Claudia Juliana Díaz Gómez

RESUMEN

os órganos genitales masculinos pueden ser el blanco de múltiples enfermedades infecciosas y no infecciosas; en algunas oportunidades es fácil establecer el diagnóstico, y otras veces las manifestaciones son tan inespecíficas que crean gran dificultad.

En esta revisión se describe brevemente la embriología y la anatomía genital masculina; posteriormente se explicarán algunas variedades anatómicas normales, anomalías congénitas, enfermedades más comunes y otras menos comunes que deben estar dentro del diagnóstico diferencial de las enfermedades no infecciosas. Se excluyen entidades por transmisión sexual. Aunque en algunas de las enfermedades nombradas a continuación existen factores infecciosos asociados o disparadores, no se ha logrado establecer su etiopatogenia exacta.

Palabras clave: genitales masculinos, balanitis no infecciosas.

INTRODUCCIÓN

Muchas de las dificultades que tenemos los médicos cuando nos enfrentamos a enfermedades localizadas en los genitales tanto femeninos como masculinos, es tratar de establecer si son enfermedades infecciosas o no. De ahí la importancia de describir algunas de las entidades que deben estar como diagnósticos diferenciales. Adicionalmente hay que tener en cuenta que estos pacientes siempre están ansiosos y es necesario ayudarlos prontamente a resolver su problema.

Claudia Juliana Díaz Gómez. RII Dermatología, Universidad del Valle, Cali. Correspondencia: Dermatología, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia. E-mail: clajudiaz@yahoo.com

Cuando encontramos a un paciente con enfermedad genital hay tres grandes preguntas que nos debemos plantear v son:

- 1. ¿Es una enfermedad sexualmente transmitida?
- 2. ¿Es ésta una manifestación de un desorden de naturaleza generalizada?
- 3. ¿Es una lesión específica de los genitales?

Para efectos prácticos de la revisión las enfermedades no infecciosas se clasificarán en:

- · Estados eczematosos e inflamatorios
- Enfermedades papuloescamosas
- · Enfermedades exudativas
- · Enfermedades ulcerativas
- · Enfermedades ampollosas

EMBRIOLOGÍA

Los genitales masculinos presentan un período indiferente entre la tercera y la décima semanas; muestran diferenciación entre la undécima y decimosexta semanas de gestación; las células mesenquimales originadas en la línea primitiva migran alrededor de la membrana cloacal, éstas desarrollarán el tubérculo genital, el pliegue urogenital y el pliegue labioescrotal; posteriormente bajo el influjo androgénico se formará el glande a partir del tubérculo genital. El pliegue urogenital sufre una fusión y alargamiento, produciendo el cuerpo del pene y el pliegue labioescrotal originará el escroto. Cualquier anomalía en la fusión del pliegue urogenital llevará a la formación de hipospadias o aberturas anormales de la uretra. 1.2 (Figura 1).

ANATOMÍA MACROSCÓPICA

La piel de los genitales masculinos es ligeramente pigmentada, presenta vello en la parte más proximal. En la

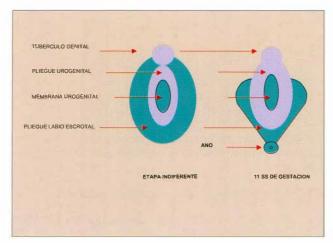


Figura 1. Esquema de la diferenciación genital en el embrión. Modificado de: English JC 3rd, Laws RA, Keough GC, et al. Dermatoses of the glans penis and prepuce. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 1-24.

parte distal se encuentra el glande, envuelto por un pliegue cutáneo llamado prepucio. El glande tiene forma cónica, en el extremo distal está la abertura uretral y en su base un relieve circular llamado corona del glande.

El cuerpo del pene y el glande están separados por el surco balanoprepucial; allí ocasionalmente vemos las glándulas de Tyson que corresponden a glándulas sebáceas; éstas pueden ser confundidas con molusco contagioso; ellas secretan una sustancia llamada esmegma constituida principalmente por células descamativas.

En la parte ventral o inferior del cuerpo del pene se observa el rafé mediano, que constituye un pliegue longitudinal en cuya parte distal se inserta el frenillo.

La poca higiene, el acúmulo de detritus, ciertas costumbres sociales como el uso de ropa ajustada, y algunas diferencias anatómicas como el prepucio largo y redundante favorecen infecciones en pacientes no circuncidados.^{2.4}

ANATOMÍA MICROSCÓPICA

Los planos más profundos del pene son la fascia superficial y profunda, con dos cuerpos cavernosos y uno esponjoso en medio del cual está la uretra. La suplencia arterial está dada por la arteria pudenda interna formando las arterias cavernosa, bulbar, uretral y dorsal. La inervación es por el nervio pudendo.^{3,4}

EVALUACIÓN

Es importante realizar una historia clínica completa, examen físico detallado y apoyarse para el diagnóstico en algunos exámenes de laboratorio que se resumen a continuación (Figura 2).^{2.5}

Historia clínica

- Circuncisión
- · Recurrencias y duración
- Prácticas sexuales
- Disuria
- Medicaciones
- Alergias
- · Revisión por sistemas

Examen físico

- Inflamación
- Edema
- Esmegma
- Erosiones
- Úlceras
- Atrofia
- Hiper o hipopigmentación
- · Nódulos o tumor

Laboratorio

- · Test de Tzank
- кон
- Gram
- VDRL
- Cultivos
- VIH
- Biopsia

Figura 2. Enfoque diagnóstico de la enfermedad genital. Modificado de: English JC 3rd, Laws RA, Keough GC, et al. Dermatoses of the glans penis and prepuce. J Am Acad Dermatol, 1997; 37: 1-24.

