

Caso clínico

Balanitis de Zoon

Sara Pérez Cortés,* Gisela Navarrete Franco,** Julio Enríquez Merino,*** Susana Esther Maya Aranda,**** Donají Sánchez Ferra****

RESUMEN

La balanitis de Zoon (BZ) es una dermatosis inflamatoria del pene, plasmocelular circunscrita, de etiología idiopática. Se presenta un caso y se hace una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Balanitis/vulvitis de células plasmáticas, balanitis plasmocelular circunscrita, eritroplasia de Zoon.

ABSTRACT

Zoon's balanitis is an inflammatory circumscribed plasma cell dermatosis of the penis of idiopathic etiology. We report a case of this entity and a short review of the literature.

Key words: *Balanitis/vulvitis of plasma cells, circumscribed plasmocellular balanitis, erythroplasia Zoon.*

INTRODUCCIÓN

La balanitis de Zoon (BZ) es una dermatosis inflamatoria del pene, de tipo plasmocelular circunscrita, de etiología idiopática. Ha sido llamada de diferentes formas, entre ellas: balanitis/vulvitis de células plasmáticas, balanitis plasmocelular circunscrita, eritroplasia de Zoon.

La dermatosis fue descrita en 1952 por JJ Zoon. La BZ afecta generalmente las glándulas del pene y prepucio, pero puede ocurrir en el surco balanoprepucial y en la superficie interna del prepucio.^{1,2} Se considera un proceso granulomatoso crónico,³ relativamente común en los hombres no circuncidados.⁴

Su naturaleza es polémica y las descripciones de sus características histopatológicas varían considerablemente de acuerdo a la literatura que se revise.

La evidencia sugiere que la BZ es una enfermedad crónica, reactiva, expresión clínica de una mucositis irritativa relacionada con un prepucio disfuncional, que conduce a la retención de orina, condicionando la fricción e irritación del área afectada; este proceso se encuentra favorecido por un mal aseo, lo que provoca la hipercolonización de agentes comensales, así como acúmulo de esmegma y descamación epitelial, que da como resultado el desarrollo de la dermatosis.⁴

EPIDEMIOLOGÍA

La BZ puede ocurrir a cualquier edad a partir de la tercera década de la vida. En las mujeres se ha cuestionado la existencia de la vulvitis de células plasmáticas como una entidad diferente, debido a que muchas de las características clínicas son indistinguibles del liquen plano erosivo, del penfigoide cicatrizal o del lupus eritematoso.

ETIOLOGÍA

Se desconoce, aunque la evidencia sugiere que es una mucositis reactiva crónica irritativa, principalmente relacionada a un prepucio disfuncional. Se han propuesto como factores importantes asociados la hipercoloniza-

* Jefa de la Clínica de Infecciones de Trasmisión Sexual.

** Jefa del Servicio de Dermatopatología.

*** Jefe del Servicio de Cirugía Dermatológica.

**** Residente de 4º año de Dermatología.

ción por: *Mycobacterium smegmatis*, virus del papiloma humano, virus herpes simple 2, trauma, irritación, etc.⁴

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En el varón, las lesiones del glande pueden permanecer asintomáticas o causar prurito o disuria. Se caracteriza por placas solitarias o múltiples, eritematosas, húmedas, no confluentes, característicamente con aspecto moteado en «pimentón picante». Algunas pueden presentar una tonalidad anaranjada. Suelen observarse lesiones en «beso» con afección de áreas adyacentes por contacto, por ejemplo alrededor del meato uretral (fosa navicularis); también es posible encontrar erosiones superficiales, nódulos o vegetaciones. Generalmente no se encuentra afectada la porción queratinizada del prepucio y glande.⁵ Las lesiones se resuelven lentamente, dejando una coloración «herrumbrosa». Sin embargo, tienden a la recurrencia y sólo remiten con el tratamiento definitivo.

