

# Atlas de enfermedades dermatológicas de la región anogenital

*Editor*

Pablo Hernández Bel

*Autores*

Pablo Hernández Bel • Jorge Magdaleno Tapial • Andrés Grau Echevarría



# Atlas de enfermedades dermatológicas de la región anogenital

*Editor*

**Pablo Hernández Bel**

*Autores*

**Pablo Hernández Bel**

**Jorge Magdaleno Tapial**

**Andrés Grau Echevarría**

*Servicio de Dermatología y Venereología  
Hospital General Universitario de Valencia  
Valencia*



**PERMANYER**  
[www.permanyer.com](http://www.permanyer.com)

Cortesía de:



**PERMANYER**  
www.permanyer.com

© 2023 P. Permanyer  
Mallorca, 310  
08037 Barcelona, España  
Tel.: +34 93 207 59 20  
permanyer@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO  
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

**ISBN:** 978-84-19418-63-0  
**Dep. Legal:** B-7.195-2023  
**Ref.:** 7651BM231

**Reservados todos los derechos**

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores llevaran a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

Agradecimiento:

*A todos los miembros del Servicio de Dermatología  
y Venereología del Hospital General Universitario de Valencia.  
Sin su apoyo la recopilación de imágenes no hubiera sido posible.*

# PRÓLOGO

Me complace presentarles este *Atlas de Enfermedades Dermatológicas de la Región Anogenital*, que pretende incorporar a la bibliografía científica un trabajo de carácter eminentemente descriptivo y visual. En él se enumeran aspectos fundamentales de los procesos dermatológicos que con mayor frecuencia pueden afectar a dicha localización, los cuales suelen estar distorsionados por las características anatómicas propias de la región y factores locales.

La obra ofrece la particularidad de conjugar una iconografía muy demostrativa con un contenido claro, conciso, útil y de gran calidad. La imagen clínica es fundamental para la valoración inicial del proceso dermatológico y, aun sin pretender ser exhaustiva, la información proporcionada permite reconocer las características más sobresalientes de cada enfermedad en la región anogenital.

Destaca el capítulo *Infecciones de transmisión sexual*, tema tabú a lo largo de la historia, pero que da nombre a nuestra especialidad y que en este *Atlas* se aborda con la mirada de ojos expertos, acostumbrados a tratar estos procesos con rigor y naturalidad. Junto con el resto de las afecciones dermatológicas anogenitales más comunes (infecciones no venéreas, enfermedades inflamatorias, neoplasias benignas y malignas, etc.) conforman un adecuado índice y constituyen una inmejorable ayuda para familiarizarse con aspectos poco frecuentes de la enfermedad descrita en esta localización.

Los autores, especialistas de reconocida experiencia, como el Dr. Pablo Hernández Bel, acompañado de jóvenes como el Dr. Jorge Magdaleno Tapial y el Dr. Andrés Grau Echevarría (aún residente), han sabido aunar conocimientos con una visión práctica muy didáctica.

Estoy segura de que este atlas será de gran ayuda a todo aquel personal sanitario cuya actividad profesional suponga el contacto con procesos dermatológicos del área anogenital. Constituye, por consiguiente, una gran herramienta de trabajo para el óptimo manejo clínico de nuestros enfermos. Disfrútenlo.

**Amparo Pérez Ferriols**

*Jefe de Servicio de Dermatología y Venereología  
Hospital General Universitario de Valencia*

# ÍNDICE

<b>Capítulo 1. Variantes fisiológicas . . . . .</b>	<b>1</b>	Pitiriasis versicolor . . . . .	24
Glándulas sebáceas ectópicas . . . . .	1	Tiña cruris . . . . .	25
Pápulas perladas del pene . . . . .	1	Víricas . . . . .	26
Pápulas hirsutoides vestibulares . . . . .	1	Herpes zóster . . . . .	26
Plicomas . . . . .	1		
<b>Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS) . . . . .</b>	<b>2</b>	<b>Capítulo 4. Prurito y patología psicocutánea . . . . .</b>	<b>28</b>
Ectoparásitos . . . . .	2	Liquen simple crónico . . . . .	28
Escabiosis . . . . .	2	Prurigo nodular . . . . .	29
Nódulos escabióticos . . . . .	3	Excoriaciones psicógenas . . . . .	30
Pediculosis pubis . . . . .	4	Delusión parasitaria . . . . .	30
Bacterianas . . . . .	5	Dermatitis <i>artefacta</i> . . . . .	30
Sífilis . . . . .	5	Síndrome del escroto rojo . . . . .	30
Linfogranuloma venéreo (LGV) . . . . .	10		
Uretritis . . . . .	11	<b>Capítulo 5. Dermatosis eccematosas . . . . .</b>	<b>31</b>
Víricas . . . . .	12	Dermatitis atópica . . . . .	31
Herpes simple genital . . . . .	12	Dermatitis de contacto . . . . .	32
<i>Molluscum contagiosum</i> . . . . .	14		
Infección por el virus del papiloma humano . . . . .	15	<b>Capítulo 6. Dermatosis papuloescamosas . . . . .</b>	<b>33</b>
Condiloma acuminado . . . . .	15	Psoriasis . . . . .	33
Papulosis Bowenoide . . . . .	16	Liquen plano . . . . .	37
Tumor de Buschke-Löwenstein . . . . .	16	Pitiriasis rosada . . . . .	38
Viruela del mono . . . . .	17		
 		<b>Capítulo 7. Trastornos de la pigmentación . . . . .</b>	<b>39</b>
<b>Capítulo 3. Infecciones no venéreas . . . . .</b>	<b>20</b>	Mácula melanótica de la vulva y el pene . . . . .	39
Bacterianas . . . . .	20	Acantosis <i>nigricans</i> . . . . .	40
Impétigo genital . . . . .	20	Vitíligo . . . . .	41
Ectima gangrenoso escrotal . . . . .	20		
Celulitis por <i>Haemophilus</i> . . . . .	20	<b>Capítulo 8. Trastornos por agentes físicos . . . . .</b>	<b>42</b>
Absceso paravulvar . . . . .	20	Úlceras de presión . . . . .	42
Absceso genital . . . . .	21	Traumatismos . . . . .	42
Gangrena de Fournier . . . . .	21	Quemaduras . . . . .	43
Angiomatosis bacilar . . . . .	22	Radiodermitis . . . . .	43
Fúngicas . . . . .	23		
Candidiasis . . . . .	23		

<b>Capítulo 9. Úlceras genitales no infecciosas . . . . .</b>	<b>44</b>	<i>Nevus</i> epidérmico lineal . . . . .	62
Úlcera de Lipschütz . . . . .	44	Queratosis seborreica . . . . .	63
Úlcera por imiquimod . . . . .	45	Acrocordones . . . . .	64
Úlcera por quimioterapia . . . . .	45	Pólipo fibroepitelial . . . . .	64
<b>Capítulo 10. Morfea y liquen escleroso . .</b>	<b>46</b>	Quistes epidérmicos . . . . .	65
<b>Capítulo 11. Enfermedades ampollas . .</b>	<b>48</b>	Paquioniquia congénita . . . . .	65
Penfigoide ampolloso . . . . .	48	Esteatocistomas múltiples escrotales . . . . .	66
Dermatitis herpetiforme . . . . .	49	Quiste vellosa eruptivo . . . . .	66
Pénfigo vulgar . . . . .	50	Quiste vestibular mucinoso . . . . .	67
Dermatosis IgA lineal . . . . .	51	Quiste de rafe medio . . . . .	67
Enfermedad de Hailey-Hailey . . . . .	52	Angioma vulvar . . . . .	68
<b>Capítulo 12. Hidradenitis supurativa . . .</b>	<b>53</b>	Hemangioma infantil . . . . .	68
<b>Capítulo 13. Vasculitis . . . . .</b>	<b>54</b>	Angioqueratomas . . . . .	68
Púrpura de Schönlein-Henoch . . . . .	54	Linfangiectasias . . . . .	69
Enfermedad de Behçet . . . . .	54	<b>Capítulo 17. Patología tumoral maligna . . .</b>	<b>70</b>
<b>Capítulo 14. Toxicodermias . . . . .</b>	<b>55</b>	Carcinoma basocelular . . . . .	70
Exantema morbiliforme . . . . .	55	Leucoqueratosis . . . . .	71
Eritema fijo medicamentoso . . . . .	56	Eritroplasia de Queyrat . . . . .	71
<i>Rash</i> eritematodescamativo . . . . .	56	Carcinoma epidermoide . . . . .	71
<b>Capítulo 15. Otra patología inflamatoria . . . . .</b>	<b>57</b>	Enfermedad de Paget extramamaria . . . . .	73
Linfangitis esclerosante no venérea del pene . . . . .	57	Mastocitosis . . . . .	74
Balanitis de Zoon . . . . .	58	Linfoma vulvar . . . . .	74
Eritema anular centrífugo . . . . .	59	Síndrome de Sézary . . . . .	74
Enfermedad de Sneddon-Wilkinson . . . . .	60	Melanoma . . . . .	75
Granuloma anular diseminado . . . . .	61	Sarcoma de Kaposi . . . . .	75
Déficit de plasminógeno . . . . .	61	Metástasis . . . . .	75
Enfermedad de Grover . . . . .	61	Tumor fusocelular . . . . .	75
Pioderma gangrenoso . . . . .	61	<b>Capítulo 18. Genodermatosis . . . . .</b>	<b>76</b>
<b>Capítulo 16. Patología tumoral benigna . .</b>	<b>62</b>	Neurofibromatosis . . . . .	76
<i>Nevus</i> melanocítico . . . . .	62	Esclerosis tuberosa . . . . .	76
<i>Nevus</i> congénito . . . . .	62	<b>Capítulo 19. Maltrato y abuso sexual en la infancia . . . . .</b>	<b>77</b>
		<b>Capítulo 20. Miscelánea . . . . .</b>	<b>79</b>
		Edema genital . . . . .	79
		Parafimosis . . . . .	79
		Implantes de silicona . . . . .	79

## Capítulo 1. Variantes fisiológicas

### Glándulas sebáceas ectópicas



Las glándulas sebáceas ectópicas o gránulos de Fordyce, se presentan como pequeñas pápulas amarillentas milimétricas en el cuerpo del pene.

### Pápulas perladas del pene



Las pápulas perladas del pene son lesiones sobrelevadas de color blanquecino que se disponen circunferencialmente en hileras en la corona del glande.

### Pápulas hirsutoides vestibulares



Las pápulas hirsutoides vestibulares son análogas a las pápulas perladas, pero a nivel vestibular. Si cubren todo el vestíbulo se denominan papilomatosis vestibular.

### Plicomas



Los plicomas son pliegues engrosados de la piel anal o perianal que suelen ser asintomáticos. Deben diferenciarse de las hemorroides y de las lesiones provocadas por el virus del papiloma humano.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### Ectoparásitos

#### *Escabiosis*



**A:** La sarna o escabiosis es una parasitosis transmitida, aunque no de modo exclusivo, por contagio sexual. Clínicamente aparecen a las 2-4 semanas del contagio múltiples pápulas, surcos y excoriaciones de rascado. El síntoma característico es el prurito intenso generalizado de predominio nocturno, que suele afectar a varios miembros de una familia o comunidad cerrada. **B:** Los surcos acarinos se localizan habitualmente entre los dedos, muñecas o más raramente en genitales o axilas. **C:** Detalle de un surco consistente en una elevación de morfología lineal y estrecha de la piel que corresponde al túnel subcórneo excavado por el parásito hembra. **D:** El test de Müller permite la visión directa del parásito responsable *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, sus heces y/o huevos confirmando el diagnóstico definitivo.

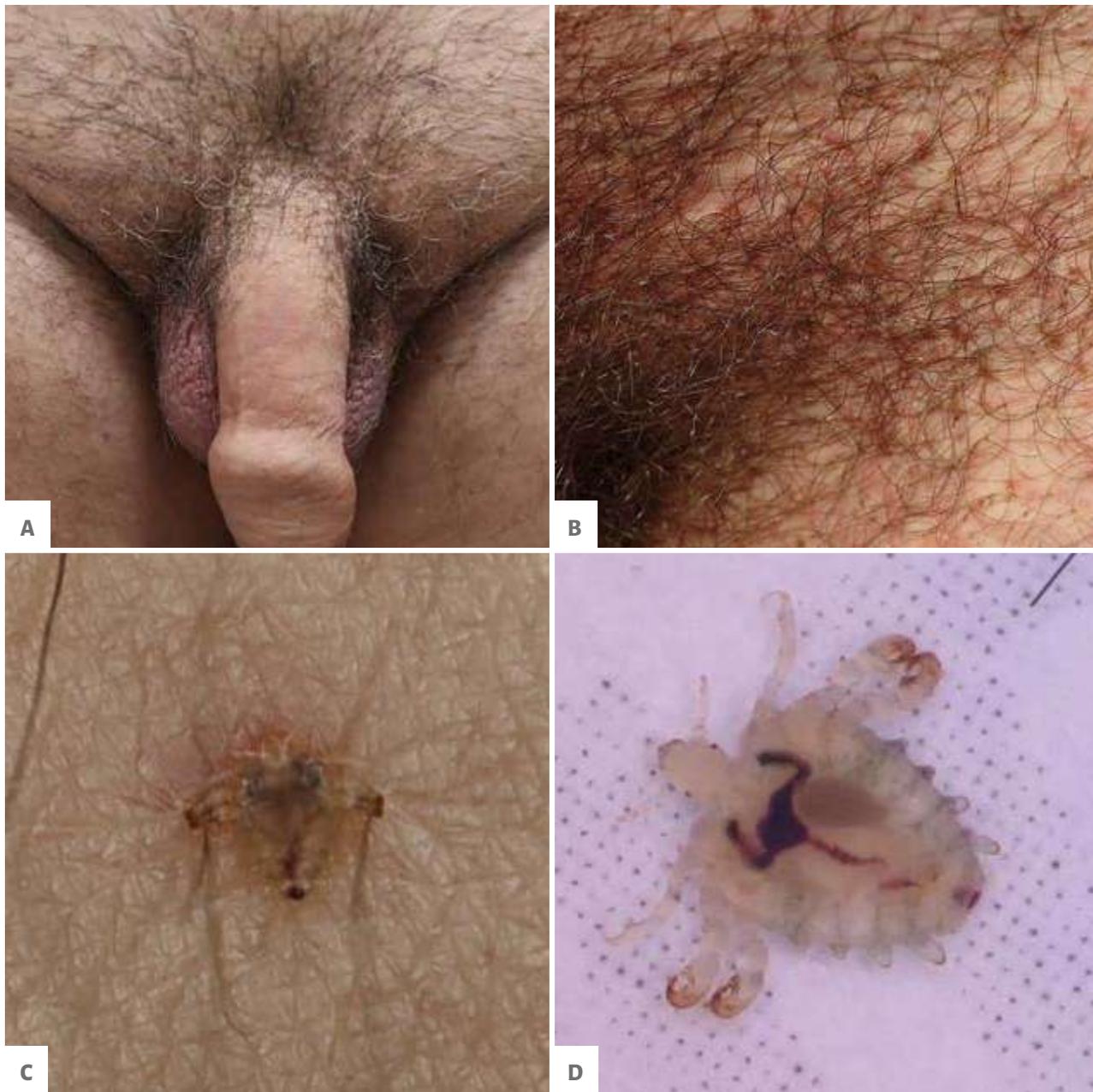
### Nódulos escabióticos



**A:** Los nódulos escabióticos son lesiones inflamatorias muy pruriginosas que alojaron al ácaro en su momento y que frecuentemente persisten semanas o meses tras la curación de la enfermedad. **B:** Están relacionados con la sensibilización alérgica al ácaro o sus productos (huevos, secreciones o excrementos). **C:** Se localizan preferentemente en escroto, pene, pliegues inguinales, axilares y abdomen. **D:** Detalle de unos nódulos escabióticos en el escroto en un adulto joven.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### *Pediculosis pubis*



**A:** Infestación por el *Pthirus pubis*, piojo del pubis o ladillas. Su transmisión es fundamentalmente a través de contacto físico directo generalmente por vía sexual. El prurito púbico es la manifestación clínica característica y se acompaña con frecuencia de excoriaciones, lesiones por sobreinfección bacteriana y las características máculas cerúleas de una coloración gris-azulado. Para el diagnóstico es útil la observación de un punteado negro sobre la piel y la ropa interior que se corresponde con la sangre de las picaduras y los excrementos. **B:** En la imagen se observan abundantes liendres de *Pthirus pubis* adheridas a los pelos de la región púbica. **C:** Detalle con un objetivo macro de un individuo adulto. **D:** Imagen dermatoscópica de un parásito obligado, no alado, aplanado dorsoventralmente y con tres pares de patas. Ligeramente más pequeño que los piojos de la cabeza o del cuerpo.

## Bacterianas

### Sífilis



El chancro sifilítico, provocado por la infección por *Treponema pallidum*, suele presentarse como una úlcera única indolora, redondeada, limpia y lisa, con una base de color rojo ajamonado y con presencia de bordes elevados e indurados que tienden a adquirir una consistencia cartilaginosa.



El chancro sifilítico es una manifestación característica de la sífilis primaria que aparece entre una y diez semanas después del contagio. Hasta un tercio de los pacientes pueden presentar chancros múltiples.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### Sífilis



La presencia de un chancro sifilítico doloroso y de gran tamaño debe hacernos sospechar una posible infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).



Úlcera sifilítica «en libro abierto», con afectación simétrica del pliegue entre el labio mayor y menor izquierdos.



El signo de Dory Flop consiste en una retracción brusca del prepucio debida al aumento de consistencia del chancro sifilítico respecto a la piel normal. Es un signo muy sugestivo de sífilis primaria.