VARIEDADES ANATÓMICAS NORMALES

1. Pápulas perladas del pene

Fueron descritas por Buschke y Gumpert, tienen una incidencia de 10%-30% y se han encontrado más en raza negra y en pacientes circuncidados; generalmente son asintomáticas y corresponden histológicamente a angiofibromas cubiertos por epitelio escamoso. Forman pápulas de 1-2 mm en la corona del glande y pueden ser confundidas con verrugas genitales. Generalmente crean mucha ansiedad en el paciente por la creencia de ser transmitidas sexualmente, pero en realidad corresponden a un trastorno benigno que no requiere tratamiento, pero hay reportes con crioterapia con buenos resultados. Hay estudios que soportan la no asociación de esta condición con el virus del Papova.⁶⁻¹⁰

2. Condición de Fordyce

Son diminutas pápulas amarillentas que se ven en la mucosa y sobre el prepucio, totalmente asintomáticas, y suelen ser confundidas con enfermedades infecciosas; histológicamente son lesiones ectópicas de pequeñas glándulas sebáceas maduras y comúnmente se llaman puntos de Fordyce. Esta condición puede verse también en el borde de los labios de la boca y coexistir con ella. No requiere tratamiento. 46.9-11

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Las anomalías genitales masculinas son comunes y pueden resultar de desórdenes de la diferenciación sexual durante el crecimiento genital. Algunas anormalidades se asocian con defectos de otros órganos; la mayoría son reconocidas al nacimiento pero pueden detectarse *in utero*.

1. Fusión parcial coronal

El surco incompleto es una condición asintomática; en ocasiones puede presentar un "seno" en donde se acumulan microorganismos, con el desarrollo de síntomas que hacen pensar en una enfermedad infecciosa o de transmisión sexual, lo que lleva a tratar a un paciente en forma innecesaria. La corrección se realiza con un sencillo procedimiento quirúrgico. No hay datos de incidencia de esta disfunción.⁴

2. Glande escrotal

Es una condición rara en donde el glande presenta una superficie papilomatosa con surcos verticales; los cambios son comparables con los que se observan en la lengua escrotal; no hay evidencia de sangrado ni signos de inflamación. Los reportes son escasos.^{4,12}

3. Duplicación uretral

Es una anomalía infrecuente y compleja. La mayoría de los casos se diagnostican en la infancia cuando se observan dos meatos. Puede asociarse con otras anormalidades de la vía urinaria, además, en muchos casos hay antecedentes familiares de esta afección.

Para efectos prácticos se puede dividir en dorsal y ventral, acompañada clínicamente de incontinencia y duplicación fálica. El tratamiento debe ser enfocado por el urólogo.^{4,13}

4. Pterigium escrotal

Es un defecto que no tiene significancia clínica ni requiere tratamiento; consiste en la fusión de la piel del escroto al cuerpo del pene.⁴

ENFERMEDADES ECZEMATOSAS O INFLAMATORIAS

1. Prurito esencial

Describe el término de comezón en ausencia de lesiones cutáneas. Debe descartarse infección por pediculosis y escabiosis, factores ambientales tales como sudor, xerosis, higiene enérgica, enfermedades sistémicas y, por supuesto, evaluarse el estado psicológico del paciente. El tratamiento se basa en controlar estos factores. Pueden ser útiles algunas medicaciones antipruriginosas no esteroideas y antihistamínicos sedantes por vía oral.¹⁰

2. Dermatitis de contacto

Setenta y dos por ciento de las dermatitis de contacto tienen antecedentes de atopia.

Hay varias formas de sensibilización; la exposición al alergeno se realiza a través de la mano, contacto sexual o como parte de un proceso generalizado. Los principales alergenos hacen parte de un gran grupo de medicaciones utilizadas como espermicidas, desodorantes, duchas vaginales, preservativos, conservantes y otros. Los más comúnmente conocidos son: tetrametil-tiurano, mercaptobenzotiazol, ditiocarbamatos, propilenglicol, parabenos, nonoxinol y algunos antineoplásicos como la mitomicina usada para instilaciones en la vejiga.

