

Ablación mediante láser CO₂ de las pápulas perladas del pene. Estudio de un caso clínico

Leal Canosa L., Canal Canal J.A., Tufet Opi J.

INTRODUCCIÓN

Las pápulas perladas del pene (PPP) son excrescencias milimétricas de coloración rosada, blanquecina o incluso translúcida que se distribuyen formando una o dos hileras uniformes alrededor de la corona del glande. Las PPP son un proceso benigno, no relacionado con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y, por lo tanto, no transmisible. Aparecen en la pubertad, casi siempre antes de que los pacientes hayan tenido relaciones sexuales. Con la edad y tras la circuncisión, el número de lesiones tiende a disminuir e incluso desaparecer.¹

Se calcula que aproximadamente 24% de los varones presentan PPP². Sin embargo, este porcentaje varía ampliamente según las PPP sean el motivo de consulta o un hallazgo casual en la exploración física.

Desde el punto de vista histológico, se observa un estroma fibroso que rodea una proliferación de vasos ectásicos, características similares a los angiofibromas acrales³. Las PPP deben ser diferenciadas de otras lesiones en el pene como los condilomas acuminados, el liquen nitidus, el molluscum contagiosum y las glándulas sebáceas ectópicas. La variante femenina recibe el nombre de papilomatosis vestibular.



Figura 1. Aspecto de las lesiones previo al tratamiento.

CASO CLÍNICO

Varón de 18 años, sin antecedentes de interés, que solicitaba evaluación y tratamiento de lesiones en el glande presentes desde la pubertad y asintomáticas. El diagnóstico de PPP se hizo a partir de la historia y la exploración clínica. Se informó al paciente del diagnóstico y de la naturaleza benigna de su afección. Sin embargo, el paciente deseaba de forma insistente recibir tratamiento. A la exploración presentaba una hilera de lesiones que se distribuían circunferencialmente en la corona del glande y alguna dispersa por la cara interna del prepucio (Fig. 1).

Con el fin de evitar molestias durante el tratamiento, se aplicó localmente crema anestésica (lidocaína 2%, tetracaína 6%, prilocaína 7%, alcohol bencílico 6%) que se ocluyó con la propia piel del prepucio durante 30 minutos.

El láser CO₂ ultrapulsado (Ultrapulse, Lumenis Inc) se utilizó con los siguientes parámetros: Spot 1-2, 15 W con fluencias que variaban entre los 80 y los 100 J/cm². Se utilizó el cabezal Active FX.

Las lesiones se fueron eliminando individualmente con sucesivos pulsos de láser hasta la completa eliminación (Fig. 2). El paciente toleró el tratamiento correctamente sin incidencias: no resultó doloroso ni tampoco hubo el más mínimo sangrado. Inmediatamente después del tratamiento el paciente desarrolló eritema y edema leve de la zona tratada y alguna costra. Se recomendó al

Dra. Lorena Leal Canosa*
Dr. José Antonio Canal Canal
Dr. Jaime Tufet Opi

Clínica Tufet. Barcelona

*Autora correspondencia: lorenalealcanosa@hotmail.com



Figura 2. Aspecto de las lesiones inmediatamente después del tratamiento.



Figura 3. Aspecto de las lesiones siete días después del tratamiento.



Figura 4. Aspecto de las lesiones cuatro semanas después del tratamiento.

paciente la aplicación durante 7 días de crema antibiótica con mupirocina dos veces al día para minimizar el riesgo de infección. El proceso de cicatrización concluyó en aproximadamente una semana (Fig. 3). A partir de ese momento el paciente pudo reanudar su actividad sexual.

Un mes después se realizó una segunda sesión en la que se eliminó alguna lesión que había persistido (Fig. 4). A los seis meses de la primera sesión de tratamiento el paciente estaba plenamente satisfecho y no se observó recurrencia de las lesiones tratadas previamente. No se observó cicatrización anómala ni hipo o hiperpigmentación postinflamatoria y el paciente no encontró cambios en la sensibilidad ni problemas en la erección.

Posteriormente, se trataron otros 12 pacientes también con excelentes resultados. Mientras que en dos casos los pacientes sólo realizaron la primera sesión dado que el resultado fue óptimo, un paciente requirió cuatro sesiones para alcanzar la completa satisfacción.

