



## IMÁGENES

## Cordón indurado en cuerpo de pene, chancro intrameatal y adenomegalia inguinal: presentación atípica de un paciente con riesgo de infecciones venéreas



### Indurated cord in the penile shaft, intrameatal chancre and inguinal adenomegaly: Atypical presentation of a patient at risk for venereal infections

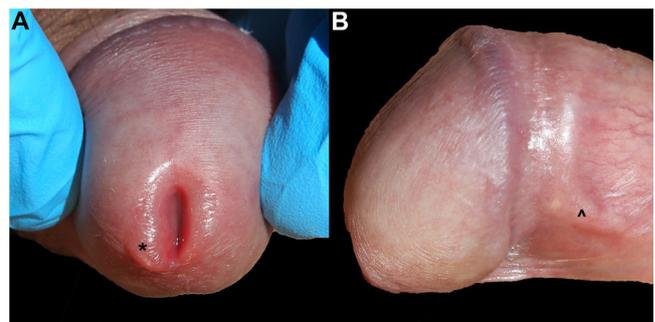
Francisco-Javier González-de-Haro<sup>a</sup>, Francisco-Javier Bru Gorraiz<sup>b</sup> y Alejandro Martín-Gorgojo<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Centro de Atención Primaria de Eras de Renueva, Unidad Docente de Atención Primaria de León, León, España

<sup>b</sup> Servicio de ITS/Dermatología, Sección de Especialidades Médicas, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

Un varón cisgénero homosexual de 50 años, sin antecedentes relevantes, acudió a nuestro centro para evaluación de lesiones peneanas de 6 semanas de evolución, acompañadas de disuria. Había sido tratado y evaluado en otro centro de forma acorde (aportaba resultados negativos de exudado uretral y sedimento urinario sin alteraciones significativas) con pomada tópica de corticoide y antibiótico, con mejoría parcial y transitoria, y posteriormente con ciprofloxacino por vía oral, sin modificación de la clínica de disuria.

En la exploración, se observaba: induración marcada en cara inferior de meato urinario, cordón de aspecto linfagítico en surco balanoprepucial (fig. 1) y una adenomegalia inguinal derecha algo dolorosa y rodadera (fig. 2). Asociaba además un exantema eritematoso maculopapular en el tronco casi inapreciable, sin lesiones palmoplantares ni en otras áreas mucosas.

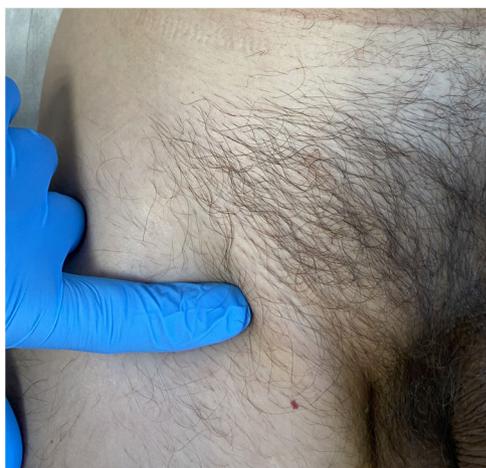


**Figura 1** A) Zona indurada en meato (asterisco). Cordón indurado arciforme en surco balanoprepucial (flecha).

Ante estas lesiones se solicitó cribado de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo serologías del virus de la inmunodeficiencia humana y sífilis, así como pruebas de reacción en cadena de polimerasa en orina y faringe para detectar *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejandromartingorgojo@aedv.es](mailto:alejandromartingorgojo@aedv.es) (A. Martín-Gorgojo).



**Figura 2** Adenomegalia inguinal derecha palpable.

Los resultados de las pruebas mostraron positividad de los anticuerpos IgG e IgM anti-*Treponema pallidum* mediante prueba de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), con reagina plasmática rápida (RPR) positiva a título 1/16. El resto de las pruebas resultaron negativas. Ante el diagnóstico de sífilis precoz, se administraron 2,4 millones de unidades internacionales de penicilina G benzatina intramuscular. Se realizó control serológico a los 4 meses con resultado de RPR positivo a título 1/2, con resolución de las lesiones, considerándose así sífilis clínica y serológicamente curada.