La balanitis de Zoon puede encontrarse superpuesta con lesiones por otras enfermedades y modificar la presentación histopatológica, originando dificultades para el diagnóstico. Entre estas patologías se encuentran con mayor frecuencia: El liquen escleroso, la papulosis bowenoide y el carcinoma epidermoide del pene, por lo que se sugiere realizar el análisis clínico e histológico minuciosamente.^{5,6}

En un estudio actual, varios casos diagnosticados inicialmente como balanitis de Zoon, correspondieron a dermatitis de contacto alérgica, psoriasis, liquen plano y carcinoma de células escamosas *in situ*.⁷ Es importante, por lo tanto, reconocer la balanitis de Zoon como un patrón inespecífico que puede ocurrir, ya sea como un hallazgo aislado o que puede complicar otras enfermedades que afectan el glande o el prepucio de los hombres no circuncidados.⁶

En las mujeres se puede observar en cualquier zona de la vulva como placas eritematosas similares a las de los varones. Cursan de modo asintomático o con disuria, dispareunia, prurito o dolor.

HISTOLOGÍA

En la imagen histológica, lo característico es el adelgazamiento de la epidermis, con ausencia de las capas granular y córnea, los queratinocitos en forma de diamante o rombo, células basales con escasa disqueratosis y espongiosis. Puede haber ulceración. En la dermis se aprecia un infiltrado en banda de variable densidad, constituido por células plasmáticas.^{5,8}

En otros casos se puede observar ligero engrosamiento de la epidermis, paraqueratosis y un infiltrado liquenoide irregular de linfocitos y algunas células plasmáticas. Los casos más avanzados muestran atrofia de la epidermis, erosiones superficiales, dispersión de los neutrófilos en las capas superiores de la epidermis, espongiosis discreta, extravasación de eritrocitos, e infiltrado denso de células plasmáticas. Souteyrand, en 1981, comunica que la presencia de células plasmáticas puede ser ampliamente variable y sugiere que esta alteración es relativamente inespecífica.⁸ Los hallazgos adicionales, incluso en etapas posteriores, son inespecíficos y consisten en la presencia de hendiduras subepidérmicas, a veces con la pérdida de todo el espesor de la epidermis, así como marcada fibrosis de la dermis superficial y abundantes siderófagos.⁶

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los principales diagnósticos diferenciales son: 1. Liquen plano erosivo: en esta dermatosis la topografía principalmente afectada es la mucosa oral y menos frecuente la mucosa genital, constituida por ulceraciones cubiertas o no de coágulos de fibrina. 2. Liquen escleroso y atrófico de la región anogenital: predomina en las mujeres; también puede ser observada en varones y en otras áreas corporales. Se caracteriza por lesiones de aspecto papular, de color blanco marfileño, bien delimitadas, que pueden confluir y formar placas; pueden aparecer ampollas; suele acompañarse de dolor, prurito y disuria, principalmente cuando existen ulceraciones. 3. Penfigoide cicatrizal: se presenta sobre todo en personas ancianas y consiste en ampollas tensas que se rompen con facilidad y dejan ulceraciones; afecta la región bucofaríngea y rara vez mucosa nasofaríngea, esofágica, genital y rectal. 4. Lupus eritematoso: caracterizado por placas eritematoatróficas asintomáticas. Debido al aspecto clínico de la lesión en forma de placa bien delimitada, obliga a excluir la posibilidad de que se trate de una neoplasia cutánea maligna, principalmente carcinoma epidermoide *in situ* (eritroplasia de Queyrat)⁹ o una enfermedad de Paget extramamaria.

Otros diagnósticos diferenciales mencionados en la literatura son: Psoriasis, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, eritema pigmentado fijo y sarcoma de Kaposi.⁸

TRATAMIENTO

La circuncisión en general es resolutive y con mejores resultados a largo plazo. Se han propuesto otras medi-

das terapéuticas con resultados variables; un ejemplo de ello es el uso de corticoesteroides de alta potencia, los cuales pueden proporcionar alivio sintomático en aquellos pacientes que refieran ardor o prurito; también se ha propuesto el uso de tacrolimus ungüento al 0.1% aplicado 2 veces al día, que ha probado ser seguro y eficaz.³

Agentes tópicos antibacterianos y antifúngicos han tenido éxito limitado y no son curativos.² La ablación con láser (ejemplo dióxido de carbono o erbio, YAG) ha sido una alternativa para la circuncisión.¹ Imiquimod tópico al 5% se ha empleado recientemente con éxito.¹⁰ En general, los tratamientos médicos resultan poco satisfactorios.

