

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

TERCERA SESION MES DE JUNIO

AFECCIONES NO VENEREAS DE LOS GENITALES

Dr. Alfredo Chovela

Balanitis - Balanopostitis
Balanitis erosiva y circinada
Balanopostitis Pústuloulcerosa
Balanitis gangrenosa

Aftosis

Úlcera aguda de la vulva
Síndrome de Behcet
Gran aftosis
Síndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter
Ectodermosis erosiva pluriorificial
Síndrome de Stevens Johnson

Tuberculosis genital
Histoplasmosis genital

Dermatitis de contacto
Eritema fijo pigmentario

Liquen rojo plano
Psoriasis

Pénfigo vulgar

Balanitis xerótica obliterante
Liquen escleroatrófico
Craurosis vulvar
Atrofia vulvar senil

Leucoplasia
Papilomatosis florida
Enfermedad de Paget
Enfermedad de Bowen
Eritoplasia de Queyrat
Balanitis plasmocitaria (Zoon)

Cáncer de genitales

BALANITIS - BALANO POSTITIS

El término Balanitis define la inflamación de la mucosa del pene, surco balanoprepucial y glande, mientras que postitis especifica que la lesión radica en la mucosa del prepucio. Puede ser aguda o crónica, y adquirir características morfológicas o evolutivas que condicionan cuadros clínicos bastante individualizados además por la histopatología y la investigación del agente etiológico.

En su patogenia deben considerarse factores locales predisponentes: prepucio largo, falta de higiene, acumulación de esmegma, orina o alcalinización excesiva de la zona; la susceptibilidad a ciertos contactantes, como jabones, jaleas anticonceptivas o ciertos tipos de preservativo; la exposición reiterada al contagio bacteriano, blastomicético, virósico, tricomoniasis, asociación fuso-espirilar o a gérmenes locales que asociados o no, provenientes de lesiones de vecindad (cistitis), y exacerbados en su virulencia o en terreno predispuesto (diabetes), condicionan la eclosión de la sintomatología.

Los cuadros clínicos más comunes corresponden a:

Balanopostitis simple

Generalmente debida a infecciones microbianas comunes. Se caracteriza clínicamente por un eritema húmedo, de bordes difusos, con o sin edema, a nivel del glande, surco balanoprepucial y mucosa interna del prepucio que el paciente asocia con ardor o prurito más o menos intenso. De comienzo insidioso o rápido, puede acompañarse de descamación y secreción purulenta a veces fétida.

Cuando la infección es muy aguda, el eritema y el edema son más intensos, produciendo fimosis acompañada o no de adenopatía regional. El examen bacteriológico demuestra la existencia de gérmenes diversos; estafilococo, estreptococo, enterococo, que en cada caso condicionan el cuadro clínico.

La balanitis simple no tiene una histopatología específica, revelando un simple proceso inflamatorio dominado por espongiosis con mayor o menor grado de infiltrado dérmico.

TRATAMIENTO: baños con permanganato de potasio al 0,25 %[∞] antibió y corticoterapia local (polimixina neomicina al 0,5 %, bacitracina 500 U x g, gentamicina al 3 % en cremas con diversos corticoides). La Vit. A en concentraciones de 100.000 U x cm³, en base hidrosoluble da excelentes resultados terapéuticos. El uso de antibióticos por vía sistémica combinado con corticoides y antihistamínicos es eficaz.

BALANITIS EROSIVA Y CIRCINADA (Berdal y Bataille 1889)

Las formas leves son producidas por la espiroqueta balanitides, bacilos fusiformes y numerosos cocos. Después de un período de incubación de 8 a 10 días se instala una exulceración superficial de contorno policíclico sobre base eritematosa rodeada de un contorno blaucuzco y cubierta con secreción purulenta y maloliente. Existe gran prurito y ardor. El episodio dura de 4 a 8 días pudiendo existir linfangitis y adenopatía regional. Según Rook, cuando se prolonga podría constituir una variedad clínica vinculada a una localización mucosa de la enfermedad de Reiter.

TRATAMIENTO: penicilina y antibióticos de amplio espectro. Localmente, cremas con antibióticos y corticoides.

BALANOPOSTITIS PUSTULOULCEROSA (DUCASTEL)

El estafilococo es el responsable. La imagen clínica consiste en pústulas con aspecto herpetiforme, y exudado difteroides, que se rompen dejando ulceraciones que cicatrizan rápidamente. A veces adopta el aspecto de una aftosis.

BALANITIS GANGRENOSA (Fagedénica)

Diversos factores etiológicos pueden ser incriminados. Puede deberse a la acción de difteroides, bacilos fusiformes, espiroquetas o pseudomonas en un terreno deficitario (diabetes, estados caquéticos, vejez); surgir como complicación de cualquiera de las balanitis comunes o de una infección venérea. Clínicamente, dentro de un cuadro severo de intoxicación se observa necrosis, con caracteres similares a los de cualquier gangrena, que obliga a la intervención quirúrgica urgente sumada a una antibioterapia adecuada.

