

Fabián Pérez Rivera

«Cuanto peor sea la percepción de salud sexual que tengan nuestros pacientes sobre su cuerpo, peor será su calidad de vida sexual, y por lo tanto merecen de nuestra atención y tratamiento».

HISTORIA Y DEFINICIÓN

Las pápulas perladas peneanas (PPP) son angiofibromas acrales, unas lesiones asintomáticas benignas y no infecciosas localizadas en los genitales masculinos¹ (Fig. 1).

Estas lesiones fueron descritas por primera vez por Littre y Morgani en 1700 y denominadas pápulas perladas peneanas por Johnson y Baxter en 1964². La apariencia está caracterizada por la aparición de numerosas y pequeñas lesiones, de 0.5 a 2 mm, en forma de coma, de color blanco perlado o pápulas rosadas que se encuentran alrededor de la corona del glande del pene. Se presentan con frecuencia en filas, dos o tres, alrededor de la corona del glande y del frenillo³.

Su incidencia parece ser mayor en la segunda y tercera décadas de la vida, decreciendo su número de aparición con el aumento de la edad. Se estima que las PPP afectan al 15-48% de los hombres entre los 20 y 30 años, difiriendo su porcentaje según la bibliografía consultada³⁻⁸.

El riesgo de desarrollar PPP es mayor en los pacientes con negroides y en los que no han sido circuncidados³. Se espera una menor incidencia de PPP en pacientes circuncidados y mayores de 50 años, aparentemente debido a una mayor exposición a la fricción normal y a las fuerzas abrasivas con el transcurrir del tiempo².

Los tratamientos descritos a día de hoy para las PPP incluyen criocirugía, electrofulguración, curetaje, escisión quirúrgica, láser de

Erbium: itrio-aluminio-granate (Er:YAG), láser de colorante pulsado, láser fraccionado no ablativo de 1,550 nm, láser de dióxido de carbono no fraccionado y láser de dióxido de carbono fraccionado (DCF)⁹⁻¹⁴.

La primera mención de un tratamiento exitoso con láser de dióxido de carbono en PPP la realizaron Magrid y Garden¹⁵ en 1989. Y a partir de esta publicación numerosos autores publicaron escritos sobre el tratamiento de las PPP con CO₂ PPP, especialmente con láser de DCF^{3,5,7,8,11,14,16,17}.

Como ya se comentado, las PPP son lesiones benignas asintomáticas y no infecciosas, pero que generan grandes preocupaciones psicológicas y cosméticas, que a menudo provocan que los pacientes busquen la eliminación terapéutica de estas lesiones.

Los adolescentes, periodo de inicio de las PPP, a menudo muestran preocupación por haber adquirido una enfermedad de transmisión sexual, infección o miedo a que las pápulas sean una consecuencia física de la masturbación⁵.

En un estudio realizado en 2016 por Flynn, se consultó a 3,515 adultos estadounidenses acerca de la importancia que conferían a su salud sexual y cómo la relacionaban con su satisfacción con la vida sexual, resultando que para su calidad de vida sexual era muy importante su percepción de buena salud sexual: cuanto peor percibían su calidad de salud sexual, peor era su vida sexual¹⁸. De la misma manera debemos concluir que cuanto mejor perciban nuestros pacientes su calidad de salud sexual, mejor será su vida sexual, y en eso colaboramos al eliminar sus PPP.



Figura 1. Características PPP alrededor de la corona del glande peniano.

A pesar de la naturaleza benigna de estas lesiones, muchos pacientes se sienten ansiosos o humillados por sus PPP. En 1999, Sonnex y Dockerty evaluaron a 200 hombres que asistían a un departamento genitourinario, y encontraron una prevalencia de PPP en el 48% de los casos. Un tercio de ellos reportó preocupación por sus PPP y una cuarta parte había experimentado alguna situación embarazosa producto de sus PPP⁴.

El autor realizó un estudio en 20 pacientes que consultaron para la eliminación de las PPP por láser de DCF mediante un cuestionario antes y después del tratamiento. La mayoría de los pacientes refirió un nivel de preocupación e influencia negativa de sus PPP en su vida sexual: el 60% las consideró graves o extremas y el 70% respondió que había sufrido alguna situación embarazosa en su vida producto de las PPP. Más llamativo es el grado de mejoría que manifiestan los pacientes: en el 90% de los casos los pacientes calificaron que su vida sexual había mejorado mucho o extremadamente después del tratamiento de las PPP¹⁷ (Figs. 2 y 3).

