



Patología inflamatoria del escroto

Y. Cerantola, L. Vaucher, M. Secco, X. Tillou, A. Doerfler

El escroto se define como la envoltura cutánea situada entre la base del pene y el periné. Contiene los testículos, los epidídimos, así como la porción proximal de los cordones espermáticos. Por tanto, las enfermedades inflamatorias del escroto engloban cualquier afectación mayoritariamente inflamatoria de la envoltura escrotal y no de su contenido. Las afecciones testiculares y epididimarias (18-635-A-10) se describen en artículos relacionados. Asimismo, las enfermedades de transmisión sexual (18-690-A-10) y otras ulceraciones genitales (18-690-A-13), los traumatismos (18-625-A-10), los estados precancerosos y cánceres del escroto (98-834-A-10) no se detallarán aquí, porque el cuadro inflamatorio sólo es secundario en estas situaciones. La gangrena de Fournier se expone en un artículo específico (18-642-A-10). La patología inflamatoria del escroto, «cajón de sastre» nosológico, engloba tanto los procesos escrotales secundarios a una enfermedad sistémica o tumoral como las enfermedades locales escrotales o perineales. Por tanto, su diagnóstico se basa sobre todo en una exploración física completa en busca de otras lesiones a distancia. Debido a que las enfermedades inflamatorias escrotales afectan a la epidermis, la dermis y/o la hipodermis, es preciso contar con unos conocimientos dermatológicos adecuados para identificarlas. Su tratamiento es principalmente médico, aunque algunas afecciones requieren un tratamiento quirúrgico.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Parasitosis; Micosis; Verneuil; Hidradenitis supurativa; Psoriasis; Paget; Behçet

Plan

■ Micosis escrotales	1
Intertrigo candidiásico	1
Dermatitis seborreica (cf EMC Dermatología [98-826-A-10])	3
■ Dermatitis inflamatorias escrotales	3
Hidradenitis supurativa	3
Psoriasis invertida	4
■ Parasitosis escrotales	4
Linfedema escrotal de la filariasis	4
Pediculosis púbica	6
■ Manifestaciones escrotales de enfermedades tumorales, inflamatorias o sistémicas	6
Enfermedad de Paget extramamaria	6
Enfermedad de Behçet	7
■ Conclusión	8

predominante. Sólo se expondrán el intertrigo candidiásico (IC) y la dermatitis seborreica (DS), que son las dos micosis que afectan con más frecuencia al escroto, aunque los dermatofitos pueden provocar una inflamación inguinoescrotal.

Intertrigo candidiásico

Epidemiología

El IC se produce en las regiones donde hay dos superficies cutáneas en contacto estrecho, como los pliegues inguinales, los pliegues axilares, los pliegues inframamarios o el escroto. Estas lesiones se pueden acompañar o no de una afectación infecciosa^[1]. El IC es la manifestación más frecuente. Afecta tanto a varones como a mujeres, sin distinción de edad o de raza.

Patogenia

El ambiente cálido y húmedo de los pliegues cutáneos es ideal para el crecimiento de *Candida*. Una alteración de la integridad de la superficie cutánea por microtraumatismos, oclusión o maceración puede causar una colonización por *Candida*^[2].

■ Micosis escrotales

Las infecciones cutáneas fúngicas del escroto se describen en este artículo porque la afectación inflamatoria es

Cuadro 1.

Resumen de las distintas enfermedades inflamatorias escrotales y su tratamiento.

	Tratamientos farmacológicos		Tratamientos quirúrgicos
	Tópicos	Sistémicos	
<i>Intertrigo candidiásico</i>	Nistatina, miconazol, ketoconazol o terbinafina en crema, 2 veces/día hasta la resolución de los síntomas	Fluconazol 150 mg 1 vez/semana durante 6 semanas	
Dermatitis seborreica	Ketoconazol o ciclopiroxolamina en crema, 2 veces/día hasta la resolución de los síntomas		
Hidradenitis supurativa	Triamcinolona 3-5 mg/ml diluida en lidocaína en inyección intralesional	Eritromicina 250 mg/6 h Prednisona 70 mg/día con pauta descendente de 2 semanas	Fase aguda: incisión-drenaje Fase crónica: resección en tejido sano hasta la túnica vaginal, injerto de piel
Psoriasis invertida	Preparación de Castellani Derivados de la vitamina D Dermocorticoides II-III Tratamiento a largo plazo: - calcipotriol - tacrolimús		
Filariosis		Dietilcarbamazina 6 mg/kg/día en dosis única o fraccionada en 2 semanas Alternativas: ivermectina o albendazol	Resección amplia en tejido sano hasta la túnica vaginal, injerto de piel de espesor delgado
Escabiosis	Benzoato de benzilo en aplicación corporal 2 veces/24 h	Ivermectina 200 µg/kg en dosis única	
Pediculosis del pubis	Malatión o piretrinas en aerosol o loción, 1 vez/día hasta la desaparición de los síntomas	Albendazol	
Enfermedad de Paget extramamaria			Resección amplia en tejido sano hasta la túnica vaginal, injerto de piel Alternativa: radioterapia
Enfermedad de Behçet		Corticoides y AINE Azatioprina y ciclosporina Ciclofosfamida e interferón	

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Los factores de riesgo para estas infecciones son el aumento de la fricción cutánea (obesidad, actividades que provocan una fricción intensa) y el aumento de la humedad entre los pliegues cutáneos (hiperhidrosis, prendas oclusivas, obesidad). Cualquier factor que reduzca la inmunidad (diabetes mellitus, glucocorticoides, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], inmunosupresión terapéutica, etc.) puede favorecer el desarrollo de infecciones por *Candida*, al igual que los tratamientos antibióticos^[3].

Etiología

Candida albicans es el patógeno identificado con más frecuencia^[1-3]. Este microorganismo unicelular forma parte de la flora comensal del tracto digestivo, de la vagina y de la boca. Puede causar infecciones oportunistas en determinadas circunstancias. En otras ocasiones, se pueden aislar otras especies de *Candida*.

Presentación clínica

La IC se presenta en forma de placas eritematosas policíclicas bien delimitadas, con erosiones cutáneas frecuentes; es frecuente observar una descamación periférica, así como una papulopustulosis eritematosa perilesional, que pueden provocar un prurito en ocasiones doloroso^[1,2].

Diagnóstico diferencial**Diagnóstico**

Es clínico y se basa en el aspecto y la localización de las lesiones^[1,2]. El diagnóstico se puede confirmar mediante

un estudio micológico directo. En algunos casos, es necesario realizar un cultivo de las escamas e incluso una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico.

Tratamiento (Cuadro 1)

En una primera fase, hay que tratar o mejorar los factores predisponentes, como la diabetes y los tratamientos inmunosupresores^[1,2].

Tratamiento tópico

Los agentes usados con más frecuencia son la nistatina, los derivados azólicos o la terbinafina. La amfotericina B y la ciclopiroxolamina también son eficaces^[1]. La duración del tratamiento depende de la gravedad y la extensión de las lesiones^[4].

Desecación de los pliegues cutáneos

El mantenimiento de los pliegues cutáneos secos suele ser difícil. El uso de agentes «desecantes» puede estar indicado^[1,2] y se pueden usar polvos antifúngicos (miconazol, nistatina), agentes antisépticos desecantes (eosina, permanganato de potasio o nitrato de plata) o el talco.

Antifúngicos orales

Los casos refractarios al tratamiento tópico realizado de forma adecuada o las formas graves en pacientes frágiles pueden requerir un tratamiento oral con fluconazol durante 2-6 semanas^[5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268694>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268694>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)