso, Macarena Flores Dorado, Antonio Vázquez Florido, Raúl García Estepa

INTRODUCCIÓN

La balanitis es la inflamación del glande y, con frecuencia, también del prepucio generalmente en niños no circuncidados⁴. Afecta aproximadamente al 4% de los niños prepuberales, sobre todo durante la etapa preescolar, siendo la mayoría de las veces inespecífica, de causa irritativa, por higiene deficiente o exceso de la misma (intentos de retracción del prepucio).

Puede ser aguda, crónica (si la duración es de varias semanas) o recurrente.

El diagnóstico es clínico, basado en los hallazgos clásicos: prurito, irritación, dolor, edema y, en ocasiones, exudado. La inflamación de glande y prepucio puede condicionar una fimosis relativa. A veces aparece un exantema en ingles o disuria, que puede confundir con infección urinaria. Los lactantes pequeños suelen presentar irritabilidad^{2,3}.

Para el diagnóstico no es necesario tomar una muestra para cultivo pero puede ser útil en algunos casos¹. Se debe de considerar si es severa o persistente, si se sospecha infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A o en adolescentes con actividad sexual¹. En los niños pequeños las causas más frecuentes son las inespecíficas (por higiene deficiente o por exceso, debido al empeño de los padres en “bajar” el prepucio y despegar las adherencias balanoprepuciales), las candidiásicas en un contexto de dermatitis del pañal y las irritativas por contacto³.

BALANITIS EN PEDIATRÍA*

Etiología^Ω: Generalmente son inespecíficas. La presencia de fimosis o adherencias balanoprepuciales conlleva una pobre higiene con acúmulo de esmegma, que favorece el sobrecrecimiento de flora prepucial local, puede dar lugar a una dermatitis y predisponer a la infección por *E. coli* (más frecuente en niños de 0-2 años), enterococos (niños de 3-6 años), estreptococo beta-hemolítico del grupo A (niños de 7-12 años o niños con infección previa documentada por estreptococo grupo A), *Candida albicans* o, muy infrecuentemente, *Staphylococcus aureus* y *Gardnerella vaginalis*. Otras causas: dermatitis por irritantes (jabón) o alérgica, otras condiciones dermatológicas (dermatitis seborreica, atópica o más raramente liquen escleroso) o manipulación del prepucio.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO O ANTIFÚNGICO			GR	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA		
Balanitis inespecífica	Hidrocortisona tópica 1%, 1 vez al día, 14 días o hasta la mejoría de los síntomas ^{1,6} Si los síntomas no mejoran en 7 días, cesar hidrocortisona ¹	C			<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar medidas higiénicas (la falta de higiene predispone a dermatitis no específica)¹ • Recomendar realizar el tratamiento tópico aunque se muestre curación, para prevenir recurrencias⁴ • Irrigación con agua templada o suero fisiológico 2-3 veces al día y secado cuidadoso • Uso de emolientes • No intentar retraer el prepucio si no es posible, no forzar • Retirar todos los productos irritantes (jabón, gel, toallitas...) y lavar con agua tibia • Cambio de pañal frecuente • No está indicada la toma de muestras para cultivo microbiológico, de forma rutinaria. Sí se recomienda tomar una muestra con un hisopo de la zona subprepucial en caso de balanitis severa o moderada pero persistente a pesar del tratamiento¹, si se sospecha estreptococo del grupo A o en adolescentes con actividad sexual.
Balanitis si riesgo de candidiasis (uso de pañal o antibioterapia oral concomitante)	Hidrocortisona tópica 1%, 1 vez al día + Imidazol tópico (clotrimazol 1%, miconazol 2% o econazol 1%) 14 días o hasta la mejoría de los síntomas ^{1,6} Si los síntomas no mejoran en 7 días, cesar hidrocortisona ¹	C			
Balanitis inespecífica si acompañada de disuria	Hidrocortisona tópica 1%, 1 vez al día, 14 días o hasta la mejoría de los síntomas + Mupirocina tópica 2 veces/día, 7 días Si los síntomas no mejoran en 7 días, cesar hidrocortisona ¹	E			
Balanitis irritativa o alérgica	No indicado ^{# 1}	C			
Balanitis candidiásica (sospecha o confirmada)	Clotrimazol tópico ^κ (crema 1%) 2 veces al día, 14 días o hasta resolución ^{# 1}	A	Otro imidazol tópico (miconazol 2% o econazol 1%), 14 días o hasta resolución ^{# 1}	A	
Balanitis bacteriana ^Ω (sospecha o confirmada)	Estreptocócica: Fenoximetilpenicilina oral, <12 años: 250 mg cada	D	En niños más pequeños que no aceptan el sabor de penicilina V:		