En el mismo estudio sorprendió la alta desinformación de los tratamientos existentes para las PPP y cómo otros médicos habían minimizado el problema: el 75% de los pacientes refirió haber consultado previamente a otro médico, y la respuesta más frecuente fue que las «PPP son lesiones benignas sin ningún tratamiento» (Tabla 1).

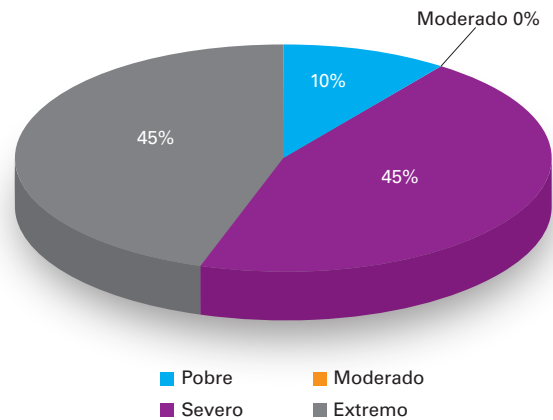


Figura 2. Valoración del grado de afección en la calidad de vida sexual a causa de las PPP de los pacientes que consultan para tratamiento con láser de CO₂ fraccionado.

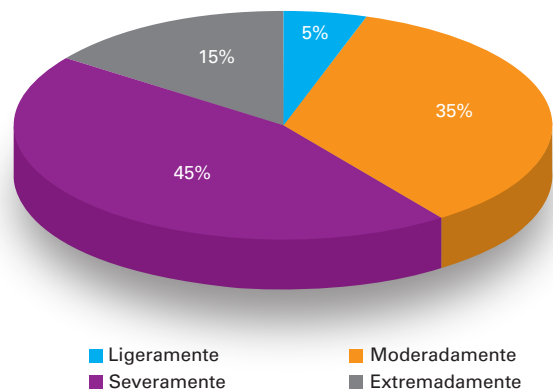


Figura 3. Valoración del grado de mejoría en la calidad de vida sexual después del tratamiento con láser de CO₂ fraccionado de las PPP.

Tabla 1. Antecedente de consultas previas al tratamiento con láser de las PPP

Cita médica previa		
Especialidad médica	Número/porcentaje	
N.º citas médicas previas	5	(25%)
Dr. clínico	1	(5%)
Dermatólogo	1	(5%)
Urólogo	6	(30%)
Urólogo + Dermatólogo	4	(20%)
Urólogo + Dr. clínico	3	(15%)
	} Urólogo: 65%	

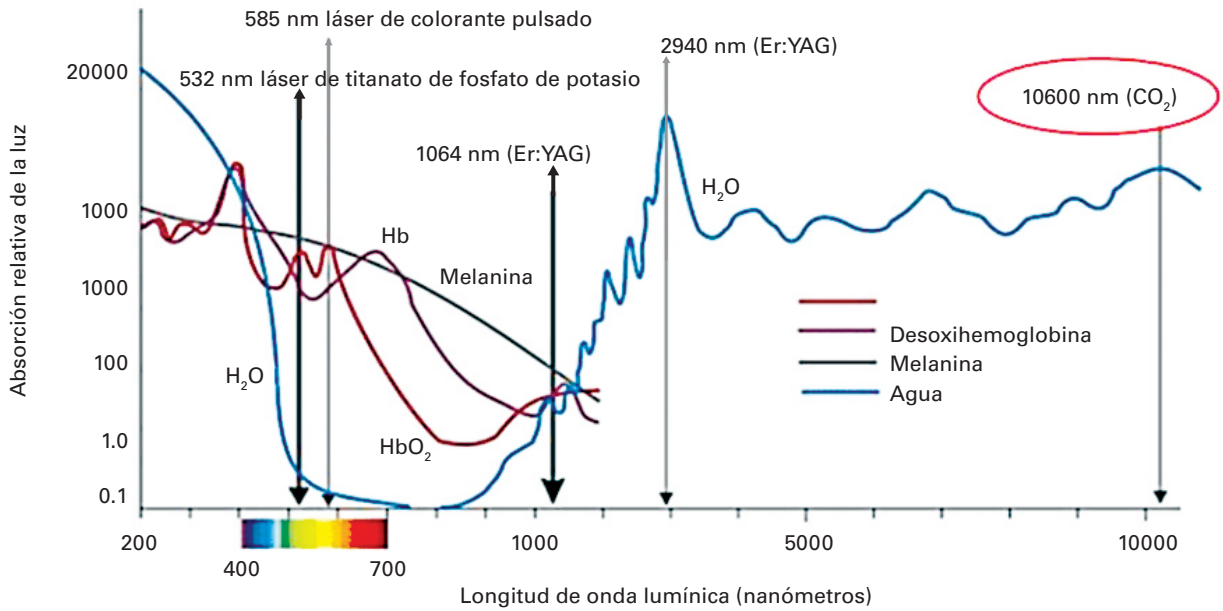


Figura 4. Espectro electromagnético de la luz. El láser de DCF trabaja en la longitud de onda de 10,600 nm, siendo así absorbido por el agua intracelular (elemento cromóforo).

