

Úlceras genitales recurrentes en paciente de sexo masculino

^aCarmen Pratt Santacruz¹, ^aMaría Paz Fabio¹, ^bMaría Belén Grau¹

¹Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Se define como afta a la pérdida de sustancia (erosión o ulceración) que afecta mucosas (oral o genital). Constituye la lesión elemental de la aftosis recurrente en sus formas simple y compleja, independientemente de su morfología.

El diagnóstico de úlceras aftosas de los genitales exige descartar en primer lugar una enfermedad de transmisión sexual y otras causas de úlceras genitales, sobre todo, la enfermedad de Behcet.

Clinicamente pueden distinguirse dos formas de aftosis recurrente, que varían de un polo de elevada frecuencia y menor severidad conocida como aftosis simple, a uno infrecuente y de mayor severidad asociado o no a patologías sistémicas, que se denomina aftosis compleja.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino que fue derivado del servicio de urología por úlceras múltiples a nivel del glande. Tras llevar a cabo un complejo proceso de diagnóstico diferencial, se descartó cualquier tipo de enfermedad de contagio sexual, llegando así al diagnóstico de una aftosis compleja asociada a una tuberculosis latente.

Palabras claves: *aftosis recurrente, úlcera, genital, tuberculosis.*

SUMMARY

Aphthous is defined as the loss of substance (erosion or ulceration), it affects mucous membranes (oral or genital), and it constitutes the elemental lesion of recurrent aphthosis in its simple and complex forms, regardless of its morphology.

The diagnosis of aphthous ulcers of the genitals requires ruling out a sexually transmitted disease and other causes of genital ulcers, especially Behcet's disease.

Clinically, two forms of recurrent aphthosis can be distinguished, which vary from a pole high frequency and less severity known as simple aphthosis, to an infrequent and more severe one associated or not with systemic pathologies, which is called complex aphthosis.

We present the case of a male patient who was referred from the urology service due to multiple ulcers at the glans level. After carrying out a complex process of differential diagnosis, any type of sexually contagious disease was ruled out, leading to the diagnosis of a complex aphthosis associated with latent tuberculosis.

Keywords: *recurrent aphthosis, ulcer, genital, tuberculosis*

^aDermatóloga.

^bResidente de Dermatología

Autor correspondiente:

Dra. Carmen Pratt Santacruz

Email: carmipratt@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

INTRODUCCIÓN

Se define como afta a la pérdida de sustancia (erosión o ulceración) que afecta mucosas (oral o genital). Constituye la lesión elemental de la aftosis recurrente en sus formas simple y compleja, independientemente de su morfología. A su vez, las aftas complejas pueden ser de tipo secundario a patología sistémica o idiopática.¹

Las úlceras genitales en la edad adulta son causadas con frecuencia por agentes infecciosos de transmisión sexual. Existen además, úlceras genitales de causa no infecciosa entre las que destacan las aftas aisladas o formando parte de la enfermedad de Behcet, el exantema fijo medicamentoso, la enfermedad de Crohn y las de causa física.²

Presentamos el caso de un paciente masculino de 42 años de edad, que presentó úlceras a nivel del glande asociados a aftas bucales, de meses de evolución, que tuvo varias consultas con diferentes especialistas sin mejoría, con decaimiento del estado general y pérdida de peso, lo que nos motivó a descartar una aftosis recurrente asociada a una enfermedad sistémica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 42 años de edad, derivado del servicio de Urología por presentar varias lesiones ulceradas a nivel del glande, de 1 año de evolución; durante el cual, fue evaluado por varios especialistas y tratado como sospecha de enfermedad de transmisión sexual en varias oportunidades. Recibió antibióticos sistémicos, aciclovir vía oral y en crema, así como también antimicóticos de aplicación tópica.

Al examen físico, presenta lesiones ulceradas en número de 6, la menor de 0,2 y la mayor de 0,5 cm de diámetro, de bordes indurados, muy dolorosas, con fondo blanco amarillento y halo levemente eritematoso, localizadas en el glande. A nivel de la mucosa oral en la cara interna de los labios superior e inferior varias exulceraciones de aproximadamente 3 mm de diámetro de centro blanquecino y base eritematosa dolorosas, el paciente refería 3 episodios al año con características similares a las actuales en la mucosa oral.