Cicatriz atrófica postsifilítica de bordes regulares levemente deprimida e hipopigmentada que aparece hasta en un tercio de los pacientes.

## Sífilis



Úlceras con una morfología en beso en un paciente con una PCR de herpes virus y serología luética inicial negativa. El diagnóstico de sífilis se realizó gracias a la positividad de la PCR del exudado de la lesión para *Treponema*.



Sífilis anular. Placa eritematosa anular única con aclaramiento central y bordes elevados de tres meses de evolución en el pene de un paciente VIH.



A



B

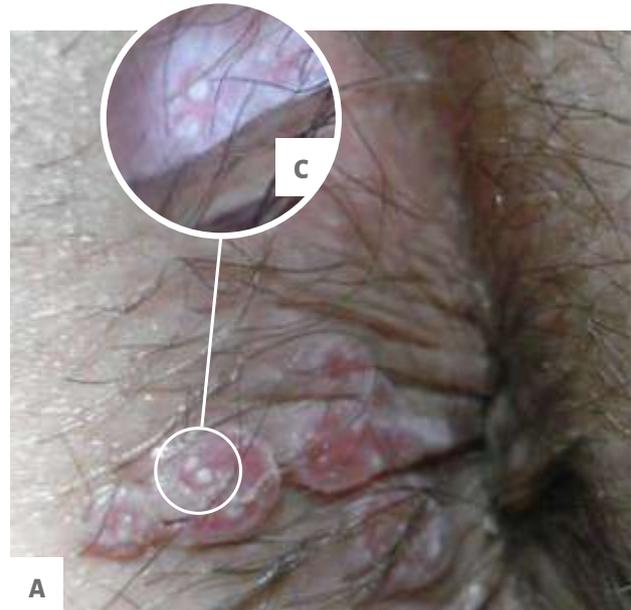
**A:** Sifíldes psoriasiformes. Pápulas eritemato-descamativas levemente pruriginosas en el pene. **B:** La presencia de nuevas placas eritematosas en el pene y el escroto obligan a establecer un diagnóstico diferencial de psoriasis inversa frente a sífilis.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### Sífilis



Condilomas planos. Múltiples placas y nódulos grisáceos redondeados y de consistencia blanda en la vulva.



**A:** Condiloma lata o condiloma plano en la región perianal, lesiones sobreelevadas con bordes carnosos rosados de superficie plana que rodean un eritema friable. Centro eritematoso con unas características manchas blancas en la superficie. **B:** Condilomas planos en margen anal izquierdo con los característicos puntos blanquecinos. Coexistencia de condilomas acuminados perianales asociados en margen anal derecho en un mismo paciente. **C:** Dermatoscopia del condiloma lata: se observan dos manchas blancas redondeadas de bordes bien definidos, sobre un área central de color rojo lechoso.

## Sífilis



Erupción maculo-papular generalizada escamosa no pruriginosa. La roseola sifilítica es la manifestación clínica más frecuente de la sífilis secundaria.



Pápulas y placas anulares simétricas de borde discretamente elevado con un collarite descamativo (collarite de Biètt).



Gran placa de bordes geográficos con áreas depapiladas, imagen característica de una lengua en pradera segada.



Múltiples placas alopécicas de predominio en la región parietooccipital, irregulares, no cicatriciales, que adoptan el característico patrón apolillado o en trasquilones.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### Linfogranuloma venéreo (LGV)



**A:** Infección de transmisión sexual causada por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*, su incidencia ha aumentado especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hasta llegar a ser incluida como una enfermedad de declaración obligatoria (EDO). **B:** Clínicamente puede causar un síndrome genito-inguinal o anorrectal en función de su inoculación. La lesión primaria se inicia de 3 a 30 días después del contagio como una pápula indolora, que se puede ulcerar, con frecuencia pasa desapercibida y cura con mínima cicatrización. **C y D:** A las 2-6 semanas se manifiesta el estadio secundario de la enfermedad con afectación de los ganglios linfáticos regionales, produciendo inflamación dolorosa de los ganglios inguinales o femorales, que generalmente deriva en supuración, tractos fistulosos y/o abscesos “bubones”. Durante esta fase pueden aparecer síntomas generales tales como febrícula, escalofríos y artromialgias.

## Urethritis



La gonorrea o blenorrea, causada por *Neisseria gonorrhoeae*, se manifiesta con un cuadro clínico de secreción uretral purulenta y abundante con intensa disuria, más apreciable tras el reposo miccional nocturno, “gota blenorragica matutina”.



Lesiones cutáneas en una enfermedad gonocócica diseminada, también conocida como síndrome artritis-dermatitis.



La uretritis no gonocócica, causada por diversos agentes patógenos entre los que destaca *Chlamydia trachomatis*, presenta una sintomatología escasa, con un discreto exudado uretral mucoso y leve o moderada disuria.



La infección por distintas especies de *Haemophilus*, cuya incidencia está aumentando por la mayor práctica de sexo oral sin protección, puede simular clínicamente una uretritis gonocócica.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### Víricas

#### *Herpes simple genital*



**A:** Vesículas de contenido claro, arracimadas, que se rompen con facilidad en 2-5 días y se transforman en erosiones, úlceras y costras sobre una base eritematosa. Cursan con prurito, escozor y dolor local. **B y C:** El herpes simple es la causa infecciosa más frecuente en nuestro medio de ulceración genital. **D:** Morfología de “chancro en beso”, con la presencia de dos úlceras típicas habitualmente en glande y prepucio por el contacto entre ellas cuando el prepucio cubre el glande en el varón, suele ser característico de la sífilis y por tanto plantea un reto diagnóstico.

### *Herpes simple genital*



Vesículas arracimadas que se rompen con facilidad sobre una base eritematosa localizadas en la vulva. Este cuadro clínico puede presentarse asociado a adenopatías inguinales dolorosas.



Las vesículas son al principio de contenido claro, pero más tarde se hacen purulentas transformándose en pústulas que se rompen dejando erosiones de contornos policíclicos.



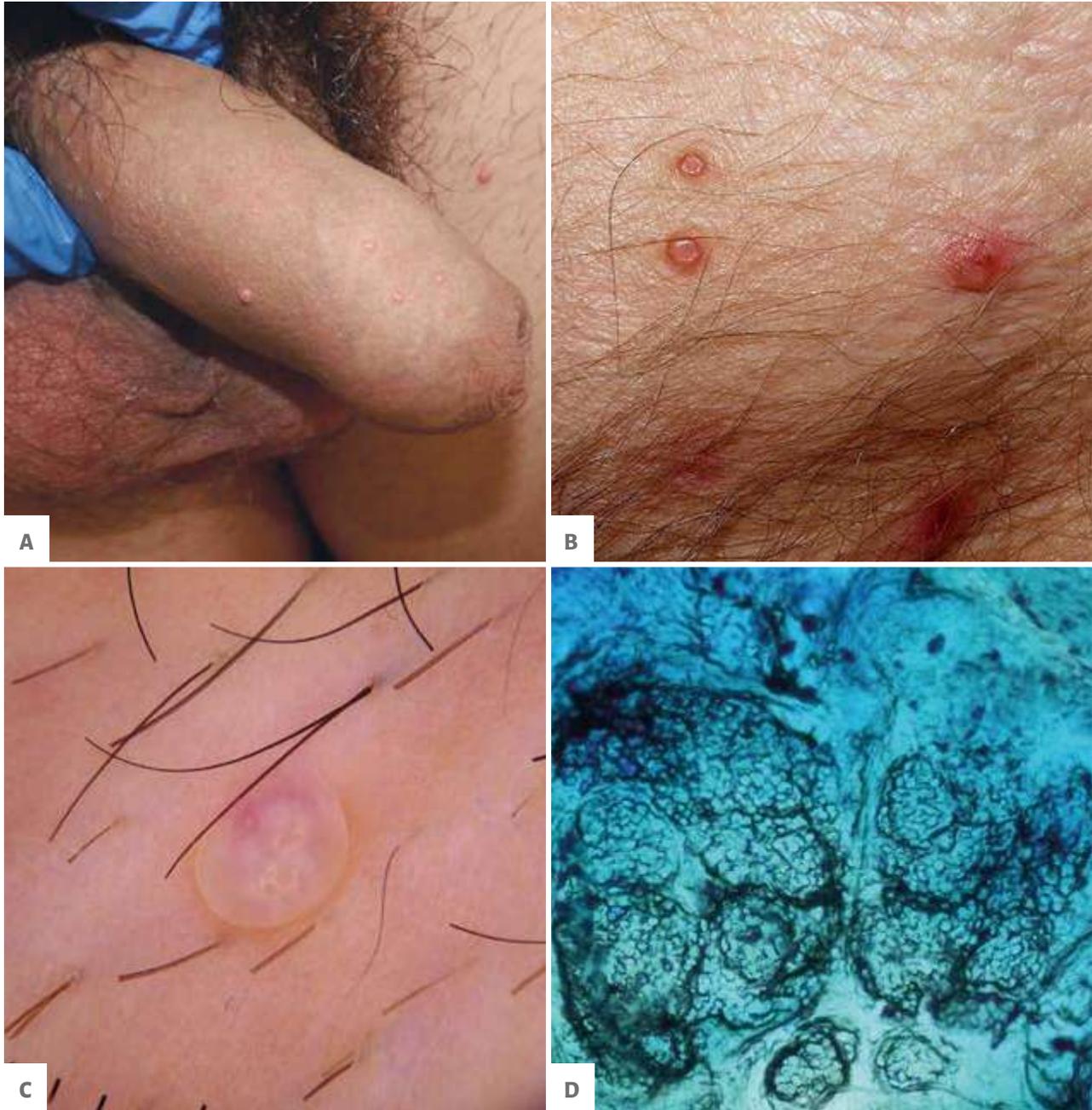
Eritema y edema de vulva extremadamente doloroso. La prevalencia del VHS tipo 1 a nivel genital está aumentando en las mujeres vinculándose a las prácticas de sexo oral.



Múltiples úlceras perianales, el herpes simple genital al igual que otras ITS ulceradas facilita la adquisición del VIH.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### Molluscum contagiosum



**A:** Infección epidérmica provocada por un poxvirus. Habitualmente aparecen en población pediátrica con antecedentes de dermatitis atópica pero cuando aparecen en adultos y en la región genital suelen ser de transmisión sexual. **B:** Clínicamente se presentan como pequeñas pápulas semiesféricas translúcidas, de superficie lisa con una característica umbilicación central que permite el diagnóstico diferencial con las lesiones provocadas por el virus del papiloma humano. **C:** En la imagen dermatoscópica se observan estructuras blanco-amarillentas en el interior del cráter y vasos en corona en la periferia. **D:** Visión directa que muestra la presencia de grandes cuerpos de inclusión citoplásmicos o cuerpos de Henderson-Paterson.

## Infeción por virus del papiloma humano

### Condiloma acuminado



**A:** Condilomas acuminados intrauretrales. Las verrugas anogenitales o condilomas acuminados son la ITS más frecuente en nuestro medio, siendo incluso más prevalentes que el resto de ITS juntas. **B:** Múltiples pápulas hiperqueratósicas verrugosas, carnosas de superficie blanquecina. Pueden ser muy variables en tamaño y llegar a formar grandes lesiones exofíticas. **C:** Condiloma acuminado gigante de localización vulvar con morfología en coliflor en una paciente adolescente con VIH de transmisión vertical. Este tipo de lesiones puede suponer un verdadero reto terapéutico. **D:** Condilomas acuminados perianales. Característicamente presentan una pequeña base de implantación y una amplia zona excrecente que recuerda a una cresta de gallo.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### *Infección por virus del papiloma humano*

#### **Papulosis Bowenoide**



Papulosis bowenoide. Múltiples lesiones papulosas, pequeñas, de coloración marronácea y superficie lisa o aterciopelada que pueden agruparse formando grandes placas.

#### **Tumor de Buschke-Löwenstein**



Tumor de Buschke-Löwenstein. Lesiones vegetantes de gran tamaño de localización anogenital. Son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos. Entidad poco frecuente y benigna pero que puede evolucionar a carcinoma verrucoso.

## Viruela del mono



La viruela del mono o Monkeypox es una zoonosis viral previamente rara producida por un virus del género *Orthopoxvirus*. En los últimos meses ha sufrido un aumento exponencial de su incidencia.

Pseudovesículas de coloración blanco-nacarada agrupadas en la cara ventral del pene. Apréciase el inicio de la característica umbilicación central, y una lesión en un estadio más avanzado con una zona central de necrosis.

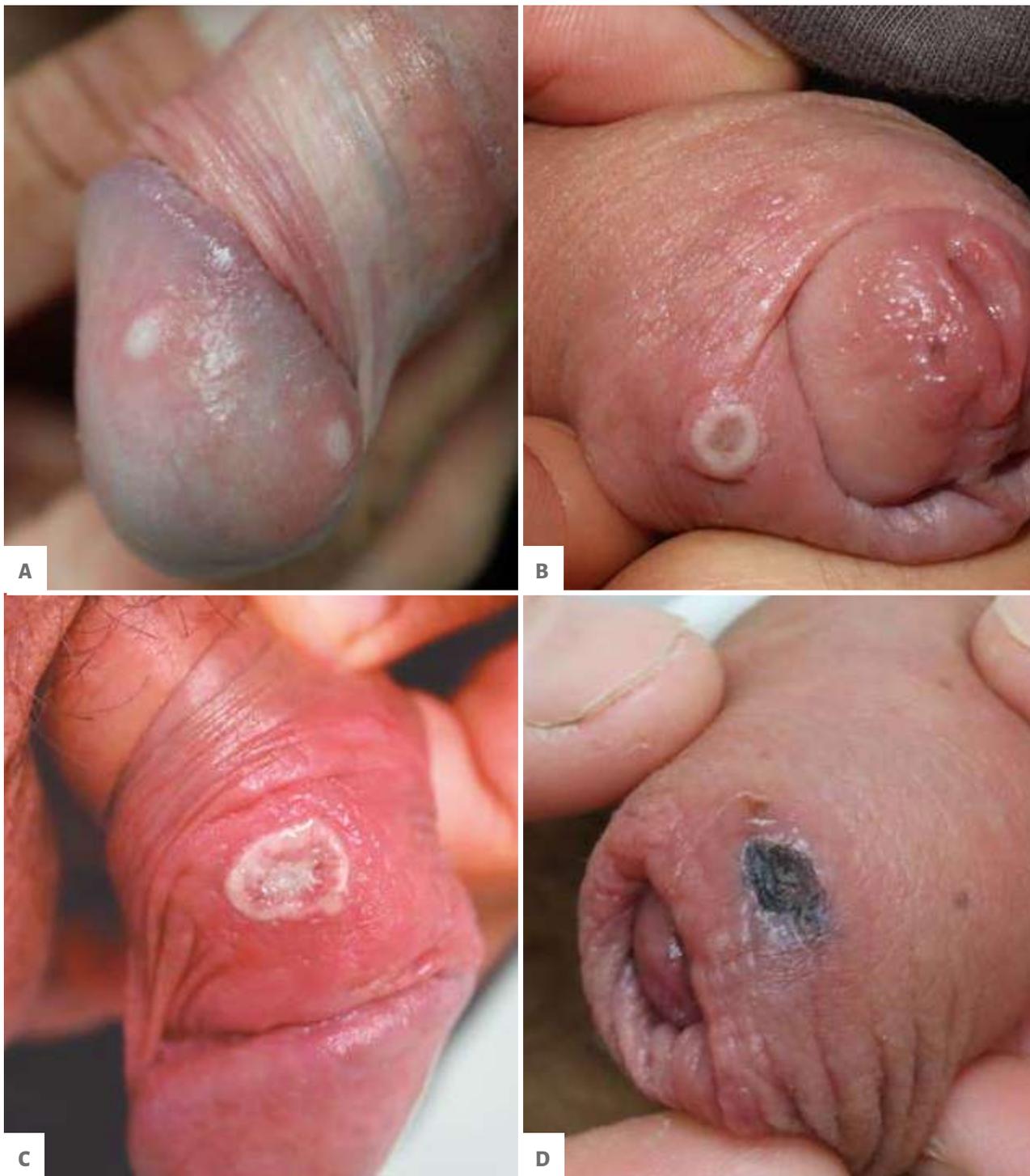


La transmisión sexual es la vía de contagio predominante para los casos identificados durante este reciente brote epidemiológico. Casi todos han ocurrido en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Úlcera de gran tamaño de color blanquecino con una zona central violácea de fondo sucio a nivel del surco balano-prepucial. Obsérvese que la morfología de las lesiones puede ser atípica dependiendo de la localización y el curso evolutivo de la infección.

## Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

### *Viruela del mono*



Lesiones de viruela del mono (Monkeypox) en distintos estadios evolutivos. **A:** Vesículas blanquecinas sobre una base eritematosa, clínicamente difíciles de distinguir de una pústula. **B:** Clásica vesícula blanca nacarada con umbilicación central sobre una base eritematosa. **C:** Presencia de una úlcera dolorosa de fondo sucio. **D:** Formación de una costra central necrótica pardo-negrucza con eritema perilesional. Las lesiones pueden evolucionar hacia una cicatriz varioliforme deprimida.

## Viruela del mono



Úlceras perianales de distribución radial con bordes blanquecinos y fondo eritematoso. Estas lesiones pueden ser la única manifestación cutánea de la enfermedad en algunos pacientes.



Múltiples úlceras que afectan a ambos labios mayores con eritema y edema perilesional. Se observa una lesión de menor tamaño en el labio menor izquierdo. La afectación en mujeres ha sido excepcional en este brote epidemiológico de transmisión sexual, siendo fundamental la sospecha diagnóstica.