En no sensibilizados los síntomas ocurren aproximadamente entre 5 y 7 días después de la exposición; en los sensibilizados pueden ser en 4 a 6 horas, dependiendo del alergeno, de la cantidad y la reactividad individual. La clínica suele ser con intenso prurito y escozor, con gran edema y posteriormente ampollamiento o vesículas, puede presentarse también urticaria de contacto y desencadenarse síntomas sistémicos y respiratorios. La curación se da en forma espontánea aproximadamente en la segunda semana si el paciente no tiene un nuevo contacto con el alergeno. El tratamiento va encaminado a identificar, mediante pruebas de parche, el hapteno que desencadena la reacción; puede necesitarse corticoesteroide oral o también antibióticos tópicos o sistémicos si hay sobreinfección. La sedación con antihistamínicos, compresas secantes en la fase aguda y corticoesteroides de baja potencia en la fase intermedia suelen ser el tratamiento de elección. Si el proceso continúa puede llevar a liquenificación, hiperqueratosis e inflamación crónica constante de difícil manejo. 4,6,10,14-20

3. Intertrigo

Se encuentra compromiso de pliegues inguinales que ocasionan áreas eritematosas con gran maceración y sobreinfección. Se comporta como una dermatitis de contacto irritativa secundaria al sudor, orina o materia fecal; puede asociarse con prendas de vestir estrechas. El tratamiento consiste en disminuir los factores desencadenantes como la humedad y agravantes como la obesidad.^{4.10}

4. Dermatitis seborreica

Corresponde aproximadamente al 8% de las consultas genitales y es frecuente en pacientes VIH. Aparece en sitios pilosos, implicándose en su patogenia el *Pityrosporum ovale*. Clínicamente se caracteriza por tener descamación leve en pene y escroto con áreas de eritema, y a menudo se observa en otras regiones como tronco, cara y cuero cabelludo; el tratamiento se realiza con ketoconazol tópico o en shampoo y puede ser necesario adicionar corticoesteroide tópico. Tiene tendencia a la cronicidad.^{4,6,10,14}

5. Psoriasis

La psoriasis es una de las dermatosis más comunes de las enfermedades cutáneas no infecciosas de los genitales masculinos. Generalmente es asintomática, pero se torna sintomática con las relaciones sexuales; puede presentarse aislada o ser la manifestación inicial de una psoriasis que posteriormente se generaliza, acompañándose de com-

promiso de otras áreas como uñas, escalpo y extremidades; generalmente hay antecedentes familiares.

Clínicamente son placas descamativas y eritematosas, que comprometen con mayor frecuencia el glande y el prepucio. En el tratamiento se utilizan corticoesteroides tópicos de baja potencia, tintura de Castellani, calcipotriol o tacalcitol tópico. 4,6,10,15,16,18-20 (Figura 3).



Figura 3. Psoriasis: compromiso púbico, escrotal y del dorso del pene, como parte de un proceso generalizado.

6. Linfangitis esclerosante del pene

Enfermedad poco frecuente descrita por Hofman en 1923, llamada también Linfangiectasia transitoria benigna o Linfangiectasia esclerosante no venérea. Afecta más a hombres jóvenes. Clínicamente es un engrosamiento tisular paralelo al surco coronal, sin signos de inflamación y doloroso con la erección; su etiología es desconocida pero se ha asociado con una gran actividad sexual.

A pesar del nombre dado a la enfermedad, para algunos autores el compromiso no es linfático sino venoso puesto que histológicamente se encuentran vasos dilatados con trombos de fibrina y reacción inflamatoria. Algunos autores lo definen como una flebitis tipo Mondor. Suele autolimitarse y debe recomendarse la abstinencia de relaciones sexuales. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la tromboflebitis dorsal del pene que es muy dolorosa y ocasionalmente con signos inflamatorios. 4.6.10,20.22

7. Liquen escleroso y atrófico

Tiene una incidencia que va entre 1 en 300 hasta 1 en 1.000,² la relación hombre mujer es 1 a 10.

Como causa de consulta se ha reportado un 14%; puede ocurrir a cualquier edad, más frecuentemente en grupos de pacientes entre los 30 y 50 años y en su mayoría no circuncidados.

Clínicamente son placas o máculas blanquecinas atróficas que confluyen en cualquier localización, asintomáticas, con telangiectasias y con leve color lila, predominan en el prepucio y glande pero se pueden encontrar más raramente en el cuerpo del pene. La presentación perianal en hombres es poco frecuente, a diferencia de las mujeres. La presencia de fimosis, prurito, quemazón y esclerosis en la punta del prepucio hacen el diagnóstico junto con la biopsia.

El trauma puede estar implicado en la etiología, pero se ha encontrado que los pacientes que lo padecen tienen incrementadas enfermedades autoinmunes tales como anemia perniciosa, vitiligo, desórdenes tiroideos, autoanticuerpos en un 74%, asociaciones con HLA DQ7 y CMHII, también, factores infecciosos asociados como HPV 6 y 16 en pacientes jóvenes y borrelia.

Las complicaciones son parafimosis, eritroplasia de Queyrat y carcinoma escamocelular (la expresión de la p53 parece estar aberrante).

La histopatología muestra hiperqueratosis ortoqueratótica, acantosis, atrofia y vacuolización de la basal, algunas veces con formación de hendiduras dermoepidérmicas y edema dérmico, observándose ampollas en la unión dermoepidérmica.

El tratamiento de elección es la circuncisión. El clobetasol tópico se utiliza empezando el primer mes diario en las noches, el segundo mes ínterdiario en las noches y el tercer mes dos veces por semana. También se han empleado corticoesteroides intralesionales. emolientes y láser de dióxido de carbono. La ciclosporina y los retinoides se han usado sin ninguna evidencia; se demostró que la testosterona tópica no era efectiva. Hay algunos reportes de pacientes tratados con tacrolimus al 0.1% con completa remisión, sin mayores efectos adversos, pero se necesitan más estudios al respecto.²³ Es importante realizar un seguimiento clínico juicioso por el riesgo estimado de cáncer.^{2.4,6,10,14-16,18-20, 24-31}

8. Balanitis xerótica obliterante

El concepto de balanitis se refiere a la inflamación del glande, y la postitis a la inflamación del prepucio. El término de cicatriz sobre una balanitis fue descrito por Stuhmer en 1928 y sólo hasta 1944 la balanitis xerótica y obliterante fue considerada el estadio final del liquen escleroso y atrófico; esta asociación fue descrita por Leymon y Freeman quienes observaron cinco pacientes con lesiones en piel y en genitales.