Comienza como una mancha violácea en el prepucio que se acompaña de gran edema, flictenas y escaras subsiguientes. Existe mal estado general y fiebre pero la desaparición de la sintomatología y la cicatrización se hace en aproximadamente 30 días.

Vinculada a esta forma clínica debe mencionarse a la balanitis úlcero-membranosa de Queyrat, muy dolorosa que participa de la sintomatología anterior.

BALANITIS XEROTICA OBLITERANS (Craurosis penis)

El término fue creado por Stühmer en 1928. Delbanco en 1908 la llamó Craurosis del pene y prepucio. Fournier la describe bajo el nombre de balanitis intersticial o profunda, en 1866. Laymon establece posteriormente que debe ser considerada como una dermatosis pre-cancerosa, y representa una manifestación del liquen escleroso y atrófico a nivel del pene.

Según otros autores puede ser el resultado final de cualquier fenómeno inflamatorio intenso a ese nivel o de una simple involución senil (Rook). Es un proceso crónico de atrofia y esclerosis de carácter progresivo con retracción del anillo prepucial que conduce a la estrechez del meato dando constricción uretral, fimosis, desaparición del surco balanoprepucial y apariencia cicatrizal del glande. Es habitual encontrar manchas marfilinas, blanco azuladas o blanco amarillentas sobre el glande, dándole un aspecto lardáceo a la que se suman telangiectasias configurando un aspecto poiquilodérmico que orienta el diagnóstico.

Hamilton sostiene que la evolución es benigna, dentro de las limitaciones antedichas, pero la existencia de leucoplasia concomitante puede modificar la evolución hacia un proceso maligno.

TRATAMIENTO: cremas o ungüentos con corticoides, con o sinclusión, o corticoides intralesionales. Se utilizará la cirugía cuando sea necesario (circuncisión o debridamiento quirúrgico). Cuando existe estenosis uretral se practicará la dilatación cuidadosa y progresiva. Degos preconiza el acetato de testosterona inyectable, en dosis de 10 mg 3 veces por semana, en dos series de 25 ampollas cada una.

AFTOSIS

La aftosis puede definirse como una afección común, caracterizada por erosiones recidivantes de las mucosas oral o genital. Su etiología es desconocida; vinculada en un principio al virus del herpes simple, otros autores la incriminan a formas "L" de bacterias influyendo

notablemente ciertos estados de "stress" o manifestaciones de carácter hormonal no bien explicadas (premenstruo). La aftosis vulvar debe ser clasificada entre las vulvitis erosivas caracterizada por la presencia en los labios menores, la horquilla y el clítoris, de pequeñas escoriaciones miliare poco profundas, con base amarillento-grisácea, rodeadas de un halo eritematoso y particularmente dolorosas. La curación sobreviene en 7 a 10 días sin cicatriz. En el hombre localizan en glande, prepucio o escroto, debordando a la región ano-perineal.

Estas manifestaciones simples de aftosis pueden complicarse con grave repercusión general y alteraciones de carácter sistémico; asociarse con localizaciones de aftas en otras mucosas (bucal, ocular) o vincularse a otras dermatopatías constituyendo síndromes más o menos caracterizados que a continuación se mencionan:

Aftas bi-polares (Touraine):

Manifestación de lesiones aftoides en boca y genitales.

Síndrome de Behcet:

Hulusi Behcet describió un síndrome trisintomático crónico y recidivante, constituido por lesiones aftosas bucales, ulceraciones genitales e iritis (uveítis e hipopion), pudiendo acompañarse de manifestaciones cutáneas como eritema nudoso o polimorfo, erupciones acneiformes o piodermis (Vilanova y Piñol Aguadé, 1958). Behcet la atribuyó a una virosis, etiología no demostradas hasta la actualidad.

La erupción cutánea consiste en pústulas, foliculares y no foliculares, que aparecen sobre todo en tronco y raíz de los miembros, especialmente en los pliegues genitocrurales. A nivel genital las úlceras aparecen principalmente en escroto, raíz del pene o labios mayores. En el glande son induradas y dolorosas.

La fotofobia suele ser intensa y la fiebre, artralgias y tromboflebitis, pueden integrar el cuadro clínico lo mismo que manifestaciones patológicas digestivas o respiratorias.

