



Identification of dermatological lesions on the external genitalia

Identificación de lesiones dermatológicas en los genitales externos

César Iván Varela Hernández,¹ Nathalia Malvey Herrera,¹ Geovanna Andrea Ayala Monroy,¹
 Felipe E. Estupiñán López,¹ Herney Andrés García-Perdomo.^{1*}

Abstract

Objective: To identify the lesions in the external genitalia and describe the possible related factors in the adult population treated in the dermatology service of the Hospital Universitario del Valle

Methods: An observational descriptive study was carried out, applying a survey to collect clinical and sociodemographic data and a physical examination was carried out to describe the dermatological lesions and diseases on the external genitalia of the patients treated

Results: We included 59 patients (34 women [57.6%] and 25 men [42.4%]). Twenty-one patients (35.6%) had external genital lesions, of which, nine (42.9%) were papules, eight (38.1%) plaque-like lesions, two (9.5%) macules, one (4.8%) papule + plaque, one (4.8%) papule + pustule. Among the registered diagnostic impressions are: folliculitis (4), tinea cruris (3), psoriasis (2), vitiligo (2), viral warts (2), balanitis (1), condylomas (1), skin tags (1), intertrigo candidiasico (1), bowenoide papulosis (1), Fordyce angiokeratoma (1). 52.5% (31) of the respondents referred overweight and obesity, 15.3% (9) type 2 diabetes mellitus, and 15.3% (9) hypertension, as comorbidities. 57.6% (34) presented sexual activity in the last year; 74.6% (44) denied condom use, 15.3% (9) occasional use, and 10.2% (6) routine use. 92% (23) of male patients surveyed had a history of circumcision. 61% (36) referred the use of some method of hair removal, of which 92% (33) were by shaving.

Conclusions: We found a frequency of lesions in the external genitalia of 35.6%; being the papules and plaques, the primary lesions most reported in this study. The predominant symptom was pruritus; related to infectious etiology (ringworms, folliculitis, warts), and to local manifestations of a general disease (psoriasis, vitiligo, mycosis fungoides).

Keywords: Genital dermatoses, external genital organs, vulvar diseases, vulvar dermatoses, male genitalia

Autor de correspondencia:

*Herney Andrés García-Perdomo. Dirección: Cll 4B # 36 - 00. Correo electrónico: herney.garcia@correounivalle.edu.co

Citación: Citación: Varela Hernández C. I., Malvey Herrera N., Ayala Monroy G. A., Estupiñán López F. E., García-Perdomo H. A. *Identificación de lesiones dermatológicas en los genitales externos. Rev Mex Urol.* 2021;81(5):pp.1-11

¹ Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Recibido: 04 de noviembre de 2020
Aceptado: 10 de noviembre de 2021



Resumen

Objetivo: Identificar las lesiones dermatológicas en los genitales externos y describir los posibles factores relacionados, en la población adulta atendida en el servicio de dermatología del Hospital Universitario del Valle.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, aplicando una encuesta para recolectar los datos clínicos y sociodemográficos, y se efectuó el examen físico para describir las lesiones y las enfermedades dermatológicas en los genitales externos de los pacientes atendidos.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes (34 mujeres [57.6%] y 25 hombres [42.4%]). Veintiún pacientes (35.6%) presentaron lesiones en los genitales externos, de las cuales, nueve (42.9%) fueron pápulas, ocho (38,1%) lesiones tipo placa, dos (9.5%) máculas, uno (4.8%) pápula + placa, uno (4.8%) pápula + pústula. Entre las impresiones diagnósticas registradas se encontró: foliculitis (4), tiña inguinal (3), psoriasis (2), vitiligo (2), verrugas virales (2), balanitis (1), condilomas (1), fibroma laxo (1), intertrigo candidiásico (1), papulosis bowenoide (1) y angioqueratoma de Fordyce (1). 52.5% (31) de los encuestados tenían sobrepeso y obesidad, 15.3% (9) *diabetes mellitus* tipo 2 y 15.3% (9) hipertensión arterial, como comorbilidades. 57.6% (34) tuvo actividad sexual en el último año; 74.6% (44) negó uso de preservativo, 15.3% (9) uso ocasional y 10.2% (6) uso rutinario. 92% (23) de los hombres encuestados presentaba antecedente de circuncisión. 61% (36) refirió el uso de algún método de depilación de los cuales 92% (33) fue por rasurado.

