

Patología cutánea del pene

Dra. Olivia Lugo Rivera,* Dra. Rosalía Cancela G**

RESUMEN

Una amplia gama de dermatosis infecciosas, neoplásicas e inflamatorias pueden afectar al glande y prepucio. Es cada vez más frecuente encontrar patología a este nivel y puede ser la única manifestación en piel genital y mucosa. Un adecuado conocimiento de la anatomía regional y un diagnóstico puede ayudar en el manejo de una dermatosis genital refractaria a tratamiento. Se realiza una revisión de la anatomía genital, las erupciones inducidas por fármacos, dermatitis alérgicas e irritativas, así como las traumáticas e inflamatorias.

Palabras clave: Balanopostitis.

ABSTRACT

A wide range of infections, neoplastic and inflammatory dermatoses can affect the glans penis and prepuce. Other more common dermatoses may have a unique appearance when they involve genital skin and mucosa. A thorough understanding of regional anatomy and a systematic diagnostic approach are helpful in the management of refractory penile dermatoses. We review regional anatomy, drug-induced eruptions, allergic irritant dermatitis, infection, neoplastic and traumatic and inflammatory dermatoses.

Key words: *Balanopostitis.*

INTRODUCCIÓN

El pene puede alterarse por numerosos y diversos agentes patógenos tanto exógenos como endógenos. La especial localización anatómica y funcionalidad de los genitales externos masculinos posibilita una diversidad de estados patológicos en ocasiones específicos y exclusivos de dicha área como única manifestación respecto al resto del cuerpo, otras veces englobados dentro de una manifestación cutánea y sistémicas generalizadas.

A menudo las enfermedades localizadas en dicha zona generan ansiedad al paciente, ya sea por condiciones que resultan obvias, y sobre todo, debido al temor por la posibilidad de haberse contagiado de alguna enfermedad venérea o de padecer de algún tipo de cáncer.¹

ANATOMÍA

El aparato genital del hombre se halla formado por la glándula encargada de elaborar el esperma, el testícu-

lo y por una serie de conductos destinados a transportar dicho líquido; son éstos el conducto deferente, la vesícula seminal, los conductos eyaculadores y la uretra en su porción urogenital. Está rodeada de sus formaciones eréctiles de los cuerpos cavernosos y de las envolturas que los cubren, forman el órgano de la cópula, llamado pene. Existen glándulas anexas que son la próstata y las glándulas de Cowper² (Figura 1).

La piel del pene constituye una fina envoltura, fácilmente deslizable sobre los planos profundos y con una coloración ligeramente más oscura al resto del tegumento. En la zona más distal se encuentra el prepucio, que forma un manguito cutáneo que envuelve al glande mediante el surco balanoprepucial y otra distal o anterior libre conocida con el nombre de ántilo u orificio prepucial. El glande tiene una configuración externa cónica con un vértice u orificio del meato uretral y una base a modo de relieve circular y saliente llamado corona del glande. En su cara inferior se observa un surco medio longitudinal, en el cual y en su parte más proximal se inserta el frenillo. El glande está recubierto de una fina mucosa en cuya superficie hay abundantes papilas. En la submucosa de la corona y del surco balanoprepucial están las glándulas de Tyson que secretan una sustancia llamada esmegma¹ (Figura 2).

* Médico Residente del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual del CDP.

BALANOPOSTITIS

La diferencia entre la piel de pene circuncidado y del no circuncidado determina variaciones en la incidencia y en el aspecto de las dermatosis del glande y del prepucio. Un prepucio largo y una higiene escasa predisponen a diversas enfermedades infecciosas o neoplásicas en especial en los pacientes de mayor edad.

La inflamación de la mucosa del pene en el glande y el prepucio se le denomina balanopostitis, el término se utiliza para describir las formas agudas y crónicas de dicha inflamación.

Las balanopostitis agudas pueden agruparse juntas por lo general con inflamaciones superficiales a pesar de las diferencias etiológicas (traumáticas, irritativas, infecciosas). En cambio las crónicas tienen características especiales que las independizan como son las D. atópicas, psoriasis, liquen, neoplasias, etc.¹

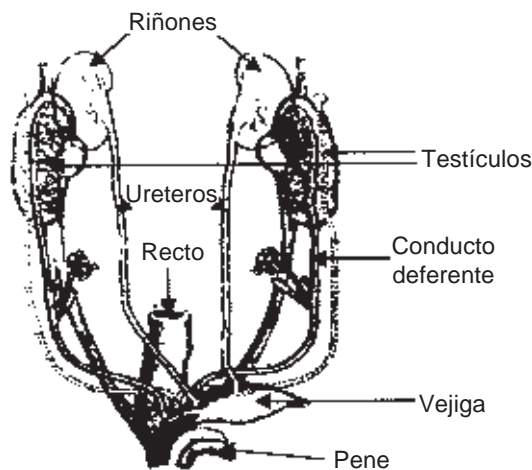


Figura 1. Anatomía del pene.