TRATAMIENTO: siguiendo este enfoque, Fiddes, Penny, Hills y Buckley, obtuvieron una respuesta favorable a la acción combinada de prednisona (40 mg diarios y ciclofosfamida 100 mg diarios). Otros autores como Kirk y Handley consideran al Behcet como una vasculitis y utilizan fenformina y etilestrenol para aumentar la actividad fibrinolítica inductora del aumento de plasmína, consignando por este mecanismo una mejoría notable en los casos tratados.

Gran aftosis de Touraine:

Designa el autor con este término la asociación de aftas con síntomas oculares, viscerales y alteraciones de gran repercusión general.

SINDROME DE FIESSINGER-LEROY-REITER (Oculo-uretro-sinovial)

Comienza generalmente por una uretritis no gonocócica y se acompaña a los 15 días de balanitis circinada, conjuntivitis, artritis bilateral y queratodermia que a veces simula una psoriasis rupioide; combinándose frecuentemente con estados diarreicos, por lo que algunos autores como Shatin distinguieron dos formas clínicas: hemorrágica y disintérica. La balanitis circinada se manifiesta por vesículas de 2 a 3 cm de diámetro que se rompen dejando erosiones dolorosas rodeadas de una zona eritematosa que al agruparse originan la apariencia circinada.

El pronóstico es bueno; a veces con remisión espontánea a pesar del carácter recidivante de esta afección. Este síndrome tiene vinculaciones estrechas con la ectodermosis erosiva pluriorificial; pero ésta parece aproximarse más al eritema polimorfo exudativo (Degos).

TRATAMIENTO: tetraciclinas, fenilbutazona, corticoesteroides. Topp, Fam y Hart preconizan el ametopterín (25 mg en dosis única y en forma oral, por semana) asociado con fenilbutazona.



Dos acciones bactericidas

Ampicilina sódica = Acción inmediata
+
Ampicilina benzatínica = Acción prolongada

Presentaciones:

Orbecilina 300
Inyectable

Orbecilina 600
Inyectable

Orbecilina 1.200
Inyectable

Documentación científica a disposición del cuerpo médico



Fabricado por:

Bagó S. A.
(1934-1974)

40 años de Investigación y Tecnología Argentina

ECTODERMOSIS EROSIVA PLURIORIFICIAL (FIESSINGER-RENDU)

La enfermedad se desencadena bruscamente por un síndrome tóxico infeccioso, grave, con fiebre elevada y signos pulmonares de ataque con participación de diferentes mucosas, lesiones ampollares bucales, peribucales y genitales, conjuntivitis purulenta, y manifestaciones dermatológicas del tipo eritema polimorfo ampollar. El ataque génito-uretral, inconstante, provoca un síndrome periorifical: lesiones vesículo-ulcerosas, balanitis erosiva, eritema perimeático, vulvitis vesicoampollar y uretritis amicrobiana. Esta sintomatología es común al síndrome de Fiessinger-Rendu y al de Stevens Johnson.

En realidad la ectodermosis erosiva pluriorifical y el síndrome de Stevens Johnson constituyen una misma afección de evolución aguda, que conjuntamente con la enfermedad de Behcet y el síndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter deben ser consideradas como formas severas del eritema polimorfo.

La ectodermosis erosiva pluriorifical sería una forma grave del eritema polimorfo y la de máxima gravedad la constituiría el Stevens Johnson.

TRATAMIENTO: la antibióticoterapia debe ser precoz para evitar las complicaciones pulmonares. La corticoterapia local, tanto sobre las mucosas como la piel, debe ser efectuada sin dilación; pero los corticoides por vía sistémica estarían contraindicados según algunos autores.

SINDROME DE STEVENS JOHNSON (1922)

Se caracteriza por manifestaciones clínicas de fiebre eruptiva y dermatológicas de eritema polimorfo; estomatitis y conjuntivitis grave. Descripto primeramente en niños, es más frecuente en hombres jóvenes y comienza por un síndrome febril grave, frecuentemente asociado a una angina o neumonía atípica. La lesión en mucosa genital es predominantemente úlcero-membranosa, aunque rara. Estas lesiones aftosas son de un monomorfismo muy especial que contrasta con el polimorfismo de las lesiones cutáneas.

ULCERA AGUDA DE LA VULVA (LIPSCHUTZ)

No parece ser una entidad nosológica propia. En realidad es una aftosis vulvar que puede o no acompañar a lesiones de la misma índole en otras mucosas. Fue descrita en mujeres jóvenes con un comienzo brusco y gran dolor, evolucionando rápidamente en días o semanas a la curación espontánea. La úlcera asienta generalmente en los pequeños labios, en el capuchón clitoridiano y la horquilla. Suele poseer aspecto difterioide o simula una afta.

Diversos tipos clínicos fueron descritos: lesión única excavada, simulando un chancro sifilítico pero sin adenopatías; formas miliars herpetiformes, formas gangrenosas, etc.. El tratamiento es el que corresponde a las aftosis.