Múltiples lesiones ulceradas que confluyen predominantemente a nivel del surco balano-prepucial. Importante edema asociado en la parte distal del pene.

## Capítulo 3. Infecciones no venéreas

### Bacterianas

#### *Impétigo genital*



El impétigo es una infección producida por *Staphylococcus aureus* caracterizada por placas eritematosas normalmente redondeadas sobre las cuales aparecen costras de coloración melicérica. Puede ser primario o secundario al rascado de una dermatosis inflamatoria (por ejemplo, eccema impetiginizado). En las últimas décadas, el *S. aureus* meticilin-resistente está cobrando relevancia.

#### *Ectima gangrenoso escrotal*



El ectima gangrenoso es una infección producida por *Pseudomonas aeruginosa* que se caracteriza por máculas o placas eritematosas que evolucionan a una escara necrótica negra central. El ectima gangrenoso del área anogenital puede darse en pacientes inmunocompetentes y no suele asociarse a bacteriemia o septicemia.

#### *Celulitis por Haemophilus*



Existen casos descritos en la literatura de celulitis del pene causados por bacterias del género *Haemophilus* spp., frecuentemente tras traumatismo del área genital.

#### *Absceso paravulvar*



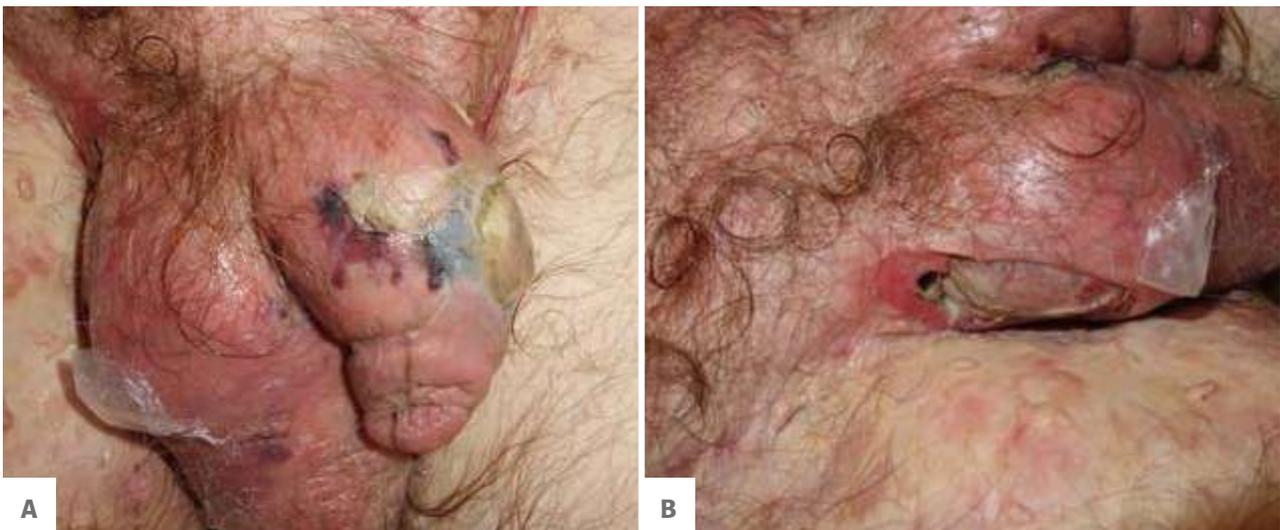
Se observa edematización del labio vulvar izquierdo con una placa cicatricial hiperpigmentada que fluctuaba a la palpación. Se utilizó un *punch* de 2 mm para drenar el contenido purulento de la lesión.

### **Absceso genital**



**A:** Los abscesos del pene y de la vulva son infrecuentes y se caracterizan por un edema fluctuante doloroso del mismo así como con erecciones dolorosas. Las causas son variables pero pueden estar asociadas con traumatismos, inyecciones locales o infecciones diseminadas, aunque puede ocurrir sin causa subyacente. Están implicados múltiples microorganismos y se requiere drenaje y antibioterapia empírica de amplio espectro. **B:** Absceso peneano tras sobreinfección bacteriana de lesiones locales producidas por el virus de la viruela del mono.

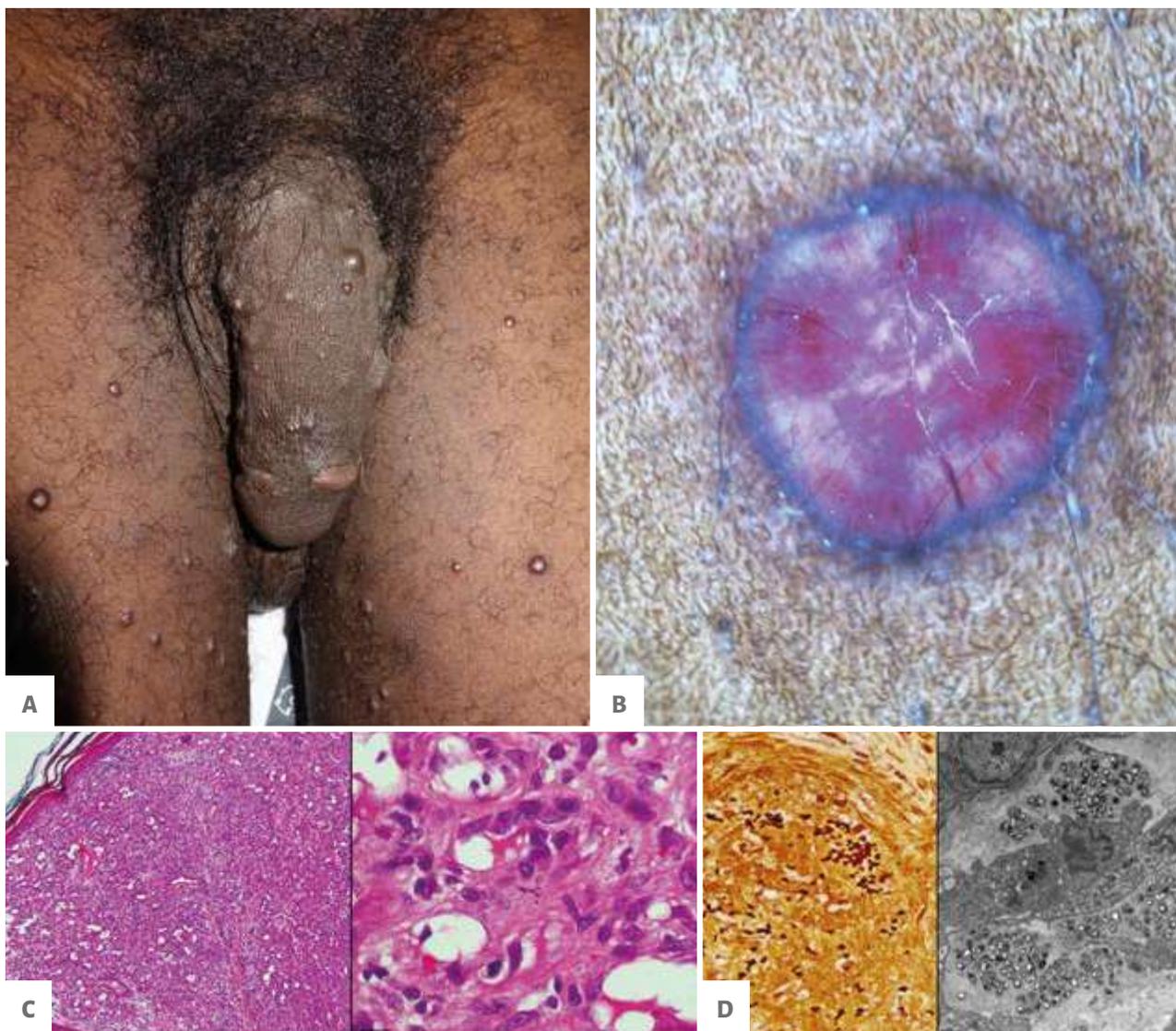
### **Gangrena de Fournier**



Infección polimicrobiana del área anogenital, que se da especialmente en pacientes diabéticos, inmunocomprometidos o con enfermedad vascular o renal, con una mortalidad que puede llegar al 60%. El tratamiento requiere antibioterapia empírica de amplio espectro y desbridamientos extensos. **A:** Se observan áreas necróticas y ampollas erosionadas, así como edematización en toda la región genital. **B:** Exposición del testículo derecho tras la destrucción de la piel suprayacente.

## Capítulo 3. Infecciones no venéreas

### Angiomatosis bacilar



**A:** Infección cutánea y/o visceral causada por *Bartonella henselae* o *B. quintana*, dando lugar a una proliferación vascular que se manifiesta en forma de pápulas y nódulos eritemato-violáceo que pueden aparecer en cualquier parte de la superficie corporal, como se observa en la imagen. Esta infección suele producirse en pacientes inmunocomprometidos, especialmente VIH positivos (como era el caso del sujeto observado en la imagen). En estos pacientes el diagnóstico diferencial clínico puede ser muy amplio y debe incluir principalmente el sarcoma de Kaposi. **B:** Dermatoscopia. Se observan áreas ovaladas de color rojo brillante sobre un fondo grisáceo, así como telangiectasias arboriformes en la periferia. **C:** Histología. Proliferación dérmica de vasos capilares con células endoteliales epitelioides rodeadas de un infiltrado inflamatorio denso de predominio polimorfonuclear. **D:** Microscopía electrónica y tinción de Whartin-Starry. La tinción de Warthin-Starry (imagen izquierda) demuestra la presencia de bacilos en lesiones cutáneas de angiomatosis bacilar. La microscopía electrónica (imagen derecha) reveló bacilos no flagelados tanto extracelulares como dentro de macrófagos y células endoteliales.

## Fúngicas

### Candidiasis



**A:** La candidiasis mucocutánea tiene un espectro de presentación muy amplio de la cual se han descrito múltiples factores predisponentes, como la diabetes mellitus, la oclusión, la hiperhidrosis, la inmunosupresión, el uso de corticoides o el tratamiento antibiótico de amplio espectro. La infección por candida se caracteriza por placas eritematosas brillantes a menudo acompañado de pápulas o pústulas satélites. Obsérvese la afectación del escroto. **B:** Candidiasis vulvar. Se observan placas eritematosas brillantes en vulva y pliegue interglúteo. **C:** Candidiasis vulvar con pústulas satélites y descamación final. **D:** Vulvovaginitis candidiásica con secreción blanquecina que produce prurito intenso, sin cambios del olor.

## Capítulo 3. Infecciones no venéreas

### *Pitiriasis versicolor*



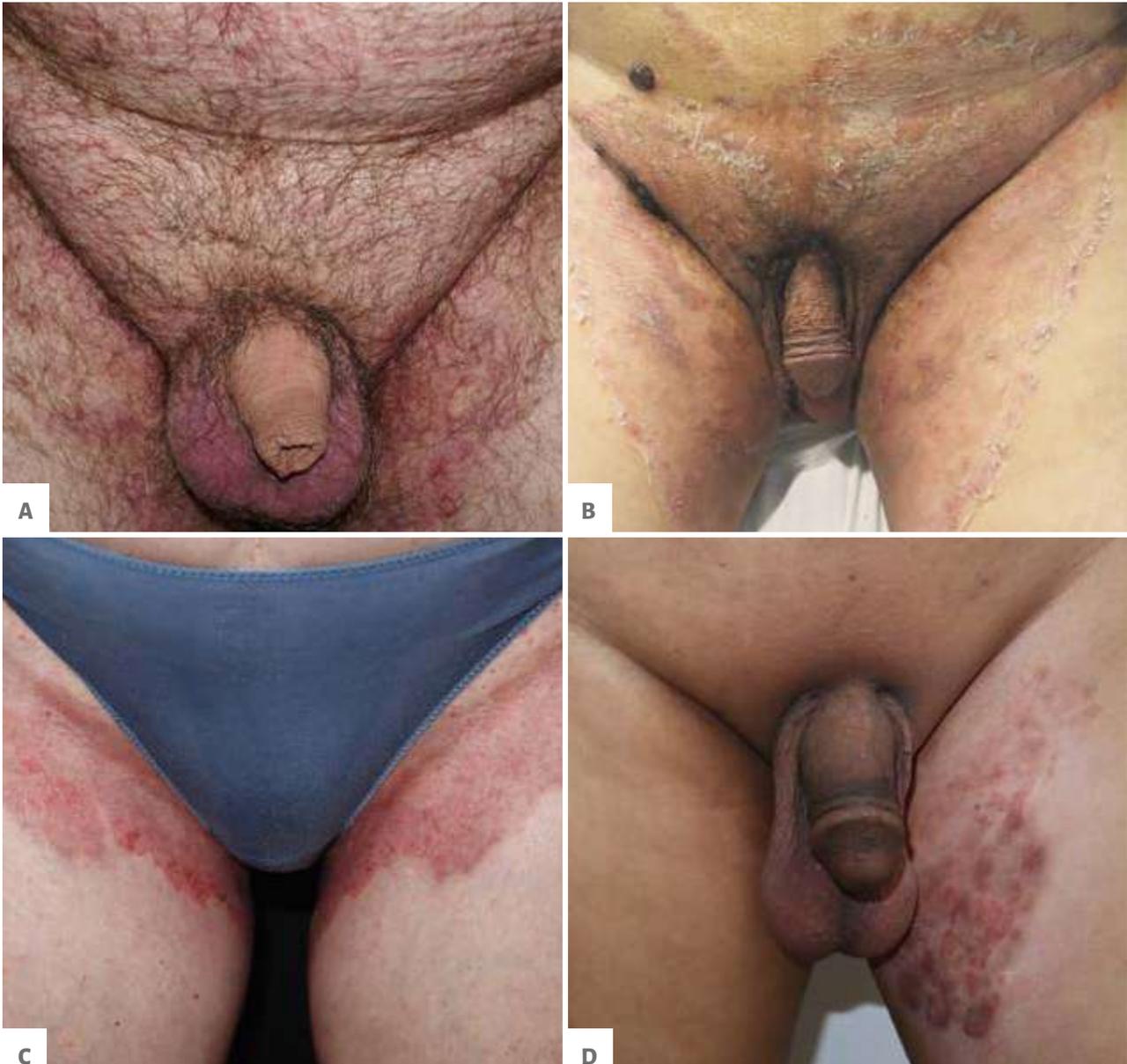
A



B

**A:** Pitiriasis versicolor. Infección fúngica más frecuente, causada por *Malassezia furfur*, caracterizada por múltiples máculas marrónáceas o hipopigmentadas con una fina descamación superficial, que típicamente afecta a zona superior de espalda y escote y que, en raras ocasiones, puede extenderse hacia zonas caudales con afectación del área anogenital. En la imagen, las máculas marrónáceas confluyen hasta el pliegue interglúteo. **B:** Pitiriasis versicolor afectando el pubis e ingles.

## Tiña cruris



**A:** Tiña cruris. Infección por hongos dermatofitos más frecuente en hombres que en mujeres, ya que el escroto proporciona un ambiente cálido y húmedo que fomenta el crecimiento de hongos. Otros factores predisponentes son la obesidad y la sudoración excesiva, así como la presencia de tiña pedis u onicomicosis. Las lesiones suelen ser bien delimitadas, con un borde activo eritemato-descamativo, con vesículas o pústulas y una morfología circinada o serpiginosa. El escroto suele estar respetado en la tiña cruris (si está afectado debe pensarse en una candidiasis). **B:** Tiña cruris bilateral en VIH. Las dermatofitosis en pacientes VIH positivos suelen ser más extensas, atípicas y resistentes a tratamientos. **C:** Tiña incógnito. Lesiones eritematosas bien delimitadas donde desaparece la descamación tras la aplicación de corticoides tópicos. **D:** Perifoliculitis nodular (granuloma de Majocchi). Generalmente causada por *T. rubrum*, se caracteriza por papulopústulas foliculares o nódulos granulomatosos que son el resultado de una foliculitis por hongos profunda con rotura de la pared del folículo piloso.

## Capítulo 3. Infecciones no venéreas

### Víricas

#### *Herpes zóster*



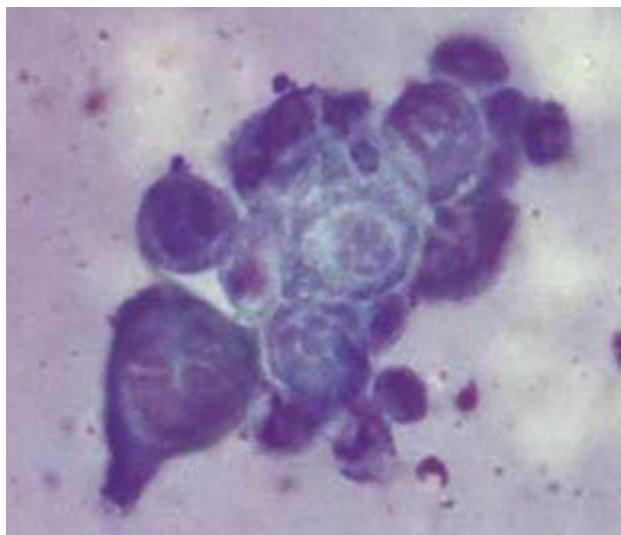
Herpes zóster escrotal. Lesiones de aspecto necrótico y morfología estrellada con distribución metamérica afectando escroto y área perineal. La afectación de dermatomas sacros es infrecuente, ocurre en el 2% de los casos, y se puede confundir con el herpes simple genital. Una PCR de confirmación permite alcanzar el diagnóstico definitivo.



Herpes zóster lumbar con afectación de la raíz L5. Se observan múltiples vesículas agrupadas sobre una base eritematosa siguiendo el trayecto del nervio referido. Apréciase que las lesiones no sobrepasan la línea media. En los pacientes con afectación lumbosacra se debe descartar como complicación la retención de orina.



