



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/580 - BALANITIS: NO SIEMPRE ES UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

M. Garrido Quintero¹, G. Ródenas Padilla², M. Sender Palacios³ y M. Grau Calderón³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona.

²Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 31 años con antecedente de uretritis por *Chlamydia trachomatis* en enero/2020, herpes genital en 2016 y múltiples episodios de uretritis de repetición desde 2014. En el último mes (marzo/2020) presenta aparición de úlceras en glande, no dolorosas, con escaso exudado uretral blanquecino y prurito ocasional. Tiene pareja estable, niega relaciones sexuales de riesgo. Consultó previamente por las mismas lesiones y se pautó azitromicina 1 gramo oral dosis única, sin mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, afebril. A la exploración de genitales se observan varias úlceras superficiales hiperémicas con bordes circinados e irregulares, situadas en el glande, no induradas, no exudativas, sin dolor a la palpación. No se evidencia secreción uretral. Se realizó cultivo uretral con flora mixta. Se cursa PCR *Trichomonas*, *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* negativas. Analítica con despistaje de ETS: VIH, AgsVHB, IgGVHC negativo. Se cursan serologías, IgG/IgM *Treponema pallidum* negativo, IgG herpes simple I: positivo, IgG herpes simple II negativo.

Orientación diagnóstica: Balanitis circinada.

Diagnóstico diferencial: Candidiasis, uretritis gonocócica, chancro sifilítico.

Comentario final: En nuestra valoración inicial, se orienta el cuadro como una posible uretritis no filiada, iniciando cobertura antibiótica empírica con ceftriaxona 500 mg intramuscular y azitromicina 1 gramo vía oral. Se comenta paciente con el Servicio de Dermatología, quien valora úlceras genitales sugestivas de balanitis circinada, a descartar síndrome de Reiter. El paciente niega clínica de artritis o conjuntivitis. Este síndrome se estudia dentro de las artritis reactivas que son sinovitis inflamatorias agudas, no purulentas, incluidas dentro del grupo genérico de las espondiloartropatías por su asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. En general, se desarrollan a continuación de una infección, habitualmente venérea o intestinal, tras un período de latencia casi siempre menor de un mes (en nuestro paciente 2 meses). El término síndrome de Reiter se reserva actualmente para los casos con la tríada clásica de la enfermedad, la cual se presenta solo en el 33% de los pacientes; incluyendo artritis, conjuntivitis y uretritis.

Bibliografía

1. Wu IB. Reiter's syndrome: the classic triad and more. J Am Acad Dermatol. 2008;59(1):113-21.

Palabras clave: Balanitis. Uretritis. Síndrome de Reiter.