CRAUROSIS VULVAR

La craurosis vulvar es la representante en la mujer de la balanitis xerótica obliterans del hombre y debe ser considerada como una dermatosis precancerosa. La atrofia vulvar senil, caracterizada por alteraciones atróficas en relación con el resto de los tegumentos, acortamiento de los labios genitales y estrechamiento vaginal, debe diferenciarse de la craurosis vulvar donde tales elementos anatómicos han desaparecido.

Algunos autores establecen identidad entre esta enfermedad y el liquen esclero-atrófico.

Para otros existirían algunas diferencias, como ser: la *caurosis vulvar* está vinculada casi siempre a la menopausia, mientras que el *liquen esclero-atrófico* puede comenzar en la niñez y generalmente se inicia en la periferia de la vulva y se extiende hacia los pliegues inguinales y región perianal.

La *caurosis vulvar* debe considerarse como un estado esclero-atrófico de la mucosa y labios que condicionan el estrechamiento vulvar y vaginal, y a veces estenosis del orificio con *atresia del vestíbulo* y borramiento de la morfología de la zona, con un síntoma primordial: el prurito.

La mucosa casi siempre es lisa, brillante y seca, con la desaparición de labios, clítoris y capuchón. El desarrollo de lesiones leucoplasiformes induce a pensar en una transformación *epiteliomatosa* (espino celular).

LIQUEN ESCLERO-ATROFICO

Entidad no bien ubicada nosológicamente, se la consideró como una forma clínica esclerosa del *liquen plano*; otros la vinculan a la esclerodermia, sustentándose en los últimos tiempos su identidad con la *caurosis vulvar*.

En la mujer la ubicación es en la vulva, y se expande a las zonas cutáneas vecinas, abarcando los pliegues génito-crurales que son desbordados invadiendo las zonas perineal y perianal (localización más frecuente en niños como localización única), coincidiendo con *atrofia* y *estenosis del orificio vaginal*. Dolor, prurito, disuria y *dispareunia*, son los rasgos sintomatológicos primordiales.

Las lesiones elementales son pequeñas pápulas brillantes, blanco-nacaradas o con discreto tinte azulino, marfilinas, con gran prurito que se agrupan en placas de piel adelgazada y plegada, donde pueden observarse también elementos aislados. La mucosa es *atrófica*, a veces *edematosa* y con ampollas, observándose en ocasiones elementos leucoplasiformes.

TRATAMIENTO: cremas con corticoides o testosterona. *Relaxina* (1 cc, intramuscular día por medio) asociada en la mujer a la *noretisterona*, 10 a 30 mg diarios durante 3 ó 4 meses y en el hombre al *caproato de hidroxiprogesterona*, 125 a 250 mg semanales; tratamiento de la esclerodermia sistémica preconizado por *Rau*, *Pandurovic* y *Boni*.

CANCER DE GENITALES

El *carcinoma de pene y vulva* se halla relacionado con otras dermatopatías denominadas pre-cancerosas como la *leucoplasia*, con los denominados *epiteliomas "in situ"* como la *eritroplasia de Queyrat* (identificada con la enfermedad de *Bowen* de las mucosas); con las denominadas *papilomatosis floridas* de las mucosas y semimucosas y con el *liquen esclero-atrófico*.

Tanto el *cáncer de escroto* como el de *pene* pueden ser desencadenados por sustancias cancerígenas de uso industrial (enfermedad profesional ?) como *aceites minerales*, *alquitranes*, etc.. La incidencia parece ser menor en los circuncisos. La iniciación generalmente es *vegetante*, de carácter *fungoide*, *verrugosa*, *ulcerándose* a medida que progresa su evolución. Generalmente la úlcera es de poca profundidad, pero con *borde indurado* y *elevado*, a menudo *recubierta* por una *costra* que oculta una *superficie sangrante*. La forma clínica *ulcerada* es de evolución más rápida y *maligna*.

Las *metástasis inguinales* se hallan presentes en el 50 por ciento de los casos. El *cáncer metastásico* de *pene* proviene generalmente de *tumores de próstata*, de *vejiga* o de *recto*

simulando un carcinoma espino celular. La elefantiasis localizada o el linfedema de genitales puede ser expresión clínica de un proceso neoplásico vecino.

TRATAMIENTO: electrocoagulación, cirugía, radiaciones; según el tipo de lesión, el momento evolutivo y el estado general del paciente. Takeda, Sagawa, Arakawa e Imura preconizan el empleo de la Bleomicina (30 mg por vía endovenosa dos veces por semana) hasta la dosis total de 300 mg.

Trabajos recientes abogan por la utilización del D.N.C.B. (dinitroclorobenceno) para inducir la regresión del tumor por un mecanismo de hipersensibilidad provocada, que altera el equilibrio inmunológico (Stjernsward y Levin, 1971).

