

Síndrome de enrojecimiento genital y corticodependencia

Corticoesteroid dependent genital syndrome

Eduardo David Poletti Vázquez¹, Rocío Muñoz Sandoval², André Morales Martínez³

¹ Profesor, Cátedra teórico-práctica de Medicina Interna y Dermatología. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Profesor de Dermatología y de Propedéutica Clínica. Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes.

² Profesor de la Cátedra de Decisiones Críticas en Medicina, Universidad Cuauhtémoc, Aguascalientes, Ags.

³ Residente de Dermatología Pediátrica. Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Fecha de aceptación: octubre 2011

RESUMEN

El síndrome de enrojecimiento genital es una afección crónica, local y sintomática, secundaria a cortico-dependencia; afecta principalmente la región escrotal y vulvar, formando parte de un espectro de acciones médico-terapéuticas por uso crónico de corticoides, el cual puede ser evitable. Se presentan dos casos clínicos del síndrome, un hombre de 34 años y una mujer de 42 años de edad, previamente sanos, con afección escrotal y vulvar en quienes se presentó la aplicación inadecuada de corticosteroides tópicos.

PALABRAS CLAVE: corticosteroides tópicos, síndrome por corticodependencia, enrojecimiento genital.

ABSTRACT

The redness syndrome in the genital area is a local, chronic and symptomatic disease, secondary to corticoid dependence, in both sexes, and it should be considered as part of therapeutic actions. We present two cases of the syndrome with inappropriate application of topical corticosteroids, a 34-year-old man, and a 42-year-old woman, both previously healthy, with scrotal and vulvar disease, respectively.

KEYWORDS: Topical corticosteroids, corticoid dependence syndrome, genital redness.

“Cuando se está en medio de las adversidades, ya es tarde para ser cauto.”

SÉNECA

Introducción

En las dermatosis inflamatorias no infecciosas, es premisa inminente el tratamiento eficaz y seguro. Cuando se decide el empleo de un corticosteroide tópico (CET), deben considerarse sus efectos secundarios dependientes de su tolerancia, reversibilidad, e intensidad, teniendo en cuenta que el área genital, *per se*, tiene una mayor capacidad de absorción cutánea, sin olvidar otros factores como la oclusión, la humedad y la piel dañada. De igual manera, deben considerarse la cantidad, el tiempo de aplicación y la potencia del corticosteroide utilizado.

Actualmente, se continúa tomando la hidrocortisona tópica como modelo de comparación, donde, mediante su manipulación química, a mismas concentraciones, se torna más lipofílica, incrementando su potencia a la par de sus efectos secundarios. Stoughton, en 1992, clasificó la potencia de estos medicamentos –de acuerdo con la capacidad individual para provocar vasoconstricción, como medida indirecta de sus propiedades antiinflamatorias– en siete grupos. En el primero, se ubican los de mayor potencia o superpotentes, que tienen un mayor efecto antiproliferativo y antiapoptótico. Se espera que el uso de éstos (grupos I al III) junto con los de tipo halogenado (diflucortolona, flucinolona), tengan un mayor riesgo de dependencia farmacológica.^{1,2}

La cortico-dependencia se define como la recidiva o exacerbación de la expresión de una dermatosis posterior

CORRESPONDENCIA

Eduardo David Poletti Vázquez ■ drpoleti@dermanorte.com

Clínica Derma-Norte de Aguascalientes, SC, Sierra Tepoztlán núm. 407, Residencial Bosques del Prado, CP 20127, Aguascalientes, Ags, México. Tel. (449) 9914-3979.

a la suspensión del CET, particularmente en regiones susceptibles, como cara, axila y genitales.³ El síndrome de afección cutáneo escrotal y/o vulvar es motivo de numerosas consultas en la práctica clínica de medicina general, ginecológica, urológica y/o dermatológica. En la literatura aparece bajo las denominaciones inespecíficas de síndrome escrotal dependiente de corticosteroides (SEDE), síndrome de escroto rojo, y síndrome de escroto adicto.⁴⁻⁶

Dado que la meta principal del presente escrito es hacer, indistintamente, referencia a los genitales masculinos o femeninos, lo denominaremos síndrome de enrojecimiento genital cortico-dependiente (SEGC).