El prepucio se engrosa, se contrae, se fisura y se fija al glande sin poderse retraer. Para algunos autores la balanitis xerótica y obliterante es consecuencia de un liquen plano o como secuela de un penfigoide de las mucosas, pénfigo vulgar y de otras balanitis.

El tratamiento de elección es la circuncisión; ^{2,6,10,16,20,24}; también se ha reportado el uso exitoso de ungüento de tacrolimus en esta enfermedad. ³²

9. Balanitis plasmocitaria de Zoom

Descrita por Zoom en 1952, también llamada balanitis de células plasmáticas o mucocitis de células plasmáticas.² Representa un 7.5% de la consulta, siendo una entidad benigna de curso crónico, con mayor frecuencia en pacientes de edad media o avanzada no circuncidados. Garnier describió lesiones similares en vulva llamada vulvitis plasmocelular; también se han descrito en conjuntiva y en mucosa oral.

Clínicamente se presenta como una placa húmeda única, con síntomas o sin ellos, que compromete principalmente el glande y ocasionalmente el prepucio, de color rojo brillante con un punteado llamado en pimienta de cayena producido por depósitos de hemosiderina. La causa es poco clara; algunos autores postulan factores disparadores como el calor, la fricción, poca higiene, infección crónica con *Mycobacterium smegmatis*, trauma y factores exógenos no conocidos; otros describen la asociación con carcinoma de pene y se postula que este tipo de balanitis precede al carcinoma.

El diagnóstico se confirma con biopsia que muestra adelgazamiento de la epidermis con queratinocitos

romboidales sin atipia, disqueratosis, espongiosis, extravasación de eritrocitos e infiltrado plasmocitario en banda en dermis superior y media. En estudios inmunohistoquímicos se han encontrado plasmocitos productores de IGg predominantemente.

Se ha descrito una variante tumoral: el plasmoacantoma. El principal diagnóstico diferencial debe establecerse con la eritroplasia de Queyrat.

Puede utilizarse tratamiento corticoesteroide tópico de baja o alta potencia e incluso intralesional; sin embargo existe resistencia a ellos. Lo mejor es la circuncisión o la criocirugía y en casos refractarios se propone el uso de láser.

Se han utilizado hormonoterapia, electrocoagulación y agentes antimicrobianos, con menos respuesta. 6.16.18.20.24.25,33

ENFERMEDADES PAPULOESCAMOSAS

1. Pitiriasis rosada

Es una dermatosis aguda pero autolimitada que afecta más a personas jóvenes entre 10 - 35 años y raramente en los extremos de la vida. Son placas papuloescamosas, que afectan principalmente el tronco, región cervicocefálica, cuero cabelludo y atípicamente en la región inguinal y zona genital. Las variantes clínicas son vesiculosa, pustulosa y semejante a eritema multiforme.

La etiología es desconocida pero se ha sospechado una causa infecciosa especialmente viral, observándose variaciones en la primavera y el otoño en los países donde hay estaciones. El principal diagnóstico diferencial se debe establecer con sífilis secundaria.^{4,34}

2. Síndrome de escroto rojo

Es una entidad de etiología desconocida; usualmente se presenta en hombres mayores de 60 años, quienes han consultado múltiples veces con historia de quemazón en región escrotal y peneana con constante irritabilidad, prurito, ardor y dolor. En el examen físico se encuentran telangiectasias y eritema. La histología es inespecífica, con dilatación de vasos y leve infiltrado inflamatorio. En el diagnóstico diferencial se debe descartar dermatitis de contacto y celulitis aguda.

Ningún medicamento ha resultado exitoso pero han sido de ayuda esteroides, antibióticos, antipruriginosos y antihistamínicos. 4,35

3. Liquen plano

Se calcula que entre el 11% y el 25% de las consultas por lesiones dermatológicas de genitales corresponden a liquen plano. Es una condición benigna que puede remitir espontáneamente al cabo de los años.

La presentación clínica más frecuente es la lesión anular, no pruriginosa, de color violáceo, con fina descamación, aunque se puede encontrar una placa o liquen plano erosivo haciendo parte de una reacción generalizada de la piel. Las lesiones de liquen erosivo pueden simular un penfigoide cicatrizal, una balanitis de Zoom o liquen escleroso y atrófico.

Las consecuencias del liquen plano incluyen disfunción sexual y más raramente carcinoma escamocelular. Responde mal al tratamiento; se han utilizado corticoesteroides tópicos de mediana y alta potencia, infiltraciones, ciclosporina tópica y terapia fotodinámica. En el liquen plano erosivo hay reportes con pimecrolimus. 6.14.16.18.20.36

4. Liquen nítido

Se presenta en un 10% de las consultas por lesiones dermatológicas de genitales. Son pápulas pequeñas, asintomáticas, crónicas, de etiología desconocida que no requieren tratamiento, aunque se pueden tratar con corticoesteroides tópicos.