DISCUSIÓN

A pesar de que en la mayor parte de los casos las PPP son asintomáticas, algunos pacientes refieren molestias al roce y problemas en la imagen corporal o autoestima baja (vergüenza, miedo al rechazo, dudas en la pareja...) por lo que demandan tratamiento. Se han descrito diferentes opciones de tratamiento para la eliminación de las PPP como el curetaje⁴, la criocirugía⁵, la electrocirugía⁴. Sin embargo, en la actualidad es el láser con láser CO₂⁶⁻¹¹ el tratamiento que obtiene los mejores resultados si bien se han descrito casos aislados que han recibido tratamiento con láser Er:YAG¹² o láser colorante pulsado¹³.

En nuestra opinión la mejor opción de tratamiento de las PPP es la ablación mediante láser CO₂ que vaporiza las lesiones que se desean eliminar con la máxima precisión. Esta técnica evita dañar la piel del pene y así la posibilidad de desarrollar cicatrices en el área tratada. En comparación a la piel de otras áreas corporales, la mucosa glandar tiene una respuesta rápida y completa a la anestesia tópica que permite que el procedimiento se realice sin molestias para el paciente. Además, cicatriza muy rápidamente sin que se hayan tenido ni descrito cicatrices inestéticas ni hiperpigmentación residual incluso en fototipos altos⁸. Por todo lo anterior, el tiempo de recuperación es corto y sin incidencias relevantes con lo que la satisfacción del paciente es muy alta.

Además, ni en la literatura consultada ni en nuestra experiencia, la infección bacteriana secundaria de las lesiones tratadas ni la reactivación herpética parecen tener una incidencia relevante⁸. Por tanto, no se recomendaría la prescripción de tratamiento antibiótico ni antiherpético oral profiláctico.

Tampoco se han descrito en la bibliografía recurrencia de las lesiones meses después del tratamiento, por lo que podemos afirmar que la ablación mediante láser CO₂ es un método sencillo, indoloro, seguro y bien tolerado para el tratamiento de las PPP.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Agha K, Alderson S, Samraj S, et al. Pearly penile papules regress in older patients and with circumcision. *Int J STD AIDS*. 2009;20:768–770.
- (2). Michajłowski I, Sobjanek M, Michajłowski J, Włodarkiewicz A, Matuszewski M. Normal variants in patients consulted in the dermatology clinic for lesions of the male external genitalia. *Cent European J Urol*. 2012; 65: 17–20.
- (3). Ackerman AB, Kronberg R. Pearly penile papules. Acral angiofibromas. *Arch Dermatol*. 1973;108:673-5.
- (4). O’Neil CA, Hansen RC. Pearly penile papules on the shaft. *Arch Dermatol*. 1995;131:491-2.
- (5). Porter WM, Bunker CM. Treatment of pearly penile papules with cryotherapy. *Br J Dermatol* 2000; 142: 847– 848.
- (6). Lane JE, Peterson CM, Ratz JL. Treatment of pearly penile papules with CO2 laser. *Dermatol surg*. 2002;28:617-8.
- (7). Rokhsar CK, Ilyas H. Fractional resurfacing for the treatment of pearly penile papules. *Dermatol Surg*. 2008;34:1420–1422.
- (8). Gan SD, Graber EM. Treatment of Pearly Penile Papules with Fractionated CO₂ Laser. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015;8:50-2.
- (9). Krakowski AC, Feldstein S, Shumaker PR. Successful treatment of pearly penile papules with carbon dioxide laser resurfacing after local anesthesia in an adolescent patient. *Pediatr Dermatol*. 2015;32:433-5.
- (10). McKinlay JR, Graham BS, Ross EV. The clinical superiority of continuous exposure versus short-pulsed carbon dioxide laser exposures for the treatment of pearly penile papules. *Dermatol Surg*. 1999;25:124-6.
- (11). Magid M, Garden JM. Pearly penile papules: treatment with the carbon dioxide laser. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989;15:552-4.
- (12). Baumgartner J. Erbium: yttrium-aluminium-garnet (Er:YAG) laser treatment of penile pearly papules. *J Cosmet Laser Ther*. 2012 Jun;14(3):155-8.
- (13). Sapra P, Sapra S, Singh A. Pearly penile papules: effective therapy with pulsed dye laser. *JAMA Dermatol*. 2013;149:748-50.