Herpes zóster del pene. Cuando se afectan los dermatomas S2 y/o S3 pueden aparecer lesiones en la piel del pene. Se aprecian múltiples lesiones de distribución unilateral con vesículas de centro necrótico sobre una base eritematosa. El cuadro era intensamente doloroso.



La tinción o test de Tzanck permite un diagnóstico rápido de las infecciones por virus herpes simple o varicela-zóster. Desafortunadamente no permite diferenciar entre ellos y en ambos casos podemos observar células citopáticas multinucleadas. Serán la clínica o la PCR las que nos permitan hacer dicha distinción.

## Herpes zóster



Si la reactivación del virus varicela-zóster se produce en una mujer y en los dermatomas S3 y S4 puede afectar a la zona vulvar. Cursará, como en otras zonas del tegumento, con vesículas agrupadas sobre base eritematosa que pueden tener una tonalidad purpúrica. En la piel genital es frecuente que las vesículas se rompan precozmente dejando solo erosiones. **A:** Vesículas de centro necrótico sobre el labio mayor izquierdo de la vulva. **B:** Lesiones arracimadas afectando al dermatoma S3.



**A:** Herpes zoster en glúteo derecho. Se aprecian dos vesículas sobre base eritematosa y con halo purpúrico en el dermatoma S2. La histología mostró vasculitis con importante extravasación de hematíes que justifica el aspecto purpúrico. **B:** La dermatoscopia muestra un halo purpúrico rodeando una vesícula central blanquecina con eritema central. **C:** Herpes zoster diseminado con afectación genital en un paciente inmunodeprimido. Las lesiones simulaban una afectación por el virus de la viruela del mono.

## Capítulo 4. Prurito y patología psicocutánea

### Liquen simple crónico



Liquen simple crónico en glúteos. Se observan placas engrosadas y de aspecto seco, simétricas, eritemato-violáceas, en pliegue interglúteo (A) y ambos glúteos (B) tras un rascado crónico. Puede simular otras entidades como una psoriasis o un liquen plano.

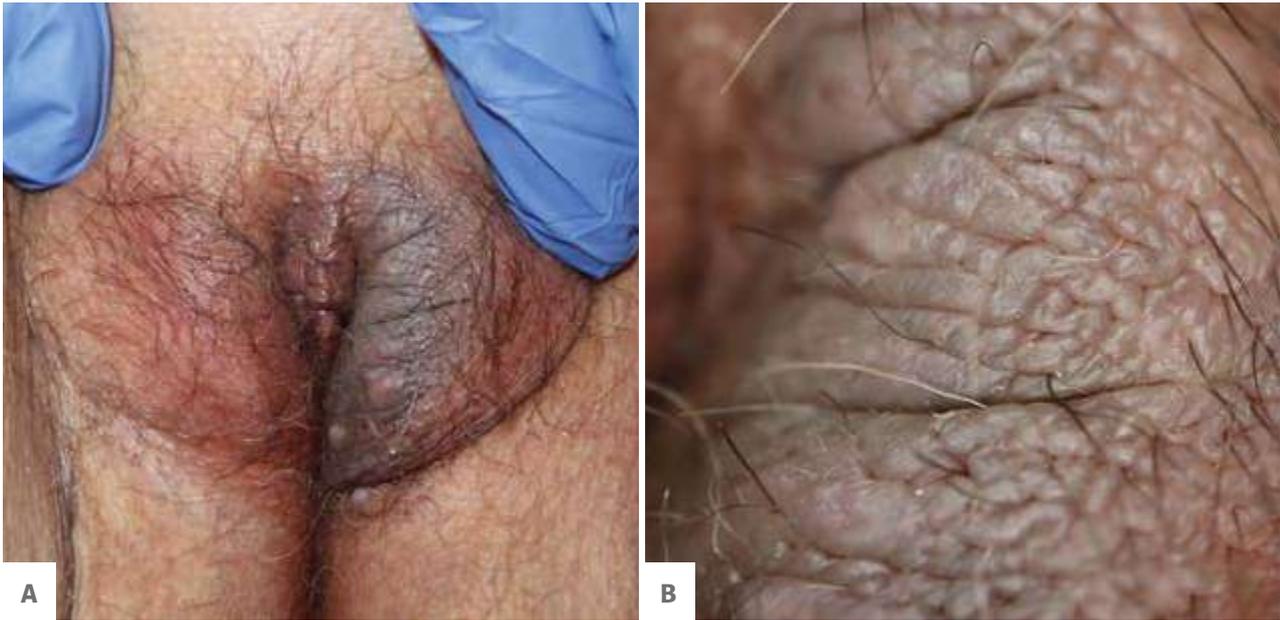


Liquen simple crónico en escroto. En ocasiones puede observarse una hipopigmentación post-inflamatoria.



Liquen simple crónico del pene. Inflamación crónica y pruriginosa de la piel secundario al rascado crónico o al roce continuado. La piel adquiere un aspecto engrosado, con sequedad, descamación e hiperpigmentación.

## Liquen simple crónico



**A:** Liquen simple crónico de la vulva, obsérvese el engrosamiento e hiperpigmentación especialmente del labio mayor izquierdo. **B:** Detalle de la lesión en el que se puede observar el aspecto paquidérmico de la piel.

## Prúrigo nodular



Prúrigo nodular en glúteos. Pápulas y nódulos excoriados, descamativos y costrosos intensamente pruriginosos en glúteos que ocurre por una amplificación del ciclo picor-rascado a nivel del sistema nervioso central y periférico. Puede ser una manifestación clínica de la dermatitis atópica.

## Capítulo 4. Prurito y patología psicocutánea

### Excoriaciones psicógenas



Trastorno del comportamiento que da lugar a rasgado o pellizcos repetitivos compulsivos que producen lesiones cutáneas. En estos casos el paciente reconoce la autoría de las lesiones, al contrario de lo que ocurre en la dermatitis facticia o artefacta.

### Delusión parasitaria



Falsa creencia de que la piel está infestada de parásitos. La exploración clínica es anodina o muestra lesiones de rasgado o pellizcos. A menudo los pacientes aportan muestras de pelusas, piel u otro tipo pensando que son los parásitos (signo de la caja de cerillas).

### Dermatitis *artefacta*



Lesiones autoinflingidas de forma intencionada o inconsciente para satisfacer una necesidad psicológica. Se trata de por lo tanto de autolesiones, pero que generalmente el paciente intenta ocultar su origen lo cual dificulta el proceso diagnóstico. Obsérvese las erosiones de bordes figurados.

### Síndrome del escroto rojo



Enrojecimiento acompañado de picor y escozor persistente, crónico, que aparece frecuentemente en varones a partir de los 50 años. La etiología es desconocida.

## Capítulo 5. Dermatitis ecematosas

### Dermatitis atópica



A



B

**A:** Ecceema en paciente con dermatitis atópica (DA). La DA es la enfermedad inflamatoria crónica de la piel más frecuente y su creciente prevalencia es un problema importante de salud pública en todo el mundo. Los rasgos característicos de la enfermedad incluyen prurito y ecceema con un curso crónico o con recaídas, que generalmente comienza durante la infancia (inicio temprano) pero que ocasionalmente se desarrolla por primera vez en la edad adulta (inicio tardío). La DA es una enfermedad genética compleja y, a menudo, se acompaña de otros trastornos atópicos, como la rinoconjuntivitis alérgica, el asma, las alergias alimentarias y, con menos frecuencia, la esofagitis eosinofílica. **B:** Dermatitis atópica en paciente femenina. Se observan áreas de ecceema generalizado, lesiones de rascado y lesiones ya cicatrizadas que han dejado hiperpigmentación residual. A nivel del sacro puede observarse un área de liquen simple crónico secundario al rascado constante.

## Capítulo 5. Dermatosis eccematosas



Eccema agudo con lesiones impetiginizadas en el escroto de un paciente con dermatitis atópica.

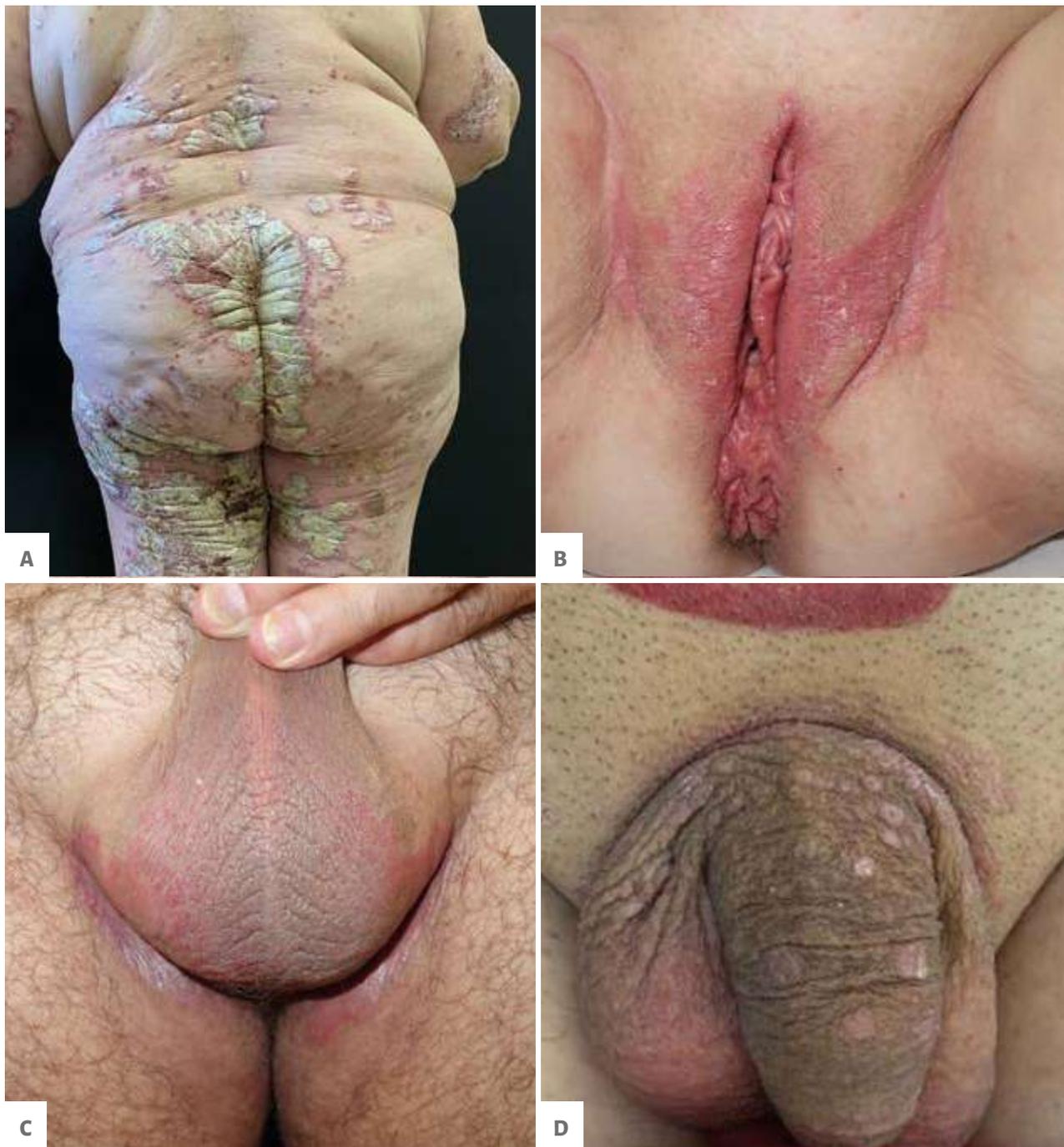
### Dermatitis de contacto



Eccemas irritativos perianales. Se debe investigar sobre la utilización de productos tópicos que contengan anestésicos locales para el tratamiento de las hemorroides (caínas) o productos de higiene íntima (mezcla de metilisotiazolinona/metilcloroisotiazolinona) para detectar una dermatitis de contacto alérgica que pueda dar lugar a la clínica que se muestra en las imágenes.

## Capítulo 6. Dermatitis papuloescamosas

### Psoriasis



La psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica y recidivante de etiología multifactorial que afecta a alrededor del 2% de la población. **A:** Clínicamente se caracteriza por presentar placas eritematosas con descamación seca nacarada de bordes bien definidos. **B y C:** La psoriasis invertida o de los grandes pliegues aparece en el 5-30% de los pacientes con psoriasis en placas. Predomina en esta forma el eritema y la fisuración sobre la descamación. Puede coexistir con otras formas clínicas. **D:** Ante la presencia de pápulas descamativas de reciente aparición en localización genital deben descartarse unas sífilides psoriasiformes (véase apartado de la sífilis).

### Psoriasis

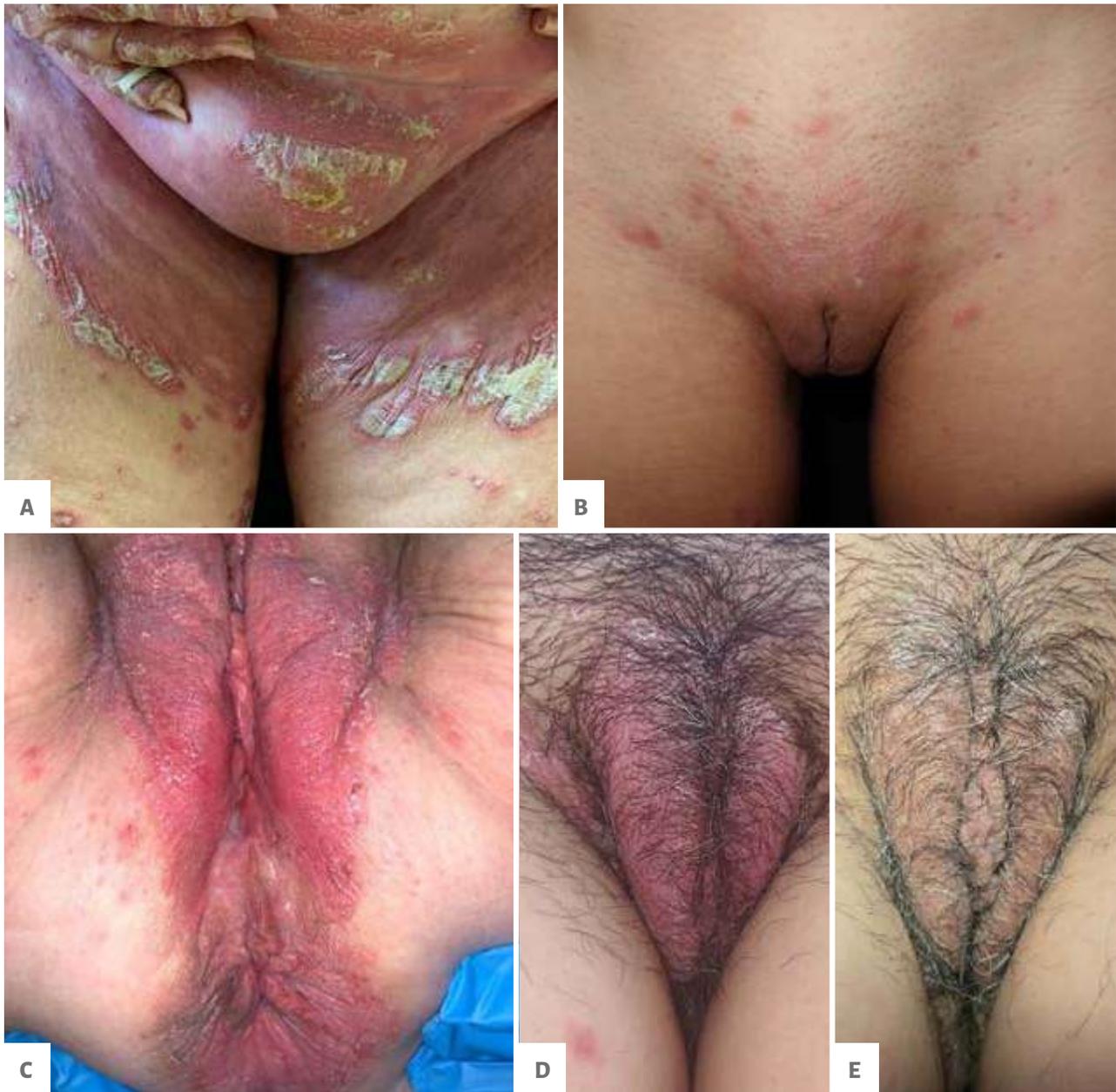


La psoriasis genital es una manifestación frecuente, estigmatizante y difícil de tratar. Es mandatorio examinar y/o preguntar sobre la afectación en dicha localización a todo paciente con psoriasis. Casi la mitad de los enfermos con psoriasis pueden presentar afectación en el área genital a lo largo de su vida.

Psoriasis genital en el varón.

**A:** Placa eritematosa muy bien delimitada en pubis. **B:** Lesiones de bordes muy bien definidos de superficie eritematosa lisa, poco descamativa. **C, D y E:** Lesiones clínicas características de psoriasis genital. El diagnóstico diferencial de las lesiones de psoriasis a nivel genital debe realizarse con otras entidades como dermatitis seborreica, dermatofitosis o tiñas, candidiasis, eccema atópico, eccema de contacto, pitiriasis rosada, pitiriasis *rubra pilaris*, balanitis de Zoon y eritroplasia de Queyrat. **F:** Obsérvese la afectación ungueal presente en el paciente que sirve de apoyo diagnóstico.