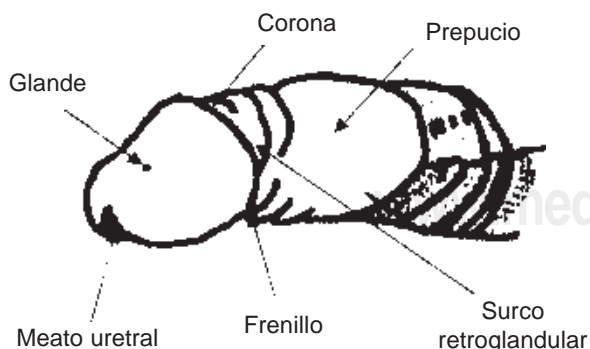


Figura 2. Anatomía del pene.

AGUDAS

Balanopostitis mecánicas o traumáticas

La región genital por condicionante que resultan obvios, es una zona susceptible a las agresiones físicas más variadas, entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- Traumatismos secundarios a prácticas de cualquier índole: roce de dientes maniobras sádicas, etc.
- Lesiones autoprovocadas como las inyecciones de silicona, aceite, inserción de cuentas de rosarios, quemaduras de cigarrillos, etc.
- Pellizcamientos accidentales con los cierres de cremalleras.
- Fricción o roce con prendas de vestir.
- Existe un tipo o efectos traumáticos de las primeras relaciones sexuales.^{1,3}

Balanopostitis por contacto

El esmegma y la orina retenida tienen acción irritante en pacientes no circuncidados, además la región balanoprepucial puede ser agredida químicamente por numerosos agentes, la mayoría de ellos utilizados terapéuticamente o profilácticamente o incorporados a productos de higiene. Dentro de este tipo pueden mencionarse:

- La acción irritante de jabones, sobre todo cuando no se "aclaran" o se retienen residuos en el interior del saco prepucial en caso de fimosis.³
- Fitodermatitis producidas por congéneres del pentadecilcatecol. Estos haptenos están presentes en la savia de la hiedra, roble, corteza del mango, etc.
- Sensibilización a la goma de preservativos: los condones tienen antioxidantes, conservadores y jaleas, todos ellos frecuentes sensibilizantes potenciales.⁴
- Sensibilización a benzocaína utilizados sobre todo entre los homosexuales para retardar la eyaculación.^{3,5}
- La compañera sexual femenina puede utilizar durante el acto sexual cosméticos como lápiz labial o bien saliva, que provocan balanopostitis de contacto al compañero.⁵
- El creciente temor a las enfermedades venéreas condiciona la utilización de "desinfectantes" irritantes como los derivados yodados o el permanganato de potasio. No debemos olvidar las balanitis ulcerosas o necróticas provocadas por el amonio cuaternario (violeta de genciana) utilizados por sus propiedades antisépticas, antifúngicas y antibacterianas, produce irritación directa a la mucosa.³
- Acción irritante o cáustica de agentes como el podofilino o el 5-fluorouracilo utilizados en condilomas acuminados³ (Figura 3).

h) También debe mencionarse que el sobretratamiento de algunas dermatosis con corticoides potentes puede producir un eritema oscuro en glande y prepucio, dando lugar a lo que en terminología anglosajona se conoce con el nombre de pene púrpura.^{6,7}

En todos los casos anteriores inicialmente se experimentan prurito intenso y ardor en ocasiones antes de la aparición de cualquier inflamación visible. En un breve lapso la microvesiculación epidérmica puede transformarse en grandes ampollas. Su ruptura resulta en exudación serosa.⁴

El tratamiento es evitar cualquier agente irritativo para la región, así mismo lociones secantes en caso de existir eccema y valorar el uso de esteroides tópicos por periodo cortos.

CRÓNICA

Todos los cuadros hasta ahora mencionados carecen de un sustrato anatómico-patológico específico. Todo lo contrario sucede con las entidades de las que nos ocuparemos, en lo cual existen detalles histológicos característicos así como clínicos.