LEUCOPLASIA

Término creado por Schwimmer en 1877 para diferenciar esta afección de otras leucoqueratosis. Asienta generalmente sobre cara interna de ambos labios, vagina y clitoris, en forma de una lesión bien delimitada, única o múltiple bajo la forma de placas infiltradas de color blanco nacarado o grisáceo. Pueden hallarse aisladas o confluir con otras lesiones del mismo tipo. En ocasiones se instalan sobre una atrofia vulvar.

Los caracteres de malignidad a tenerse en cuenta son: aumento de tamaño, infiltración o desarrollo de fisuras o ulceraciones. Para algunos autores la aparición de prurito hace que la lesión sea sospechosa. Se estima en un 20 % la transformación maligna de lesiones de leucoplasia.

En el hombre, las lesiones tienen las mismas características, asentando en glánde o cara interna del prepucio.

PAPILOMATOSIS FLORIDA (Condiloma gigante de Bucchke y Lowenstein)

Clínicamente se manifiesta como un proceso verrugoso de carácter vegetante que asienta por lo general sobre glánde y prepucio, con fenómenos inflamatorios agregados. Es de larga evolución, con tendencia a la progresión por continuidad y sumamente recidivante. No da metástasis y su independencia del carcinoma espino celular de bajo grado de malignidad, está todavía por dilucidarse.

Histología: papilomatosis y acantosis, sin signos de atipia con aumento de tamaño de las crestas interpapilares. Edema del corión e infiltrado inflamatorio crónico inespecífico.

TRATAMIENTO: el de elección es la cirugía. Fuissant, Pringuet, Noury, Mishima y Matunaka, utilizan la bleomicina en dosis de 15 mg, endovenosa, por semana, con éxito.

HISTOPLASMOSIS (Darling 1906)

Micosis profunda causada por el histoplasma capsulatum, parásito intracelular del sistema retículo endotelial. La forma cutáneo mucosa localizada exclusivamente en la zona genital adopta la forma nodular, granulomatosa, ulcerosa o úlcero-vegetante. La forma ulcerosa, es además infiltrada, de bordes cortados a picó y fondo granulomatoso, pudiéndose acompañar de adenopatía satélite. Puede coincidir con localizaciones pulmonares, o suprarrenales o asociarse con un linfoma (leucosis linfática).

TRATAMIENTO: las formas con localización genital y buen estado general (sin participación visceral trascendente) obedecen a la sulfamidoterapia: sulfapirazinmetoxina 200 mg cada 12 horas.

En los casos con franca repercusión sistémica se prescribirá anfotericina B por goteo endovenoso, sola o combinada con rifampicina que aumenta la permeabilidad de la membrana celular del parásito, incrementando la penetración de los fármacos activos (Kobayashi, Medoff, Lessinger, Kwan y Musser, 1972).

ENFERMEDAD DE BOWEN DE LA MUCOSA GENITAL (Eritroplasia de Queyrat)

La enfermedad de Bowen localiza sobre todo a nivel de la vulva, donde puede tomar un aspecto leucoplasiforme o en la cara interna de pequeños labios y horquilla en forma de una o varias placas de color rojo vivo, indoloras, de contornos policíclicos, de superficie lisa o papilomatosas, a veces levemente erosivas, húmedas, discretamente elevadas sobre el plano subyacente, de evolución lenta, que en algún momento se infiltran anunciando su posible transformación en un epiteloma espino-celular.

En el hombre adopta las mismas características, asentando casi siempre sobre el surco balanoprepucial o el glande. Se han descrito formas vegetantes de Bowen de vulva que se confunden clínicamente con la condilomatosis gigante.

ERITROPLASIA DE QUEYRAT (1911)

Fournier y Darier lo denominaron epiteloma papilar desnudo de las mucosas (1893). para algunos debe considerarse como el Bowen de las mucosas. Se manifiesta como una placa generalmente única, indolora, de contornos redondeados, superficie lisa o granulosa y brillante, húmeda, como aterciopelada, que asienta sobre el glande o cara interna del prepucio, sin infiltración.

De evolución lenta, puede cambiar de aspecto adquiriendo características de infiltración, induración, verrugosidad o ulceración, que puede abarcar toda la placa o la periferia, significando todo esto su evolución al epiteloma.

TRATAMIENTO: las lesiones pequeñas e incipientes pueden ser electrocoaguladas. Las de infiltración considerable o ulceradas deben ser sometidas a cirugía o radiumterapia.

