



Figura 3 Segundo brote de pitiriasis rubra pilaris tipo I. Grandes placas de alopecia cicatricial con descamación folicular y eritema perifolicular parcheado que evolucionan a placas nacarradas atróficas con ausencia de eritema y descamación.

paciente con PRP que desarrolló acné conglobata, hidradenitis supurativa y celulitis disecante del cuero cabelludo. Tampoco está descrita la alopecia cicatricial inducida por acitretino⁶, aunque en nuestro caso la paciente no lo estaba tomando cuando se inició el segundo brote de PRP y a la vez la alopecia cicatricial. Quizás, en nuestro caso, la hiperqueratosis folicular y el eritema perifolicular en el cuero cabelludo presentes en ambos brotes de PRP tipo I pudieron originar una alteración en los folículos pilosos capaz de desencadenar una alopecia cicatricial fulminante.

El aspecto clínico final de la alopecia cicatricial en nuestra paciente recuerda a una pseudopelada de Brocq diseminada en grandes placas. No está del todo aclarado si esta es una entidad propia o se trata del estadio final, de otras alopecias cicatriciales primarias. Nuestro caso se asemeja clínicamente, en su fase inicial, a un liquen plano pilar o a un liquen eritematoso cutáneo. Sin embargo, la

ausencia de infiltrado inflamatorio linfocitario perifolicular y la presencia de fibrosis dérmica reemplazando folículos pilosos, además de una IFD negativa, hacen dudoso el diagnóstico de liquen/lupus, así como el de pseudopelada de Brocq.

Debido a todo ello consideramos que estamos ante un caso de alopecia cicatricial asociado a un brote de PRP tipo I de una intensidad y evolución fulminante, poco común y con unos datos histológicos que no permiten clasificarla dentro de las alopecias cicatriciales primarias clásicas. Clínicamente evoluciona con rapidez a una pseudopelada de Brocq generalizada en grandes placas, pero histológicamente solo se aprecia fibrosis.

Bibliografía

1. Klein A, Landthaler M, Karrer S. Pityriasis rubra pilaris: A review of diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11:157-70.
2. Griffiths WA. Pityriasis rubra pilaris. *Clin Exp Dermatol.* 1980;5:105-12.
3. Miralles ES, Núñez M, de Las Heras ME, Pérez B, Moreno R, Ledo A. Pityriasis rubra pilaris and human immunodeficiency virus infection. *Br J Dermatol.* 1995;133:990-3.
4. Albert MR, Mackool BT. Pityriasis rubra pilaris. *Int J Dermatol.* 1999;38:1-11.
5. Bergeron JR, Stone OJ. Follicular occlusion triad in a follicular blocking disease (pityriasis rubra pilaris). *Dermatologica.* 1968;136:362-7.
6. Chave TA, Mortimer NJ, Hutchinson PE. Agranulocytosis and total scalp alopecia following acitretin. *Br J Dermatol.* 2003;148:1063-4.

C. Martín Callizo^{a,*}, J. Molinero Caturla^a,
J. Sánchez Sánchez^a y R.M. Penín Mosquera^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claramartincallizo@gmail.com
(C. Martín Callizo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.04.008>



Parafinoma de pene

Penile Paraffinoma

El parafinoma peneano es una reacción cutánea que aparece tras la inyección de parafina o de aceites minerales en el pene con el propósito de aumentar el tamaño de dicho miembro. Se trata de una entidad relativamente habitual en algunos países del Este europeo y Asia que consideramos que se observará con una frecuencia creciente en nuestro país a causa de la inmigración. Habitualmente esta práctica es llevada a cabo por personal no cualificado y bajo malas condiciones higiénicas. La reacción cutánea frente al material exógeno suele manifestarse tras meses o años de la inyección cutánea¹.