El SEGC predomina en la población masculina, refiriéndose principalmente escozor, ardor y prurito intenso, con presencia de eritema persistente y descamación local. Dura meses o años, pese a diversos tratamientos. El diagnóstico diferencial oscila desde los trastornos inflamatorios comunes hasta los padecimientos infecciosos (psoriasis, eritrasma y tiña).⁷ A menudo es resultado de tratamiento o automedicación precipitados, con el antecedente de un deficiente interrogatorio durante la entrevista médica, de un “menosprecio semiológico” al momento de la exploración física, o bien al uso encubierto crónico de CET.

El panorama clínico usual incluye a un paciente ansioso y preocupado por la idea de haber contraído una enfermedad infectocontagiosa, situación que puede presionar al tratante a incurrir en la prescripción de medicamentos tópicos combinados, los cuales suelen ser esteroides solos o compuestos (antifúngico o antimicrobiano), en un imaginario intento de cubrir la mayor parte de las etiologías cuya evolución posiblemente desconocerá y, el paciente, ante la mejoría transitoria de su problema, continuará ininterrumpidamente su uso, entrando así en un círculo vicioso.

Asimismo, ante el acoso y la desesperación del paciente que no presenta mejoría, el médico, invariablemente, tiende a aumentar la potencia del tratamiento en consultas subsecuentes, perpetuando con ello el ciclo de un tratamiento eternizado, que resulta en la problemática condición del síndrome de enrojecimiento genital cortico-dependiente, con la subsecuente queja de recidiva inmediata posterior a la suspensión del CET.

Gran parte de los productos disponibles contienen una combinación de corticosteroides de clase II a IV, que son inadecuados para la piel genital. Parricha y colaboradores han publicado acerca de su uso y abuso –en particular del 17-valerato de betametasona y el acetónido de fluocinolona– y los han señalado como causa de efectos adversos en genitales.⁸ Debe considerarse que, luego de la piel de los

párpados, la genital presenta un espesor que no excede los 1.2 mm en promedio, lo que condiciona una mayor absorción del medicamento aplicado en forma tópica.

El SEGC predomina en individuos entre la 5^a y 6^a décadas de la vida y, ocasionalmente, en pacientes menores. Dado que esta entidad no se encuentra propiamente definida, es difícil ubicar y/o encontrar su descripción en la literatura.

Los pacientes, en la mayoría de las ocasiones, acuden a consulta refiriendo ardor incontrolable del área afectada, acompañado ocasionalmente de prurito, hipersensibilidad y dolor (hiperalgesia, anodinia, hiperpatía, e hiperestesia), sintomatología que se exacerba en situaciones especiales, como determinadas posiciones (largos períodos de sedestación o posterior al ejercicio). Por lo tanto, no es raro que imputen agravamiento en períodos de estrés, y mejoría en los días de ocio.⁹

A continuación se describen dos casos en los que se presentó la aplicación crónica e incontrolada de CET en área genital.

Caso 1. Masculino de 34 años de edad, heterosexual, el cual refirió prurito, ardor escrotal recurrente y persistente, asociado a insomnio, de siete meses de evolución. Antecedentes de diabetes mellitus, alergias y enfermedades venéreas previas, negativos. Su pareja se encontró asintomática. Recibió, hasta el momento de su primera atención dermatológica, seis diferentes CET de mediana y baja potencias, por un periodo aproximado de cuatro meses, hasta el momento de su revisión, entre los que destaca el furoato de mometasona en ungüento a 0.1%.

A la exploración física, se observó: prepucio retráctil, pene normal, eritema, discreta liquenificación, tanto en la base del pene como en las regiones laterales de la bolsa escrotal (fotografías 1 y 2).

Estudios: KOH 10% (negativo). La biopsia de piel del escroto reportó infiltrado inflamatorio inespecífico. Finalmente, fue tratado con sindets, ebastina sublingual y emolientes con petrolato, así como la proscripción de todo tipo de CET. El paciente reportó mejoría 6 semanas post tratamiento.

Caso 2. Femenino de 42 años de edad, enfermera obstétrica, sin actividad sexual en los precedentes 2 años. A los 37 años de edad fue tratada durante dos años con psicoterapia por diagnóstico de neurosis ansioso-depresiva. Refería ardor, disestesias y prurito vulvares de un año de evolución.

Por indicación de su ginecólogo, y de *motu proprio*, empleó diferentes medicamentos tópicos y sistémicos, entre



Fotografía 1. Eritema y discreta liquenificación desde la base escrotal, hasta la vecindad con el rafe medio.



Fotografía 2. Extensión lateral de la lesión hasta la base del pene.



Fotografía 3. Dermatosis predominante en región vulvar, la cual se extiende hasta la cara interna de los muslos.