Balanitis plasmocitaria de Zoon

Esta entidad se presenta más frecuentemente en varones de edad media o seniles, es crónica y benigna. Se presenta en forma de una placa circunscrita, no dolorosa, casi siempre en glande y que persiste localizada de forma indefinida. Se trata de una lesión de color rojo pardusco, bien delimitada, plana y lisa, brillante, lustrosa, húmeda a veces erosiva. Su causa está en controversia, se mencionan entre otros fricción, higiene deficiente, infecciones crónicas por *Mycobacterium smegmatis*, respuesta a un agente desconocido, incluso se han relacionado algunos virus, sin llegar a una conclusión. En la actualidad se cree que un hecho determinante para su aparición es la permanencia de la mucosa del glande en un medio húmedo y no circuncidado. Histológicamente se encuentra ausencia de una capa córnea y granulosa, en algunas ocasiones no hay epidermis, los queratinocitos suprabasales son romboidales, en dermis hay un infiltrado denso, mixto, predominando células plasmáticas. Este proceso responde mal a tratamientos tópicos, mientras que la circuncisión resulta eficaz en la mayoría de los casos.^{1,3,8}

Dermatitis atópica

Los individuos afectados de dermatitis atópica, frecuentemente presentan afectación del pene o escroto como extensión de la afectación flexural o de la dermatitis ge-

neralizada. En raras ocasiones se produce balanopostitis, aunque sí pueden presentarse dermatitis crónicas o una liquenificación del cuerpo del pene o escroto. En ocasiones pueden producirse exacerbaciones del eccema seguidas de sobreinfección bacteriana.¹

Dermatitis seborreica

La dermatitis seborreica ocurre en áreas con alta presencia de *P. ovale* como es la piel cabelluda, cara y pubis. Muchos de los individuos con esta entidad presentan afección de la región genital en forma aislada, sobre todos los pacientes con VIH. Clínicamente se observa un discreto eritema con mínima descamación en el cuerpo del pene y escroto con extensión al pliegue inguinal, y en pocas ocasiones está afectado el glande y prepucio. El curso es crónico y recidivante con diversos episodios durante años o décadas.^{1,4}

Psoriasis

En el área genital la psoriasis afecta principalmente a la piel del prepucio y del glande, siendo la causa más frecuente de balanopostitis no infecciosa. En un número considerable de casos sería la forma inicial, sin embargo suelen existir lesiones en otras zonas que confirman el diagnóstico.

La psoriasis en pacientes no circuncidados puede recordar una eritroplasia o una balanitis plasmocitaria, ya que las lesiones se presentan formando placas con nula o escasa descamación. En varones circuncidados la placa es más eritematosa con bordes bien demarcados y una superficie con grado variable de descamación; una escama micácea de color plateado o ámbar. La mayoría de varones no refieren ninguna manifestación clínica, aunque cuando es sintomática, explican molestias durante o después de las relaciones sexuales. El curso de la psoriasis en el pene es normalmente muy lento y crónico, manifestándose mínimamente sintomatología. Cuando se encuentra síntoma se obtienen buenos resultados con corticoides tópicos.^{1,4}

Balanopostitis circinada

Es la expresión mucocutánea más común de la enfermedad de Reiter, observándose 25-50% de los pacientes, puede preceder las manifestaciones de la enfermedad de Reiter (uretritis, conjuntivitis, artritis) durante meses o años, incluso presentarse como una forma incompleta del proceso. Se caracteriza por erosiones superficiales, brillantes con un margen blanquecino más marcado y lesiones satélite en el resto del glande y prepucio, esto en los pacientes no circuncidados. En varones circuncidados la balanopostitis es seca con un patrón más descamativo, parecido a la psoriasis.^{1,3,4,8}



Figura 3. Dermatitis por contacto por ácido de acumulador aplicado por el paciente como tratamiento para condilomas acuminados.



Figura 6. Lesiones eritematosas, ovals bien limitadas de eritema pigmentado fijo.



Figura 4. Liquen plano, lesiones en el cuerpo del pene.



Figura 7. Condilomas planos. Lesiones papuloides planas y blandas.



Figura 5. Liquen escleroso y atrófico con fimosis.



Figura 8. Chancroide, úlceras induradas.



Figura 9. Linfogranuloma venéreo, adenopatía inguinal dolorosa.



Figura 11. Herpes genital, vesículas eritematoerosivas.



Figura 10. Gonorrea, uretritis aguda purulenta.



Figura 12. Molusco contagioso, lesiones umbilicadas blanco rosadas.

Balanopostitis por liquen plano

El liquen plano es una dermatosis inflamatoria con pápulas aplanadas poligonales purpúricas. Sólo un 25% de los casos afecta a genitales. En el pene las lesiones son escasamente sintomáticas, causando un prurito muy discreto. Con mayor frecuencia las lesiones pueden desarrollarse en el glande en forma de balanopostitis o afectar el cuerpo del pene, en forma múltiple con lesiones o anulares de color violáceo o grisáceos (Figura 4). El diagnóstico se realiza si se observan lesiones similares en la mucosa oral y en la piel. Responden bien a corticosteroides tópicos. En la



Figura 13. Sarcoma de Kaposi, lesión violácea en meato uretral.

mayoría de los casos remite en forma espontánea después de años de evolución dejando hiperpigmentación postinflamatoria residual.^{1,4}

