

“TEMAS ACTUALES EN VENEREOLOGIA”

III. DERMATOSIS DEL PENE

Dr. Alberto Woscoff (Dermatólogo)

Las dermatosis del pene pueden localizarse con exclusividad en el mismo, o ser, como sucede con mayor frecuencia, un componente más dentro de un cuadro generalizado. Por ello, la labor interdisciplinaria entre el urólogo y el dermatólogo es obligatoria.

En esta comunicación pretendemos actualizar las dermatosis más frecuentes que se observan en la práctica diaria en la región del pene, marginando las descripciones clínicas que se encuentran en los textos comunes, al alcance de todo profesional.

En principio es necesario tranquilizar al paciente, inclinado a pensar que padece de una enfermedad de transmisión sexual o de un proceso maligno. Esta ansiedad lo lleva a emplear por sí mismo diversas medicaciones caseras “de urgencia”. No es raro que las dermatosis se presenten complicadas con una dermatitis por contacto medicamentosa (sulfamidas, penicilina, espadol, yodo, mercuriales, etc.). Una clasificación etiológica, siempre incompleta, podría considerar 4 grupos de dermatosis: infecciones, tumores benignos, epitelomas y dermatosis preepiteliomatosas, y miscelánea.⁽¹⁾

Infecciones

Sífilis - Gonococia - Chancro blando - Donovanosis - Linfoceloma inguinal - Herpe simple - Amebiasis - Forunculosis - Histoplasmosis - Actinomicosis - Tuberculosis - Difteria - Gangrena de los genitales (Fournier) - Candidosis - Esporotricosis.

Tumores benignos

Nevos pigmentados - Molusco contagioso - Condiloma acuminado - Queratosis seborreica - Quistes epidérmicos - Hemangioma - Angioqueratoma corporis diffusum (Fabry) - Linfangioma - Granuloma piogénico.

Epitelomas y dermatosis preepiteliomatosas

Cuerno cutáneo - Leucoplasia - Eritroplasia de Queyrat - Epitelioma espinocelular - Melanoma - Hemangioendotelio - Fibrosarcoma - Rbdomiosarcoma - Leiomiomas - Epitelioma basocelular - Carcinoma metastásico - Enfermedad de Kaposi - Papulosis bowenoide.

Miscelánea

Genodermatosis - Dermatitis seborreica (eccemátide) - Psoriasis - Liquen plano - Escabiosis - Dermatitis por contacto - Liquen nitidus - Síndrome de Reiter - Keratoderma blenorragia - Urticaria - Farmacodermias - Eritema polimorfo - Síndrome de Stevens-Johnson - Síndrome de Behcet - Balanitis xerótica obliterans (kraurosis penis) - Hirsutis papilaris penis - Balanitis de Zoon - Linfangitis esclerosante no venérea - Enfermedad de Peyronie - Balanopostitis - Linfedema - Lipogranulomatosis - Úlcera por heroína.

Sífilis

La pandemia de sífilis ha motivado que cuadros otrora raros volvieran a ser de frecuente observación. Poca similitud guarda el chancro actual con las descripciones clásicas. El período de incubación varía entre 7 a 90 días. El tamaño es variable. La erosión es rarísima, siendo por lo común una ulceración franca. El fondo es sucio, de color variable, colonizado por diversas bacterias. Es ligeramente doloroso a la palpación y a veces espontáneamente, según la flora agregada. La induración ha dejado de ser un carácter patognomónico. Aparte de no observarse en los chancros localizados en el glande o en el meato uretral, puede ser mínima o estar ausente en otros sitios. El número es variable, no siendo una rareza más de dos chancros.

La adenopatía satélite, casi siempre presente, puede ser ocasionalmente inflamatoria, debido a la complicación piógena del ganglio.

Las sífilides del período secundario se localizan electivamente en el pene.

En el extenso diagnóstico diferencial a que obliga el chancro sífilítico debe recordarse a los chancros localizados en el pene “fuera de su sitio habitual”: meato (manifestado por disuria), glande, pubis y, por supuesto, región anal.

El diagnóstico se hace por treponemoscopia. El escaso tiempo de los profesionales de laboratorio dificulta la atenta y prolongada observación a que obliga la búsqueda del Treponema. Un resultado negativo con clínica sugestiva obliga a solicitar VDRL (que se hace reactiva al 10º día) o FTA-abs, reactiva al 5º día.

