

PSEUDOTUMOR PENEANO LUÉTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

J. HERRERA PUERTO*, C. HERRERA FLORES*, C. LÓPEZ ELZAURDIA**,
R. SERRANO HERANZ***, A. GONZÁLEZ MORÁN****, J. PIERNA MANZANO*,
I. ISUSQUIZA GARRO*, R. MARTÍN LÓPEZ**, C. HOYOS FITTO*

Servicio de Urología. **Anatomía Patológica. *Sección de Infecciosas.
****Dermatología. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila.*

PALABRAS CLAVE:

Sífilis. Pene. Pseudotumor.

KEY WORDS:

Syphilis. Penis. Pseudotumor.

Actas Urol Esp. 26 (10): 816-819, 2002

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad venérea de transmisión sexual, cuya incidencia es creciente en determinadas capas sociales.

Comunicamos el caso de un paciente con sífilis secundaria quien consultó por una masa sólida peneana atípica. La evolución clínica, el examen histológico y los test serológicos demostraron el diagnóstico de lues genital, teniendo una buena respuesta al tratamiento antibiótico específico.

Se destacan los aspectos epidemiológicos, clínico-diagnósticos y terapéuticos de esta enfermedad ulcerosa genital.

ABSTRACT

The syphilis is a venereal disease of sexual transmission that incidence is increasing in several groups populations.

We report a case of a patient with secondary syphilis who consulted for an atypical solid mass to penile. The clinical evolution, hystological examination and analytical tests confirmed the diagnosis of genital syphilis having a satisfactory response to specific antibiotic treatment.

The epidemiological, clinical, diagnostic aspects and therapeutic of the genital ulcer disease are discussed.

La sífilis es una infección de transmisión sexual, con una distribución universal y afectación a ambos sexos, que presenta una prevalencia en aumento debido a diversos factores, en particular en países en vías de desarrollo¹.

Es una de las enfermedades venéreas tropicales más clásicas debiéndose considerar, siempre,

la posibilidad de encontrarse asociada a otras afecciones adquiridas por contagio sexual, especialmente por el retrovirus del SIDA o linfogranuloma venéreo^{2,3}.

Se aporta un raro caso a la literatura nacional, haciéndose una puesta a punto bibliográfica de esta forma pseudotumoral de la sífilis genital.

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años, fumador importante, ingresado de urgencias por referir, en los últimos 30 días, un endurecimiento con aumento progresivo de tamaño distal del pene así como dificultad miccional, orinas colúricas y pérdida de peso de 8 Kgr; 2,5 meses antes, había notado la aparición de un bulto indoloro que ha ido creciendo de diámetro en la ingle izquierda.

A la exploración, destacaba estado afebril, alopecia frontal, ausencia de visceromegalias, puño-percusión renal negativa y una adenopatía inguinal izquierda única, fija, grande, indolora y sin adenitis; pene en "badajo" en su tercio medio distal palpándose un glande duro y carnososo que engloba a meato uretral recubierto por un prepucio fimótico (Fig. 1); discreta exudación uretral y disuria.



FIGURA 1. Pene en "badajo" con masa tumoral en su tercio distal, y lesiones cutáneas en prepucio y escroto.

Análítica: leucocitosis y neutrofilia; GOT= 347 u/l, GTP=502 u/l y F. Alcalina=1185 u/l; urocultivo y citologías urinarias seriadas, negativas; cultivo del exudado uretral sin crecimiento bacteriano y ausencia de clamydias; serología negativa para HIV y hepatitis.

Se completó estudio urológico (RFx Tórax y Abdomen, TAC,...) sin hallazgos significativos salvo adenomegalia de gran tamaño en territorio inguinal superficial izquierdo.

Durante la hospitalización, el paciente presentó un exantema no pruriginoso a máculas enrojecidas alternando con pápulas generalizadas -cuero cabelludo, cara, tronco, espalda, palmas y plantas, prepucio y escroto- (Fig. 2) y pruebas

serológicas luéticas positivas: Ac no treponémicos (RPR) = 1/32 y Ac Ig M antitreponema pallidum > 5 (n= 0,90-1,10); por lo que se procedió a su reevaluación reconociendo contactos sexuales frecuentes, en el último año, sin medidas de protección profilácticas.

Dadas las características de la lesión se realizó circuncisión, descubriendo un glande macroscópicamente verrucoso e inflamatorio con meato uretral estenótico; en el acto quirúrgico, se procedió a biopsia fría glandar y de la lesión cutánea de piel prepucial así como punción-aspiración del ganglio inguinal, con resultado histológico (Fig. 3) de inflamación difusa granulomatoide en las muestras de glande y piel prepucial, y granulomatosis epitelioides correspondiente a la adenopatía.

Con el diagnóstico etiológico de sífilis secundaria fue tratado, por la Sección de Infecciosas, con



FIGURA 2. Exantema cutáneo, en espalda, compuesto por máculas rojas que alternan con pápulas.

