

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Placa hiperqueratósica asintomática en glande en un varón de mediana edad



Asymptomatic Hyperkeratotic Plaque on the Glans in a Middle-Aged Man

Historia clínica

Varón de 59 años que consultó por lesión asintomática en el glande de 4 meses de evolución. Negaba relaciones sexuales de riesgo. No presentaba historia de fimosis ni episodios previos de traumatismos o sangrado espontáneo.



Figura 1

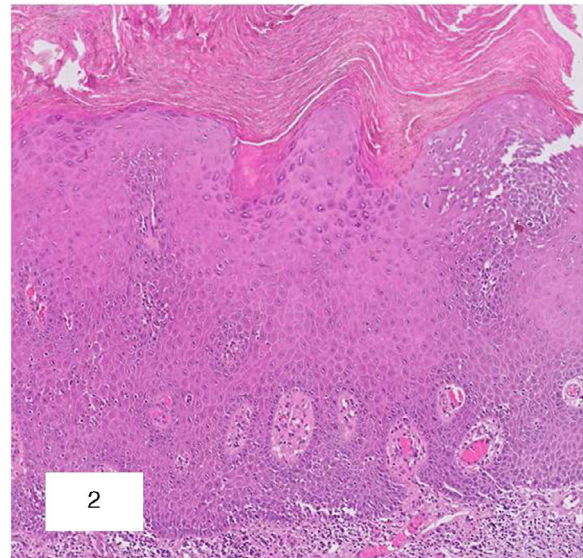


Figura 2 Hematoxilina-eosina $\times 10$.

Exploración física

Placa queratósica, blanquecina, bien delimitada, de 2 cm de diámetro, de superficie papilomatosa, próxima al meato urinario (fig. 1). No se palpaban adenopatías locorregionales.

Pruebas complementarias

El hemograma, la bioquímica general y las serologías virales y de sífilis ofrecieron resultados dentro de la normalidad. La reacción en cadena de la polimerasa para el virus del papiloma humano (VPH) fue negativa. La histopatología reveló una hiperplasia epitelial con hiperqueratosis, paraqueratosis y un notable infiltrado linfomonocitario dérmico con algunos eosinófilos (fig. 2).

¿Cuál es el diagnóstico?

Diagnóstico

Balanitis pseudoepiteliomatosa queratósica y micéica de Lortat-Jacob y Civatte (BPEQM).

Evolución y tratamiento

Se inició tratamiento tópico con 5-fluorouracilo 0,5% + ácido salicílico 10%, una aplicación al día durante 12 semanas. Se originó una irritación intensa de la zona tratada que obligó a pausar el tratamiento durante 2 semanas. En las revisiones posteriores se observó una reducción progresiva de la placa. Una nueva biopsia confirmó persistencia del cuadro, por lo que se realizó tratamiento con láser CO₂ ultrapulsado con área tratada del 34% y una densidad de energía de 42,2 J/cm². Actualmente está en seguimiento por nuestra unidad sin signos de recidiva local.

Comentario

La BPEQM fue descrita en 1966 por Lortat-Jacob y Civatte. Es una entidad que afecta al glande y se manifiesta como lesiones queratósicas que pueden recordar a las placas de psoriasis. Es una entidad escasamente referida en la literatura científica y epidemiológicamente la mayoría de los casos publicados son de raza india.

Su etiopatogenia es en la actualidad discutida. Se distinguen 4 estadios clínico-patológicos: inicial o en placas, tumoral tardío, carcinoma verrucoso y transformación a carcinoma de células escamosas¹.

El examen histopatológico ha mostrado clásicamente los siguientes cambios: hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis, crestas papilares alargadas y leve displasia en los estratos basales. En dermis superficial es posible observar un infiltrado inflamatorio escasamente específico con linfocitos y eosinófilos en número variable².

El potencial de malignización de esta rara forma de balanitis es discutible por algunos autores pero se ha constatado un incremento en el número de casos registrados de carcinoma verrucoso o carcinoma de células escamosas procedentes de lesiones de BPEQM, ya sea en su momento de presentación o con posterioridad². Por ello, es importante el seguimiento estrecho de estos pacientes. Hasta la fecha no se ha evidenciado relación entre la BPEQM y el VPH. En un caso de carcinoma verrucoso procedente de BPEQM, la hibridación *in situ* y la PCR fueron negativas para VPH tanto en el tumor como en la lesión precancerosa³.

El diagnóstico diferencial deberá enfocarse desde un triple punto de vista, infeccioso y realizar despistaje de infecciones de transmisión sexual como herpes simple genital, chancro blando y sífilis primaria; inflamatorio, con entidades como el liquen plano hipertrófico y la balanitis plasmocelular de Zoon y finalmente desde el punto de vista oncológico con la neoplasia intraepitelial de pene (PIN), el carcinoma verrucoso, el carcinoma escamoso, el queraoacantoma, la condilomatosis gigante o la eritroplasia de Queyrat⁴. La ausencia de atipia celular en la histología de

la BPEQM puede ser un dato clave que nos permita diferenciarlo de estas últimas entidades, aunque siempre se precisa una correlación con la clínica.

El diagnóstico clínico temprano y la biopsia de la lesión tienen un gran valor ya que puede ser tratada de forma tópica con 5-fluorouracilo⁵ con buena respuesta como en nuestro caso. Otras opciones terapéuticas son la crioterapia, la terapia fotodinámica⁶ o la cirugía resectiva amplia, reservada para casos con características de atipia celular en la histología. Presentamos un caso de BPEQM tratada con 5-fluorouracilo + ácido salicílico con buena respuesta inicial cuyo tratamiento se completó con láser CO₂ como tratamiento adyuvante, no comunicándose su uso hasta la fecha actual en esta enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Dra. Ahinoa Bueno Rodriguez por su apoyo en la resolución de este caso, y al Dr. Naranjo Sintés y al Dr. Aneiros Fernández por su colaboración en la resolución histológica del mismo.

Bibliografía

1. Choo KJ, Ng SK, Sim CS, Cheng SW. Pseudoepitheliomatous keratotic and micaceous balanitis treated with topical 5-fluorouracil and liquid nitrogen. *Clin Exp Dermatol*. 2017; <http://dx.doi.org/10.1111/ced.13072>.
2. Malkud S, Dyavannanavar V. Pseudoepitheliomatous, Keratotic and Micaceous Balanitis: A Case Report. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:WD01--L2.
3. Adya KA, Palit A, Inamadar AC. Pseudoepitheliomatous keratotic and micaceous balanitis. *Sex Transm Dis*. 2013;34:123-5.
4. Murthy PS, Kanak K, Raveendra L, Reddy P. Pseudoepitheliomatous, keratotic and micaceous balanitis. *Indian J Dermatology*. 2010;55:190-1.
5. Hanumaiah B, Mohan, Lingaiah NB, Kumaraswamy SK, Vijaya B. Pseudoepitheliomatous keratotic and micaceous balanitis: A rare condition successfully treated with topical 5-fluorouracil. *Indian J Dermatol*. 2013;58:492.
6. Zhu H, Jiang Y, Watts M, Kong F. Treatment of pseudoepitheliomatous, keratotic, and micaceous balanitis with topical photodynamic therapy. *Int J Dermatol*. 2015;54:245-7.

P. Aguayo-Carreras*, F.J. Navarro-Triviño, R. Ruiz-Villaverde y S. Saenz-Guirado

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paula872190@gmail.com

(P. Aguayo-Carreras).