Fotografía 4. La dermatosis extendida hasta la región inguinocrural y la cara interna del muslo, con piel atrófica, telangiectasias, y transparencia de vasos, propias de la cortico-dependencia crónica.

los que destacan: hidroxizina, fexofenadina, clorfeniramina y loratadina. En aplicación tópica, indicó haber utilizado pastas inertes, pimecrolimus, propionato de fluticasona y, en fechas más recientes, amcinonida crema a 0.025%.

La paciente presentaba dermatosis diseminada a hemivulva, naciendo desde el introito, extendiéndose hacia regiones inguinocrurales y cara interna de muslo izquierdo, con presencia de piel atrófica (transluciendo redes capilares), eritema e hiperpigmentación marrón “moteados”. Sin escama ni adenopatías regionales (fotografías 3 y 4).

Estudios: Papanicolaou, glucemia, función tiroidea, hepática y renal, así como anticuerpos anti herpes virus 1, 2 y VIH, normales o negativos. La biopsia de piel reportó cambios inflamatorios inespecíficos, y pruebas de parche de contenido estándar, negativas.

Fue iniciado un esquema de reducción con hidrocortisona a 1%, en crema, hasta el uso dos veces por semana alternado con petrolato, consiguiéndose la mejoría. Ante la probabilidad de afección emocional y por la cronicidad del cuadro le fue sugerido el apoyo de un psicoterapeuta, mismo que aceptó. En su control posterior, no comentó alteraciones en su calidad de vida.

Discusión

El síndrome escrotal dependiente de corticosteroides es una situación que involucra tanto al médico (iatrógena) como al paciente (por el libre uso de CET). Es motivo de debate y de enseñanza indiscutible que suscita, a su vez, “poli-interconsulta” de pacientes que solicitan multitud de opiniones para un conjunto semiológico de molestias que afectan su calidad de vida de manera importante. El diagnóstico clínico se sustenta más que en hallazgos fí-

sicos (piel friable, eritema persistente en labios mayores, introito o cara anterior del escroto, extendido frecuentemente hacia el prepucio, el capuchón clitorídeo o el rafe perineal), en datos sustentados a través de una buena anamnesis.

La sospecha de SEGC se origina a través de la narración del problema por parte del paciente, implicando ardor, dolor local, prurito crónico e intermitente, aunado a historia de numerosos tratamientos fallidos, la historia del inicio de CET con mejoría temporal, asociada a exacerbación del cuadro con la interrupción del mismo.

La histopatología no es específica, ni se han demostrado datos sugestivos de “rosácea” o “eritromelalgia” escrotales, ya que tan solo se logra encontrar piel con capilares dilatados y un infiltrado inflamatorio inespecífico.¹⁰

El diagnóstico diferencial es muy amplio, va desde ecema por contacto hasta celulitis. En éstos, son frecuentes los síndromes de dolor genital disestésico local y referido a cara interna de muslos, acompañado de disuria o eyaculación dolorosa, asociado usualmente a fibromialgia o a síndrome de colon irritable. Se ha demostrado, en casos

femeninos, que es la expresión de una neuralgia pudenda post parto.¹¹

Conforman un apartado especial las disestesias por vulvodinia y su análogo masculino, y el síndrome Koro, que es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por episodios agudos de ansiedad, temor a la muerte y sensación de “retracción” genital.¹¹

Otros diagnósticos a considerar, pero con un historial médico y topografía distintos, son: *tinea cruris* y candidiasis (la afección fúngica es excepcional en piel escrotal), intertrigo, psoriasis inversa, liquen plano erosivo, herpes simple, enfermedad de Paget, glucagonoma, enfermedades inmunológicas ampollares (pénfigo vulgar), y acrodermatitis enteropática por déficit adquirido de zinc.¹²

El tratamiento consiste en la reducción progresiva del CET, con posterior suspensión, aunado a medidas generales, como el uso de ropa holgada (calzoncillo tipo bóxers de algodón), empleo de sindets, y emolientes sin lanolina (preferentemente petróleo). Detectar factores que lo precipiten: ejercicio, actividad sexual, fricción con oclusión, calor, entre otros. Prescripción de antihistamínicos de primera generación con propiedades sedativas (hidroxizina, doxepina, clorfenamina, así como gabapentina y derivados tricíclicos, etcétera), además de no olvidar ofrecer diferentes opciones paliativas como acupuntura, apoyo por psicoterapia y/o psiquiatría.¹³