Presentamos el caso de un paciente de 27 años, natural de Rumanía, que consultó por lesiones ulceradas en el pene. A pesar de que inicialmente no lo refirió, el paciente confesó que desde hacía 4 años hasta 2 meses antes de la consulta había sido sometido a inyecciones sucesivas de un material viscoso en el cuerpo del pene con intención de aumentar su tamaño. También explicó que en dicha localización habían aparecido unas lesiones ulceradas de crecimiento progresivo que habían empeorado de aspecto durante los últimos meses, por lo que se había aplicado tópicamente el contenido de cápsulas de antibióticos orales sin mejoría clínica. A la exploración (fig. 1) destacaba una evidente deformación del cuerpo del pene, además de induración al tacto y 2 lesiones ulceradas de 3 y 2 cm de diámetro máximo respectivamente, en ambas caras laterales del pene. En la



Figura 1 Lesión ulcerada de unos 3 cm de diámetro en la cara lateral derecha del cuerpo del pene.

cara ventral destacaban trayectos fistulosos sin secreción aparente. El glande estaba respetado. El estudio histopatológico de la lesión de mayor tamaño mostró una úlcera epitelial con fibrosis dérmica y vacuolas vacías, compatibles con parafinoma (figs. 2 y 3). Las tinciones con PAS, plata

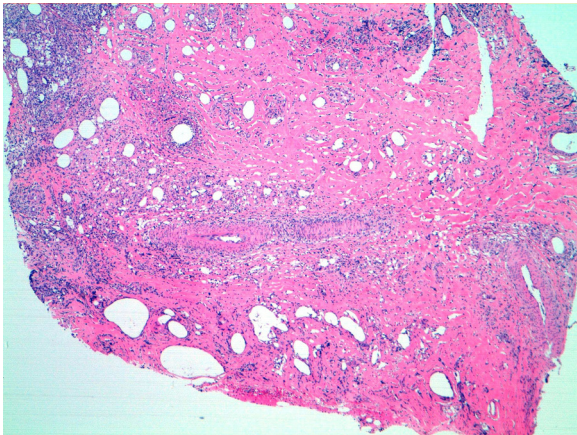


Figura 2 Imagen microscópica que muestra fibrosis en la dermis papilar y reticular además de múltiples vacuolas vacías donde se hallaba la parafina (hematoxilina-eosina \times 4).

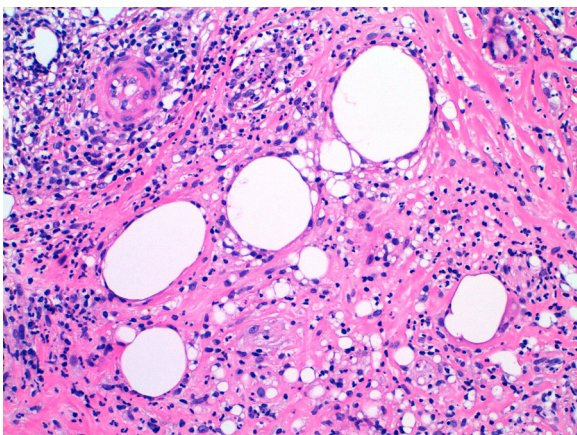


Figura 3 Imagen microscópica que muestra las vacuolas vacías a mayor aumento; además se aprecian con detalle histiocitos y algunas células gigantes multinucleadas consecuencia de la reacción a cuerpo extraño (hematoxilina-eosina \times 20).

metenamida y Ziehl-Neelsen fueron negativas. La analítica sanguínea no mostró ninguna alteración y en el frotis de las úlceras se aislaron gran cantidad de colonias diferentes, sin predominio de ningún microorganismo. El cultivo para hongos fue negativo. Las serologías fueron negativas para hepatitis C y VIH, y positivas para hepatitis B, herpes simple I, herpes simple II y lúes (VDRL $\frac{1}{2}$, TPHA 1/10.240). El paciente fue diagnosticado de parafinoma peneano, y se administró tratamiento tópico con fomentos con permanganato potásico. Las lesiones mejoraron parcialmente consiguiendo curación del componente necrótico. Sin embargo, tras proponer al paciente la realización de intervención quirúrgica reconstructiva, este dejó de acudir a las visitas, por lo que no pudimos repetir las serologías y consideramos la lúes curada.