Se solicitaron estudios laboratoriales de rutina, vitamina B12, urocultivo, frotis y cultivo de la lesión, además del perfil colagénico, anca_c, anca_p, perfil tiroideo, serologías de hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis y virus del herpes simple resultaron negativas. En la analítica de sangre se detectó artritis positiva y proteína C reactiva aumentada (17,2 mg/L). El resto de parámetros fueron normales. Contaba con una biopsia previa de la lesión la cual resultó ser totalmente inespecífica, con signos de eccematización secundaria. Ecografía abdominal normal, colonoscopia con toma de biopsia de lesión en íleon terminal informa focos de ulceración con infiltrado inflamatorio agudo y crónico.

El paciente seguía controles regulares con reumatología bajo sospecha de artritis reumatoidea, la cual fue descartada. Refería pérdida notoria de peso, apetito conservado pero con decaimiento del estado general en los últimos 6 meses, además de escalofríos frecuentes. Mucho dolor a nivel de las úlceras genitales por las noches, que inclusive no le permitía conciliar el sueño. La afectación de la autoestima era notoria estando inclusive con un síndrome de ansiedad en los últimos meses. Niega otros síntomas acompañantes.

Como antecedente familiar refirió que años atrás tuvo que cuidar a un primo durante su internación por cuadro de tuberculosis pulmonar, lo que motivó a solicitar una prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) la cual resultó ser positiva (25 mm), y una tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) con escasos infiltrados difusos a nivel perihilar bilateral, según interconsulta en neumología. Se decide tomar una nueva biopsia de piel que informa cambios compatibles con afta.

Se suspendió el tratamiento tópico con corticoides de alta potencia (clobetasol) que estaba recibiendo por sospecha de Enfermedad de Behcet y se indica solución adhesiva con propóleos estabilizado y pentoxifilina 400mg/día, e inicia tratamiento para tuberculosis latente con multibacilares correspondientes con seguimiento estricto por neumología. Después de un mes de tratamiento, el paciente presenta mejoría clínica, con disminución del dolor y la induración de la ulcera. La mejoría fue progresiva y a las ocho semanas se obtuvo una resolución completa de la lesión en glande.



Figuras: A) Previo al inicio de tratamiento. B) 4 semanas de tratamiento. C) 8 semanas de tratamiento.

DISCUSIÓN

La aftosis compleja es una forma rara de aftosis recurrente, de mayor severidad, a veces con compromiso genital, de larga duración y alta morbilidad que puede estar asociada a patologías sistémicas.¹ El diagnóstico es predominantemente clínico y es fundamental realizar un adecuado interrogatorio y examen clínico completo que permita su clasificación e identificación.

El diagnóstico conlleva la realización de un complejo y no siempre sencillo diagnóstico diferencial y la exclusión de una enfermedad de Behçet. Cabe resaltar la existencia de una predisposición genética con una alteración inmunológica de base unida a múltiples factores predisponentes o desencadenantes.³ Se ha encontrado que en pacientes con aftosis oral recurrente, la función del sistema inmune se modifica en respuesta a algún tipo de factor desencadenante todavía no muy bien conocido (como podrían ser antígenos bacterianos/virales o el estrés).⁴ Es probable que las infecciones actúen como gatillo de aquellos defectos o alteraciones en la inmunorregulación. La identificación de estos factores y las condiciones patológicas asociadas en el caso de la aftosis compleja son elementales para una terapéutica adecuada. En el caso de nuestro paciente una exhaustiva anamnesis y estudios específicos, además de una nueva toma de biopsia de piel fueron fundamentales para llegar al diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González ZC. Aftosis recurrente. *Revista Dermatología Argentina* [Internet]. 2010 Jul 14;16(3):176–89.
2. Murillo E de E. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2018 Jun;12(59):3474–9.
3. Galve Agudo B, Blasco Gimeno MC, Casallo Mantecón C, Rodríguez Abad PJ. Aftosis compleja idiopática. Diagnóstico diferencial. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2017;60(4):347-50.
4. Sánchez-Bernal J, Conejero C, Conejero R. Aftosis oral recidivante. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2020 Jul;111(6):471–80.
5. Díaz Gómez CJ. Enfermedades cutáneas no infecciosas de los genitales masculinos. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología & Cirugía Dermatológica*. 2004;12(1):35-46.
6. Rivera-Martínez NE, Nellen-Hummel H, Jacobo-Ruvalcaba A, Kameyama-Fernández L, Hernández-Luis GN, Blanco E, Medrano J, Halabe-Cherem J. Hombre de 35 años con úlceras recurrentes en boca y regiones periuretral y escrotal. *Gaceta Médica de México*. 2006;142(2).
7. Sook-Bin W, D. M. D., M. M. Sc, Markus Y. Wu, M. D., Treister NS. Case 33-2021: A 68 Year-Old Man With Painful Mouth Ulcers. *The New England Journal of Medicine*. 28 de octubre de 2021.