Conclusiones: Se encontró una frecuencia de lesiones dermatológicas en los genitales externos del 35,6%; fueron las pápulas y las placas las lesiones primarias más reportadas en este estudio. El síntoma predominante encontrado fue prurito; relacionadas a etiología infecciosa (tiñas, foliculitis, verrugas), y a manifestaciones locales de una enfermedad general (psoriasis, vitiligo, micosis fungoide).

Palabras clave:

Dermatosis genitales, órganos genitales externos, enfermedades vulvares, dermatosis vulvares, genitales masculinos

Introducción

Los genitales externos son un área en donde confluyen varios sistemas y estructuras. Se caracteriza por la coexistencia de múltiples tejidos y órganos.⁽¹⁾

Muchas enfermedades pueden afectar esta área, ya sea una dermatosis de etiología infecciosa, procesos tumorales o manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas.⁽²⁾ Estas entidades son relativamente comunes en la consulta dermatológica y representan una fuente de preocupación, no sólo para el

paciente sino para el médico, quien puede tener confusión al momento de evaluar, dado que las características usuales de las enfermedades, en los sitios de flexión, se modifican o se pierden,⁽²⁾ dificultando el análisis, por lo que es indispensable conocer el cuadro clínico, su abordaje, el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones de la zona genital.^(1,3)

La incidencia y la prevalencia real de las dermatosis en los genitales no se conoce probablemente debido a su escaso reporte, bien

sea por falta de conocimiento o por el retraso de los pacientes en consultar.⁽¹⁾ En los últimos años se ha reportado un aumento en la frecuencia de diferentes dermatosis del área genital como dermatitis de contacto, quemaduras asociadas a depilación, fenómenos inflamatorios e infecciones, entre otras.⁽²⁾ Es posible que los cambios culturales y el mayor acceso a los servicios de salud tengan que ver con dicho aumento aparente en la prevalencia de estas lesiones, sin embargo, también es importante considerar otras posibles causas como los cambios en los hábitos sexuales y del cuidado de la zona genital.^(1,4)

Si bien existen estudios donde se evalúan de forma aisladas las lesiones traumáticas en los genitales externos o se caracterizan las dermatosis genitales femeninas o masculinas, no existen a la fecha estudios locales que evalúen la prevalencia real de las enfermedades dermatológicas de los genitales externos, y que hagan un enfoque desde el punto de vista dermatológico y sus factores asociados.⁽¹⁾ El objetivo del presente estudio fue identificar las lesiones dermatológicas en los genitales externos y describir los posibles factores relacionados.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que asistieron a la consulta externa del servicio de dermatología del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” en la ciudad de Santiago de Cali, que consultaron por cualquier causa dermatológica.

Se excluyeron pacientes con enfermedades psiquiátricas severas o déficit mental que no les permitiera la toma de decisiones, pacientes

menores de 18 años, y quienes no aceptaran participar en el estudio o que no firmaran el consentimiento informado.

Se realizó un muestreo por conveniencia de todos los pacientes que llegaron a la consulta de dermatología general, del servicio de dermatología del Hospital Universitario del Valle. Se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y previa explicación y firma del consentimiento informado, se realizó una encuesta con información sociodemográfica y relacionada con la historia clínica del paciente, siguiendo el formato de encuesta diseñado para la recolección de datos; posterior a ella, el examen físico dermatológico enfocado en la evaluación de la piel de los genitales externos, con el fin de identificar, describir y diagnosticar las enfermedades dermatológicas localizadas allí, con duración aproximada de cinco minutos. Se tomó registro fotográfico de las lesiones de todos los pacientes (previa firma del consentimiento informado para la toma de fotografías).