El tratamiento ha sido modificado recientemente (ver Pautas Municipales para el Diagnóstico y Tratamiento de las ETS), elevando a 4 y 6 ampollas de penicilina benzatínica, 2.400.000 U cada 7 días, según se trate de sífilis temprana primaria o secundaria, respectivamente. Aunque la penicilina es de extrema eficacia y no se ha comprobado penicilino-resistencia del Treponema, fracasos terapéuticos pueden ocurrir entre un 2 a 10 % de pacientes tratados correctamente, exigiendo re-tratamiento.⁽²⁾

Las drogas de alternativa, en caso de *comprobada* hipersensibilidad a la penicilina, son la eritromicina y la tetraciclina.

La VDRL puede continuar reactiva hasta 2 años después del tratamiento (explicar esto siempre al paciente, convertido en “enfermo de números” o “de dils”) y la FTA-abs puede hacerlo en un 80 % de casos.

Herpe simple

Todavía es aplicable el título dado por Sabin “*the disgrace of herpes simplex*”.⁽³⁾ Conocido que un 90 % de casos se debe al Herpe Virus Hominis tipo II; que el virus permanece en estado de latencia en el ganglio espinal, para emigrar a la piel y persistir en las lesiones durante 5½ días (el HVH I, 3½ días); que puede ser una enfermedad por contagio sexual; su tratamiento definitivo es hasta el presente ineficaz. Como recursos efectivos se han mencionado⁽⁴⁾ éter (empleamos cloruro de etilo “escarchando” la lesión 2 veces diarias durante 3 días), timol al 4 % en cloroformo, glutaraldehído al 2 % a pH 7,5, ácido fosfonoacético, iodo-desoxiuridina al 5 % en dimetilsulfóxido al 80 %.

La inactivación fotodinámica con colorantes fotoactivos ha dejado de usarse por ineficaz y posible poder mutante oncogénico. Los corticoides están formalmente contraindicados. Su aplicación tópica lleva al “herpe corticoide” caracterizado por la aparición de un cordón rojo perilesional y una evolución prolongada, a veces de semanas.⁽⁶⁾

Las vacunas, Lupidon G, antipoliomielítica, se encuentran todavía en ensayo. Una simple medida terapéutica, de eficacia incontestable, es la aplicación de alcohol durante el episodio herpético.

Candidosis

La balanitis candidósica es la más frecuente de las balanitis. La mayoría de observaciones corresponden a las adquiridas por transmisión sexual, pero también pueden estar favorecidas por obesidad, déficit inmunitario o diabetes (el pene es el termómetro del diabético: marcada balanitis roja como inicio o descompensación de diabetes). El aspecto es muy polimorfo: formas agudas con vésico-pústulas de fácil ruptura, dejando erosiones superficiales redondeadas o policíclicas, contorneadas por un collarite epidérmico

blanquecino, eritema rojo vivo difuso, manchas blanquecinas, o simplemente ardor y prurito en un pene clínicamente sano, en el cual el paciente afirma haber observado manchas efímeras.

La aplicación de nistatina tópica o clortrimazole es efectiva, siendo imprescindible tratar los contactos.

Molusco contagioso

El poxvirus causante del molusco contagioso puede extenderse rápidamente, produciendo numerosas lesiones en individuos susceptibles. Las lesiones en el cuerpo del pene son típicas: tumor hemiesférico, umbilicado, que a la expresión deja salir un contenido cremoso, bien objetivable, aplicando cloruro de etilo que blanquea la tumoración, excepto en el centro umbilicado. Sin embargo, los moluscos contagiosos localizados en prepucio, surco balanoprepucial y glande son atípicos, pudiendo presentarse como erosiones con una superficie rojo brillante, pustulosa o costrosa.

Un simple golpe de cureta desprende con facilidad las lesiones. Otros métodos son topicaciones con podofilino al 25 %, toques con ácido tricloroacético, fluorouracilo al 5 %. En casos muy diseminados puede ensayarse la griseofulvina oral.

Condiloma acuminado

El virus del condiloma acuminado ha sido desvinculado del grupo de virus causantes de las verrugas vulgares.