## Psoriasis



La afectación palmo-plantar, del cuero cabelludo y del área genital son localizaciones que se han relacionado con un mayor impacto en la calidad de vida del enfermo. De todas ellas, posiblemente la psoriasis genital presente un mayor infradiagnóstico en la actualidad. La discordancia entre los parámetros clínicos de gravedad de la enfermedad (PASI, BSA) y la afectación de la calidad de vida del enfermo (DLQI) puede relacionarse con la presencia de lesiones en localización genital. **A:** Clásicamente el prurito no es un signo característico de esta enfermedad, sin embargo, en las formas de psoriasis invertida y/o con afectación genital su prevalencia es mayor. **B:** Mujer joven con escasa superficie corporal afectada por psoriasis. La localización genital provocaba un elevado impacto en su calidad de vida. **C:** Psoriasis en vulva y región perianal. Obsérvese el aspecto eritematoso y bien delimitado de las lesiones en esta localización. **D y E:** Espectacular respuesta de una psoriasis genital tras dos meses con terapia biológica en una paciente refractaria a múltiples tratamientos.

## Capítulo 6. Dermatitis papuloescamosas

### Psoriasis



A



B



C

**A.** El signo de Brunsting es un hallazgo clínico altamente sugestivo de psoriasis que consiste en la afectación del pliegue interglúteo. Es frecuente la presencia de fisuración en el fondo del pliegue. Obsérvese en la imagen la característica onicopatía psoriásica del paciente. **B:** La afectación del pliegue interglúteo se relaciona con la presencia de psoriasis en la región genital. La presencia de otras lesiones diseminadas en el resto del tegumento también apoyaría el diagnóstico de psoriasis de la región anogenital. **C:** Detalle de la fisuración en el fondo del pliegue.

## Liquen plano



Liquen plano genital. Lesiones reticuladas blanquecinas en glande y cara interna del prepucio.



Liquen plano erosivo. En ocasiones, las lesiones pueden simular un liquen escleroso y atrófico.



Liquen plano anular. Lesiones figuradas, anulares o arciformes de borde blanquecino-violáceo y centro hiperpigmentado, con nula o mínima descamación, como se puede ver en estas dos imágenes. Estas lesiones suelen aparecer aproximadamente en el 10% de pacientes con liquen plano.

## Capítulo 6. Dermatosis papuloescamosas

### Pitiriasis rosada



Pitiriasis rosada atípica o inversa. En ocasiones, la pitiriasis rosada puede afectar a áreas de pliegues. Se caracteriza por placas eritematosas redondeadas u ovoides, de eje longitudinal siguiendo las líneas de Langer, con un sutil borde de avance eritematoso y un collarete descamativo. Aunque la causa sigue siendo desconocida, se propone una etiología viral, particularmente por el virus herpes tipo 7 y, en menor medida, el tipo 6.



Pitiriasis rosada. Lesiones eritematosas anulares u ovaladas con descamación periférica tras un cuadro catarral previo.

## Capítulo 7. Trastornos de la pigmentación

### Mácula melanótica de la vulva y el pene



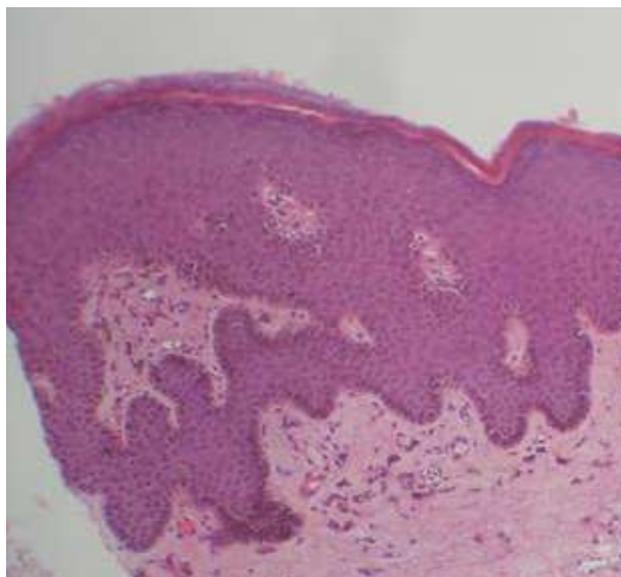
Máculas melanóticas del glande. Lesiones hiperpigmentadas idiopáticas y benignas que suelen aparecer en la edad adulta y permanecer durante años. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con el melanoma de mucosas.



Máculas melanóticas del pene. En ocasiones las lesiones pueden ser multifocales, heterocrómicas y con morfología anular.



Máculas melanóticas de la vulva. Estas lesiones no se consideran precursoras de melanoma, aunque existen pocos estudios en la literatura que evalúen su verdadero potencial de malignización.



Histología de mácula melanótica. Acanthosis, elongación de las crestas epidérmicas e hiperpigmentación de la capa basal, sin aumento del número de melanocitos ni atipias.

## Capítulo 7. Trastornos de la pigmentación

### *Acantosis nigricans*

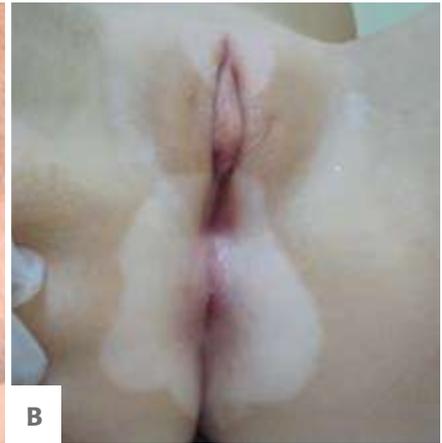


*Acantosis nigricans*. Dermatitis que se caracteriza por hiperqueratosis, papilomatosis e hiperpigmentación simétrica de los pliegues dando un aspecto aterciopelado. Puede ser una alteración primaria aunque suele estar asociada a comorbilidades dentro del espectro del síndrome metabólico (resistencia a la insulina u obesidad). En la imagen se observa además la aparición de múltiples acrocordones o fibromas blandos sobre la placa de acantosis *nigricans*.



*Acantosis nigricans*. Nótese a más detalle el aspecto aterciopelado de la piel.

## Vitíligo



**AyB:** El vitíligo es un trastorno adquirido que se caracteriza por máculas acrómicas de bordes bien delimitados rodeadas de piel normal y que pueden aparecer en cualquier parte de la superficie corporal. Es un trastorno multifactorial donde intervienen mecanismos genéticos, ambientales y una sobreactivación del sistema inmunitario que da lugar a la desaparición de los melanocitos en la piel y los folículos pilosos.



Hipopigmentación vitíligo-like tras uso de imiquimod al 5% para el tratamiento de condilomas acuminados.



Vitíligo genital. Estas lesiones adquieren una fluorescencia blanco-azulada cuando se exponen a la luz de Wood.

## Capítulo 8. Trastornos por agentes físicos

### Úlcera de presión



**A:** Úlcera por presión grado 1. Se observa eritema no blanqueable sobre la prominencia ósea del sacro, siendo esto un factor de riesgo para desarrollar un defecto de continuidad de la piel si la causa no se detiene. **B:** Úlcera por presión grado 3. Se observa un daño total del espesor de la piel con daño del tejido subcutáneo que se extiende hasta la fascia subyacente. No se observa músculo ni hueso, únicamente zonas necróticas y tejido de granulación.

### Traumatismos



**A:** Ampolla hemorrágica del pene tras succión intensa. **B:** Hematoma en el pene tras uso prolongado de un anillo constrictor, utensilio empleado con una finalidad erótica, para conseguir erecciones mantenidas o retrasar la eyaculación.

## Quemaduras



A



B

**A:** Quemadura de segundo grado en el escroto, con erosión de la zona y bordes necróticos. Puede ser un signo de abuso o maltrato, especialmente en pacientes pediátricos o ancianos. **B:** Quemadura de la cara externa del muslo izquierdo tras explosión de la batería de un *vaper* (cigarrillo electrónico).

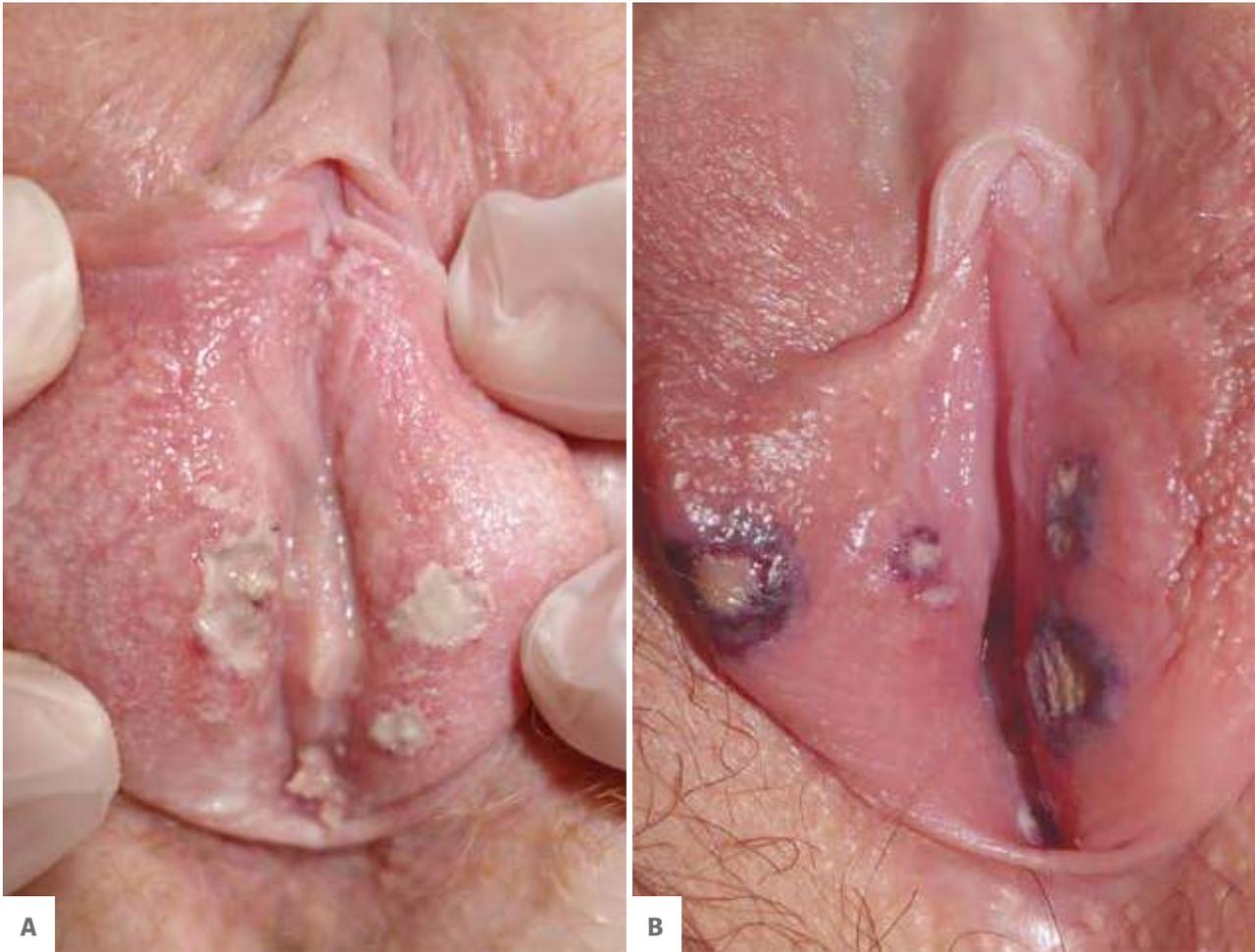
## Radiodermatitis



Radiodermatitis crónica perianal. Se observa atrofia cutánea parcheada, áreas de hipopigmentación e hiperpigmentación y telangiectasias gruesas en zona previamente irradiada por neoplasia rectal.

## Capítulo 9. Úlceras genitales no infecciosas

### Úlcera de Lipschütz



**A:** Úlcera de Lipschütz. Úlcera genital aguda no infecciosa frecuentemente descrita en niñas. Son úlceras dolorosas de aparición brusca y localizadas frecuentemente de forma simétrica «en beso». Su etiología es desconocida, aunque suele asociarse algún proceso intercurrente previo, normalmente catarro común u otro cuadro viral. Se resuelven de forma espontánea en 2-3 semanas sin dejar cicatriz. **B:** Úlceras de Lipschütz tras vacuna del SARS-CoV-2. Existen al menos cinco casos descritos en la literatura.

## Úlcera por imiquimod



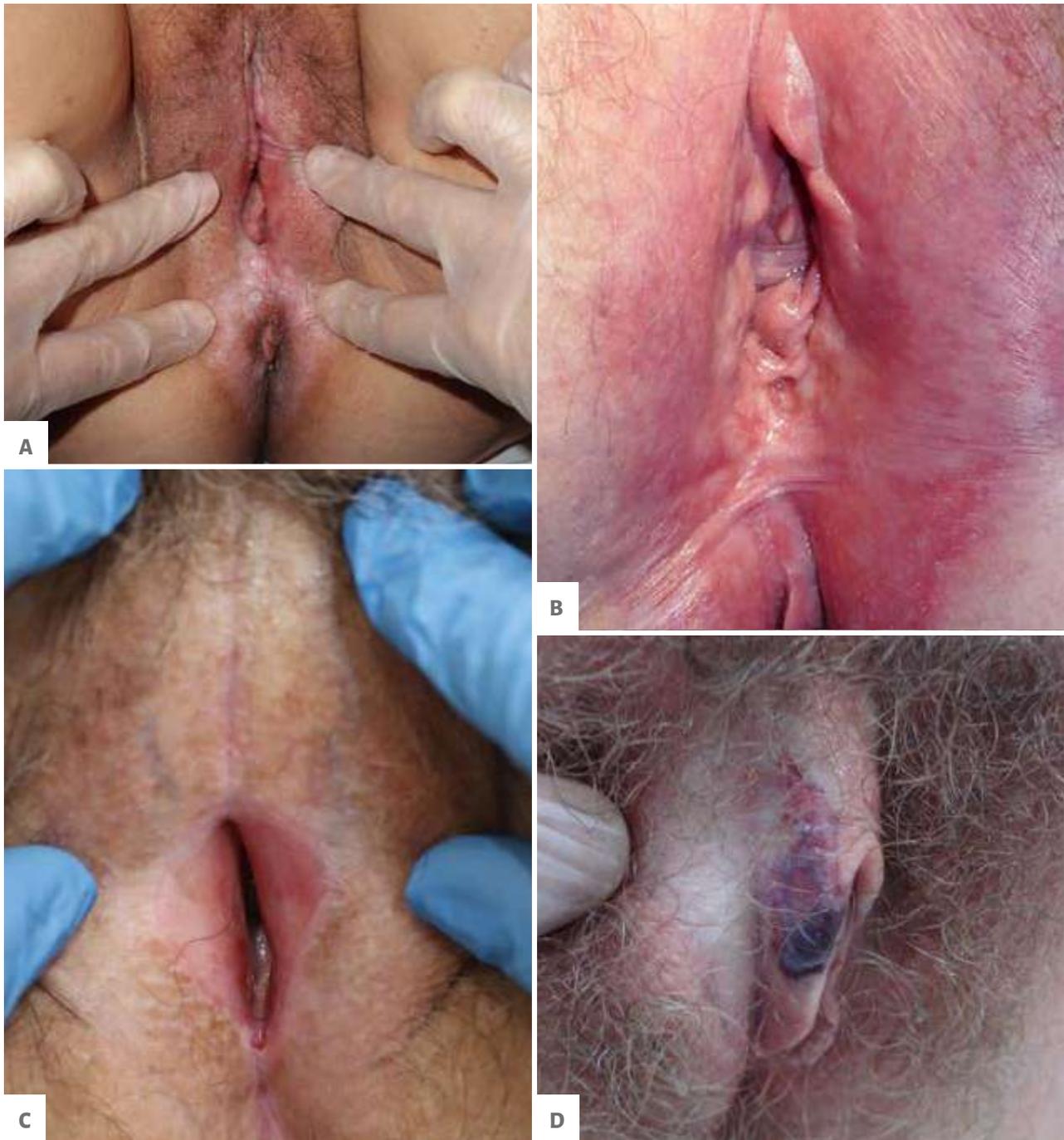
**A:** Reacción local tras imiquimod. Se observa úlcera con base de fibrina y eritema perilesional en escroto tras emplear crema de imiquimod para el tratamiento de condilomas acuminados. Hay trabajos que relacionan el grado de reacción local producido con una mejor respuesta al tratamiento. **B:** Reacción local tras imiquimod en detalle.

## Úlcera por quimioterapia



**A:** Úlcera en glande tras quimioterapia. **B:** Úlceras y erosiones en escroto tras quimioterapia.

## Capítulo 10. Morfea y liquen escleroso



Liquen escleroso vulvar. **A:** Enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida que suele aparecer en mujeres posmenopáusicas. Se caracteriza por máculas eritematosas que evolucionan hacia una coloración blanco-marfil afectando principalmente la parte interna de la vulva (labios menores, introito, clítoris y parte interna de labios mayores), así como periné y área perianal, adquiriendo una forma típica en «8» o en ojo de cerradura. **B:** Con el tiempo, los labios menores se fusionan y desaparecen. **C:** Liquen escleroso vulvar con reabsorción de labios menores. **D:** La presencia de ampollas hemorrágicas o lesiones purpúricas puede ayudar al diagnóstico de liquen escleroso.



**A**



**B**

**A:** Liquen escleroso del glande. La atrofia de la piel puede dar lugar a equimosis intralesionales o erosiones que pueden ser clave en el diagnóstico de esta patología. **B:** Liquen escleroso del glande y cara interna del prepucio. Máculas color blanco marfil de tiempo de evolución, dando lugar a dificultad en la retracción del prepucio.