Se digitó en Excel la información obtenida de los Formatos de Recolección de Datos (FRD) por el grupo de investigadores y se realizó el análisis general y estadístico para presentar los resultados del estudio.

Análisis estadístico

Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se determinó la forma de distribución de los datos (Criterio de normalidad con prueba de Shapiro-Wilk). Las medidas resumen a utilizar para dichas variables, serán el promedio junto con la desviación estándar si la distribución es normal o la mediana junto con el rango

intercuartílico si no cumple con los criterios de normalidad. En el caso de las variables categóricas se utilizó la proporción. Se realizaron tablas de frecuencia para las variables sociodemográficas y para las variables sobre manifestaciones clínicas.

Resultados

Características generales y sociodemográficas

Se incluyeron 59 pacientes. 57.6% (34 pacientes) fueron mujeres (Tabla 1). El área de residencia urbana fue la que predominó con 84.7% del total de los casos. (Tabla 2)

La mayor proporción de pacientes 45.8% registró estado civil soltero, seguido por la unión libre 25.4% y por los casados 13.6%. La mayoría con escolaridad secundaria 49.2% y primaria 30.5%. La ocupación hogar con 17 personas (28.8%) y cesante con seis personas (10.2%), fueron las que ocuparon el primer y segundo lugar en frecuencia.

Tabla 1. Características generales

	<i>Mediana (RIC)</i>	<i>Mínimo- máximo</i>
Edad (años)	49 (31-59)	21-79
Edad de inicio vida sexual (años)	17 (14.5-19)	9-27
Peso (kilogramos)	65 (59.5-74)	42-104
Talla (metros)	1.64 (1.57-1.7)	1.49-1.85
IMC	25 (22-28.5)	17.5-33.5

Tabla 2. Características sociodemográficas

<i>Característica</i>	<i>No. (%) de Pacientes</i>	
Sexo	Femenino	34 (57.6)
	Masculino	25 (42.4)
Área de residencia	Rural	9 (15.3)
	Urbana	50 (84.7)
Estado civil	Casado	8 (13.6)
	Divorciado	4 (6.8)
	Soltero	27 (45.8)
	Unión libre	15 (25.4)
	Viudo	5 (8.5)

Continúa

<i>Característica</i>		<i>No. (%) de Pacientes</i>
Escolaridad	Ninguna	3 (5.1)
	Primaria	18 (30.5)
	Secundaria	29 (49.2)
	Técnica	7 (11.9)
	Universitaria	2 (3.4)
Ocupación	Agentes comerciales y corredores	3 (5.1)
	Agricultores, jardineros y afines	2 (3.4)
	Albañiles, mamposteros y afines	1 (1.7)
	Artesanos de los tejidos, el cuero y similares	1 (1.7)
	Aseadores	2 (3.4)
	Auxiliares administrativos y afines	1 (1.7)
	Cesante	6 (10.2)
	Personal doméstico y cocina	4 (6.8)
	Empleados de bibliotecas y archivos	1 (1.7)
	Estudiante	3 (5.1)
	Filósofos, historiadores y ciencias políticas	1 (1.7)
	Hogar	17 (28.8)
	Mecánicos y ajustadores de vehículos de motor	1 (1.7)
	Obreros de construcción	2 (3.4)
	Panaderos, pasteleros y confiteros	1 (1.7)
	Personal de los servicios de seguridad	2 (3.4)
	Personal de servicio a pasajeros	1 (1.7)
	Pescadores	1 (1.7)
	Profesor de educación secundaria	1 (1.7)
	Recepcionistas, empleados de información y servicio al cliente	2 (3.4)
	Recreacionistas, prestidigitadores y afines	2 (3.4)
	Sastres, modistos, costureros y afines	3 (5.1)
	Vendedores ambulantes	1 (1.7)

Descripción clínica y comportamental

De los pacientes encuestados 71.3% referían al menos una comorbilidad, siendo la obesidad la que ocupó el primer lugar en orden de frecuencia (52.5%) con 31 casos, seguida por diabetes (15.3%) e hipertensión (15.3%), con nueve casos cada uno.