BALANO POSTITIS CRÓNICA CIRCUNSCRIPTA BENIGNA A PLASMOCITOS (ZOOB 1952)

El aspecto es de placas infiltradas, lustrosas, no dolorosas ni molestas, de color rojo oscuro. Sobre ellas pueden existir "granos de pimienta de Cayena" y telangiectasias, confundándose a veces con una eritroplasia.

PENFIGO VULGAR

La manifestación clínica más común a nivel de genitales, es bajo la forma de erosiones post-ampollares. Sobre ellas asientan rápidamente formaciones vegetantes características rezumantes con olor fétido, que en alguna oportunidad se hacen costrosas. El dolor es un síntoma muy importante en el pénfigo de la mucosa genital.

Histopatología: la ampolla de pénfigo es intraepidérmica, acantolítica, a nivel del cuerpo mucoso y situada inmediatamente por encima de la basal, que suele hallarse intacta. En la cavidad ampollar se encuentran células acantolíticas, linfocitos, histiocitos, neutrófilos y eosinófilos. La dermis muestra edema e infiltrado discreto.

La dermatitis ampollar mucosinequante y atrofiante (Lotart-Jacob), aunque afecta

preferentemente las conjuntivas, puede asentar sobre mucosa vulvar o peneana. Las ampollas tensas, de evolución rápida, conducen a la formación de cicatrices adherentes y sinequias, sobre todo entre prepucio y glande.

Histológicamente se caracteriza por ampollas subepidérmicas, con variado grado de infiltración polimorfonuclear y plasmocitaria dérmica. La ampolla del eritema polimorfo, también subepidérmica, es el resultado de un proceso de vasculitis alérgica, y se caracteriza por diverso grado de necrosis epitelial.

CITODIAGNOSTICO (Tzanck): el raspado del piso de una ampolla, coloreado con May-Grunwald Giemsa muestra las células acantolíticas del cuerpo mucoso, redondas u ovaladas, fuertemente basófilas, con núcleos voluminosos y dos o tres nucleólos.

TRATAMIENTO: topicaciones de eosina al 2 % en agua destilada. Solución acuosa de violeta de genciana al 0,25 %. Permanganato de potasio al 0,10 %/°. Se utilizará corticoides en las dosis usuales recomendadas en el tratamiento del pénfigo.

ENFERMEDAD DE PAGET

Es más frecuente en la mujer, en región vulvar y perianal. En el hombre afecta pene, escroto y pubis. El aspecto es el de una placa de eczema de tinte oscuro, delimitada por bordes bien definidos que posteriormente puede tornarse verrugosa, ulcerada, rezumante y costrosa.

En la localización mucosa, el aspecto es semejante al de una eritroplasia o puede adoptar un carácter eczematoide muy pruriginoso, que puede acompañarse de adenopatía inflamatoria durante largo tiempo. En mucosa o piel la afección es sumamente refractaria a los tratamientos tópicos habituales.

La sintomatología del prurito y quemazón a nivel de la vulva precede a veces durante largo tiempo al desarrollo de las lesiones. Este cuadro clínico obliga a efectuar un examen exhaustivo para investigar la presencia de un carcinoma de cérvix, vagina, uretra o recto. Es frecuente encontrar una localización mixta, es decir afectando piel y mucosas. En piel puede adoptar aspecto eritemato-escamoso, con escoriaciones por rascado. En las mucosas, semeja una eritroplasia de superficie lisa, como barnizada. A veces la placa se extiende en forma difusa, abarcando las zonas pubiana e inguino-escrotal.

DERMATITIS DE CONTACTO

La naturaleza y conformación de la zona genital y la existencia de factores predisponentes como la humedad y roce permanentes la tornan proclive a una serie de dermatosis cuya sintomatología habitual se ve exacerbada. Así, la dermatitis de contacto, representada semiológicamente por eritema, vesículas y edema local evoluciona con ardor y prurito hacia la fisuración o liquenificación.

En un principio la topografía del proceso es limitada. Cuando el contacto es repetido y prolongado, la placa inicial tiende a extenderse y aparecen focos secundarios, sin aparente relación. A veces, perdura la acción del contactante a pesar de haberse suprimido. Los agentes bacterianos de la orina y materia fecal; los detergentes, desinfectantes y agentes emulsificantes contribuyen primordialmente al desarrollo de la afección.

La absorción percutánea del contactante es facilitada por las alteraciones inflamatorias de la epidermis. Ello contribuye a la integración del círculo vicioso por el que una dermatitis de contacto favorece la penetración de un irritante primario mientras que la inflamación (alteración de barreras protectoras) favorece el pasaje de alérgenos. La dermatitis de contacto en la zona genital es generalmente provocada por preservativos, diafragmas, antisépticos,

fungicidas, jabones con salicilanilidas halogenadas (Breit y col, 1973), colorantes de papel higiénico, elementos terapéuticos utilizados en ciertas medicaciones tópicas sensibilizantes, como la benzocaína, neomicina, quinolinas, sulfonamidas, antihistamínicos, parabenos, lanolina, formaldehidos, así como telas o tintas utilizadas en la confección de ropa interior.