Balanitis xerótica obliterante. Cuando el proceso esclerótico progresa, el prepucio engrosado queda fijo y no puede ser retraído (fimosis), o puede retraerse con dificultad, y una vez retraído se fija imposibilitando el deslizamiento del prepucio sobre el glande (parafimosis).



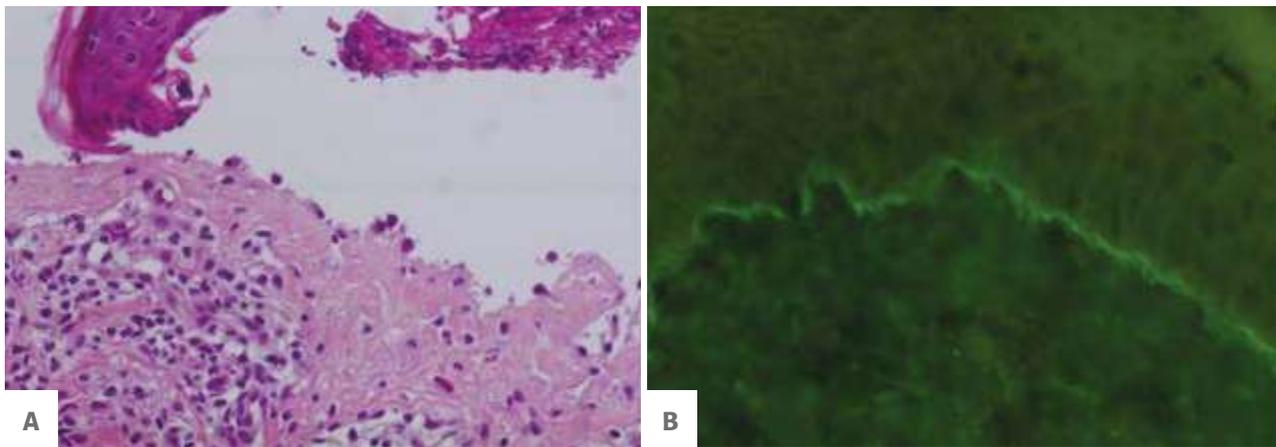
Morfea. Placa eritemato-violácea de bordes mal delimitados e indurada a la palpación. Tanto la morfea como el liquen escleroso son enfermedades inflamatorias de la piel que evolucionan hacia la esclerosis cutánea.

## Capítulo 11. Enfermedades ampollosas

### Penfigoide ampolloso



Penfigoide ampolloso escrotal. Raro subtipo de penfigoide ampolloso localizado, con pocos casos descritos en la literatura. Se caracteriza por la formación de ampollas tensas de líquido claro sobre una base eritematosa intensamente pruriginosa. Estas ampollas tienden a erosionarse dando lugar a lesiones costrosas.

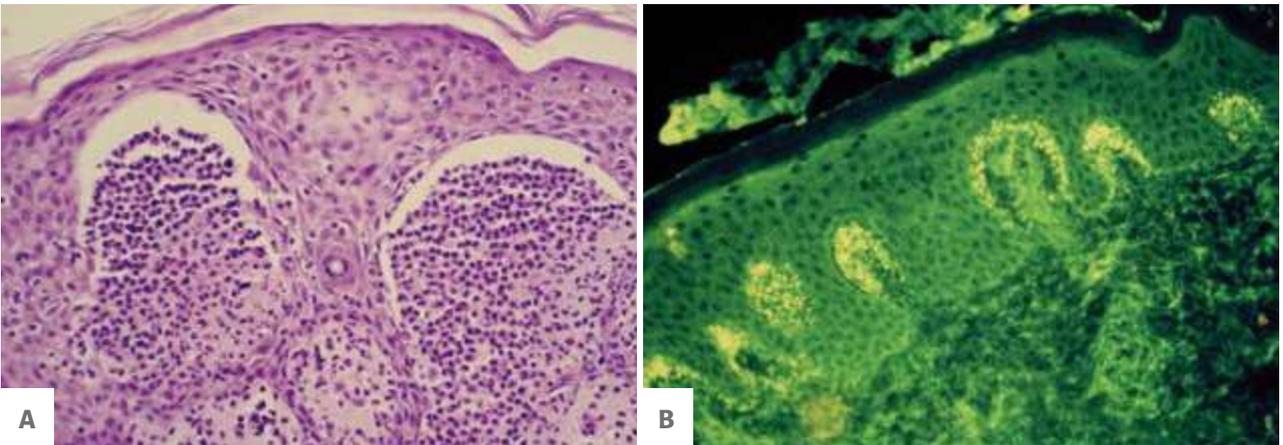


**A:** Histología del penfigoide ampolloso genital. La biopsia muestra una ampolla subepidérmica con presencia de eosinófilos y desprendimiento de toda la epidermis. **B:** Inmunofluorescencia directa del penfigoide ampolloso genital. Presencia de un patrón de IgG y C3 lineal en la membrana basal.

## Dermatitis herpetiforme



La dermatitis herpetiforme o enfermedad de Duhring-Brocq es una manifestación cutánea de la enfermedad celíaca (aunque solo el 20% de los pacientes con esta dermatosis experimentan clínica intestinal). Clínicamente aparecen pápulo-vesículas intensamente pruriginosas en superficies extensoras de las extremidades y región lumbar baja y glúteos.



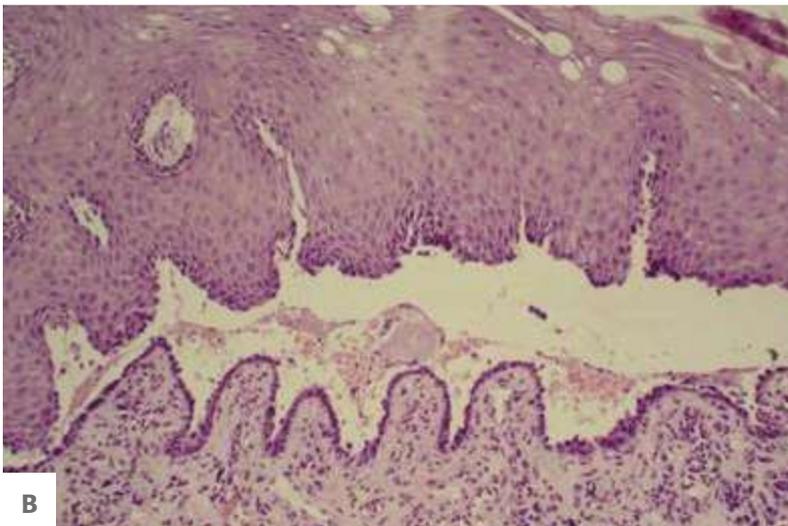
**A:** La histología muestra acúmulos de neutrófilos en las papilas dérmicas con formación de vesículas en la unión dermoepidérmica. **B:** En la inmunofluorescencia directa se observan depósitos granulares de IgA en las papilas dérmicas.

## Capítulo 11. Enfermedades ampollosas

### Pénfigo vulgar



A



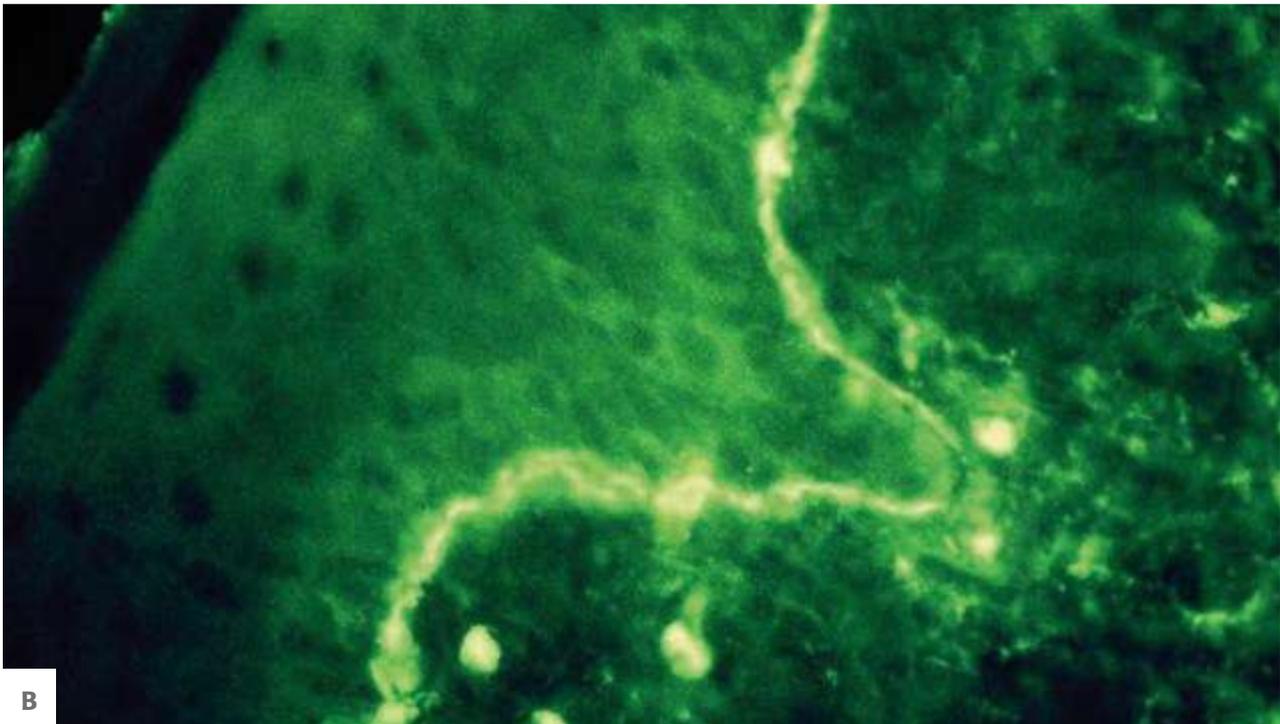
B

**A:** El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune producida por la formación de autoanticuerpos frente a la desmogleína 3 (molécula importante en la adhesión de los queratinocitos entre sí). Aunque las manifestaciones mucosas son más frecuentes, en la piel puede manifestarse como ampollas flácidas de líquido claro que se rompen rápidamente, dando lugar a erosiones que sangran fácilmente y que tienden a formar una costra en superficie. **B:** La histología muestra una ampolla suprabasal en cuyo suelo se localizan las células basales dando aspecto de «lápidas de tumba», así como células acantolíticas en el interior de la ampolla.

## Dermatosis IgA lineal



A



B

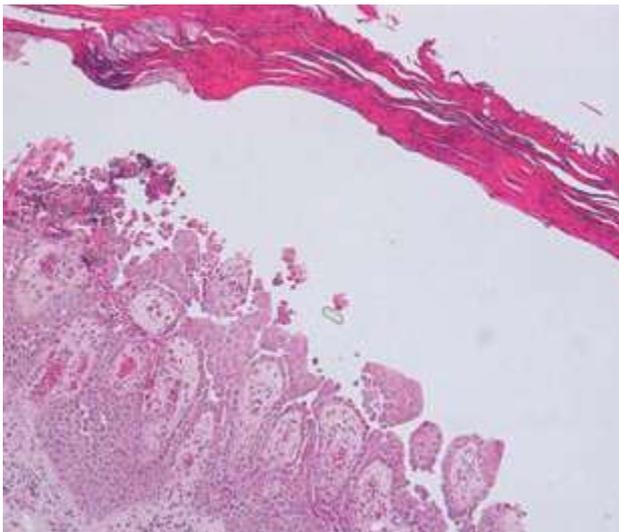
**A:** La dermatosis IgA lineal es una enfermedad inmuno-mediada adquirida que aparece normalmente durante la infancia y se caracteriza por ampollas tensas con una morfología anular o herpetiforme, se describen las lesiones como «en collar de cuentas» o en «huevo frito», localizadas en áreas flexurales y frecuentemente a nivel genital. Las lesiones suelen confluir formando placas eritematosas erosivas. **B:** En la inmunofluorescencia directa se observan depósitos de IgA lineal en la unión dermoepidérmica.

## Capítulo 11. Enfermedades ampollosas

### Enfermedad de Hailey-Hailey



**A:** Enfermedad Hailey-Hailey o pénfigo benigno familiar. Es una genodermatosis poco frecuente, crónica y recurrente, causada por mutaciones autosómicas dominantes en el gen *ATP2C1*, dando lugar a una disfunción de la bomba de calcio del aparato de Golgi. **B:** Clínicamente se manifiesta con ampollas flácidas que rápidamente se rompen dando lugar a erosiones en áreas intertriginosas y que suelen sobreinfectarse dando lugar a maceración, mal olor y grietas dolorosas.



Histología. Se observa una ampolla intraepidérmica con células acantolíticas a distintos niveles de toda la epidermis, dando la típica imagen de «muro derrumbado».



Se ha publicado la naltrexona a dosis bajas como un tratamiento novedoso para estos pacientes. La paciente fue tratada con 3 mg de naltrexona / día con resolución de las lesiones y de la sintomatología clínica.

## Capítulo 12. Hidradenitis supurativa



La hidradenitis supurativa es una enfermedad crónica que afecta a las zonas de folículos pilosos con glándulas apocrinas. El manejo debe ser multidisciplinario e incluye antibióticos con efecto antiinflamatorio, fármacos biológicos y cirugía. **A:** Habitualmente coexisten lesiones en axilas, zona submamaria, área genital y perianal. Afecta con frecuencia a la piel de los glúteos y perianal, impactando de forma importante en la calidad de vida de los pacientes e incluso afectando la correcta sedestación. **B:** Produce inicialmente nódulos eritematosos, pero puede evolucionar hacia la formación de tractos fibrosos con drenaje de material purulento y grandes placas cicatriciales. Nótese la llamativa hiperpigmentación postinflamatoria, más frecuente en fototipos altos.

## Capítulo 13. Vasculitis

### Púrpura de Schönlein-Henoch



La púrpura de Schönlein-Henoch, o púrpura anafilactoide, es una vasculitis leucocitoclástica que afecta a los pequeños vasos. Se presenta más frecuentemente en niños y cursa con lesiones purpúricas palpables que se localizan predominantemente y de forma simétrica en miembros inferiores y glúteos. Puede asociar artritis, dolor abdominal, orquitis y afectación renal.

### Enfermedad de Behçet



La enfermedad de Behçet cursa con úlceras orales y genitales recurrentes de curso más tórpido que la aftosis bipolar. Se asocia de forma característica con el HLA-B51. Otras alteraciones en esta entidad incluyen la uveítis, el fenómeno de patergia, el eritema nodoso y lesiones de tipo foliculitis.

## Capítulo 14. Toxicodermias

### Exantema morbiliforme



El exantema morbiliforme es la forma de presentación clínica más frecuente de las toxicodermias. Los fármacos que lo producen con más frecuencia incluyen antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, allopurinol y anticonvulsivantes. Cursa con lesiones maculopapulares eritematosas localizadas en el tronco con posterior extensión bilateral y simétrica a los miembros. **A:** Cuando está producido por fármacos o vacunas, generalmente tiene un periodo de latencia de entre 7-10 días desde el inicio de estos. **B y C:** Es típica la aparición en el contexto de una infección por virus de Epstein-Barr tras la toma de amoxicilina. Esta infección es típica de adolescentes, de forma excepcional aparece en población pediátrica.

## Capítulo 14. Toxicodermias

### Eritema fijo medicamentoso



El eritema fijo medicamentoso es una toxicodermia que aparece sin predilección por edad o sexo en pacientes sensibilizados a un fármaco. Cursa con placas eritematosas redondas y bien definidas que aparecen siempre en la misma localización, si bien pueden aparecer lesiones nuevas. Producen quemazón y curan con hiperpigmentación residual. **A:** La presencia de alguna lesión en el pene es muy frecuente, llegando al 90% de los pacientes en algunas series. **B:** En mucosa oral o genital es característica la presencia de una ampolla inicial que se erosiona rápidamente.

### Rash eritematodescamativo



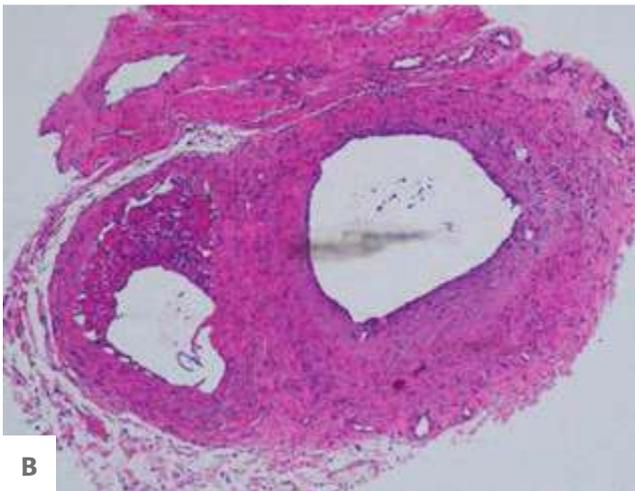
Las reacciones cutáneas por fármacos también pueden cursar con erupciones eccematosas o psoriasiformes. Nótese las placas eritematosas y descamativas en este paciente con cáncer de próstata en tratamiento con terapia hormonal. Las lesiones se resolvieron con una reducción de dosis y manejo sintomático.