De los pacientes, 57.6% (34 pacientes) referían vida sexual activa en el último año. 96.6% de los encuestados registró "heterosexual" como orientación sexual. 54.2% (32 pacientes) reportó una a dos parejas sexuales en el último año, y 5.1% (3 pacientes) 3 o más parejas. Quince personas (25.4%) refirieron haber tenido al menos un episodio de infección de transmisión sexual, de los cuales se encuentran condilomas en seis pacientes (40%), sífilis en dos (13.3%) y VIH en dos (13.3%). En cuanto a hábitos de higiene, 37 personas (62.7%) reportaron el uso de jabón y 10 (16.9%) pacientes el de jabón íntimo. 61% (36) registró antecedente de depilación y de ellos 92% (33) utilizaba rasuradora como método de depilación (Tabla 3).

Tabla 3. Características comportamentales

	No. (%) pacientes	
Vida sexual activa en el último año	No	25 (42.4)
	Sí	34 (57.6)
Relaciones sexuales con personas mismo sexo	No	57 (96.6)
	Sí	2 (3.4)
Número de parejas sexuales en el último año	Ninguno	24 (40.7)
	1-2	32 (54.2)
	3 o mas	3 (5.1)
Frecuencia de uso de preservativo	Nunca	44 (74.6)
	Ocasionalmente	9 (15.3)
	Siempre	6 (10.2)
Antecedente de ETS	No	44 (74.6)
	Sí	15 (25.4)
Circuncisión	No	23 (92)
	Sí	2 (8)
Uso de protectores íntimos	No	20 (60.6)
	Sí	13 (39.4)
Consumo de licor antes /durante relaciones sexuales	No	49 (83.1)
	Sí	10 (16.9)
Consumo de psicoactivos antes /durante relaciones sexuales	No	59 (100)
	Sí	0 (0)
Producto de aseo	Agua	4 (6.8)
	Jabón	37 (62.7)
	Jabón intimo	10 (16.9)
	Otro	8 (13.6)

Continúa

		No. (%) pacientes
Depilación	No	23 (39)
	Sí	36 (61)
Método de depilación	Cera	1 (2.8)
	Rasuradora	33 (91.6)
	Tijeras	2 (5.6)

* Un paciente puede presentar dos o más de estas características

En la evaluación clínica se encontraron lesiones en los genitales externos en 21 pacientes (35.6%), de las cuales, nueve (42.9%) fueron tipo pápula, 8 (38.1%) tipo placa y dos pacientes presentaron dos tipos de lesiones a la vez. La localización más común fue el pubis y la ingle con 11.9% (7 pacientes) cada uno, y discriminado por sexo la localización más común fue el escroto con seis casos (25%) y los labios mayores con tres pacientes (8.8%). La mayoría de los evaluados no reportaron síntomas; no obstante, 37.9% refirió un síntoma y el más frecuente fue el prurito con 41.4% (24 pacientes). En cuanto a la impresión diagnóstica de las lesiones encontradas, correspondieron a foliculitis, tiña inguinal, psoriasis, vitíligo y verrugas en su mayoría (Tabla 4).