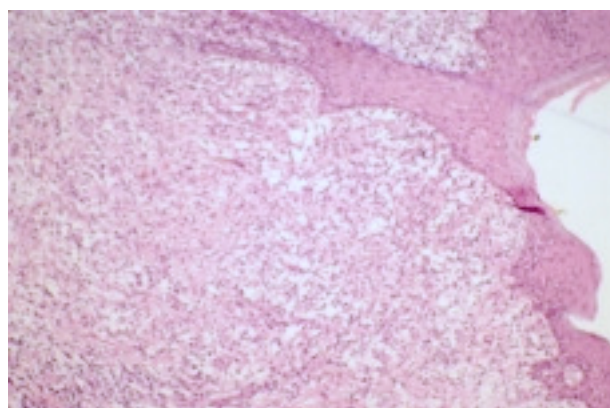


FIGURA 3. Glande: infiltrado inflamatorio difuso con abundantes células plasmáticas y frecuentes células epiteloides formando granulomas sin necrosis central.

Penicilina G Benzatina 2,4 millones unidades, vía intramuscular, semanalmente, por 2 semanas además de curas tópicas locales peneanas.

Después de 9 meses de seguimiento, habiendo desaparecido las lesiones de piel y ganglionares, solamente precisa dilataciones neumáticas uretrales periódicas por estrechez en uretra anterior, normalización de las enzimas hepáticas y negativización de las pruebas serológicas reagínicas.

DISCUSIÓN

En 1905, Schaudin y Hoffman describen el agente causal de la sífilis, una bacteria en forma de espiral que llamaron *Treponema Pallidum*, y que tiene en el ser humano su huésped natural⁴.

En las últimas décadas³, los grupos de población con mayor riesgo de contraerla han sufrido un cambio a partir de las prácticas sexuales desde la epidemia del SIDA; actualmente, la incidencia es máxima en las mujeres promiscuas, heterosexuales activos y varones de capas socioeconómicas bajas, entre 15 y 35 años, que viven en el interior de ambientes urbanos⁵, donde es común el intercambio entre drogas y prostitución.

Se trata de una afección de evolución crónica, con un periodo de incubación de 21 días, adquirida por contagio sexual con lesiones infectadas o vía placentaria; menos habitual, por transfusión de sangre contaminada⁶. La espiroqueta penetra por mucosas íntegras o piel erosionada y alcanza rápidamente los linfáticos y sangre, causando una infección generalizada, desde etapas precoces⁴.

Tras la incubación acontece la lesión primaria en el punto de inoculación resolviéndose en 2 a 6 semanas y se acompaña de linfadenopatía regional⁷. El chancro comienza como una pápula indurada de base ulcerada situada en el pene de los heterosexuales, y ano, recto, boca o genitales externos en homosexuales; en la mujer, el lugar más común son los labios y cuello uterino⁸. De ahí que en éstos dos últimos colectivos, puede pasar desapercibido⁹. La adenopatía inguinal se observa en la primera semana de iniciada la lesión primaria, siendo los ganglios firmes, indoloros y no supuran presentándose como uni, bilaterales o múltiples¹⁰; en general pueden persistir durante meses, tal como sucedió en el enfermo comunicado.

Son frecuentes las lesiones primarias atípicas¹⁰ dependiendo su aspecto clínico del número

de treponemas inoculados y del estado inmunitario del paciente; así un gran inóculo puede provocar una lesión ulcerosa y un inóculo pequeño producir una lesión papulosa. Nuestro paciente desarrolló un chancro profundo simulando una lesión tumoral en tercio distal del pene.

Las manifestaciones clínicas del periodo secundario⁸ ocurren varios meses tras curar el chancro y son debidas a la diseminación hematogénica del germen, consistiendo en lesiones mucocutáneas simétricas localizadas o difusas y adenopatías indoloras generalizadas. A nivel cutáneo pueden aparecer sífilides, máculas, pápulas, pápulo-escamas y a veces pústulas, o condilomas planos en regiones intertriginosas. Síntomas generales¹¹ como dolor faríngeo, fiebre, pérdida de peso, malestar general, cefalea o meningismo preceden o acompañan a la etapa secundaria; otras manifestaciones, aunque raras, son la hepatitis, nefropatía membranosa, gastritis o artritis. El caso informado, presentó pérdida de peso y alteraciones en las enzimas hepáticas que se normalizaron después del tratamiento médico justificando esta inusual disfunción de la hepatitis sífilítica.

Las lesiones secundarias remiten en 2 a 6 semanas y el paciente entra en una fase latente que solamente puede detectarse por pruebas serológicas¹⁰; desde la llegada de los antibióticos¹², los enfermos con sífilis latente, ocasionalmente, desarrollan síntomas del periodo terciario, cuya forma histológica es el goma.

El diagnóstico⁷ se realiza, incluyendo una anamnesis exhaustiva, por métodos directos como el examen en campo oscuro a partir de lesiones del periodo primario e indirectamente por pruebas serológicas, pues el germen da lugar a dos tipos de anticuerpos (Ac) reagínicos o inespecíficos y anti-treponémicos o específicos. Las pruebas no treponémicas (VDRL, RPR) son muy sensibles pero poco específicas por falsos positivos, sencillas, rápidas y baratas, haciéndose positivas entre los 10 a 20 días de identificarse el chancro y se correlacionan con la actividad de la enfermedad¹⁰. Los test treponémicos (FTA-Abs, ITP,...) determinan Ac Ig G e Ig M específicos anti-treponema, son complejos y más caros, sirven para confirmar la positividad de los Ac reagínicos pero sus títulos no se correlacionan con la actividad ni evolución de la enfermedad pudiendo permanecer positivos de por vida^{3,10}.