Charman y colaboradores¹⁴ afirman que las fobias y las filias al tratamiento con CET influencian no solamente las propias prescripciones, sino también las ajenas, evitando el cumplimiento terapéutico. De hecho, Patterson y colaboradores¹⁵ clasificaron la cortico-fobia en interpersonal, iatrogénica y bibliofílica (tendencias combinadas en diversas ocasiones). La cortico-fobia bibliofílica, como categoría nueva derivada del exagerado uso de sobre-información por Internet y redes sociales, añade un notable carácter parental.¹⁶

Lejos de las discusiones generadas durante decenios por el uso incontrolado de los corticosteroides, en general, y de los de uso tópico, en particular, admitimos que es posible que parte de la problemática se origine en el hecho de que el CET alude: “modo de empleo y dosis: según el criterio médico”. Con esto en mente, los médicos, al prometer alivio si el fármaco es usado adecuadamente y según sus indicaciones, se convierten en protagonistas de una iatrogenia y, a su vez, en cosufrientes.

Cabe señalar que los términos como “oportunamente” se sobreentienden e implican que el tratamiento debe empezar a la primera señal de la enfermedad. Es decir, antes de que el médico esté absolutamente seguro de que se trate realmente de ese padecimiento. Por lo tanto, es

aconsejable agotar diversas instancias diagnóstico-terapéuticas antes de decidir prescribir un CET para uso en genitales. En caso de ser inevitable, se procederá a recordar aspectos básicos, como seleccionar el CET de más baja actividad antiinflamatoria, adecuar el vehículo, prescribir su uso intermitente, 2 a 3 veces por semana a días alternos (como el de los pacientes con eczema atópico), e interrumpir su administración en forma paulatina si supera los 7 días de manejo, o si no existe respuesta aceptable a las 2 semanas.^{13,14}

En conclusión, y de acuerdo con los grandes clínicos, se recomienda “recordar que estos casos existen, afrontar y confrontar los efectos adversos esperables por su uso indebido, conocer los porqué y las reglas es ciencia; saber interrumpirlos oportunamente es arte”.¹⁷

REFERENCIAS

1. Wolverton SE. *Comprehensive Dermatologic Drug Therapy*. 2^a ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2007: 132, 142-147.
2. Sterry W. “Therapy with topical corticosteroids”. *Arch Dermatol Res* 1992; 284 (Suppl 1): S27-S29.
3. Wong VK, Della Croce C, Schonfeld S, Mastrangelo AM, Lebwohl M. “Use and abuse of topical corticosteroids in infections of the skin and related structures”. *J Drugs Dermatol* 2003; 2: 268-276.
4. Fisher BK. “The Red Scrotum Syndrome”. *Cutis* 1997; 60(3): 139-141.
5. Fisher BK, Margesson L J. *Genital Skin Disorders*. 1^a ed. St. Louis, Missouri, Mosby, 1998: 53-54, 157-159.
6. Habif T. *Clinical Dermatology*. 5^a ed. Hanover, Mosby-Elsevier, 2010: 56-59, 115-118.
7. Harris JR. “Male genital pain syndrome”. *Dermatol Clin* 1998; 16: 779-782.
8. Parrica JS, Gupta R. “Contact sensitivity to betamethasone 17-valerate and fluocinolone acetonide”. *Contact Dermatitis* 1983; 9(4): 330-331.
9. Shelley B, Shelley ED. *Advanced Dermatological Diagnosis*. Philadelphia, WB Saunders, 1992: 614-620.
10. Elder DE, Elenitasas R, Johnson B, Ioffreda M, Miller J. et al. *Lever's Histopathology of the Skin*. 2^a ed. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2007: 153-167.
11. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP et al. *Dermatology*, 2^a ed. Londres, Mosby-Elsevier, 2008: 100, 1069-1070.
12. Kling C, Obadiah J. “Corticosteroid-dependent scrotum”. *J Am Acad Derm* 2005; 52(3): 447.
13. Lebowl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I. *Treatment of skin disease, comprehensive therapeutic strategies*. 2^a ed. Philadelphia, Mosby Elsevier, 2006: 392.
14. Charman CR, Morris AD, Williams HC. “Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema”. *Br J Dermatol* 2000; 142: 931-936.
15. Patterson R, Walker CL, Greenberger PA, Sheridan EP. *Prednisonephobia. Allergy Proc*, 1989; 10: 423-428.
16. Fonseca CE. “Fobias y filias en el tratamiento con corticoides tópicos”. *Piel* 2004; 19(8): 405-406.
17. Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest AS, et al. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. 7^a ed. Nueva York, McGraw-Hill, 2008: 670, 2102-2106.