Los diagnósticos diferenciales son molusco contagioso, sífilis secundaria y liquen plano.⁴

5. Balanitis circinada

La manifestación cutánea más frecuente del síndrome de Reiter es la balanitis circinada; la incidencia es de 3.5 x 100.000. Se acompaña de artritis seronegativa, uretritis y conjuntivitis.

Clínicamente aparecen lesiones en placas eritematosas erosivas, superficiales, múltiples y confluyentes con borde blanquecino de aspecto geográfico.

La causa de la enfermedad no es bien conocida. Sin embargo está relacionada con reacción inmunológica posterior a infecciones por transmisión sexual como clamidia tracomatis y de tracto gastrointestinal como shigella, salmonella, yersinia y campilobacter. Noventa por ciento (90%) de los pacientes son HLA B27 positivos.

Histológicamente es indiferenciable de la psoriasis y en pacientes circuncidados adquiere aspecto psoriasiforme, dándosele el nombre de balanitis circinatta sicca.^{2,16,17,19,20,24}

6. Balanitis seudoepiteliomatosa queratótica y micácea

La balanitis seudoepiteliomatosa queratótica y micácea es una enfermedad rara, descrita en 1961 por Lortat Jacob-Civatte en hombres de edad avanzada.

Son placas hiperqueratóticas, toscamente descamativas, con coloración blanca a dorada que pueden causar fimosis e interferencia en la actividad sexual. Por los hallazgos de histología ha sido descrita como entidad premaligna y hay reportes de casos de carcinoma verrucoso generados en esta entidad. El diagnóstico diferencial debe realizarse con carcinoma epidermoide, eritroplasia de Queyrat, enfermedad de Bowen, queratoacantomas y condilomas gigantes. Se recomienda la resección quirúrgica. 2.17.20

ENFERMEDADES EXUDATIVAS

1. Enfermedad de Darier

Es un trastorno autosómico dominante, descrito por Darier y White en 1889. El defecto se encuentra en el cromosoma 12q23-24, en el cual hay alteración de la queratinización epidérmica, uñas y mucosas.

Las lesiones son malolientes, característicamente en áreas seborreicas como tronco, cuero cabelludo y áreas intertriginosas pero también en otras como genitales. Hay reportes con compromiso de mucosas. Histológicamente se observa acantólisis con disqueratosis.

Una historia familiar positiva orienta hacia el diagnóstico. El tratamiento puede realizarse con retinoides tópicos o por vía sistémica.³⁷

2. Enfermedad de Hailey-Hailey

Llamada pénfigo familiar benigno, de carácter autosómico dominante y descrita por Hailey en 1939. El defecto se ha localizado en el cromosoma 3q y compromete la adhesión celular, particularmente en los desmosomas y en la distribución de los filamentos intermedios.

Presenta formación de vesículas que se convierten en lesiones exudativas que tienden a sobreinfectarse en pliegues o áreas flexoras, siendo las axilas, región inguinal y cuello las más comprometidas. El cuero cabelludo y tronco raramente se afectan. En el hombre se originan fisuras escrotales que en ocasiones comprometen las mucosas.

Histológicamente se encuentra acantólisis y edema intercelular suprabasal.

Su tratamiento consiste en administrar antibióticos para la sobreinfección y corticoesteroides de mediana a moderada potencia.^{4,10}

3. Hidradenitis supurativa

Es una enfermedad inflamatoria crónica primaria de las glándulas apocrinas de la piel y del tejido celular subcutáneo, más frecuente en adultos jóvenes. Los rasgos clínicos que favorecen el diagnóstico son la presencia de múltiples lesiones de aspecto fistuloso en diferentes sitios, con mayor compromiso de axilas e ingle y la respuesta poco satisfactoria a los antibióticos convencionales. Factores genéticos y hormonales favorecen la enfermedad; además suele haber el antecedente familiar de acné quístico. El diagnóstico diferencial más importante es la forunculosis recurrente.

Estos pacientes responden mal al tratamiento convencional como antibióticos, retinoides, y prednisona, siendo la mejor elección la marsupialización o resección de los tractos de drenaje realizando cierre primario o injertos de espesor parcial, aunque con secuelas cicatrizales.^{4.10}

ENFERMEDADES ULCERATIVAS

1. Enfermedad de Behcet

Esta entidad, con importantes anomalías inmunes, tanto celulares como humorales, fue descrita por Behcet en 1937. Existe una alta prevalencia en hombres jóvenes en los países del Mediterráneo y en Japón, asociados con HLA51- HLA B5 y en occidente al HLA 12, 5 y 27.

Los pacientes presentan úlceras orales y genitales dolorosas, limpias y profundas de tipo sacabocado en pene y escroto en un 89%.