Lesiones genitales que deben ser diferenciadas⁹ de una sífilis infecciosa son las erosiones traumáticas sobreinfectadas, chancro blando, linfogranuloma, SIDA, herpes simplex, úlceras tuberculosas o neoplásicas,...

La penicilina G Benzatina, por vía parenteral, es el medicamento de elección en todos los periodos de la enfermedad¹³ ya que el treponema muere a concentraciones muy bajas pero necesita un periodo prolongado de exposición al fármaco por su lenta multiplicación; se precisa conseguir niveles séricos de 0,03 microgr/ml durante 7 días para ser terapéuticos; una sola dosis de 2,4 millones de unidades, vía intramuscular, cura más del 95% pacientes con sífilis primaria, secundaria y latente precoz. Algunos autores³, en la lues secundaria, indican una segunda dosis de 2,4 millones, una semana después de la primera dosis, para mejorar la eficacia. En la sífilis terciaria¹³, se administran 2,4 millones de unidades, por semana, durante tres semanas consecutivas.

En pacientes alérgicos a la penicilina⁵, el germen es sensible a la doxiciclina (200 mgr/día/2 semanas), tetraciclina (500 mgr/6 horas/2 semanas) o eritromicina (500 mgr/6 horas/2 semanas) orales.

La evolución de la enfermedad y respuesta a la terapéutica¹¹ se determina por el título de Ac reáginicos a los 3, 6, 12 y 24 meses; si el tratamiento ha sido satisfactorio, los títulos iniciales descienden progresivamente en 3 a 12 meses. Dos años después, casi todos los enfermos con sífilis reciente tienen reáginas indetectables; pero si los títulos aumentan al cuádruple o un título inicialmente elevado (mayor o igual a 1:32) no disminuye al menos a un nivel cuatro veces menor en 1 a 2 años, se realizará una punción lumbar, especialmente en pacientes coinfectados con el VIH, por el riesgo de neurosífilis precoz^{14,15}.

La prevención debe hacerse promoviendo el uso de profilácticos habituales en los contactos sexuales e identificación y tratamiento de personas o parejas sexualmente expuestas.

REFERENCIAS

1. SAMPAIO-NETO LF, CANCADO RR et al.: Estudo da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em grupo de alto risco. *Rev Bras Doenças Sex Transm* 1997; **2**: 23-32.
2. WASSERHEIT JN: Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Trans Dis* 1992; **19**: 61-67.
3. BROWN TJ, YEN MA, TRYNG SK: An overview of sexually transmitted diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; **41**: 511-529.
4. SCHAUDIN and HOFFMAN, citado por SEHILA AL y KING KH: Sífilis. En: Principios de Medicina Interna, Harrison. Eds: Wilson JD, Braunwald AB, Kurt JE y Richard KR. Duodécima Edición. Madrid. *Interamericana* 1993; **1**: 765-776.
5. ROLFS RT, JOESOEUF MR et al.: Syphilis and HIV study group. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1997; **337**: 307-314.
6. Mc DONALD LL, SITES PC, BUTIN DM: Sexually transmitted disease update. *Dermatol Clin* 1997; **15**: 221-225.
7. BERGER ER: Sexually transmitted diseases: the classic diseases. In: Campbell's Urology. Eds: Walsh PC, Retic AB, Vaughan ED, and Wein AS. Seventh Edition. Philadelphia. *Saunders Company* 1998; **1**: 663-668.
8. IVE FA: Diseases of the umbilical, perianal and genital regions. In: Textbook of dermatology. Eds: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FGJ. Sixty Edition. Oxford, *Blackwell Scientific Publications* 1998; **72**: 3.163-3.238.
9. FENNEMA JS, CAIRO IL, COUTINHO RA: Substantial increase in gonorrhea and syphilis among clients of Amsterdam sexually transmitted diseases clinics. *Ned Tijdschr Geneeskde* 2000; **144**: 602-605.
10. DI CARLO RP, MARTIN DH: The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. *Clinical Infectious Diseases* 1999; **25**: 292-298.
11. JARNIEL M: Syphilis. *Ann Dermatol Venereol* 1999; **126**: 625-628.
12. COHEN MS: Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet* 1998; **351**: 5-7.
13. Center for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases MMWR 1998; **47**: 18-108.
14. FLOOD JM, WEINSTOCK HS, GUROY ME: Neurosyphilis during the AIDS epidemic, San Francisco, 1985-1992. *J Infect Dis* 1998; **931**: 117-122.
15. SILVA JG, PEÑA CP et al.: Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Piel* 1999; **14**: 17-27.

Dr. J. Herrera Puerto
C/ Bolívar, 24 - 3º C
37004 Salamanca

(Trabajo recibido el 4 mayo de 2002)