Balanopostitis por liquen escleroso y atrófico (LEA)

Es una dermatosis crónica de etiología desconocida, aunque se mencionan algunos factores predisponentes como circuncisión tardía (después de los 13 años), enfermedades autoinmunes, factores genéticos y hormonales, incluso la presencia de VIH, pero ninguno bien corroborado. Afecta principalmente glande y cara interna del prepucio, en pocas ocasiones envuelve sólo el cuerpo del pene, puede incluso afectar el frenillo, meato uretral y fosa navicular. Las lesiones son máculas de color blanco porcelana de superficie lisa o bien algunas pueden ser blanco-azuladas como equimosis, el prepucio está contraído y pegado al glande sin poderse retraer, ocasionando grados variables de fimosis (*Figura 5*). El tratamiento es la circuncisión en pacientes con fimosis secundaria, así mismo puede detener la progresión de la enfermedad. Así mismo se obtienen buenos resultados como clobetasol tópico. Raramente asientan lesiones malignas en lesiones de LEA, pero se han reportado carcinomas verrugosos, carcinomas de células escamosas.^{1,4,8}

MEDICAMENTOS

Eritema pigmentado fijo

Son erupciones por drogas con reacciones. La localización más común para una erupción fija por drogas es el glande, aparece 2-4 horas tras la ingestión de una dosis. La patogenia está poco clara, se postula un origen inmunológico producto de la sensibilización a un fármaco que actúa como un hapteno. Su rapidez de inicio y su patrón cíclico son característicos. Clínicamente a las pocas horas de la ingesta del fármaco y siempre en la misma localización aparece una placa inflamatoria, 2-3 cm, eritematosa, oval y bien delimitada, poco después se cubre de una ampolla flácida que se rompe fácilmente y deja una superficie erosiva y posteriormente se torna de color violáceo, puede ser solitaria o asociarse a lesiones similares mucocutáneas (*Figura 6*).

Cada vez que se introduce el fármaco provoca la repetición del cuadro y las lesiones cada vez más hiperpigmentadas, violáceas. Los fármacos más frecuentemente involucrados son barbitúricos, fenoltaleínas, parazotonas, tetraciclinas, sulfonamidas, dapsona, griseofulvina, carbamazepina.^{1,9}

PATOLOGÍA INFECCIOSA

El pene puede ser asiento de múltiples cuadros infecciosos, a veces inespecíficos, con lesiones únicamente localizadas en su anatomía. Sus mecanismos de transmisión pueden ser o no por contacto sexual.

Como en todo tipo de infecciones, el tipo y forma de presentación dependerá del propio germen y del estado de inmunocompetencia del huésped.

En los pacientes no circuncidados, el saco prepucial retiene esmegma, gotas de orina y una gran variedad de agentes bacterianos capaces de propiciar el terreno a la infección, sobre todo si la higiene es deficiente. Las balanopostitis infecciosas pueden presentarse de forma brusca o insidiosamente, con eritema y edema en glande y prepucio, acompañándose de sensación de escozor, dolor y prurito. En los casos agudos el edema puede condicionar en los no circuncidados una fimosis con marcada exudación y maceración.^{3,10}

Infecciones por estreptococo

Streptococcus pyogenes causa con frecuencia en la región anogenital un intertrigo erosivo y superficial que en algunos casos puede llegar a afectar el pene. La celulitis del pene y/o del escroto es rara, se ha observado relacionada con un agresivo estreptococo del grupo B, éstos son gérmenes patógenos muy comunes en el periodo neonatal y pueden causar graves celulitis en circuncisiones asépticas.

Existen celulitis causadas por un estreptococo del grupo A que se ha encontrado asociado a psoriasis, causando una balanopostitis con alteración funcional de la región.

En ambas infecciones la clínica se acompaña de dolor local precoz y fiebre. El diagnóstico se apoya con cultivos bacterianos.^{10,11}

Sífilis

La sífilis, enfermedad venérea por excelencia, se manifiesta con lesiones genitales principalmente durante la fase primaria, aunque también puede manifestarse en las fases secundaria, terciaria y congénita de la infección.

El chancro sífilítico aparece a los 15 y 30 días después del contagio, en forma de una pápula solitaria e indolora que se erosiona y ulcera en el centro. La lesión tiene un fondo brillante e indurado al tacto. Su localización más común es el prepucio, surco balanoprepucial y el cuerpo del pene.

En la fase secundaria pueden observarse formas eritematosas y papulares únicamente en pene. A las

seis u ocho semanas tras la aparición del chancro pueden desarrollarse en el cuerpo de pene o en la región anogenital, los llamados condilomas planos. Se trata de lesiones papuloides anchas y aplanadas, confluentes, de consistencia blanda, superficie pálida y húmeda, ricos en treponemas (*Figura 7*).