Tabla 4. Variables clínicas

		No. (%)
Fototipo de piel	II	4 (6.8)
	III	13 (22)
	IV	21 (35.6)
	V	12 (20.3)
	VI	9 (15.3)
	Número de comorbilidades	0
1		25 (42.4)
2		7 (11.9)
≥3		10 (17)
Tipo de comorbilidad	Sobrepeso/obesidad	31 (52.5)
	Diabetes	9 (15.3)
	HTA	9 (15.3)
	Hipotiroidismo	2 (3.4)
	Otra	19 (32.2)
Presencia de lesiones en genitales externos	No	38 (64.4)
	Sí	21 (35.6)
Tipo de lesión cutánea	Pápula	9 (42.9)
	Placa	8 (38.1)
	Mácula	2 (9.5)
	Pápula y placa	1 (4.8)
	Pápula y pústula	1 (4.8)

Continúa

		No. (%)
Localización	Pubis	7 (11.9)
	Ingle	7 (11,9)
	Periné	3 (5.1)
	Perianal	3 (3.4)
	Escroto (hombres, n=25)	6 (25)
	Glande (hombres, n=25)	3 (12.5)
	Introito vaginal (mujeres, n=34)	1 (2.9)
	Labios mayores (mujeres, n=34)	3 (8.8)
Numero de síntomas	Ninguno	33 (56.9)
	1	22 (37.9)
	≥2	3 (5.1)
Tipo de síntomas	Dolor	3 (5.2)
	Prurito	24 (41.4)
	Otros	2 (3.4)
Diagnóstico de lesiones	Foliculitis	4
	Tiña inguinal	3
	Verrugas	2
	Psoriasis	2
	Vitíligo	2
	Condilomas	1
	Papulosis bowenoide	1
	Intertrigo candidiásico	1
	Angioqueratoma de Fordyce	1
	Micosis fungoide	1
	Sebocistoma	1
	Balanitis	1
	Fibroma laxo	1
	Quistes de milio	1

*Un paciente puede presentar dos o más de estas características

Discusión

Al igual que la piel de otras regiones corporales, los genitales externos son susceptibles de múltiples enfermedades dermatológicas,⁽⁵⁾ las cuales podrían clasificarse en cinco grandes grupos con el fin de orientar las posibles causas y diagnósticos diferenciales: variantes normales, enfermedades infecciosas, manifestación genital de enfermedades sistémicas o de dermatosis extragenitales, dermatosis genitales primarias y lesiones preneoplásicas o neoplásicas.⁽⁶⁾

Dentro de las variantes normales de los genitales masculinos se destacan las pápulas perladas del pene, enfermedad de Fordyce, nevos melanocíticos y los angioqueratomas,⁽⁴⁾ siendo las

pápulas perladas del pene la entidad más frecuentemente encontrada.⁽¹⁾ En nuestro estudio sólo se encontró un caso de angioqueratoma de Fordyce y de quistes de milio, dentro de esta subclasificación.

Las enfermedades infecciosas se dividen a su vez en dos grupos: las infecciones de transmisión sexual y las que no se transmiten por contacto sexual.⁽¹⁾ Dentro de las infecciones de transmisión sexual las más frecuentemente reportadas son las verrugas genitales, el herpes simple y el molusco contagioso. En nuestro reporte se encontró dos casos de verrugas genitales y uno de condilomas. Sin embargo, este grupo incluye otras enfermedades que en la actualidad son menos frecuentes como la sífilis primaria, el linfogranuloma venéreo y el chancroide. Dentro de las que no se relacionan con la actividad sexual como vía principal de transmisión, se encuentran la pediculosis, la foliculitis, la escabiosis, las tiñas y la candidiasis mucocutánea.⁽⁷⁾ De estas, se encontró cuatro casos de foliculitis, tres de tiña inguinal y un caso de intertrigo candidiásico dentro de la muestra de pacientes evaluada.