Para el diagnóstico de la enfermedad los criterios de O'Duffy y los internacionales se resumen en: estomatitis aftosa acompañando a ulceraciones genitales, uveítis anterior o posterior, artritis asimétrica no erosiva o sinovitis, meningoencefalitis y otras manifestaciones en piel como: eritema nodoso, lesiones vasculíticas pustulosas y fenómeno de patergia.³⁸

El tratamiento de las úlceras se realiza con corticoesteroides tópicos o infiltración, el resto con corticoesteroides sistémicos o agentes citotóxicos. Algunos pacientes pueden requerir dapsona, colchicina o talidomida, dependiendo del grado de afección sistémica y/o mucocutánea. 10.39

2. Pioderma gangrenoso

Es una enfermedad rara que puede ocurrir a cualquier edad en los genitales masculinos, de la cual hay pocos reportes en la literatura. Hace parte del grupo de las dermatosis neutrofílicas, con mediación inmune, en donde clínicamente hay una rápida progresión de úlceras con graves secuelas, que suelen confundirse con la enfermedad de Fournier. Más del 50% de los casos están asociados con colitis ulcerativa, artritis reumatoidea, LES, hepatitis crónica o anormalidades hematológicas como leucemia linfoide crónica.

Se debe recordar que el diagnóstico es por exclusión y que la característica principal es el fenómeno de patergia positivo. El tratamiento para la entidad consiste en dosis altas de corticoesteroides usados en combinaciones con azatioprina, ciclosporina, dapsona y minociclina.^{21,40,41,42}

3. Enfermedad de Crohn

La colitis granulomatosa o enfermedad de Crohn, es una condición inflamatoria crónica del intestino delgado o grueso, de etiología idiopática, que involucra lesiones desde la boca hasta el ano, de rara presentación en los genitales masculinos. En 1965, Parks describe lesiones exudativas profundas, perianales y genitales de origen metastásico o por contigüidad (fisuras, fístulas, úlceras y abscesos).

Casi todas las lesiones son dolorosas aunque pueden ser asintomáticas y particularmente son pacientes con antecedentes de enfermedad de Crohn, pero hay un reporte de linfangitis granulomatosa que precedió el cuadro y en cuyo caso fue la primera manifestación de la enfermedad. Hay también un caso de edema escrotal persistente previo a la presentación de la entidad.⁴³

La histología muestra una enfermedad granulomatosa semejante a la encontrada en el intestino. El diagnóstico diferencial debe realizarse con tuberculosis, actinomicosis, linfogranuloma o filariasis. 4.44.45

4. Aftosis recurrente

Son úlceras de presentación escrotal y peneanas de etiología no clara, cuyas lesiones suelen ser solitarias, color gris, con base necrótica y halo eritematoso y no dejan cicatriz. Se deben descartar otras enfermedades como Behcet y enfermedades ampollosas.

No hay una terapia aceptada para esta entidad, las úlceras suelen curar espontáneamente; en casos refractarios se ha empleado dapsona, colchicina y talidomida, que son utilizadas también en úlceras orales recurrentes.¹⁰

ENFERMEDADES AMPOLLOSAS

1. Eritema multiforme

El compromiso genital puede ser la primera manifestación de la enfermedad generalizada; suele aparecer por reacción adversa a medicaciones, especialmente tetraciclinas y sulfas y cuando hay recurrencia se asocia con infección por herpes virus y debe recibir tratamiento; el patrón de distribución y las lesiones clásicas orientan al diagnóstico. 6.10

2. Ampollas por coma

Las lesiones ampollosas relacionadas con el coma fueron descritas inicialmente por Larry en 1812 en soldados intoxicados por monóxido de carbono. Han sido encontradas en pacientes expuestos a benzodiazepinas, barbitúricos y antidepresivos tricíclicos, como también en pacientes comatosos no inducidos por medicamentos.

Son ampollas que empiezan en las primeras 24 horas del coma y afectan áreas de roce y presión, ocasionalmente el pene es involucrado y puede verse un patrón lineal. No se conoce aún el mecanismo de la formación, pero se involucran diferentes factores tales como el trauma, la presión, la hipoxia y los medicamentos.

La histología se caracteriza por la presencia de necrosis de las glándulas sudoríparas sin hallazgos de vasculitis; el diagnóstico se realiza con historia de coma prolongado con los sitios de presión afectados y la confirmación por histopatología observándose necrosis de glándulas sudoríparas.⁴⁶

3. Síndrome de Stevens Johnson

Es una reacción severa de la piel y de las membranas mucosas debida a la toma de medicamentos; los más importantes son las sulfas, los aines y los anticonvulsivantes.

La afección sola de la piel genital es rara y puede ser importante con vesículas y ampollas que producen denudación de la mucosa perimeatal y del glande, acompañadas de exudado purulento, ocasionando disuria y favoreciendo la infección por *Staphylococus aureus*.

Los síntomas se acompañan de fiebre, prurito, malestar general y compromiso sistémico. La severidad del trastorno obliga a hospitalizar al paciente.

En primer lugar se debe retirar el fármaco desencadenante para evitar la progresión de la enfermedad; además, medidas de soporte clínico, reposición de líquidos, manejo en unidad de quemados y nutrición adecuada. Los antibióticos pueden evitar sobreinfecciones y no deben utilizarse esteroides. La estenosis del meato por seudo membranas es una secuela importante. 4,47

4. Erupción fija medicamentosa

La lesión afecta en un 20% el área genital y aparece cada vez que se administra un medicamento al cual el paciente está sensibilizado.