Resulta obligatoria la búsqueda de treponema en el campo oscuro y la realización de una serología luética. Los individuos con VIH padecen variaciones en el curso de la lúes, aquí la sífilis primaria es rara y casi no se presenta, siendo más frecuentes las lesiones de la fase secundaria. Así mismo, en estos pacientes se detectan serologías VDRL o FTAabs negativas. El tratamiento se recomienda con penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades en dosis única.^{10,12}

Chancroide

Es una enfermedad de transmisión sexual que supera a la sífilis en incidencia mundial.

El agente responsable es un bacilo gramnegativo, llamado *Haemophilus ducreyi*. Los casos de esta infección predominan en la población con un nivel social pobre y marginado sobre todo en varones heterosexuales promiscuos que frecuentan la prostitución más marginal.

La clínica consiste en la aparición de una o varias lesiones ulcerosas después de un periodo de incubación corto que normalmente es inferior a siete días, pero que puede prolongarse hasta tres semanas. La úlcera del chancroide es generalmente dolorosa con bordes "despegados", el fondo es granular y en ocasiones está cubierta por una costra de restos de exudación y fibrina. Clásicamente la úlcera no está indurada, pero esta característica es poco constante, porque las infecciones agregadas le confiere cierta consistencia. Se localiza en prepucio, frenillo, surco balanoprepucial (*Figura 8*).

En el 60% de los casos aparece una linfadenitis inguinal, unilateral, dolorosa que se denomina bubón venéreo. Se dispone de antibióticos eficaces para combatir el chancroide como son eritromicina, trimetoprim con sulfametoxazol, ácido clavulánico más amoxicilina, ceftriaxona y quinolonas.¹³

Linfogranuloma venéreo

Afección actualmente rara producida por *Chlamydia trachomatis*. Se manifiesta tras un periodo de incubación de entre tres y 30 días, en forma de una lesión que se localiza en el sitio de la inoculación y consiste en una pápula o vesícula que se rompe y deja una pequeña erosión o úlcera indolora de aspecto herpetiforme en el

surco balanoprepucial, glande, frenillo, prepucio, cuerpo del pene, uretra o escroto, cicatriza espontáneamente. A las 2-3 semanas aparece una linfangitis del cordón linfático dorsal del pene y adenopatía inguinal dolorosa (*Figura 9*).

Si el linfogranuloma venéreo evoluciona a formas subagudas o crónicas se manifiesta el síndrome anogenitorrectal o el edema genital. El primero es una proctocolitis con hiperplasia linfática y formación de abscesos perirrectales e isquiorrectales. El edema genital es una forma elefantásica que ocurre años después de la infección primaria. El tratamiento es doxiciclina 100 mg c/12 horas por 21 días, otras alternativas son tetraciclinas, eritromicina o sulfisoxazoles.¹⁴

Gonorrea

Es la infección por *Neisseria gonorrhoeae*, se presenta como una uretritis aguda purulenta a los cinco días del contacto sexual, si en el momento de la gonococcia uretral florida el gonococo infecta el saco prepucial se produce una balanopostitis caracterizada por múltiples erosiones de bordes mellados o discretas pústulas y pequeñas ulceraciones en las que se puede visualizar o cultivar el gonococo (*Figura 10*).

El tratamiento es con doxiciclina 100 mg por siete días o azitromicina 1 g DU, ceftriaxona 250 mg IM DU más doxiciclina por siete días, espectinomocina 2 g IM DU más doxiciclina por siete días.^{12,14}

INFECCIONES VIRALES

Herpes simple genital

Es una infección recurrente causada por el herpes virus tipo 2, cuya incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años. Aparece entre los 2-10 días después del contacto sexual (relaciones orales o anales). Se caracteriza por una erupción brusca y dolorosa de vesículas agrupadas en racimos, al principio de un contenido seroso que se rompen fácilmente y dejan una base eritematosa y erosiva, principalmente en prepucio, glande y frenillo (*Figura 11*).

Las recidivas se producen en el 30-70% de los individuos infectados por lo general son menos graves y duran menos que las infecciones primarias. Pueden desencadenarse por traumatismos, estrés u otros fenómenos diversos. El herpes simple recurrente es a menudo anunciado 24 horas antes de la aparición de las vesículas. Las medidas terapéuticas son sólo sintomáticas, incluyen lavados con soluciones secantes; el aciclovir es el tratamiento de elección, 200 mg cinco veces al día por 7-10 días.^{3,10,12}

Molusco contagioso

Es una infección viral producida por un poxvirus que sobretodo se presenta en niños, aunque puede aparecer a cualquier edad. En adultos el pene es la localización más frecuente por contacto venéreo. Clínicamente se manifiesta en forma de pápulas umbilicadas de color blanco o rosado, 3-6 mm y generalmente agrupadas en disposición de racimos (*Figura 12*). Es característico su aspecto profuso y gigante en la cara en individuos con VIH.