En el grupo de las dermatosis extragenitales que pueden comprometer los genitales, se destacan el vitíligo, el liquen plano, la dermatitis seborreica, la psoriasis, la hidradenitis supurativa, la enfermedad de Behcet, el pénfigo vulgar, el penfigoide cicatrizal y la erupción fija por medicamentos.⁽⁸⁾ Dentro de las cuales reportamos dos casos de psoriasis, dos de vitíligo y uno de micosis fungoide en el grupo de pacientes evaluados. En relación con las dermatosis genitales primarias se destacan la balanitis de Zoon, los lentigos o melanosis del pene, el liquen escleroso, la calcinosis escrotal, el xantoma verruciforme, el liquen simple crónico, la dermatitis de contacto y las fisuras vulvares,

entre otras;^(7,9) la balanitis fue la única entidad encontrada en nuestro estudio, con un caso.

Saraswat *et al.*, reportaron 100 pacientes masculinos con dermatosis genitales no venéreas y los diagnósticos más prevalentes fueron vitíligo (18%), pápulas perladas del pene (16%) y erupción fija medicamentosa (12%).⁽²⁾ Los hallazgos más frecuentes fueron el prurito y los cambios de pigmentación, seguidos por dolor, eritema y descamación, entre otros. Sin embargo, en este estudio no se incluyeron mujeres lo que impide inferir la prevalencia real de dichas enfermedades en la población general.⁽²⁾ La proporción de pacientes con lesiones dermatológicas en los genitales externos fue de 35.6%. Para nuestra muestra, el síntoma más prevalente fue el prurito seguido por el dolor, y las lesiones primarias mayormente encontradas fueron las pápulas y las placas.

En cuanto a las dermatosis vulvares, se ha reportado la dermatitis de contacto como una causa frecuente de sintomatología vulvovaginal, siendo el eczema la dermatosis más frecuente, con positividad en las pruebas de parche de 47%, siendo los alérgenos más frecuentemente descritos la neomicina, el níquel y la mezcla de fragancias, entre otros.⁽¹⁰⁾ Ningún caso de dermatitis de contacto fue encontrado en nuestro estudio.

Además, las enfermedades dermatológicas que afectan los genitales externos se caracterizan por presentar con frecuencia manifestaciones inespecíficas y falla terapéutica tras múltiples tratamientos empíricos, debido a su multicausalidad y las dificultades para llegar a un diagnóstico definitivo.⁽⁷⁾ Existen múltiples factores identificados como potenciadores o modificadores de dichas enfermedades. En algunas series que han evaluado de forma independiente las dermatosis genitales masculinas,

se ha reportado una menor prevalencia de estas en pacientes circuncidados, principalmente de infecciones y otras dermatosis como psoriasis, dermatitis seborreica, liquen plano y liquen escleroso.⁽¹¹⁾ No obstante, en nuestro estudio no fue posible determinar asociación causal entre las distintas variables, posiblemente por el número de muestra efectivo evaluado.

Otro de los factores propuestos como exacerbante de lesiones dermatológicas de la región genital es la eliminación del vello púbico, una práctica que se ha incrementado especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, por razones relacionadas con su sexualidad y cosmética.⁽¹²⁾ Se ha descrito que la depilación genital tiene un efecto notable sobre el microambiente genital, por cambios en la barrera cutánea, que puede conducir a infecciones por herpes, virus del papiloma humano y del molusco contagioso.⁽²⁾

Se ha considerado que puede resultar en efectos adversos para la salud,⁽¹²⁾ con complicaciones descritas, incluidas quemaduras genitales por depilación, irritación grave de la piel que puede generar hiperpigmentación posinflamatoria e infección vulvar y vaginal, y la propagación o transmisión de infecciones de transmisión sexual.⁽¹²⁻¹⁴⁾

En nuestro caso no fue posible establecer esta relación por diversos factores limitantes, entre ellos el número final de pacientes reclutados en el estudio. Faltarían nuevos estudios con mayor número de pacientes incluidos para determinar dicha asociación y otras variables relacionadas. Del mismo modo, no encontramos asociación estadísticamente significativa entre hábitos de cuidado (higiene, depilación, uso de protectores) o comportamiento (relaciones sexuales, consumo de licor o sustancias psicoactivas, entre otros) y la aparición de lesiones genitales.