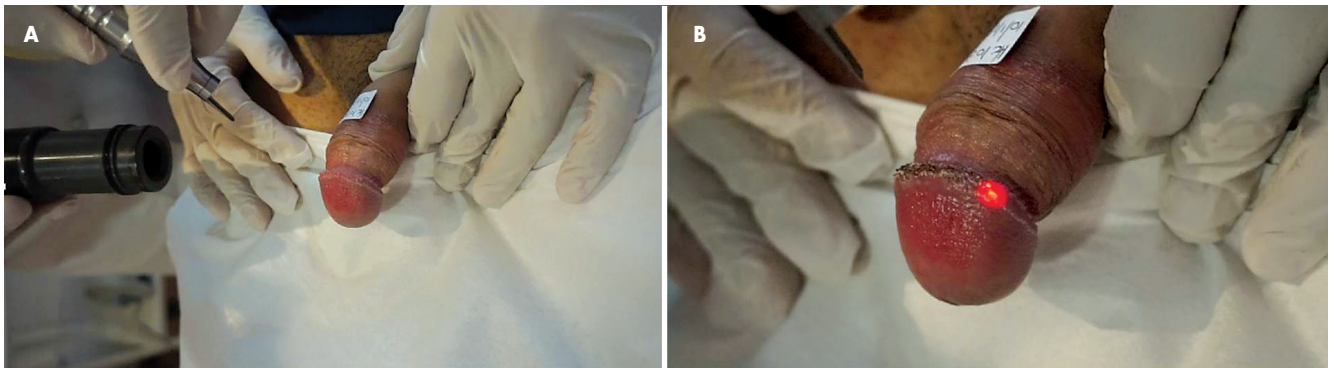


Figura 5. Características del tratamiento y *endpoint*. **A:** imagen del tratamiento. Previa aplicación de crema anestésica (lidocaína al 23% y tetracaína al 7%) unos 15-20 min antes del tratamiento sobre la zona a tratar, y bajo uso de aire frío a 4 °C, se aplica el láser de DCF. Nótese la importante distancia entre la pieza de mano y las pápulas perladas, aproximadamente unos 5 cm, para lograr desenfocar el haz de luz y lograr el efecto de fotocoagulación. **B:** *endpoint*. El punto de eficacia se logra al obtener fotocoagulación de las pápulas perladas evidenciado por medio de costras inmediatas. Se observa el haz de luz guía del cabezal de aplicación láser sobre el glande.

Respecto a los diferentes tipos de láser para tratar las PPP⁹⁻¹³, el láser de DCF es el de preferencia del autor dada su alta afinidad por el elemento cromóforo, el agua intracelular, limitando así la lesión exclusivamente a la epidermis y dermis.

MECANISMO DE ACCIÓN

Los láseres de DCF abarcan una longitud de onda 10,600 nm dentro del espectro

electromagnético y su elemento cromóforo es el agua intracelular (Fig. 4).

El autor utiliza láser de DCF con mano de pieza quirúrgica, separando el punto focal a 5 cm de la superficie del pene, ya que de esta manera se obtiene ablación y hemostasia precisa, control de sangrado y se evita dejar cicatriz o lesión permanente. El *endpoint* o punto de eficacia terapéutica es la aparición de costras y la no visualización de pápulas en el momento de aplicar el haz de luz sobre las lesiones (Fig. 5).



Figura 6. Fotografías antes (A) y después (B) de tratamiento con láser de CO₂ fraccionado de PPP en un paciente de 23 años. Fotografías antes (C) y después (D) de tratamiento con láser de CO₂ fraccionado de PPP en un paciente de 29 años. Y fotografías antes (E) y después (F) de tratamiento con láser de CO₂ fraccionado de PPP en otro paciente de 29 años

Se realizan una o dos sesiones, con una separación de 15 días, para asegurarse de que no queden pápulas remanentes. Los resultados del tratamiento se pueden evidenciar en las figuras 6.

El dolor durante el tratamiento es bien tolerado aplicando cremas anestésicas (lidocaína al 7%, tetracaína al 7%) antes del tratamiento y aire frío a 4 °C durante el mismo.