Se presentan una o varias placas eritematosas que pueden ampollarse y dejar una pigmentación residual. Los fármacos más implicados son trimetropin sulfa en el 73% de los casos, metronidazol, barbitúricos, salicilatos, tetraciclinas, fenitoína y fenolftaleína entre otros.

El tratamiento ocasionalmente se hace con corticoesteroide tópico. 10,19,20,24

5. Dermatosis IgA lineal

Es una afección de tipo autoinmune donde hay anticuerpos IgA contra la membrana basal en la unión dermoepidérmica, particularmente contra antígenos de 97 y 285 KDa. Se observan ampollas pruriginosas de predominio perineal y compromiso mucoso entre 50% y 75%.

En la histología hay ampollamiento subepidérmico con predominio de polimorfonucleares neutrófilos. Estos pacientes son difíciles de diferenciar del penfigoide cicatrizal y el diagnóstico se debe confirmar con inmunofluorescencia. El tratamiento de elección es la dapsona pero también responde a la sulfapiridina. 48 (Figura 4).

6. Pénfigo vulgar

Como presentación exclusiva de genitales es rara; las lesiones ocurren más frecuentemente relacionadas con enfermedad cutánea generalizada. El compromiso del glande ocasiona balanitis y es mayor que el del cuerpo del pene; la uretra no se afecta porque al parecer carece de desmogleína 1 y 3, y además se han encontrado variaciones de concentraciones de antígenos siendo más altos en algunos lugares como axila, escalpo, mucosa bucal comparados con otros sitios (Figura 5).



Figura 4. lgA lineal: ampollas y vesículas que confluyen en dorso peneano en un niño



Figura 5. Pénfigo vulgar: ampollas que han ocasionado áreas denudadas en el escroto, en un paciente con compromiso generalizado

Algunos factores exacerbantes como trauma aumentan la enfermedad. La variante vegetante afecta áreas intertriginosas.

La respuesta al tratamiento de las lesiones peneanas es igual a las del resto del cuerpo.^{23,49}

7. Penfigoide de membranas mucosas

Compromete mucosas más que epitelio queratinizado. Las lesiones genitales ocurren en 20% a 35%, produciendo balanopostitis leve con formación de cicatrices; otras localizaciones son:

- Oral 83% a100%
- Ocular 22% a77%
- Faringe 43%
- Recto 11% y
- Piel 5% a 23%

La histopatología muestra infiltrado eosinofílico y la inmunofluorescencia tiene depósitos de IgG, IgA y C3 en disposición linear contra la membrana basal, específicamente contra el antígeno de unión de los desmosomas de 230 KDa (antígeno del penfigoide ampolloso), el de 180 KDa (antígeno del penfigoide II) y anticuerpos contra la laminina 5.

La terapia debe realizarse con corticoides de 1 a 2 mg/kg/día, ciclofosfamida 1 a 2 mg/kg/día, azatioprina 1 a 2 mg/kg/día o dapsona 50 a 200 mg/ día. 42.50,51

SUMMARY

A wide range of non infectious dermatoses can affect male genitalia. This review of some common and uncommon topics is focused on embryology, regional anatomy, clinical features and treatment.

Key words: male genitalia, non infectious balanitis.

BIBLIOGRAFÍA

- Sadler TW. Aparato urogenital. En: Langman. Embriología Médica. Buenos Aires, Bogotá, Caracas 15: 264-299.
- English JC 3d, Laws RA, Keough GC, et al. Dermatoses of the glans penis and prepuce. J Am Acad Dermatol, 1997; 37: 1-24.
- Tanagho E. Anatomía del aparato genito urinario. En: Tanagho E, Mcaninch. Urología General de Smith. México 1997: 1 -15.
- Fisher BK, Margesson LJ. Genital skin disorders: Diagnosis and treatment. St Louis, Mosby 1998: 3-7,40-71.
- Tanagho E. Exploración física del aparato genitourinario. En: Tanagho E, Mcaninch. Urología General de Smith. México 1997: 41-49.
- Johnson R. Enfermedades y trastornos anogenitales masculinos. En: Freedbergb I, Eisen A, Wolff k, et al. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Buenos Aires 2001: 1420- 1449.
- Porter WM, Bunker CB. Treatment of pearly penile papules with cryotherapy. Br J Dermatol 2000; 142: 847-848.
- 8. Cornelis J, Hogewoning A, Maaike C, et al. Pearly penile papules: still no reason for uneasiness. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 50-54.
- González J. Patología cutánea del pene III. Patología tumoral. Piel 1997; 12: 248-254.
- Margolis D. Cutaneous diseases of male external genitalia. En: Walsh, Retick, Vaughan et al.Campbell's urology. Philadelphia 2002: 715-730.
- Letter: Case notes. Linear sebaceous gland hyperplasia of the penis: a case report. J Am Acad Dermatol 2003; 48(1).
- Fisher BK, Linzon CD Scrotal glans penis (glans penis plicatum) associated with scrotal tongue (lingua plicata). Int J Dermatol 1997; 36: 762-763.
- 13. Rodríguez A, Cespon E, González A, et al. Duplicidad de uretra masculina. Actas Urol Esp 2002; 26: 69-73.
- Berger T. Enfermedades cutáneas de los genitales externos. En: Tanagho E, Mcaninch J. Urología General de Smith. México 1997: 701- 704.