Limitaciones

Nuestro estudio presentó como principal limitación un bajo tamaño de muestra, relacionado con la poca disposición de gran parte de la población atendida, de autorizar la evaluación y el examen físico del área genital y de relatar los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

Conclusión

La zona genital puede incluir distintos tipos de lesiones y dermatosis, cuya prevalencia no ha sido suficientemente establecida. Se encontró una alta frecuencia de lesiones dermatológicas en los genitales externos, siendo las pápulas y las placas las lesiones primarias más reportadas en este estudio.

Este estudio propone una valiosa aproximación para conocer la prevalencia de las lesiones y enfermedades dermatológicas en los genitales externos en población local y un acercamiento hacia posibles factores relacionados. Se deben realizar estudios adicionales en población local con muestras de mayor número para ampliar la información y obtener datos más precisos.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. **Lakjiri S, Meziane M, Elloudi S, Sy O, Nejari C, Mernissi FZ.** Les dermatoses génitales: profil épidémiologique et Clinique. *Pan Afr Med J.* 2014;18:240. doi: 10.11604/pamj.2014.18.240.4797
2. **Saraswat PK, Garg A, Mishra D, Garg S.** A study of pattern of nonvenereal genital dermatoses of male attending skin OPD at a tertiary care center. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2014;35(2):129–34. doi: 10.4103/2589-0557.142408
3. **Peña Romero A G, Díaz González J. M, Domínguez Cherit J, Domínguez Soto L.** Patología dermatológica genital. *Dermatología Cosmética Médica y Quirúrgica.* 2013;11(4):288–300.
4. **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(1):17–20. doi: 10.5173/ceju.2012.01.art5
5. **Bunker C, Neill S.** The genital, perianal and umbilical regions. In: *Rook's Textbook of Dermatology.* 7th ed. Oxford: Blackwell Science; 2004. p. Oxford: Blackwell Science.
6. **Eichmann AR.** Dermatoses of the male genital area. *Dermatology.* 2005;210(2):150–6. doi: 10.1159/000082571
7. **Rosen T.** Update on genital lesions. *JAMA.* 2003;290(8):1001–5. doi: 10.1001/jama.290.8.1001
8. **Brzezińska-Wcisło L, Szeremeta-Bazylewicz G, Lis A, Rogala-Poborska I, Suwała-Jurczyk B.** Infectious non-venereal diseases affecting male and female external genital area. *Pol Merkur Lekarski.* 2003;14(83):468–71.
9. **Reed W H, Nickel W R, Winer L H.** Non-infectious inflammatory and neoplastic disorders of the male genitalia. *Calif med.* 1964;100(3):180–5.
10. **Marren P, Wojnarowska F, Powell S.** Allergic contact dermatitis and vulvar dermatoses. *Br J Dermatol.* 1992;126(1):52–6. doi: 10.1111/j.1365-2133.1992.tb08403.x
11. **Bunker CB.** Management of penile dermatoses. *Expert Review of Dermatology.* 2006;1(2):241–60. doi: 10.1586/17469872.1.2.241
12. **Demaria AI, Flores M, Hirth Jm, Berenson Ab.** Complications related to pubic hair removal. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(6): 528.e1-528.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.036
13. **Kaptanoglu AF, Duruk N.** Depilatory cream vs. shaving: does it influence recurrences of genital warts? *Dermatol Nurs.* 2005;17(3):202–3.
14. **Tiggemann M, Hodgson SM.** The Hairlessness Norm Extended: Reasons for and Predictors of Women's Body Hair Removal at Different Body Sites. *Sex Roles.* 2008; 59:889–97. doi: 10.1007/S11199-008-9494-3