La manifestación clásica de la sífilis primaria es el chancro duro, una úlcera genital no dolorosa, de base indurada. No son infrecuentes los casos de sífilis inicial en los que no se observa ni puede recogerse el antecedente de ulceración genital. En estos casos de sífilis «sin chancro» se supone que su localización está en zonas no apreciables mediante exploración clínica como el canal anal o el cérvix. La lúes secundaria se manifiesta por la presencia de lesiones papulares en palmas y plantas, así como lesiones en mucosas como la oral (placas mucosas) y lesiones en áreas intertriginosas (condilomas planos)<sup>1</sup>. En muchos casos de evolución limitada, el secundarismo luético solo da lugar a un exantema maculopapular eritematoso tenue de distribución en tronco y más apreciable en flancos (roséola sífilítica).

El caso presentado lo interpretamos como sífilis secundaria con persistencia de chancro en uretra distal y linfangitis localizada en surco balano prepucial. La localización intrameatal del chancro es excepcional, pero se ha registrado en algún caso produciendo como secuela estenosis de la uretra distal<sup>2</sup>. Un estudio reciente ha descrito 19 casos de sífilis de presentación similar a nuestro caso, con cordón linfangítico indurado, arciforme, localizado preferentemente en surco balanoprepucial<sup>3</sup>. No obstante, las lesiones lineales induradas en el pene no siempre se asocian con ITS, como ocurre en la llamada linfangitis esclerosante (o no venérea) del pene, en la que debe considerarse como diagnóstico diferencial la enfermedad de Mondor en pene<sup>4</sup>.

La incidencia de las sífilis ha aumentado en los últimos años de forma más evidente entre personas con pene que

tienen sexo con personas con pene<sup>5</sup>. La Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la prevención primaria y secundaria de las ITS, pudiendo realizar una promoción del uso del preservativo, asesoramiento de las prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, y en general dando a cada paciente una educación sexual, antes y después de cada prueba de ITS<sup>6</sup>. Ante la situación epidemiológica actual, resulta imprescindible el cribado de la sífilis y otras ITS cuando los pacientes con riesgo de ITS en la anamnesis consulten por manifestaciones clínicas atípicas.

## Consideraciones éticas

Artículo con la presentación de iconografía de un caso clínico. El paciente firmó consentimiento explícito para la comunicación y potencial publicación de las imágenes con fines docentes/científicos.

## Financiación

No ha sido precisa financiación para la elaboración de este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Carmona-Ayuela BC, Bru Gorraiz FJ, Martin-Gorgojo A. Lesiones vulvares agudas en mujer joven cis-heterosexual: diagnóstico diferencial y consideraciones prácticas. *Aten Primaria*. 2022;54:102356, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102356>.
2. Penton J, French P. Primary syphilis of the urethral meatus complicated by urethral stricture. *Int J STD AIDS*. 2011;22:527–8, <http://dx.doi.org/10.1258/ijsa.2009.009531>.
3. Sardinha JC, de Lima LL, Heibel M, Schettini A, Talhari S, Talhari C. Atypical manifestations of recent syphilis: Study of 19 cases. *An Bras Dermatol*. 2020;95:589–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.abd.2020.03.008>.
4. Babu AK, Krishnan P, Andezuth DD. Sclerosing lymphangitis of penis –literature review and report of 2 cases. *Dermatol Online J*. 2014;20, [http://dx.doi.org/10.5070/D3207023136\\_13030/qt7gq9h1v9](http://dx.doi.org/10.5070/D3207023136_13030/qt7gq9h1v9).
5. Unidad de vigilancia de VIH, ITS, hepatitis B y C. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2021. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III /División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis– Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2023 [consultado 13 Abril 2023]. Disponible en: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/SIFILIS/Infografia\\_ITS\\_2021.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/SIFILIS/Infografia_ITS_2021.pdf)
6. Del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevention and treatment of sexually transmitted infections in high-risk individuals, including patients with HIV infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2019;37:117–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2018.11.008>.