En su crecimiento se propagan a la uretra anterior y por excepción a la uretra posterior, vejiga y uréteres, o producen obstrucción del ano, recto y aun sigmoide.

Esto significa que ante todo condiloma acuminado resistente a la terapéutica habitual, debe efectuarse una uretrocopia anterior y anoscopia. La posibilidad evolutiva más inquietante es hacia el condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Löwenstein (papilomatosis florida, precancerosis condilomatoide de Grisson y Del Banco, carcinoma verrugoso de Ackerman, papilomatosis carcinoide). La ubicación nosológica de esta neoformación es aun incierta, pudiendo ser intermedia entre el condiloma acuminado y el epiteloma espinocelular, al que puede evolucionar. Factores vinculados al terreno explicarían el desarrollo anormal, así como la presencia de fimosis. Algunos de estos casos posiblemente representarían la localización genital de la papilomatosis oral florida. La exacta evaluación entre los condilomas acuminados y esta entidad proliferativa se basa en gran medida en la correlación macro-microscópica.

El tratamiento se hace con metrotexato, asociado a electrocoagulación o extirpación quirúrgica, siendo frecuentes las recidivas. En tres casos que estudiamos con R. Hereñú, la medicación con metrotexato resultó eficaz al principio, pero el tamaño de las recidivas obligó a la penectomía parcial.

El tratamiento de los condilomas acuminados se efectúa con podofilino al 25 %, para los localizados en mucosas. En la piel, requieren electrocoagulación. Para los intrauretrales se instila la solución de podofilino en la uretra anterior, recomendando no orinar durante 4 horas. En los casos rebeldes (recordar las localizaciones uretrales, o en el cuello uterino de algún contacto), electrocoagulación, crioterapia con nieve carbónica, ácido dicloroacético puro, 5-fluorouracilo al 5 % o metrotexato, 50 mg I.M. semanal.

Eritroplasia de Queyrat

Es una lesión premaligna localizada en el glande, surco balanoprepucial o frenillo. El color es rojo brillante, como barnizado, con un límite bien demarcado, ligeramente elevado. El tratamiento con 5-fluorouracilo es efectivo, debiéndose evaluar la posibilidad quirúrgica según tamaño, edad del paciente y aspecto histopatológico.

El diagnóstico diferencial más importante es con la balanitis de Zoon, mancha roja, localizada en la cara dorsal del glande, de límites netos pero no elevados, superficie seca o erosiva, a veces ligeramente infiltrada, de evolución crónica asintomática. El estudio histopatológico precisa el

diagnóstico. Las recidivas son frecuentes con diversas medicaciones, no siendo evolutiva a carcinoma.

Las balanitis, como expresión de una dermatosis generalizada

En este numeroso grupo, y de acuerdo con el propósito de esta comunicación, consideraremos las de observación más frecuente.

La *eczemátide* o *dermitis seborreica*, cuando se localiza en la región genital, produce eritema en el escroto, ano y, en circunstancias, el pene. El prurito es intenso. La medicación corticoidea tópica y psicofármacos tranquilizantes son de utilidad.

La *psoriasis* se presenta con manchas rojas, bien delimitadas, a veces recubiertas con escamas, en el glande o en el pene y pubis. Su persistencia y localización eventual en otras regiones hacen el diagnóstico.

El *liquen plano* en el pene se caracteriza por pápulas pequeñas, brillantes, recubiertas con finas escamas, con tendencia a disponerse en anillos o en figuras circinadas. En el glande pueden erosionarse o ulcerarse.

La *escabiosis* posee, a nivel del pene, un elemento definitorio para el diagnóstico: el chancro escabioso, pápulas ovaladas, que se exacerban después de la ingestión del medicamento causal: antipirina, piramidón, fenoltaleína, etc. Las tetraciclinas producen una erupción ampollar bastante evocativa. Los compuestos de amonio cuaternario (por contacto) (Dequadin®), ulceraciones dolorosas.