	12 horas, 10 días >12 años: 500 mg cada 12 horas, 10 días ⁶ + Mupirocina tópica, 2 aplicaciones/día (opcional) Si no se puede descartar infección estafilocócica: Cloxacilina oral (estómago vacío), 25-50 mg/kg/día en 4 tomas (dosis máxima: 4 g/día), 7 días ^{# 1} Cefadroxilo oral, 30 mg/kg/día, cada 12 horas, 7 días.	D E	Amoxicilina oral, 50 mg/kg/día, 10 días ⁵ Alérgicos a penicilinas (toda sospecha debe ser estudiada): Eritromicina ▽ oral, 40 mg/kg/día, en 3 dosis (dosis máxima: 4 g/día), 7 días ^{# 1} Claritromicina ▽ oral, 15 mg/kg/día en 2 dosis (dosis máxima: 1 g/día), 7 días ^{# 1}	B D D
Balanitis anaeróbica (<i>Gardnerella vaginalis</i> y bacterioides) ^Ω (sospecha o confirmada)	Metronidazol oral, 15-35 mg/kg/día, en 3 dosis (dosis máxima: 750 mg/día), 7 días ^{# 1}	C	Clindamicina tópica (crema), 2 aplicaciones al día hasta resolución ⁶	C
Balanitis xerótica	No indicado ^{‡ 1}	A		

OBSERVACIONES:

* **Hallazgos exploración:** edema, eritema, exudado, mal olor, fimosis y linfadenopatías inguinales.

Factores predisponentes: higiene deficiente, fimosis, toma de antibióticos (favorece candidiasis), infección reciente por estreptococo del grupo A (favorece diseminación a otras estructuras), balanopostitis previas, uso de jabones u otros productos irritantes, estados de inmunodeficiencias congénita o adquirida, diabetes, traumatismo previo ("tirón"), enfermedad dermatológica previa (atopia, dermatitis seborreica...) ¹.

Diagnóstico diferencial: enfermedades reumatológicas (síntomas asociados), abuso sexual (enfermedades de transmisión sexual o historia compatible).

^Ω **Diagnóstico diferencial etiológico** ¹:

- **Inespecífica** (la más frecuente): signos irritativos.
- **Irritativa:** enrojecimiento del glande con inflamación localizada. Lo más frecuente es que se deba a un irritante. La dermatitis de contacto tipo alérgica es inusual en niños.
- **Infección bacteriana:** generalmente por enterococos o *Escherichia coli*. De forma más excepcional por *Staphylococcus aureus*. Puede aparecer *Streptococcus pyogenes* en relación a estreptococia perianal o amigdalitis estreptocócica reciente. Clínicamente aparece dolor, un eritema color rojo vivo y trasudado húmedo y brillante.
- **Candidiasis:** eritema generalizado que suele respetar el meato, fisuras, pápulas erosionadas, lesiones satélite y exudado de color blanco.
- **Anaeróbica:** erosiones superficiales, mal olor, secreción subprepuccial, edema y adenitis inguinal. Los gérmenes más frecuentemente aislados son *Gardnerella vaginalis* y bacterioides spp.
- **Xerótica obliterante:** es una condición inflamatoria de probable patogenia inmune, no infecciosa: prurito, dolor, en ocasiones vesículas hemorrágicas, placas atróficas blancas en glande y prepucio que coalescen y resultan en adhesiones, fimosis y estenosis meatal.

[#] Si la inflamación causa disconfort, añadir **hidrocortisona** tópica 1% en crema o pomada, hasta un máximo de 14 días o hasta remisión ¹. Si los síntomas no mejoran en 7 días: suspender el tratamiento con hidrocortisona tópica, tomar una muestra para cultivo y actuar según resultado ¹.

& El **clotrimazol** tópico se mostró tan efectivo como el fluconazol oral para el tratamiento de la balanitis candidiásica¹.

‡ Está indicado el uso de **mometasona** tópica, una vez al día, 2 meses o hasta remisión y después retirar gradualmente (GR A)⁶.

▼ NOTAS DE SEGURIDAD

Macrólidos: La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar **irregularidades en el ritmo cardíaco** potencialmente fatales. Los **macrólidos** deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

- Obstrucción urinaria
- Resistencia a tratamiento, balanitis recurrente, prolongada o refractaria al tratamiento o balanitis de características diferentes a las descritas recoger muestra para cultivo y descartar: diabetes, enfermedad reumatológica, inmunodeficiencia o malignidad.
- Desarrollo de verdadera fimosis.
- Balanitis xerótica obliterante.
- Enfermedad de transmisión sexual descartar abuso sexual

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (por orden alfabético)

1. Clinical Knowledge Summaries (CKS). Balanitis 2015 Jul. Disponible en: <https://cks.nice.org/>
2. Conejo-Fernández AJ, et al. SEIP- AEPAP- SEPEAP consensus document on the aetiology, diagnosis and treatment of bacterial skin infections in out-patients. An Pediatr (Barc). 2016.
3. Gracia Romero J et al. El pediatra ante los procesos más frecuentes de Urología pediátrica. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 183-94
4. Matthew T et al. Balanoposthitis: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. 2017 Jul. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/balanoposthitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?source=see_link
5. Shulman ST et al. Infectious Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012 Nov 15;55(10):e86-102.
6. UK National guideline on the management of balanoposthitis from the British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), 2008. Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>