El parafinoma peneano también es conocido como lipogranuloma esclerosante del pene. La inyección de materiales de alta viscosidad como aceites minerales, vaselina o parafina son la principal etiología de esta entidad que actualmente sigue realizándose en Europa del Este, Asia y Rusia². Sin embargo, esta práctica fue iniciada en 1899 por un cirujano austriaco llamado Robert Gersuny, el cual inyectó aceite mineral a un niño orquiectomizado tras una tuberculosis genital¹. Las razones que motivan a los pacientes a someterse a dicha intervención son el deseo de aumentar el tamaño del pene, tratar la disfunción eréctil y satisfacer a sus parejas sexuales³.

La edad media de los pacientes afectados se halla alrededor de los 28 años, y los síntomas suelen aparecer un año después de la implantación del material. La clínica habitual consiste en deformidad, impotencia, eritema y edema con consecuente parafimosis y dolor. Las principales complicaciones son la infección, ulceración, necrosis y fistulización de las lesiones⁴. También se han descrito casos de migración del material con invasión de los cuerpos cavernosos⁵ y linfadenitis regional⁶.

La histopatología muestra, como hemos indicado previamente, múltiples espacios pseudoquísticos acompañados de reacción a cuerpo extraño. Esta respuesta aparece casi invariablemente, ya que el cuerpo humano carece de enzimas que metabolicen aceites minerales.

El diagnóstico diferencial debe incluir tanto enfermedades infecciosas de transmisión sexual como no sexual, por lo que generalmente es necesario realizar biopsia de la lesión, cultivo y serologías. Deben considerarse entidades como el lupus vulgar o la infección por micobacterias atípicas secundarias a la inyección de material estéril. El carcinoma escamoso debe sospecharse ante una lesión ulcerada y dura con bordes policíclicos. La historia previa de inyección de parafina en el pene es clave para el diagnóstico clínico.

El tratamiento de primera línea consiste en la exéresis completa y temprana del cuerpo extraño y de la reacción acompañante, con cierre primario cuando sea posible⁷. Los antisépticos y antibióticos solo tratan la infección secundaria asociada a las lesiones. Se han descrito casos de buena respuesta a corticoterapia sistémica³.

El parafinoma peneano es una entidad de incidencia creciente en nuestro medio debido al aumento de pacientes procedentes de países de Europa del Este y Asia. Dado que habitualmente los pacientes niegan el antecedente de las infiltraciones, dermatólogos y urólogos debemos sospechar

este diagnóstico ante la presencia de úlceras genitales que no se corresponden con otras enfermedades.

Bibliografía

1. Bayraktar N, Basar I, Penile paraffinoma. *Case Rep Urol.* 2012;2012:202840.
2. Rosenberg E, Romanowsky J, Asali M, Kaneti J. Three cases of penile paraffinoma: A conservative approach. *Urology.* 2007;70:e9-10.
3. Pehlivanov G, Kavaklieva S, Kazanjieva J, Kapnilov D, Tsankov N. Foreign-body granuloma of the penis in sexually active individuals (penile paraffinoma). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:845-51.
4. Bjurlin MA, Carlsen J, Grevious M, Jordan MD, Taylor A, Divakaruni N, et al. Mineral oil-induced sclerosing lipogranuloma of the penis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2010;3:41-4.
5. Campbell JC, Henderson IWD. Effects of instillation of paraffin in the tissues. *Lancet.* 1973;1:775-6.
6. Sejben I, Racz A, Svebis M, Patyi M, Cserni G. Petroleum jelly-induced penile paraffinoma with inguinal lymphadenitis mimicking incarcerated inguinal hernia. *Can Urol Assoc J.* 2012;6:E137-9.
7. Shin YS, Zhao C, Park JK. New reconstructive surgery for penile paraffinoma to prevent necrosis of ventral penile skin. *Urology.* 2013;81:437-44.

S. Gómez-Armayones^{a,*}, R.M. Penín^b y J. Marcoval^a

^a *Servicio de Dermatología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sara.gomez.armayones@gmail.com

(S. Gómez-Armayones).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.04.009>