Las *farmacodermias* cumplen en el pene su aforismo general: "cualquier medicamento, cualquier dermatosis". Un aspecto frecuente es el de manchas rojas, congestivas, bien limitadas, que se exacerban después de la ingestión del medicamento causal: antipirina, piramidón, fenoltaleína, etc. Las tetraciclinas producen una erupción ampollar bastante evocativa. Los compuestos de amonio cuaternario (por contacto) (Dequadin®), ulceraciones dolorosas.

Las *dermitis por contacto* se deben a medicamentos, que los pacientes aplican casi como regla previa a la consulta; látex del condom; jaleas contraceptivas o un paciente que demandó un largo trabajo diagnóstico, en el cual la dermitis por contacto se debía a la pintura de labios de su pareja...

Balanitis escleroatróficas

Atrofias crónicas, esclerosas, blanquecinas, localizadas en el glande, que se acompañan o no de fimosis escleroatrófica, progresiva, anular, que lleva a fisuras en el prepucio, muy dolorosas, y finalmente a fimosis irreductible.

El liquen escleroatrófico, una de las causas más frecuentes, se caracteriza por una esclerosis blanquecina, perimeática, con manchas marfilinas y telangiectasias que llevan a la constricción uretral, desaparición del surco balanoprepucial y aparición cicatrizal del glande. En los jóvenes suele adoptar una forma ampollar y erosiva. La coexistencia con una banda anular esclerosa en el cuerpo del pene es frecuente. Estamos investigando en esta última la coexistencia con diabetes, pudiendo, tal vez, constituir una de sus manifestaciones cutáneas.

Las "balanitis xerótica obliterans" es la etapa final de este liquen escleroatrófico.

En el tratamiento deben efectuarse infiltraciones intralesionales de corticoides con testosterona al 2,5 % en ungüento hidrofílico. El pene, junto con la cara y el espacio perianal, constituyen una de las zonas contraindicadas para la aplicación de corticoides tópicos fluorados, dado que aparecen precozmente efectos adversos como atrofia, telangiectasias y prurito.

La *lingangitis no venérea del pene* es un cordón delgado, dispuesto circular o longitudinalmente, curvilíneo "semejando a un gusano encorvado", compuesto por la unión de pequeños nódulos indoloros. Se deberían al trauma sexual repetido que actuando sobre la red linfática tortuosa del pene produce estasis y trombosis. Es de involución espontánea.⁽⁸⁾

Las *balanitis* y *balanopostitis rojas* comprende aquellos cuadros de etiología desconocida, que apartando las causas arriba mencionadas (contacto, candidosis, psoriasis, eccemátide, etc.) se caracterizan por su recidiva, cronicidad y

rebeldía a diversos medicamentos. Constituyen, por su frecuencia, un amplio campo de investigación, donde la labor mancomunada de urólogos y dermatólogos permitirá establecer su verdadero origen.

Referencias

1. Vander Ploeg, D. E.: "Diseases of the penis". En: Clinical Dermatology, Ed. Demis, J. D.; Dobson, R. L.; McGuire, J. Harper & Row Publishers, Nueva York, 1979, pp. 28-4.
2. Rudolph, A. H.: "Acquired infectious syphilis". J. of Continuing Education in Dermatology, setiembre, 1978.
3. Sabin, A. B.: "Correspondence". N. Engl. J. Med., 294:339, 1976.
4. Jarrat, M.; Smith, R.; Knox, J. M.: "Therapy of herpes simplex infection". Int. J. of Derm., 18:357, 1979.
5. Cordero, A. A.; Woscoff, A.: "Herpe simple. Tratamiento con Desoxiuridina". Pren. Méd. Argent., 58:1369, 1971.
6. Woscoff, A.: "Herpe simple genital". En: Tratado de Venereología Práctica, Viglioglia, P. A.; Flichman, J. C.; Belli, L.; Hereñú, R.; Guillot, C. F.; Hauviller, O.; Woscoff, A.; Chouela, A. Ed. Fossati, Buenos Aires, 1977, pp. 293.
7. Friedman-Kien, A. E.: "Giant condyloma of Buschke-Löwenstein". En: Cancer of the Skin. Andrade, R.; Gumpert, S. L.; Popkin, G. L.; Rees, Th. Ed. W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1976, pp. 814.
8. Woscoff, A.; Cordero, A. A.; Abulafia, J.: "Linfangitis no venérea del pene". Med. Cut. ILA, 5:341, 1976.