

### Linfangitis esclerosante no venérea del pene: presentación de un caso clínico

Carolina Cantalejo, José Luis Fernández-Crehuet, Ángel Marcos, Antonio Rodríguez-Pichardo y Francisco Camacho  
*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Resumen.**—La linfangitis esclerosante no venérea del pene es un proceso infrecuente que afecta a los linfáticos distales de este órgano. Se caracteriza por la aparición súbita de un cordón translúcido e indurado en el surco coronal. Su etiología es desconocida, aunque se ha relacionado con microtraumatismos en la zona después de una actividad sexual intensa. Es un proceso benigno y autorresolutivo por lo que no es necesaria la realización de biopsia en etapas iniciales y el tratamiento inicial debe ser conservador. Se presenta un nuevo caso de esta enfermedad y se comentan sus características etiopatogénicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

**Palabras clave:**

linfangitis esclerosante, linfangitis no venérea, pene.

**NONVENEREAL SCLEROSING LYMPHANGITIS OF THE PENIS: PRESENTATION OF A CLINICAL CASE**

**Abstract.**—Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis is an infrequent process that affects the distal lymphatics of this organ. It is characterized by the sudden appearance of a translucent and indurated cord on the coronal sulcus. Its etiology is unknown, although it has been related to microtraumas in the area after intense sexual activity. It is a benign, self-resolving process, so it is not necessary to perform a biopsy in early stages, and initial treatment should be conservative. We present a new case of this disease and discuss its etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic characteristics.

**Key words:** sclerosing lymphangitis, nonvenereal lymphangitis, penis.

#### INTRODUCCIÓN

La linfangitis esclerosante no venérea del pene es un proceso benigno, infrecuente, que afecta a los vasos linfáticos distales. Su aparición se ha relacionado con los microtraumatismos locales, pero su etiopatogenia no está clara. Clínicamente se caracteriza por la aparición de un cordón translúcido e indoloro, paralelo al surco balanoprepucial. Se resuelve de manera espontánea en la mayoría de los casos, por lo que el tratamiento inicial debe ser conservador.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 51 años, soltero, sanitario de profesión, sin antecedentes personales ni familiares de interés, consultó por la aparición de un cordón traslúcido, firme, de consistencia cartilaginosa, paralelo al surco coronal, de una semana de evolución (fig. 1). No refería disuria ni ningún otro síntoma acompañante y negaba haber mantenido relaciones sexuales en los días previos. No se observaban erosiones ni ulceraciones en la piel adyacente ni se palpaban adeno-

patías inguinales. Tampoco existían signos de uretritis. Los estudios de laboratorio, entre los que se incluyeron hemograma, bioquímica y sedimento urinario, fueron normales, y la serología luética fue negativa. Se llegó al diagnóstico clínico de linfangitis esclerosante no venérea del pene, y se adoptó una actitud expectante. El proceso se resolvió en 3 semanas.



Fig. 1.—Cordón translúcido, indurado, paralelo al surco balanoprepucial.

*Correspondencia:*  
Carolina Cantalejo. Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario Virgen Macarena.  
Avda. Doctor Fedriani, s/n. 41071 Sevilla. España.  
caro4lina@supercable.es

Recibido el 15 de octubre de 2004.  
Aceptado el 11 de marzo de 2005.

## DISCUSIÓN

La linfangitis esclerosante no venérea del pene es una enfermedad que afecta a los vasos linfáticos del pene. Es poco frecuente (aproximadamente 100 casos descritos en la literatura médica) debido posiblemente a la baja incidencia de consulta por el curso indolente y el carácter autorresolutivo de esta enfermedad. Fue descrita por Hoffman en 1923 como una linfangitis gonocócica que simulaba una sífilis primaria, denominándola «seudochancro gonocócico»<sup>1</sup>. Años más tarde, en 1938, al estudiar nuevos casos en los que no existía evidencia de infección por gonococos, replanteó su etiología y la denominó «linfangitis plástica no venérea del pene»<sup>2</sup>. La naturaleza no venérea de esta enfermedad fue defendida en posteriores publicaciones. Otros términos empleados han sido «linfangitis circular indurada del pene», «linfangiectasia transitoria del pene» y «linfangitis esclerosante del pene».

Afecta generalmente a varones de 20-40 años de edad<sup>3,4</sup>, aunque hay casos descritos entre 18 y 66 años y predomina en los profesionales de la salud<sup>5</sup>. Kandil y Al-Kashlan pensaban que esta mayor prevalencia podía deberse al mayor contacto con virus en estas profesiones, ya que ellos defendían la teoría viral. Nosotros creemos que puede deberse a la mayor accesibilidad al especialista, en este caso al dermatólogo, en un breve período de tiempo.

La etiología es desconocida. Entre las causas «no venéreas» se han propuesto las infecciones por enterovirus, tuberculosis e irritación por hemorragia menstrual<sup>3</sup>. Sin embargo, la mayoría de los autores defienden la etiología traumática, ya que gran parte de los pacientes describen un incremento de la actividad sexual en los días previos a su aparición<sup>6-13</sup>. Algunos autores consideran que la cicatriz circunferencial por la circuncisión puede favorecer su aparición, aunque no se ha estudiado sistemáticamente<sup>13,14</sup>. Varias enfermedades de transmisión sexual se han asociado con este proceso, como gonococia<sup>15</sup>, uretritis no gonocócica<sup>16</sup>, herpes genital<sup>17</sup>, valores serológicos de sífilis positivos<sup>18</sup> e infecciones por *Chlamydia*<sup>16</sup>. La mayoría de los autores coinciden en que no es una enfermedad causada por un microorganismo específico; no obstante, es conveniente descartar enfermedades de transmisión sexual en estos pacientes, ya que en el 25 % de los casos publicados existe una relación temporal entre la linfangitis esclerosante no venérea del pene y la gonococia, la uretritis inespecífica y los valores serológicos de sífilis positivos<sup>18</sup>. Nosotros también defendemos la teoría traumática. Nuestro paciente negaba haber mantenido relaciones sexuales en los días previos, pero no descartamos otras formas de producción de traumatismos, como la masturbación<sup>7</sup>.