## Capítulo 15. Otra patología inflamatoria

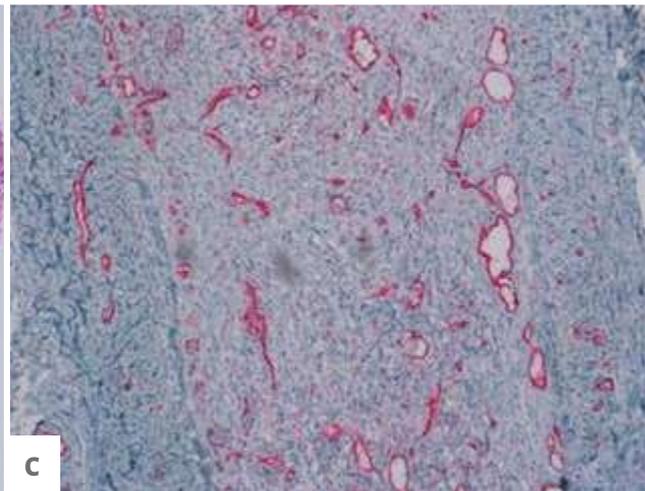
### Linfangitis esclerosante no venérea del pene



**A**



**B**



**C**

La linfangitis esclerosante no venérea del pene es una patología poco frecuente. Aparece característicamente unos días después de un periodo de actividad sexual muy intensa. Se presenta como un cordón subcutáneo indurado, asintomático y localizado paralelo y proximal al surco coronal. El pronóstico es bueno y tiende a la resolución tras un mes de abstinencia sexual. **A:** Obsérvese el característico cordón subcutáneo indurado paralelo al surco coronal. Es firme a la palpación. **B:** Hipertrofia y esclerosis de los vasos linfáticos con infiltrado inflamatorio perilinfático. **C:** Vasos linfáticos dilatados con inmunohistoquímica positiva para CD31.

## Capítulo 15. Otra patología inflamatoria

### Balanitis de Zoon



La balanitis de Zoon es una patología de patogenia no aclarada. A nivel genital produce placas bien delimitadas y brillantes eritematosas o marronáceas. Pueden generar prurito o una sensación quemante, o ser asintomáticas. A diferencia del liquen plano erosivo, no genera cicatrices. **A:** Afecta predominantemente a hombres en edad pospuberal no circuncidados. De hecho la circuncisión es curativa en esta patología. **B:** Las lesiones establecidas pueden afectar áreas adyacentes en contacto dando lugar a «lesiones en beso». **C:** A nivel histológico destaca la atrofia epidérmica y la inflamación en la dermis con múltiples células plasmáticas.

## Eritema anular centrífugo



A



B

El eritema anular centrífugo es una reacción de hipersensibilidad asociada con múltiples desencadenantes que incluyen patología sistémica, infecciones, fármacos o incluso tumores. Aunque en ocasiones no se encuentra asociación alguna. **A:** Puede afectar a cualquier parte del tegumento, pero las zonas más afectadas son los glúteos y parte proximal de las extremidades. **B:** Cursa con placas anulares o arciformes eritematosas con crecimiento centrífugo y descamación que se localiza de forma característica en la parte interna del borde.

## Capítulo 15. Otra patología inflamatoria

### Enfermedad de Sneddon-Wilkinson



**A**



**B**

La enfermedad de Sneddon-Wilkinson es una entidad rara que afecta con mayor frecuencia a adultos y se puede asociar con paraproteinemia y mieloma múltiple. **A:** Múltiples pústulas estériles localizadas en flexuras. Las lesiones presentan generalmente una base eritematosa y forman patrones anulares. **B:** Cursa con brotes agudos que duran varios días o semanas. Se forman pústulas que son sustituidas por descamación superficial.

### Granuloma anular diseminado



El granuloma anular diseminado es una variante de esta patología que cursa con lesiones ampliamente distribuidas por tronco y extremidades. Son pápulas no descamativas que con frecuencia adquieren una distribución anular.

### Déficit de plasminógeno



El déficit congénito de plasminógeno es una entidad infrecuente de inicio en la infancia. Cursa con afectación conjuntival, infecciones respiratorias y cervicitis recurrentes. A nivel genital presenta pseudo-membranas blanco-amarillentas.

### Enfermedad de Grover



La enfermedad de Grover o dermatosis acantolítica transitoria cursa con pápulas y pseudovesículas eritematosas con hiperqueratosis o costra en su superficie. Las lesiones son polimorfas, pruriginosas y se localizan característicamente en tronco, aunque en casos de afectación extensa pueden afectar a extremidades proximales.

### Pioderma gangrenoso



El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica que presenta múltiples asociaciones con patologías sistémicas, destacando entre ellas la enfermedad inflamatoria intestinal. Cursa con úlceras dolorosas de borde violáceo y fondo sucio que se presentan con mayor frecuencia en miembros inferiores. La afectación del área genital es infrecuente y cuando aparece predomina en localización perianal.

## Capítulo 16. Patología tumoral benigna

### *Nevus* melanocítico



Los *nevus* melanocíticos se localizan con frecuencia en el área genital y zonas adyacentes. Suelen presentarse como lesiones maculares o palpables menores de 1 cm, de bordes bien definidos y de color marrón homogéneo o incluso negro. Pueden aparecer sobre la mucosa o en piel genital con folículos pilosos.

### *Nevus* congénito



Los *nevus* congénitos suelen ser más grandes, pudiendo medir desde un centímetro hasta lesiones mayores de 20 cm (gigantes). Tras la pubertad pueden aumentar en grosor y es frecuente la presencia de vello grueso sobre ellos.

### *Nevus* epidérmico lineal



**A**



**B**

**A:** Los *nevus* epidérmicos lineales son lesiones de distribución lineal, generalmente unilateral, de inicio en edades tempranas de la vida. Se suelen localizar en tronco y extremidades y es frecuente la evolución con los años desde lesiones planas hacia placas de aspecto verrucoso. **B:** Dermatoscopia de la lesión en la que se aprecia el aspecto verrucoso de esta con múltiples proyecciones digitiformes sobre una base común.

## Queratosis seborreica



A



B

Las queratosis seborreicas son el tumor benigno más frecuente. Su prevalencia aumenta con la edad. La localización más habitual de estas lesiones es la espalda y la parte anterior del tronco, donde se pueden encontrar en gran número. Otras localizaciones menos frecuentes son las extremidades y la zona anogenital. En la piel genital son difíciles de distinguir de otras lesiones como las verrugas vulgares o lesiones neoplásicas, por lo que la biopsia es práctica habitual en esta localización. **A:** Pápula de bordes bien definidos con transición abrupta a la piel normal perilesional. Su color varía desde el color de la piel a diversos tonos de marrón, gris o negro. Presentan tacto oleoso o áspero debido a la descamación en superficie. **B:** En ocasiones pueden presentar un aspecto eritematoso que simula una lesión de origen vascular tanto clínica como dermatoscópicamente estableciéndose el diagnóstico definitivo por los hallazgos histológicos.

## Capítulo 16. Patología tumoral benigna

### Acrocordones



Los acrocordones son lesiones benignas extremadamente frecuentes en la población general. Aparecen en la edad adulta y son más frecuentes en las personas con sobrepeso, hiperlipidemia y *diabetes mellitus*. Aparecen como pápulas pediculadas agrupadas de base estrecha y con leve hiperpigmentación. Se localizan con mayor frecuencia en los pliegues cutáneos, incluyendo las axilas, el cuello y las ingles. Son lesiones benignas que no requieren tratamiento salvo por motivos estéticos o sintomáticos.

### Pólipo fibroepitelial



Los pólipos fibroepiteliales son lesiones más largas y grandes que los acrocordones. Como estos, también son pediculados, pero suelen ser solitarios. Aparecen con más frecuencia en la cara medial de los muslos, en las ingles o en las nalgas.

## Quistes epidérmicos



Los quistes epidérmicos contienen queratina y representan la lesión quística más frecuente del área anogenital. Clínicamente se presentan como nódulos subcutáneos móviles de consistencia firme que suelen presentar un *punctum* central. Aparecen con más frecuencia en el escroto en los hombres y en los labios mayores en las mujeres. Suelen ser asintomáticos, pero cuando se inflaman aumentan rápidamente de volumen y se vuelven dolorosos y eritematosos.

## Paquioniquia congénita



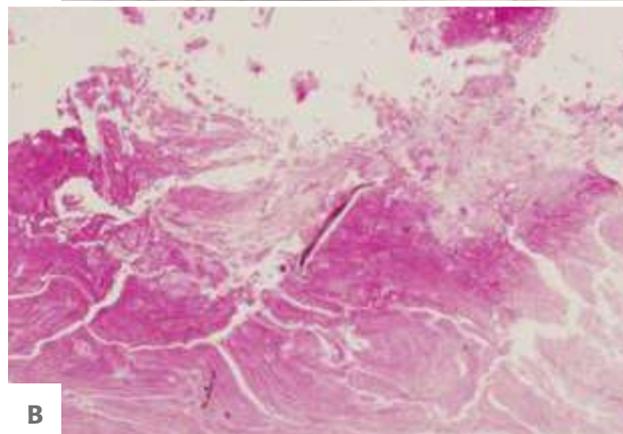
Los quistes epidérmicos son muy frecuentes en la población general, pero se pueden ver también asociados a ciertas alteraciones genéticas. Pueden estar presentes en hasta el 50% de los pacientes con paquioniquia congénita. Esta entidad se produce por mutaciones en las queratinas 6A, 6B, 6C, 16 y 17 y se hereda con patrón autosómico dominante. En estos pacientes coexisten típicamente otras lesiones, incluyendo la distrofia ungueal y la queratodermia palmoplantar focal dolorosa.

## Capítulo 16. Patología tumoral benigna

### Esteatocistomas múltiples escrotales      Quiste veloso eruptivo

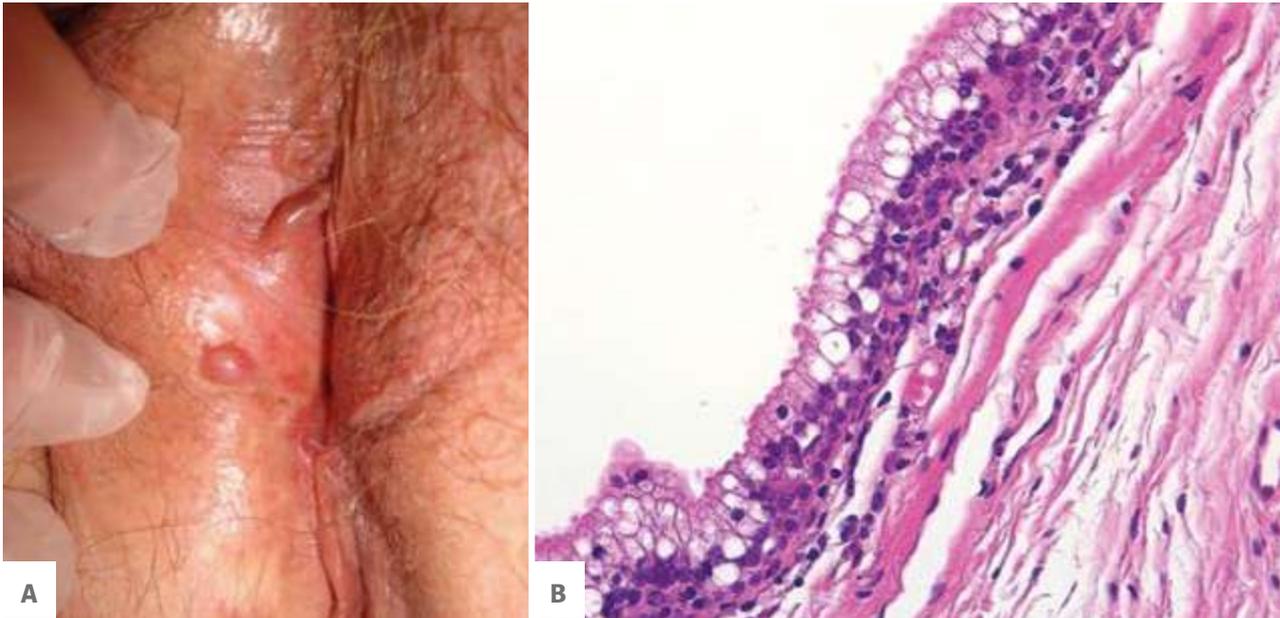


Los esteatocistomas múltiples son lesiones quísticas poco habituales de contenido oleoso. A nivel genital se presentan típicamente a nivel del escroto como nódulos subcutáneos del color de la piel o de tonos amarillentos en caso de localizarse de forma más superficial.



**A:** Los quistes vellosos eruptivos cursan como pápulas eritematosas o del color de la piel que se localizan con más frecuencia en tronco y superficies extensoras de los miembros superiores. Con menor frecuencia afectan a la piel genital. **B:** Tinción con hematoxilina-eosina. Detalle del contenido del quiste con restos queratósicos y un pelo veloso. **C:** Visión con luz polarizada con birrefringencia positiva del pelo veloso.

## Quiste vestibular mucinoso



**A:** El quiste vestibular mucinoso es una lesión quística relativamente frecuente que se suele localizar en el vestíbulo de la vulva. Son pápulas o nódulos de consistencia blanda y asintomáticos. Pueden presentar diferentes colores, desde el color de la piel a colores azulados, pasando por lesiones translúcidas. **B:** Tinción con hematoxilina-eosina que muestra la pared del quiste formada por epitelio secretor de mucina.

## Quiste de rafe medio



Los quistes del rafe medio aparecen desde edades tempranas de la vida, estando la mayoría presentes al nacimiento. Son pápulas o nódulos cupuliformes translúcidos, de color amarillo o marrón. Se localizan de forma característica en los hombres a lo largo de la línea media que va desde el ano hasta el meato uretral. Suelen cursar de forma asintomática y no requieren tratamiento.

## Capítulo 16. Patología tumoral benigna

### Angioma vulvar



Los angiomas vulvares son neoplasias benignas de origen en los vasos capilares extremadamente frecuentes en la población general. Son máculas o pápulas de bordes bien definidos y un rango de color desde los rojos brillantes hasta tonos más oscuros o violáceos. **B:** En su dermatoscopia se observan lagunas vasculares con ausencia de estructuras vasculares en el interior de las mismas.

### Hemangioma infantil



El hemangioma infantil es una lesión vascular proliferativa benigna. Aparecen en la edad infantil y son más frecuentes en el sexo femenino y en niños prematuros. Típicamente cursan como placas o nódulos eritematosos brillantes con una fase de crecimiento rápido tras las primeras semanas de vida. La localización genital más frecuente es la vulva, pero pueden aparecer a nivel perianal o escrotal.

### Angioqueratomas



Los angioqueratomas son vasos sanguíneos ectásicos agrupados localizados en la dermis superficial. Cuando se localizan en genitales reciben el epónimo de angioqueratomas de Fordyce. Son extremadamente frecuentes en pacientes adultos. **A y B:** Se presentan como pápulas cupiliformes agrupadas de color violáceo o rojo. Por norma general son asintomáticos, pero pueden sangrar tras traumatismos en la zona. La localización más frecuente es el escroto en hombres y los labios mayores en mujeres. En el escroto pueden adquirir una distribución lineal sobre las venas subyacentes.

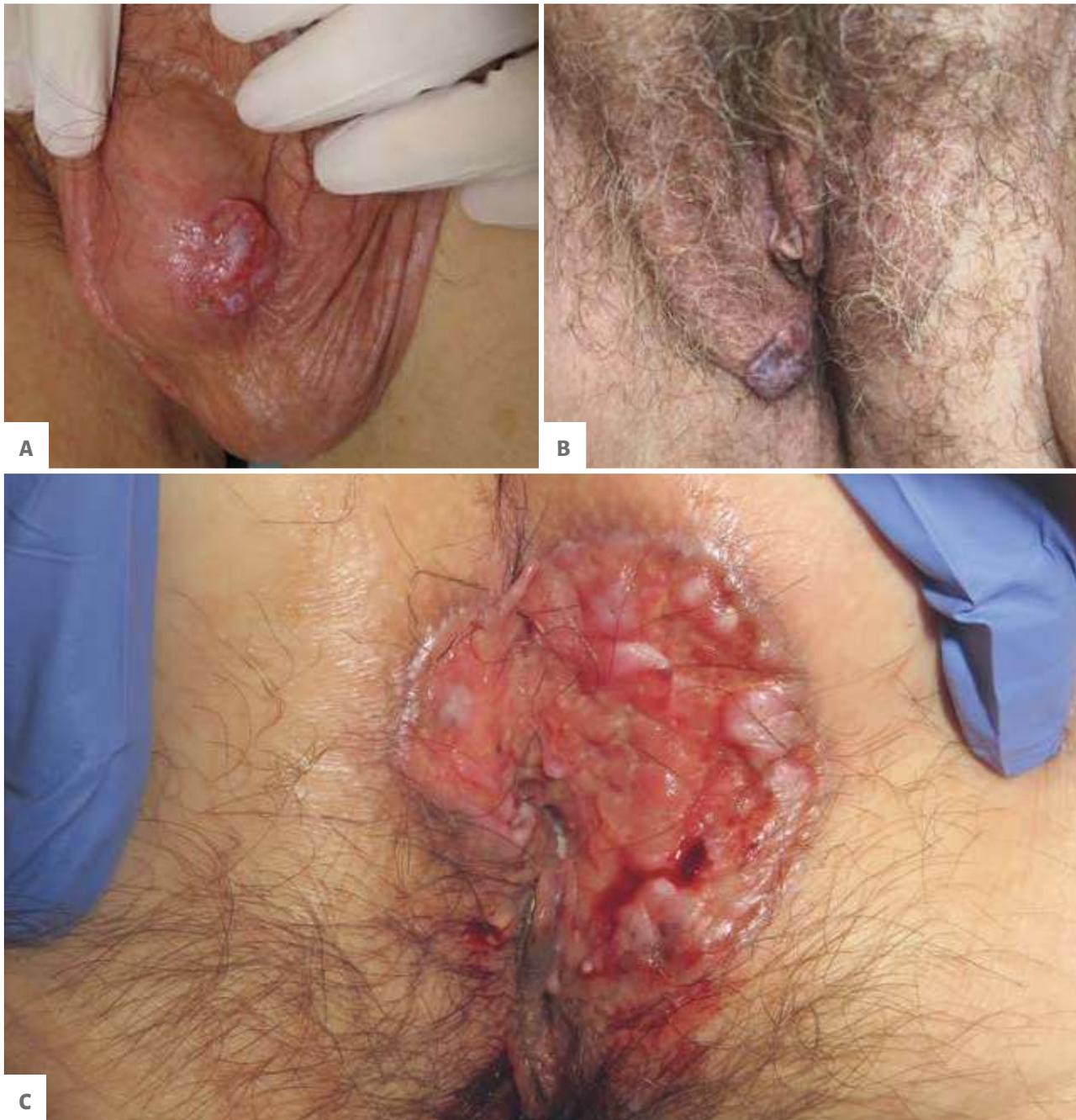
## Linfangiectasias



**A:** Las linfangiectasias son dilataciones de los vasos linfáticos que aparecen típicamente en pacientes que han sufrido cirugías o radioterapia en la zona pélvica. Al alterarse el drenaje linfático del área genital, la linfa queda retenida y se forman múltiples vesículas translúcidas. Es frecuente la asociación con distintos grados de edema genital en estos casos. El tratamiento de esta condición no es fácil y la recidiva es habitual. **B:** En la imagen se observa una paciente tratada en múltiples ocasiones con láser CO<sub>2</sub>, si bien hay una zona en el labio mayor derecho de aspecto cicatricial, en gran parte de la vulva han vuelto a aparecer las lesiones. Otra opción más agresiva en estos casos es la cirugía. **C:** Apréciase el detalle de las lesiones que muestra pápulas eritematosas translúcidas agrupadas.