PREVENCIÓN

Se considera que la higiene adecuada, así como la realización de la circuncisión en edades tempranas, puede disminuir la presencia de esta dermatosis.

PRONÓSTICO

Una vez realizada la circuncisión, se obtiene curación a largo plazo; en aquellos pacientes donde no se realiza dicho procedimiento se observa un curso crónico con remisiones y recaídas; se ha comunicado el desarrollo de carcinoma escamocelular *in situ*; se postula que la

inflamación crónica es un factor predisponente para su desarrollo.¹¹

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 17 años de edad, soltero, estudiante de bachillerato, originario de México, D.F. Presenta una dermatosis localizada al cuerpo del pene y el surco balanoprepucial, constituida por 3 exulceraciones, cubiertas por escasa secreción amarillenta filante no fétida. Cursa con periodos asintomáticos y en ocasiones con disuria de un año de evolución (*Figuras 1 y 2*).

Al interrogatorio, el paciente refiere la presencia de 2 manchas rojas en el pene de 1 año de evolución. En el transcurso del cuadro, el paciente acudió con médico urólogo, quien prescribió distintos tratamientos y medidas generales, entre ellos aciclovir, ciprofloxacino, ketorolaco, compresas de hielo, levofloxacino, *triticum vulgare* y fenoxietanol, rifampicina, cefurozima, nimesulide, vitamina C, A y D, antígenos multibacteriales lisados, fomentos con sulfato de cobre y dermolimpiador. Al no observar mejoría, solicitó la realización de exámenes de laboratorio y toma de biopsia de piel bajo la sospecha clínica de eritroplasia de Queyrat.

Los resultados de laboratorio e histopatología realizados son los siguientes: Glucosa 79 mg/dL, grupo Rh: 0 positivo, hemoglobina 14.8 g/dL, hematócrito 47%,



Figura 1. Exulceración a nivel del surco balanoprepucial.



Figura 2. Escasa fibrina en las exulceraciones.

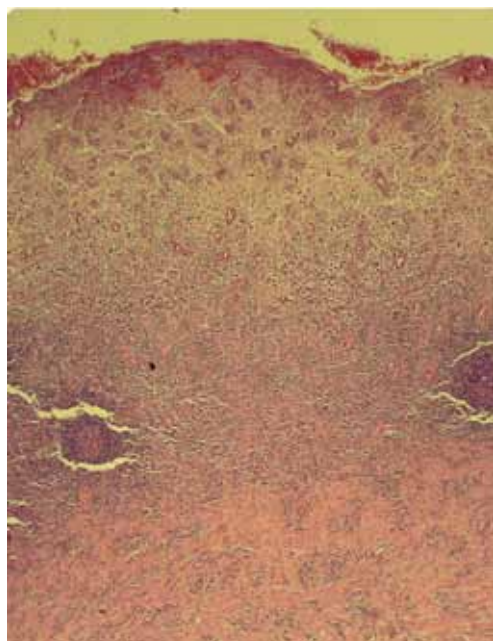


Figura 3. Se observa el epitelio ulcerado; el corion subyacente muestra un denso infiltrado con numerosos vasos dilatados (H&E 4x).

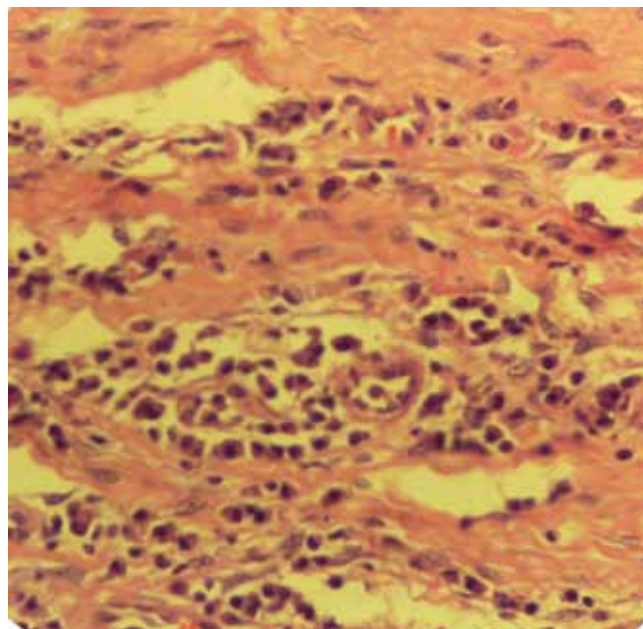


Figura 4. En esta imagen se hace evidente la calidad del infiltrado, que corresponde a células plasmáticas (H&E 25x).