- Goldman B. Dermatosis comunes de los genitales masculinos. Postgrad Med 2000; 15; 108: 89-91.
- 16. Waugh MA. Balanitis. Dermatol Clin 1998; 57: 757-762.
- 17. Bordas X. Balanitis y balanopostitis. Piel 1989; 4: 325-332.
- 18. Porter WM, Bunker CB. The dysfunctional foreskin. Int J STD& AIDS 2001; 12: 216-220.
- Buechner SA. Common skin disorders of the penis.BJU International 2002; 90: 498-506.
- González J. Patología cutánea del pene I. Balanopostitis. Piel 1997; 12: 145-155.
- Martínez de I, Driban N. Dermatosis infrecuentes de genitales externos masculinos. Federación Argentina de Urología 2000; 81: 14-23.
- Mariño del Real J, Murillo J, Caballero M, et al. Linfangitis esclerosante no venérea del pene. Presentación de dos casos clínicos. Actas Urol Esp 2002; 26: 215-217.
- Bohm M, Frieling U, Luger T, et al. Successful treatment of anogenital lichen sclerosus with topical tacrolimus. Arch Dermatol 2003; 139:922-924.
- Edwards S. Balanitis and balanopostitis: A review. Genitourin Med 1996; 72: 155-159.
- 25. Bunker CB. Topics in penile Dermatology. Clin Exp Dermatol 2001; 26: 469-479.
- Nasca R, Innocenzi D, Micali G. Penile cancer among patients with genital lichen sclerosus. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 911-914.
- Aynaud O, Piron D, Casanova JM. Incidence of preputial lichen sclerosus in adults: Histologic study of circumcision specimens. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 923 - 926.
- Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, et al. Circumcision and genital dermatoses. Arch Dermatol 2000; 136: 350-354.
- Neill SM Tatnall FM, Cox NH. Guidelines for the management of lichen sclerosus. B J Dermatol 2002; 147: 640-649.
- 30. Tasker G I, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. Clinical and Experimental Dermatol 2003; 28: 128-133.

- Hunt S, Francis N, Dinneen M, et al. A retrospective study of 174 men with penile lichen sclerosus. Br J Dermatol Suppl 2003; 149:53-54.
- 32. Pandher BS, Rustin MH, Kaisary AV. Treatment of balanitis xerotica obliterans with topical tacrolimus. J Urol 2003; 170: 923.
- Retamar R, Kien MC, Chouela EN. Zoon's balanitis: presentation of 15 patients, five treated with a carbon dioxide laser. Int J Dermatol 2003; 42; 305-307.
- 34. Casals M. Herpes virus 6 y 7 en pacientes con pitiriasis rosada. Piel 2002; 17: 150-151.
- 35. Fisher BK. The red scrotum syndrome. Cutis1997; 60: 139-141.
- Whitehurst K, Moore & Yates. Treatment of lichen planus of the penis with photodynamic therapy. B J Dermatol. 1999; 141: 765-766.
- Lynch P. Enfermedades cutáneas de los genitales externos. En: Walsh, Retick, Vaughan et al. Campbell Urología. Buenos Aires 1994: 853-874.
- McCarty MA, Jorizzo GJ.Complex aphthosis and Behcet's disease. Dermatology Clinics 2003; 21: 41-48.
- Vives R, Valcayo A, Loza E, et al. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad de Behcet. Piel 1997; 12: 189-197.
- 40. Lee D, Hinshaw M, Cripps Derek, et al. Pyoderma gangrenosum of penis. J Urol 2003; 170 : 185-186.
- 41. Black F, Bracka & Bunker. Pyoderma gangrenosum of the penis. Br J Dermatol1998; 138: 337-340.

- Gonzalgo ML, de Lacerda D, de Marzo A, et al. Persistent purulent drainage from the glans penis: atypical presentation of pyoderma gangrenosum. J Urol 2003; 169: 1793-1794.
- Macaya A, Marcoval J, Bordas X, et al. Crohn's disease presenting as prepuce and scrotal edema. J Am Acad Dermatol 2003; 92: 182-183.
- 44. Goh M, Tekchandani A, Wojno K, et al. Metastatic Crohn's disease involving penile skin. J Urol 1998; 159: 506-507.
- Murphy M, Kogan B, Carlson A. Granulomatous lymphangitis of the scrotum and penis. J Cutan Pathol 2001; 28: 419-424.
- 46. Vargas E, Valks R, Dorado-Bris JM. Lesiones ampollosas en el coma. Piel 1996; 11: 62-72.
- 47. Vega A. Síndrome de Stevens Johnson, una rara afección urológica. Actas Urol Esp 2001; 25: 241-244.
- Kirtschig, Mengel, Mittag, et al. Desquamative gingivitis and balanitis linear IgA disease or cicatricial pemphigoid? Clin Exp Dermatol 1998; 23: 173-177.
- 49. Fueston JC, Adams B, Mutasim Sami N, et al. Penile pemphigus. Arch Dermatol 2001; 137: 756-758.
- Fueston J, Adams B, Mutasim D. Cicatricial pemphigoid - induced phimosis. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 128-129.
- 51. Chan I, Razzaque A, Anhaltj, et al. The first international consensus on mucous membrane pemphigoid. Arch Dermatol 2002; 138: 370-379.