## Capítulo 17. Patología tumoral maligna

### Carcinoma basocelular



El carcinoma basocelular es una neoplasia de origen epitelial infrecuente en zonas protegidas del sol como la piel del área genital y perianal. En estas localizaciones aparecen en zonas donde hay presencia de folículos pilosos y no sobre mucosas. Afecta a personas de edad avanzada y es más frecuente en mujeres. **A:** Las lesiones en varones se localizan con mayor frecuencia en el escroto, siendo la afectación del pene menos habitual. **B:** La localización genital más frecuente del carcinoma basocelular es el labio mayor de la vulva. Apréciase la placa de bordes bien definidos y brillo perlino en la parte más inferior del labio mayor derecho. **C:** Con menor frecuencia se pueden apreciar lesiones en la piel perianal. En esta localización es frecuente encontrar lesiones de largo tiempo de evolución y no es rara la presencia de ulceración, como se aprecia en este paciente.

## Leucoqueratosis



Placa blanquecina en la cara interna del prepucio. La lesión corresponde a una neoplasia intraepitelial del pene que puede estar asociada al virus del papiloma humano o aparecer en relación con el liquen plano o liquen escleroso.

## Eritroplasia de Queyrat



La eritroplasia de Queyrat es el nombre clásico que recibe el carcinoma de células escamosas *in situ* cuando se localiza en el prepucio o en el glande. Con frecuencia son placas multicéntricas del color de la piel, blanco o eritematoso.

## Carcinoma epidermoide



El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente en el área genital. La clasificación más actual divide las lesiones en función de su relación con el virus del papiloma humano. El carcinoma epidermoide aparece en pacientes de edad avanzada y afecta a los varones con más frecuencia que a las mujeres. **A:** El carcinoma epidermoide del pene produce un nódulo blanco o rojizo que puede presentar ulceración. Las lesiones se localizan con más frecuencia en la parte más distal del pene y afectan al glande y prepucio. **B:** La localización escrotal es mucho menos frecuente que la peneana, probablemente debido a una menor exposición laboral a factores desencadenantes como ciertas toxinas en las últimas décadas.

## Capítulo 17. Patología tumoral maligna

### Carcinoma epidermoide



**A:** Nódulo tumoral ulcerado de rápido crecimiento localizado en la vulva de una mujer joven. **B:** Una localización menos frecuente del carcinoma epidermoide es el área perianal. **C:** Los carcinomas epidermoides invasivos en mujeres suelen aparecer a partir de los 50 años. Se presentan como placas de color blanco o eritematoso, siendo la ulceración un hallazgo frecuente. **D:** Detalle histológico en hematoxilina-eosina que muestra un carcinoma queratinizante bien diferenciado.

## Enfermedad de Paget extramamaria



La enfermedad de Paget es un adenocarcinoma poco frecuente que puede aparecer de forma primaria o ser secundario a una neoplasia subyacente, más frecuentemente de origen genitourinario o gastrointestinal. Suele afectar a pacientes a partir de la sexta década de la vida y es más frecuente en el sexo femenino. A nivel clínico cursa como una placa de fondo eritematoso y zonas blanquecinas en su interior que le otorga el aspecto típico en «fresas con nata». Produce prurito que no responde a tratamiento con corticosteroides tópicos.

**A:** La localización más frecuente de la enfermedad de Paget extramamaria es la vulva, tanto a nivel de mucosa como de piel queratinizada. **B:** El escroto, la piel perianal y el pene son localizaciones menos habituales de esta patología. Nótese el característico aspecto en «fresas con nata» de la placa. **C:** Tinción con hematoxilina-eosina que muestra la presencia de células claras de citoplasma amplio en la epidermis.

## Capítulo 17. Patología tumoral maligna

### Mastocitosis



La mastocitosis es una neoplasia en la que se acumula en los tejidos una clona de mastocitos. Existen diferentes tipos de mastocitosis con afectación cutánea exclusiva o con compromiso visceral. Es frecuente el prurito y la elevación de la triptasa sérica. **A:** La mastocitosis generalizada cursa con lesiones extensas. En la infancia suelen ser maculares y puede producirse la formación de ampollas. **B:** En los pacientes adultos es típico el engrosamiento cutáneo y que la piel adquiera un aspecto similar al cuero. En este paciente se producía importante afectación de la calidad de vida debido al intenso prurito.

### Linfoma vulvar



Los linfomas del área anogenital son infrecuentes. Generalmente producen nódulos eritematovioláceos o subcutáneos que pueden asociar ulceración o incluso abscesificación.

### Síndrome de Sézary



El síndrome de Sézary es un linfoma cutáneo de células T que presenta una tríada característica: eritrodermia, adenopatías y la presencia de al menos 1.000 células de Sézary por mm cúbico en sangre periférica.

## Melanoma



La localización anogenital del melanoma es muy poco frecuente. La localización más frecuente es la vulvar, con menor frecuencia aparece en el pene, escroto o a nivel perianal.

## Sarcoma de Kaposi



El sarcoma de Kaposi es un tumor endotelial relacionado con el virus herpes humano tipo 8 que se asocia a estados de inmunosupresión. Cursa con nódulos cupuliformes de tonos rojos oscuros o violáceos y aspecto vascular.

## Metástasis



Las metástasis cutáneas en la zona genital son infrecuentes. Tienen su origen más frecuente en tumores primarios genitourinarios o ginecológicos. Pueden cursar como una masa, una úlcera genital, con dolor o incluso con priapismo.

## Tumor fusocelular



Nódulo tumoral afectando la totalidad del labio mayor derecho con ulceración en el polo inferior y crecimiento rápido en los últimos meses. El diagnóstico definitivo fue de tumor neural a tipo lipofibromatosis localmente agresivo con fusión del gen NTRK1.

## Capítulo 18. Genodermatosis

### Neurofibromatosis



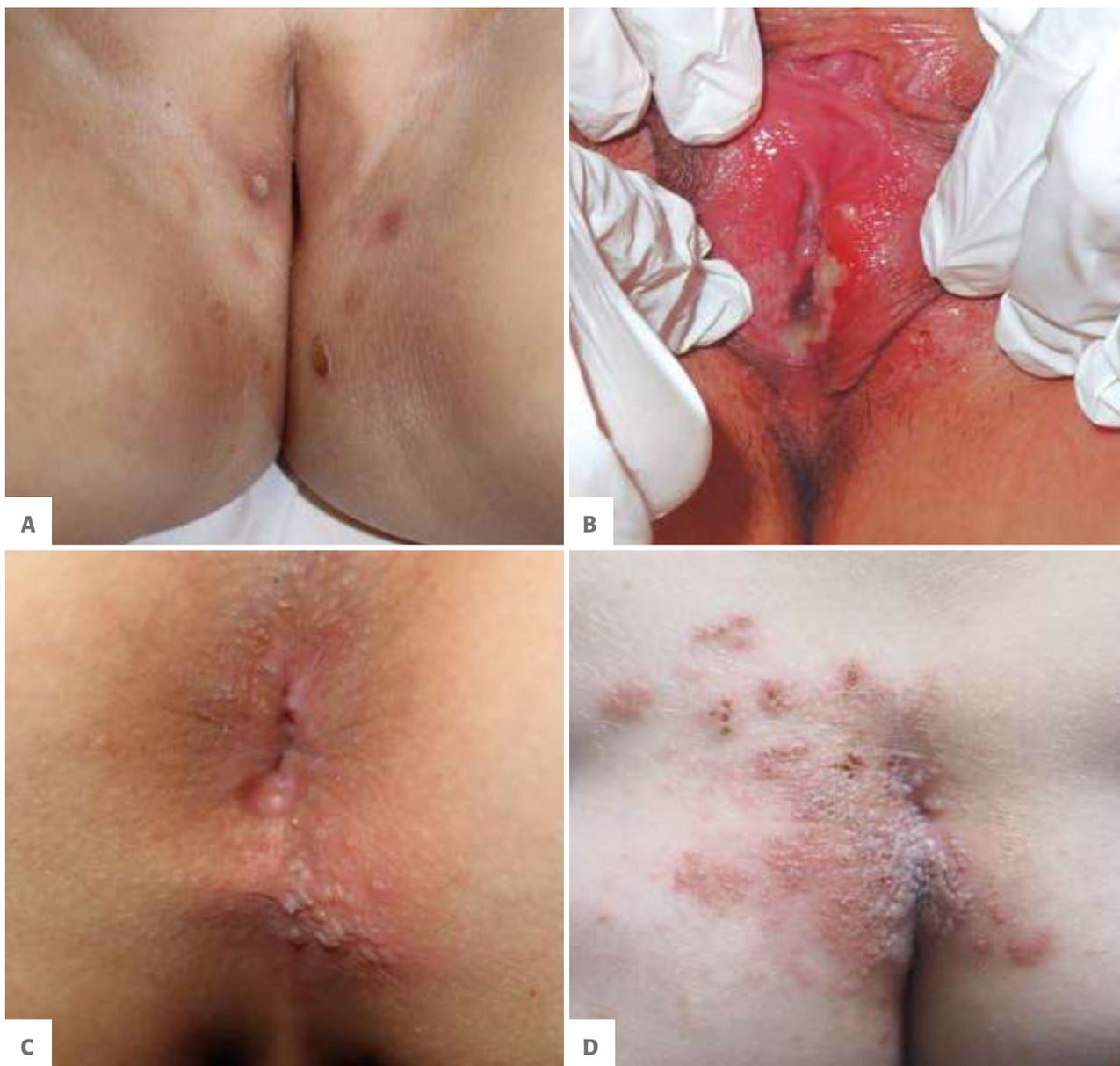
### Esclerosis tuberosa



La esclerosis tuberosa es un trastorno genético que cursa con hamartomas en múltiples órganos, crisis epilépticas y alteraciones del desarrollo psicomotor. Se produce por mutaciones en los genes *TSC 1* y *2*. La placa chagrín es un *nevus* del tejido conjuntivo localizado generalmente en la parte inferior de la espalda. Se presenta como una placa de consistencia firme del color de la piel o un tono más eritematoso asintomática.

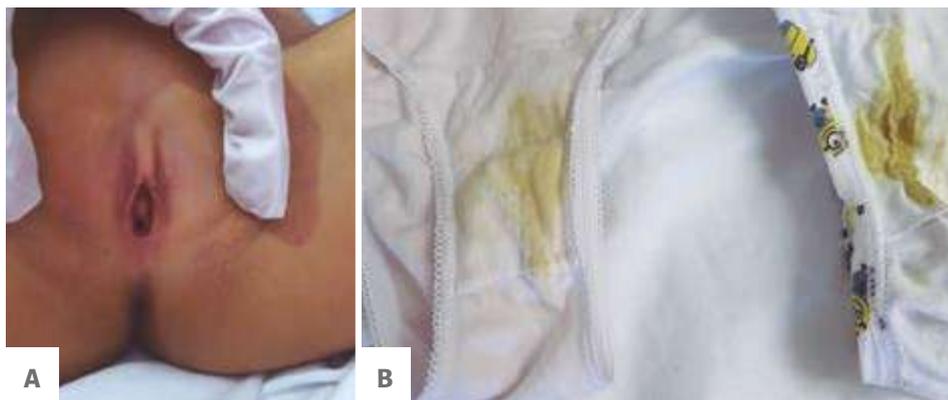
**A:** La neurofibromatosis tipo 1 es una facomatosis producida por mutaciones en el gen de la neurofibromina localizado en el cromosoma 17. Produce un amplio espectro de manifestaciones cutáneas, neurológicas, de tejidos blandos y del hueso. Si bien la localización más frecuente de los neurofibromas es el tronco, seguido de miembros, cabeza y cuello, podemos observar lesiones en área genital y perianal en algunos pacientes. **B:** Los neurofibromas son tumores benignos formados por células fusiformes. Se presentan como nódulos superficiales circunscritos y blandos, de color marrón, rosado o del color de la piel. Cuando aparecen en gran número o acompañados de otras lesiones compatibles con neurofibromatosis son muy sugestivos de esta entidad. **C:** Las manchas café con leche son criterio de neurofibromatosis cuando aparecen en número igual o mayor a 6. Pueden aparecer en cualquier parte del tegumento, incluyendo la zona glútea.

## Capítulo 19. Maltrato y abuso sexual en la infancia



**A:** Múltiples lesiones genitales en niña de ocho años en diferentes estadios evolutivos (ampolla de techo grueso y contenido seroso, erosión con costra en superficie y máculas con eritema e hiperpigmentación residual) que sugiere un posible origen exógeno. En estos casos debe descartarse un maltrato infantil. **B:** Niña de 13 años que presentó mal estado general, fiebre y cefalea. Posteriormente desarrolló vesículas blanquecinas dolorosas y agrupadas en introito y cara interna de labios menores. La PCR fue positiva para el virus herpes simple tipo 2, este resultado microbiológico es altamente sospechoso de abuso sexual. **C:** Múltiples vesículas arracimadas de aspecto blanquecino sobre una base eritematosa de localización perianal. La PCR fue positiva para el virus herpes simple tipo 1. Una cuidadora refería lesiones similares en las manos, sospechándose un contagio inocente. **D:** Herpes Zóster. Múltiples vesículas blanquecinas sobre base eritematosa con una distribución metamérica. Nótese la asimetría, con afectación marcadamente unilateral y respeto casi total de la línea media.

## Capítulo 19. Maltrato y abuso sexual en la infancia



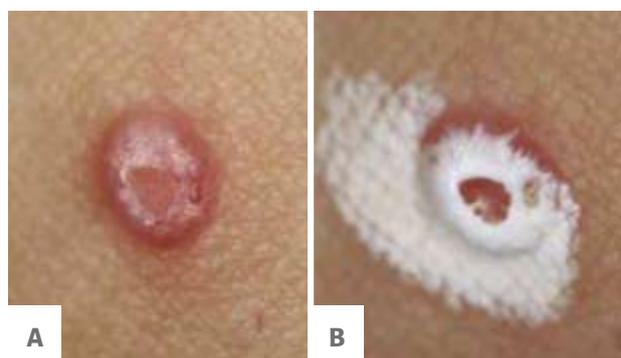
Vaginitis en una niña de 5 años con secreción mucopurulenta a través del introito vaginal. En el cultivo del exudado vaginal se detectó la presencia de *Neisseria gonorrhoeae*, hallazgo definitivo de abuso sexual.



Condilomas planos perianales. Manifestación clínica de sífilis secundaria que permite realizar el diagnóstico de abuso sexual. Obsérvese los característicos puntos blanquecinos en margen perianal derecho (véase apartado de la sífilis).



Múltiples pápulas hiperqueratósicas color piel de distribución perianal y aspecto verruciforme compatibles con condilomas acuminados. La detección de un genotipo VPH 6 mediante PCR sugería un posible abuso sexual.



La presencia de lesiones compatibles con *molluscum contagiosum* en la región genital y perianal en pacientes pediátricos es frecuente y no implica abuso sexual. La crioterapia superficial permite realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como los condilomas ya que realza su característica umbilicación central.

## Capítulo 20. Miscelánea

### Edema genital



El edema genital se produce por acumulación de líquido intersticial subcutáneo. Cuando es crónico, se relaciona con alteraciones en el drenaje linfático de la zona de causa congénita, infecciosa, postquirúrgica o idiopática. **A:** Edema crónico genital con llamativa afectación del pene y escroto. **B:** Edema crónico idiopático tras descartarse causas secundarias. La obesidad es muy frecuente en los pacientes con esta patología.

### Parafimosis



La parafimosis es una afección exclusiva de varones no circuncidados. Se produce una imposibilidad de volver a cubrir el glande con la piel del prepucio. Es una urgencia urológica y requiere reducción urgente.

### Implantes de silicona



Múltiples nódulos subcutáneos de tamaño uniforme distribuidos por caras ventral y dorsal del cuerpo del pene. El paciente se había realizado implantes de silicona para modificar la forma de su pene con la finalidad de aumentar el placer de sus parejas sexuales.