Ciertos colorantes (violeta de genciana, verde brillante, permanganato de potasio) y ciertos cuaternarios de amonio pueden provocar reacciones mucosas de carácter necrótico, dolorosas y de evolución tórpida (Möbacken H. y col., 1972). La infección secundaria puede agravar la sintomatología y constituir un nuevo factor de sensibilización.

TRATAMIENTO: consiste sobre todo en la utilización de compresas húmedas, con agua blanca al sexto en té de manzanilla tibio combinada con crema de corticoides, antihistamínicos y corticoides por vía general. Lo importante es averiguar cual es el agente desencadenante del proceso y eliminarlo, o por lo menos utilizar la protección necesaria.

ERITEMA FIJO PIGMENTARIO - FARMACODERMIAS

Las reacciones cutáneas producidas por medicamentos a nivel genital son simples manifestaciones locales de las alteraciones generales producidas por ellos. El conocimiento de la medicación puede inducir al diagnóstico, sobre todo con algunas de ellas que suelen provocar cuadros clínicos bastante específicos. La aparición de la sintomatología y su patogenia se encuentran influenciadas por numerosos factores: simultaneidad de agentes provocadores con imposibilidad de discernir específicamente sobre alguno de ellos, reiteración del agente causante, tiempo de latencia, mecanismo de reacción, dosis, etc..

La investigación del agente causal no debe llevar a procedimientos peligrosos como el de reiterar la administración del agente sospechoso que puede condicionar accidentes fatales (tipo anafiláctico con penicilina). La prueba del diagnóstico por intradermorreacción o por la prueba del parche no certifica que clínicamente se pueda desencadenar o no una farmacodermia.

Nuestra experiencia con la ingestión de ciertas drogas como la sulfapiridina, sulfametoxipiridoxina, antipirinas, aminopirina, fenoftaleína y tetraciclina, nos indica que son las que más frecuentemente provocan, a nivel genital, distintas formas de eritema fijo pigmentario. Este se manifiesta como una mancha redondeada, eritematosa de bordes bien limitados, que a medida que evoluciona adquiere un tinte violáceo y por fin, pardo oscuro. En algunas ocasiones la lesión es ampollar. La localización puede ser genital o múltiple, diseminada en cualquier otra parte de la superficie cutánea. La característica principal es la de recidivar en el mismo lugar cuando el agente determinante es administrado en forma reiterada.

TRATAMIENTO: la supresión del agente causante y la evaluación de cada caso clínico, indicará la terapéutica correcta teniendo en cuenta que ciertas estructuras farmacológicas están íntimamente vinculadas y su desconocimiento podría inducir a errores terapéuticos graves.

ATROFIA VULVAR SENIL

Sobreviene siempre en relación con la menopausia o trastornos hormonales. La imagen clínica consiste en aplanamiento y retracción de los labios con pérdida de elasticidad y retracción, elementos clínicos que no desbordan la cara externa de los labios mayores que quedan indemnes. La zona afectada es proclive al desarrollo de procesos inflamatorios de carácter recidivante. La característica fundamental es que no existe estenosis del orificio vaginal. Cuando en una atrofia vulvar simple se desencadena prurito debemos tener en cuenta la posible presencia de una leucoplasia.

TRATAMIENTO: estriol, 1 a 2 mg diarios suministrados por vía oral, Vitamina A ungüentos con corticoides.

LIQUEN ROJO PLANO

Dermatosis vinculada a un terreno sicosomático especial donde la angustia y emotividad juegan un papel importante. Para algunos autores, ciertas parasitosis (oxiuros), diabetes o atopia, plantearían la existencia de un terreno predisponente.

El liquen a nivel de genitales se halla representado por lesiones que adoptan ciertas características que pueden sintetizarse así: imágenes circinadas o anulares constituidas por pequeños elementos papulosos de color rojizo o parduzco. Es frecuente detectar pápulas mayores, umbilicadas, que adoptan disposición anular, sobre todo en el prepucio y glande tomando a veces aspecto arboriforme o de estrías blancuzcas que es dable observar en mucosa bucal.

A nivel del glande las pápulas poligonales, confluentes y brillantes suelen caracterizar la afección. El liquen de genitales puede continuarse con liquenificación de las zonas vecinas involucrando la cara interna de ambos muslos, la región perianal y la parte inferior del abdomen.

Vinculada a esta afección puede mencionarse a la dermatitis liquenoide, discoide y exudativa (Sutzberger-Garbe) descrita en individuos de raza judía entre 40 y 60 años, y consistente en placas bien delimitadas, de aparición brusca, que rápidamente varían en su aspecto, pudiendo hacerse planas y escamosas o transformarse en edematosas y costrosas, acompañándose de pápulas liquenoides o liquenificación agregada.

