



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2016 - Lesión dérmica en pene de dos años de evolución, ¿qué será?

M. Sanz Almazán^a, M. Varela Patiño^b, M.S. Sánchez Guevara^c, M. García Revuelta^b, C. Sánchez Peinador^d, S. del Amo Ramos^e, M. Cano Pazos^a, M.M. García Alonso^f, B. Tijero Rodríguez^g y T. Montero Carretero^h

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyríes. Valladolid. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyríes. Valladolid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyríes. Valladolid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Arturo Eyríes. Valladolid. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Área Oeste. Valladolid. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Área Oeste. Valladolid. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, sarcoidosis pulmonar, cardiopatía isquémica crónica, marcapasos bicameral en DDDR por BAV completo (2011). Tratamiento: ácido acetilsalicídico 100, bisoprolol 5, candesartán/hidroclorotiazida 16/12.5, metformina/vildagliptina 50/850, omeprazol 20, rosuvastatina 10. Acude a la consulta del médico de Atención Primaria refiriendo lesión dérmica de dos años de evolución en pene, no pruriginosa, asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: Pigmentación marronácea en glande, no sobreelevada y zona eritematosa en surco balanoprepucial. Se deriva a dermatología dónde realizan biopsia de la lesión. Anatomía patológica: estroma conjuntivo donde se observa infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con algunos polinucleares así como algunos capilares dilatados, el revestimiento epitelial se encuentra descamado. Diagnóstico anatomo patológico: balanitis de Zoon.

Juicio clínico: Balanitis de Zoon.

Diagnóstico diferencial: Eritroplasia de Queyrat, diferentes tipos de liquen, penfigoide cicatricial, melanoma, psoriasis, dermatitis, etc.

Comentario final: La balanitis de Zoon o balanitis de células plasmáticas se trata de un proceso benigno inflamatorio crónico. La etiología no es clara pero parece ser más frecuente en varones no circuncidados y con mala higiene. Suele aparecer en varones de edad avanzada en forma de placas rojo-anaranjadas, brillantes, bien delimitadas, persistentes, localizadas en glande y/o surco balanoprepucial. Pueden ser asintomáticas, producir prurito leve o disuria. El diagnóstico de certeza se hará con biopsia de la lesión. Es importante diferenciarlo de la eritroplasia de Queyrat, una lesión premaligna. La circuncisión es el tratamiento de elección, en los pacientes que no se realiza la balanitis puede tener un curso crónico con remisiones/recaídas. También pueden utilizarse corticoides tópicos con o sin antibiótico asociado, imiquimod, pimecrolimus, tacrolimus, láser, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alapont Puchalt B, Prosper Sierra M, Catalán Oliver C. Fisterra.com. Atención Primaria en la Red [sede Web]. Guía clínica de balanitis/balanopostitis. Actualizada el 19 de enero de 2012; acceso 11 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://fisterrae.publicaciones.saludcastillayleon.es/guias-clinicas/balanitis-balanopostitis/>

2. Pérez Cortés S, Navarrete Franco G, Enríquez Merino J, Maya Aranda SE, Sánchez Ferra D. Balanitis de Zoon. Rev Cent Dermatol Pascua. 2010;19(3).