INDICACIONES

Todo varón, independientemente de la edad, con presencia de PPP y que manifiesta su incomodidad y preocupación debería ser tratado. Según los resultados obtenidos en el trabajo publicado por el autor, cuanto antes se traten mejor, para así evitar alteraciones en la vida sexual del paciente¹⁷.

CONTRAINDICACIONES

Además de las contraindicaciones habituales de los procedimientos ablativos, como las

discrasias sanguíneas, y en los pacientes inmunocomprometidos, en este caso debemos agregar lesiones que hagan dudar entre PPP y otras enfermedades genitales como:

- Papilomatosis.
- Liquen plano.
- Manchas de Fordyce.
- Balanitis.
- Condiloma.
- Displasia intraepitelial.

Ante duda diagnóstica, lo indicado es realizar una biopsia y actuar según el resultado de la misma.

CUIDADOS POSTRATAMIENTO

Hay que indicar al paciente que debe lubricar de forma constante el área tratada con cremas humectantes o vaselina sólida, y así evitar el roce con posible exfoliación temprana de costras y sangrado. En caso de presentar sangrado, se le instruye a comprimir la zona sangrante con gasa o algodón durante un periodo de

aproximadamente 5 min, logrando así la coagulación buscada.

No puede masturbarse ni tener actividad sexual por un periodo de 15 días postratamiento.

Perlas clínicas

- Los pacientes con PPP merecen recibir información correcta y completa por parte de los médicos no sólo sobre el origen benigno y no infec-

cioso de esta enfermedad, sino también de todas las formas actualmente disponibles para su tratamiento.

- *El grado de alteración de la salud sexual y cómo afectan a la calidad de vida sexual, las escasas o nulas complicaciones del tratamiento con láser de DCF, y el alto grado de satisfacción y cambio en la calidad de vida sexual tras la eliminación de las PPP deben ser importantes incentivos para promover su rápido tratamiento una vez que el paciente consulta para eliminarlas.*

BIBLIOGRAFÍA

1. O' Neil CA, Hansen RC. Pearly penile papules on the shaft. Arch Dermatol. 1995;131:491-2.
2. Maranda EL, Akintalo L, Hundley K, et al. Laser therapy for the treatment of pearly penile papules. Lasers Med Sci. 2017;32(1):243-8.
3. Deda A, Lipka-Trawińska A, Wilczyński S, et al. CO2 laser treatment for pearly penile papules - personal experience. J Cosmet Laser Ther. 2019;21(3):152-7.
4. Sonnex C, Dockerty WG. Pearly penile papules: a common cause of concern. Int J STD AIDS. 1999;10:726-7.
5. 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(3):433-5.
6. Leung A, Barankin B. Pearly penile papules. J Pediatr. 2014;165(2):409.
7. Lane JE, Peterson CM, Ratz JL. Treatment of pearly penile papules with CO2 laser. Pediatr Dermatol. 2015;32(3):433-5.
8. Kauvar AN, Waldorf HA, Geronemus RG, et al. A histopathological comparison of "char-free" carbon dioxide lasers. Dermatol Surg. 1996;22(4):343-8.
9. Baumgartner J. Erbium: yttrium-aluminum-garnet (Er: YAG) laser treatment of penile pearly papules. J Cosmet Laser Ther. 2012;14(3):155-8.
10. Porter WM, Bunker CM. Treatment of pearly penile papules with cryotherapy. Br J Dermatol. 2000;142(4):847.
11. McKinlay JR, Graham BS, Ross VE. The clinical superiority of continuous exposure versus short-pulsed carbom dioxide laser exposures for the treatment of pearly penile papules. Dermatol Surg. 1999;25(2):124-6.
12. Ocampo-Candiani J, Cueva-Rodriguez JA. Cryosurgical treatment of pearly penile papules. J Am Acad Dermatol. 1996;35:486-7.
13. Sapra P, Sapra S, Singh A. Pearly penile papules effective therapy with pulsed dye laser. JAMA Dermatol. 2013;149(6):748-50.
14. Gan SD, Graber EM. Treatment of pearly penile papules with fractionated CO2 laser. J Clin Aesthet Dermatol. 2015;8(5):50-2.
15. Magrid M, Garden JM. Pearly penile papules: treatment with carbon dioxide laser. J Dermatol Surg Oncol. 1989;15(5):552-4.
16. Rokhsar CK, Ilyas H. Fractional resurfacing for the treatment of pearly penile papules. Dermatol Surg. 2008;34(10):1420-2.
17. Pérez Rivera F. Fractionated CO2 laser treatment for pearly penile papules: evaluation of clinical results and sexual health quality of life improve. EJPS. 2020. En prensa.
18. Flynn K, Lin L, Watkins Bruner D, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. J Sex Med. 2016;13(11):1642-50.