Clínicamente se presenta como un cordón traslúcido, indurado, de consistencia «cartilaginosa», no adherido a planos profundos y recubierto por piel

normal<sup>3,4,9</sup>. Puede ir precedido o acompañado de edema del prepucio<sup>8</sup>. En ocasiones, existe participación de los vasos linfáticos del dorso del pene, pero suelen ser lesiones menos llamativas y pasan desapercibidas<sup>12</sup>. Las linfadenopatías inguinales son infrecuentes. La localización del cordón es variable, aunque mantiene paralelismo y proximidad con la corona del glande. Aunque las lesiones son clásicamente asintomáticas, algunos pacientes refieren molestias o dolor, sobre todo durante la erección<sup>8</sup>. En algunos casos pueden existir erosiones o ulceraciones en la proximidad, lo que dificulta el diagnóstico diferencial<sup>3</sup>.

Existe controversia respecto al origen linfático o venoso de esta enfermedad. La diferencia anatómica e histológica entre linfáticos y venas del pene es difícil de establecer. Sin embargo, algunos trabajos apoyan claramente el origen linfático. En el estudio histológico se aprecia hipertrofia y esclerosis de los vasos linfáticos con infiltrado inflamatorio perilinfático. A veces existen trombos que ocluyen la luz vascular<sup>3,5</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y no está indicada la realización de biopsia en las etapas iniciales. La lesión suele aparecer en los primeros 7 días después del traumatismo y su duración total puede oscilar entre los 3 días y los 5 meses (media 41 días), aunque se ha publicado un caso de 2 años de duración.

En su tratamiento se han empleado antivirales<sup>5</sup>, antibióticos (tetraciclinas)<sup>16</sup>, corticoides, nitrato de plata, etc., con eficacia dudosa, ya que el proceso suele resolverse de forma espontánea sin el uso de ningún fármaco. Se recomienda abstinencia sexual en estos pacientes hasta la resolución del cuadro<sup>8,13</sup>. La ablación quirúrgica del cordón linfático se reserva para casos recidivantes o persistentes<sup>14</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hoffmann E. Vortäuschung primärer syphilis durch gonorrhöische lymphangitis (gonorrhöischer Pseudoprimäraffekt). München Med Wehnschr. 1923;70:1167.
- Hoffmann E. Über nicht venerische plastische Lymphangitis im sulcus coronarius penis mit umschriebenem Ödem. Dermat Ztschr. 1938;78:24-7.
- Nickel WR, Plumb RT. Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis. Arch Dermatol. 1962;86:761-3.
- Greenberg RD, Perry TL. Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis. Arch Dermatol. 1972;105:728-9.
- Kandil E, Al-Kashlan IM. Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis: a clinicopathologic treatise. Acta Derm Venereol. 1970;50:309-12.
- Moreno Izquierdo R, Merino Monge E, Guerra Tapia A, Barrio Fuentes A. Linfangitis del pene esclerosante no venérea. Actas Dermosifiliogr. 1978;69:309-12.
- Sieunarine K. Non-venereal sclerosing lymphangitis of the penis associated with masturbation. Br J Urol. 1987;59:194-5.

8. Gharpuray MB, Tolat SN. Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis. *Cutis*. 1991;47:421-2.
9. Fiumara NJ. Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis. *Arch Dermatol*. 1975;111:902-3.
10. Alfandari S, Delaporte E, Piette F, Bergoend H. Cas pour diagnostic: lymphangite sclérosante de verge. *Ann Dermatol Venereol*. 1994;121:351-2.
11. Mariño del Real J, Murillo Mirat J, Caballero Gómez M, et al. Linfangitis esclerosante no venérea del pene. Presentación de dos casos clínicos. *Actas Urol Esp*. 2002;26:215-7.
12. Murillo J, Soler J, Torrubia FJ, Caballero M, Herrera J. Linfangitis esclerosante no venérea del pene. *Arch Esp Urol*. 1992;45:705-7.
13. Rosen R, Hwong H. Sclerosing lymphangitis of the penis. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:916-8.
14. Broaddus SB, Leadbetter GW. Surgical management of persistent, symptomatic nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis. *J Urol*. 1982;127:987-8.
15. Pedersen T. Circular indurated lymphangitis of the penis. *Ugeskr Laeger*. 1979;141:2603-4.
16. Kristensen JK, Scheibel J. Sclerosing lymphangitis of the penis: a possible chlamydia aetiology. *Acta Derm Venereol*. 1981;61:455.
17. Van de Staak WJ. Non-venereal sclerosing lymphangitis of the penis following herpes progenitalis. *Br J Dermatol*. 1977;96:679-80.
18. Leventhal LC, Jaworsky C, Werth V. An asymptomatic penile lesion: circular indurated lymphangitis of the penis with concurrent syphilis. *Arch Dermatol*. 1993;129:366-7, 369-70.