Su tratamiento es la extirpación aunque se han obtenido buenos resultados con la aplicación de ácido tricloroacético o criocirugía.^{10,15}

Condilomas acuminados

El agente etiológico es un DNA papovavirus humano del tipo 6 que se multiplica en el núcleo de las células epiteliales infectadas y que da como resultado el condiloma acuminado genital o verruga de la mucosa.

Tienen un periodo de incubación estimado de unos 2-3 meses después del contagio, se presentan como proyecciones vegetantes, blandos, que semejan una coliflor. Los lugares más comunes de afectación son el frenillo, glande, meato uretral. El tratamiento habitual es con aplicación de podofilina, nitrógeno líquido, electrocoagulación.

Los serotipos 16, 18, 31, 33 se han asociados en genitales femeninos a la displasia cervical y al carcinoma escamoso cervical y en genitales masculinos a la papulosis bowenoide, al carcinoma *in situ* e invasivo de pene.^{10,15}

MICOSIS

Balanopostitis candidiásica

Es la más frecuente de las balanopostitis infecciosas, aunque suele tratarse de una infección transmitida sexualmente, es indudable que existen determinados factores favorecedores que deben descartarse ante cualquier caso severo, persistente o recidivante. Existen condiciones que pueden favorecer la infección como humedad local alta, aumento de nutrientes como la glucosa (diabetes mellitus) y las alteraciones de la inmunidad, antibioticoterapia de amplio espectro, fimosis, etc. Se presenta con mayor frecuencia en el surco balanoprepucial. El aspecto clínico es muy orientador con la aparición de micropústulas que representan la lesión elemental y que rápidamente se erosionan y confluyen dando lugar a una balanopostitis húmeda, con un aspecto barnizado muy pruriginosa. Con cierta frecuencia al retirar el prepucio se observa restos macerados de epitelio descamado.

En algunos casos se asiste a una curiosa situación en la que un varón presenta una balanopostitis recurrente con eritema y sensación de quemazón en glande y prepucio, poco después de cada contacto sexual con cultivos negativos pero que resultan positivos en la pareja. En estos casos cabe especular con la posibilidad de una reacción alérgica del enfermo para *Candida albicans*.

El diagnóstico es mediante examen directo y cultivo. El tratamiento es con antimicóticos tópicos: nistatina, clotrimazol, etc. u oral: ketoconazol. No debe olvidarse el tratamiento de la pareja si presenta evidencias de infección.³

INFECCIONES POR PROTOZOOS Y PARÁSITOS

Tricomoniasis

Ocasionada por *Tricomona vaginalis* un protozoo que ha sido asociado con la formación de balanopostitis y abscesos en el rafé medio. Se observa fundamentalmente en jóvenes. Clínicamente se presenta como una balanitis erosiva, pero superficial. El 44% de los pacientes experimentan uretritis y 94% tienen adenopatía inguinal. El 74% de los pacientes presentan las lesiones en prepucio. Responden muy bien al metronidazol durante 10 días.

Leishmaniasis

Es una infección extendida por todo el mundo, causada por un protozoo llamado *Leishmania trópica*. Clínicamente se presenta como abundantes pápulas eritematosas de crecimiento progresivo y con posible ulceración. Puede apreciarse fiebre, mal estado general, adenopatías regionales, el diagnóstico es por hallazgo histológico.^{10,16}

Escabiasis

Producida por *Sarcoptes scabiei* afecta frecuentemente a la piel fina del cuerpo del pene y del escroto, socavando dentro del estrato córneo. La sensibilización a ciertos antígenos del parásito desencadenan un prurito generalizado, rebelde y con agravamiento progresivo. Clínicamente se presenta como eritema, pápulas escoriadas con prurito intenso de predominio nocturno. El tratamiento habitualmente es a base de cremas con perme-trinas 1-5%.^{8,12}

Amibiasis

Causada por *Entamoeba histolytica* es una infestación común en América del Sur y sureste de Asia, frecuentemente origina úlceras genitales y perianales muy dolorosas, sobre el pene de varones homosexuales. Las úlceras con frecuencia se inician en el ano y se extienden hasta formar grandes y profundas ulceraciones dolorosas de límites serpinginosos.¹⁰

NEOPLASIAS

Los tumores del pene pueden ser divididos en benignos, premalignos y malignos, cualquier zona de este órgano puede ser asiento de una neoformación, ya sea primaria o metastásica. La totalidad de los tumores cutáneos benignos y malignos, salvo excepciones, pueden localizarse en la región genital especialmente en el pene.