Las lesiones son sumamente pruriginosas, pudiendo coexistir esta localización genital con otras en axilas, cara o abdomen. Se acompaña de eosinofilia. Existe remisión espontánea, pero la enfermedad puede durar meses o años. Algunos autores relacionan esta afección con la dermatitis atópica.

TRATAMIENTO: ácido de vitamina A (ácido retinoico) 30 mg diarios durante 3 a 4 semanas. Aplicación tópica al 0,1 % ácido de vitamina A (Gunther, 1971).

HEMATODERMIAS

Las leucosis agudas o las etapas evolutivas de las crónicas, sobre todo la monocitaria suelen dar lesiones sobre la mucosa genital. Pueden ser simples vulvitis sin especificidad. Cuando las lesiones son superficiales adoptan aspecto eritematoso o por el contrario, siguen un carácter evolutivo transformándose en ulcerosas o fagedénicas. A veces pueden adquirir un aspecto tumoral debido a la infiltración de células leucémicas.

La histología no suele aclarar el diagnóstico, ya que muestra sólo una lesión inflamatoria inespecífica en el curso de la leucosis o da una imagen compatible con el tipo de colonización celular etiológica.

TUBERCULOSIS

En el hombre las lesiones asientan generalmente en el surco balanoprepucial, simulando un chancro sifilítico. En la mujer localizan en la vulva afectando o no toda la mucosa. Puede ser debida a primoinfección o determinada por una tuberculosis "cutis orificialis". Lo característico y habitual es la presencia de la lesión primaria, es decir del chancro tuberculoso, ulceración de bordes irregulares sin infiltración de base blanda y fondo granuloso, con gran adenopatía que tiende a reblandecer y fistulizarse.

La adenopatía generalmente aparece 15 días después del chancro, que evoluciona independientemente pudiendo cicatrizar o adquirir forma clínica verrugosa o lúpica. Otra forma clínica habitual es la forma vegetante generalmente localizada en la región perivulvar, perianal o escrotal. Suele adoptar el aspecto de una elefantiasis local fistulizándose

TRATAMIENTO: etambutol 25 mg/Kg/día. Isoniacida 5 mg/Kg/día. Dihidroestreptomina 1 g diario. Rifampicina 100 a 500 mg diarios. Viomicina 1 g intramuscular diario 5 días por semana. Kanamicina 1 g diario. Vitamina D a altas dosis (Charpy).

Cuando se sospecha la etiología tuberculosa deben efectuarse los exámenes de laboratorio pertinentes; frotis, cultivo en medio de Loewenstein, reacciones tuberculínicas, histología, radiografía de tórax y debe buscarse en la pareja la lesión contagiante.

PSORIASIS

Puede ser localización en genitales de una forma clínica generalizada, asentando sobre prepucio generalmente, bolsa escrotal o vulva, o puede ser única localización, en cuyo caso el diagnóstico es difícil.

La psoriasis pustulosa generalizada involucra con cierta asiduidad las mucosas genitales.

La psoriasis inversa se presenta como una placa bien delimitada, de color rosado o rojo, no escamosa, pruriginosa, con muy escasa infiltración y que generalmente es muy resistente al tratamiento tópico habitual. Con frecuencia se confunde con una eritoplasia o con una balanitis plasmocitaria.

El diagnóstico se facilita cuando existen otras lesiones características vecinas como en pliegues genitales que muchas veces sufren eczematización secundaria o en zona pubiana donde la psoriasis tiene las características comunes. En la mujer la psoriasis genital toma habitualmente los grandes labios en forma de placas eritematosas bien delimitadas, sumamente pruriginosas a veces con carácter eczematoideo.

SESION DEL 27 DE JUNIO DE 1974

P. Dr. Licastro:

Yo quisiera hacer una simple pregunta. En las farmacodermias que Ud. nombró, quisiera saber si en su experiencia algunos de esos enfermos acompañan la sintomatología con hematuria.

R. Dr. Alfredo Chouela:

En las lesiones morfológicas que estamos acostumbrados a ver los dermatólogos, vale decir, pápulas, nódulos, ampollas, etc. y naturalmente a nivel de los órganos internos, siempre se impone frente a este tipo de lesiones ver que lesiones hay a nivel de los pequeños vasos, que pueden ser a nivel cerebral, de riñón, de nódulo renal; es muy importante establecerlo, porque generalmente estos enfermos tienen verdaderas glomerulonefritis producidas por vasculitis alérgicas localizadas a ese nivel, a nivel renal, lo mismo que pasa a nivel del tegumento general.