Un prepucio largo y una higiene con acumulación de detritus epiteliales y secreción glandular en el surco balanoprepucial predisponen a padecer ciertas neoplasias especialmente el carcinoma epidermoide o espinocelular, sobre todo en personas de edad avanzada. También las infecciones por el virus del papiloma humano son un factor etiológico importante, principalmente en individuos jóvenes.

TUMORES BENIGNOS

Queratosis seborreicas

Es un tumor epitelial benigno muy común después de los 30 años con cierta tendencia familiar. La localización genital ocurre raramente de forma aislada pero sí en asociación con otras lesiones en tronco y cara. Son neoformaciones hiperqueratósicas o verrugosas de coloración oscura. Pueden ser retiradas por curetaje.¹⁷

Pápulas perladas del pene

Son estructuras anatómicas sin significado patológico, en cuya histología muestra alteraciones de angiofibromas. Son asintomáticas pero suelen crear gran ansiedad al paciente. Clínicamente se aprecian como múltiples pápulas a veces filiformes del color de la piel o con un tono perlado, se distribuyen alrededor de la corona prepucial a la altura del frenillo y del meato uretral. El diagnóstico es clínico. No tienen tratamiento.^{17,18}

Quistes epidérmicos

Con frecuencia se localizan en el escroto y más raramente en el cuerpo del pene. En algunas ocasiones asientan en la cicatriz de la circuncisión o sobre cicatrices del pene. Se presentan como neoformaciones hemiesféricas del color de la piel con su poro central, es de consistencia dura. La actitud terapéutica depende del grado de molestias que produzca.¹⁷

TUMORES PREMALIGNOS

Cuernos cutáneos

Son protrusiones queratósicas duras a menudo incurvadas y por lo general únicas sobre una piel de aspecto

relativamente normal. Aunque la localización en el área genital es rara, es posible. Se consideran lesiones precancerosas que pueden evolucionar a un carcinoma epidermoide y por lo tanto es recomendable su extirpación.¹⁸

Papulosis bowenoide

Es una variante de neoplasia intraepitelial que se ha relacionado a la infección por el virus del papiloma humano, principalmente subtipo 16, aunque también se ha asociado a los subtipos 18, 31, 33. Con frecuencia los pacientes refieren una historia anterior de condilomas acuminados o una compañera sexual con neoplasia intraepitelial cervical. Clínicamente las lesiones se localizan en prepucio y glande, en forma de múltiples pápulas liquenoides hiperpigmentadas que tienden a confluir hasta formar una extensa placa de coloración oscura. Las lesiones están ligeramente elevadas adquiriendo en algunos casos un aspecto verrugoso. Por lo general son asintomáticas, aunque en ocasiones se describe prurito o ardor.

No todos los casos de papulosis bowenoide evolucionan a carcinoma epidermoide, aparentemente tienen remisión espontánea algunos casos, pero no está bien estudiado por lo que debe de mantenerse en periodos de observación antes de actuar quirúrgicamente. Las opciones más actuales son microcirugía de Mohs, rayo láser o bien crioterapia.^{15,17}

Eritroplasia de Queyrat

Es una lesión con las características microscópicas de la enfermedad de Bowen o un Ca. epidermoide. Aparece en varones mayores de 40 años, no circuncidados. Se presenta como una lesión o múltiples placas eritematosas bien delimitadas, aterciopeladas, húmedas con erosiones y úlceras en su interior. La aparición de un nódulo o úlcera más profunda dentro de la lesión sugiere degeneración o Ca invasivo.

El diagnóstico se confirma con biopsia en varios lugares y en los bordes, en el 10% de las lesiones se detecta un Ca. invasivo. El tratamiento más eficaz es la microcirugía de Mohs.^{8,17}

Carcinoma escamoso

Es un cáncer raro. Se considera que una higiene pobre del saco prepucial es tal vez el factor etiológico más importante, previniéndose con la circuncisión. La forma de presentación del carcinoma escamoso es normalmente una eritroplasia de Queyrat, evolucionando a la aparición de una lesión tumoral escasamente dolorosa, que afecta principalmente al glande y se presenta como una masa verrugosa o exofítica, dura al tacto. La localización más frecuente es el glande, prepucio o corona

prepucial. La mortalidad estimada es del 15.4% aunque el pronóstico depende de la extensión del tumor. En las formas poco infiltradas se recomienda el tratamiento local. En las formas poco diferenciadas debe ser la amputación parcial con 2 cm de margen por cirugía de Mohs.^{17, 19}

Carcinoma verrugosa genital

También llamado condiloma acuminado gigante de Buschke-Lowenstein, es un Ca. escamoso de crecimiento muy lento y exofítico, que aparece sobre todo en la región anogenital. La etiología es desconocida, el principal factor contribuyente es la preexistencia de una infección por VPH o bien una dermatosis preexistente como liquen escleroatrófico. Se manifiesta en glande y prepucio, como una gran masa tumoral, exofítica, es de crecimiento lento, con extensión local o metástasis a distancia infrecuentes. El tratamiento es con microcirugía de Mohs.¹⁷

Melanoma maligno

El melanoma de localización en los genitales masculinos es raro y ocurre en el .1-.2% de todos los melanomas. El tipo más frecuente es el acral lentiginoso. Se manifiesta mediante una mácula o pápula del color castaño o negro, de límites irregulares y a menudo áreas de ulceración. Son normalmente asintomáticos. Se presentan en glande, prepucio, meato uretral y raramente en el cuerpo del pene. El diagnóstico es histológico, como tratamiento inicial está indicada la amputación distal con un margen quirúrgico de 1-3 cm respecto a la lesión.¹⁷

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de pene es un tumor raro y clínicamente poco específico. Su presentación, en forma de un nódulo subcutáneo, causa erecciones dolorosas, incurvaciones del pene, disuria y reducción del calibre de la orina. El tipo más frecuente es el sarcoma de Kaposi, el cual es una neoplasia proliferativa del endotelio vascular caracterizada clínicamente por nódulos violáceos dérmicos. Aunque la descripción inicial fue en varones mayores judíos o mediterráneos, en pacientes inmunodeprimidos sometidos a trasplante, actualmente es más frecuente en enfermos con infección por VIH, sobre todo homosexuales. El sarcoma de Kaposi puede presentarse en el pene solo o afectando

otras zonas. Frecuentemente es asintomático, aunque genera gran ansiedad en los pacientes. Las lesiones son pápulas y nódulos violáceos dérmicos únicos de extensión progresiva, las lesiones localizadas en el meato uretral pueden obstruir el flujo de la orina o causar disuria. puede lograrse una destrucción de las lesiones con criocirugía o láser (*Figura 13*).^{17,20}

BIBLIOGRAFÍA

1. González CJ. Patología cutánea de pene. *Piel* 1997; 12: 145-55
2. Quiroz GF. *Tratado de anatomía humana*. Edit. Porrúa, 28ª. edic. México, 1998. 265-266.
3. Bordas X. Balanitis y balanopostitis. *Piel* 1989; 4: 325-32.
4. Fitzpatrick BT. *Dermatología en medicina general*. 3ª edic. México: Edit. Panamericana, 1998: 1419-1421.
5. Gaffoor A, Qatar D. Sexually induced dermatoses. *Cutis* 1996; 57: 252-54.
6. Leifpoitteuin JP, Drieghe J, Goossens D. Studies in patients with coricosteroid contac allergy. *Arch Dermatol* 1995; 131: 31-37.
7. Boffa MJ, Wilkinson SM, Beck MM. Screening for coricosteroid contact hypersensitivity. *Contac Dermatitis* 1995; 33: 149-151.
8. English J, Laws RA, Keough G, Wilde JL et al. Dermatoses of the glans, penis and prepuce. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 1-24.
9. Bodian A, Buchness M. Fosarnet-induced penile ulceration. *Dermatology* 1993; 32: 526-527.
10. González CJ. Patología cutánea del pene. Patología infecciosa. *Piel* 1997; 12: 202-211.
11. Patrizi A, Costa AM, Fiorillo L. Perianal streptococcal dermatitis associated with guttate psoriasis and/or balanopostitis: A study of five cases. *Ped Dermat* 1994; 11: 168-171.
12. Buntin DM. The 1993 sexually transmitted disease treatment guidelines. *Sem Dermatol* 1994; 13: 269-274.
13. Savall R. El Chancroide en 1990. *Piel* 1990; 5: 211-213.
14. Buntin DM, Rosen T, Leshner JI et al. Sexually transmitted diseases: Bacterial infections. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 287-99.
15. Urbina GF, Sandoval SR. Lesiones papulosas en pene. *Piel* 1993; 8: 529-532.
16. Al-Harmoz SA, Gaffoor A. Condylomata lata. *Cutis* 1989; 44: 87-88.
17. González CJ. Patología cutánea del pene. Patología tumoral. *Piel* 1997; 12: 248-254
18. Ponce de León J, Algaba F, Salvador J. Cutaneous horn of glans penis. *Br J Urol* 1994; 74: 257-258.
19. Leal Khour S, Horza GJ. Squamous cell carcinoma developing within lichen planus of the penis. Treatment with Mohs micrographics surgery. *J Dermatol Surq Oncol* 1994; 20: 272-276.
20. Fairfax CA, Hammer CJ, Dana BW et al. Primary penile lymphoma presenting as a penile ulcer. *J Urol* 1995; 153: 1051-52.