leucocitos 5.8 miles/mmc, linfocitos 40%, segmentados 49%, bandas 3%, Ac anti-chlamydia IgG negativo, VDRL negativo, Ac anti-herpes IgG 0.5 UE.

En la biopsia de piel se observa proceso inflamatorio agudo y crónico de moderado a intenso, de etiología no determinada; infiltrado constituido por neutrófilos, linfocitos y algunos histiocitos, vasos sanguíneos congestivos. Sin datos de malignidad.

Al no presentar mejoría acude al Centro Dermatológico, en donde se considera la balanitis de Zoon como probabilidad diagnóstica, se revalora el estudio histopatológico en el Servicio de Dermatopatología, concluyendo que reúne criterios histológicos para emitir el diagnóstico de balanitis de Zoon (*Figuras 3 y 4*). Se inicia tratamiento a base de fomentos con acetato de calcio y sulfato de aluminio mañana y noche, así como aplicación posterior a cada fomento de *triticum vulgare* y 2 fenoxietanol. Se dan indicaciones sobre higiene personal y se envía al Servicio de Cirugía de este Centro para circuncisión, la cual se realiza sin complicaciones. A las cuatro semanas posteriores a la cirugía, la evolución es favorable (*Figura 5*).

COMENTARIO

Nuestro caso es de suma importancia debido a la baja frecuencia de presentación de esta entidad, lo cual incide en la dificultad diagnóstica, ya que la imagen morfológica es inespecífica y puede prestarse a confusión con



Figura 5. Cicatriz postcircuncisión, con exulceración en la región dorsal.

dermatosis de la región genital, que se manifiesta con ulceraciones. Lo anterior nos permite señalar que el dermatólogo debe tomar en cuenta una amplia gama de posibilidades diagnósticas en su práctica clínica, para ofrecer un adecuado tratamiento al paciente y de ser posible la solución del problema, como lo fue en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zoon JJ. Chronic benign circumscribed plasmocytic balanoposthitis. *Dermatologica* 1952; 105: 1-7.
2. Retamar RA, Kien MC, Chouela EN. Zoon's balanitis: presentation of 15 patients, five treated with a carbon dioxide laser. *Int J Dermatol* 2003; 42: 305-307.
3. Santos-Juanes J, Sánchez del Río J, Galache C, Soto J. Topical tacrolimus: An effective therapy for Zoon balanitis. *Arch Dermatol* 2004; 140: 1538-1539.
4. Singh S, Bunker C. Male genital dermatoses in old age. *Age Ageing* 2008; 37: 500-504.
5. English JC III, Laws RA, Keough GC. Dermatoses of the glans penis and prepuce. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 1-24.
6. Weyers W, Ende Y, Schalla W, Diaz-Cascajo C. Balanitis of Zoon: A clinicopathologic study of 45 cases. *Am J Dermatopathol* 2002; 24: 459-467.
7. Starritt E, Lee S. Erythroplasia of Queyrat of the glans penis on a background of Zoon's plasma cell balanitis. *Austr J Dermatol* 2008; 49: 103-105.
8. Bunker CB. *Male genital. Skin disease*. London, UK; Elsevier Saunders, 2005: 126-130.
9. Divakaruni AK, Rao AVC, Mahabir B. Erythroplasia of Queyrat with Zoon's balanitis: a diagnostic dilemma. *Int J Sextrans Dis* 2008; 19: 861-863.
10. Nasca MR, De Pasquale R, Micali G. Treatment of Zoon's balanitis with imiquimod 5% cream. *J Drugs Dermatol* 2007; 6: 532-534.
11. Micali G, Nasca M, Innocenzi D, Schwartz R. Penile cancer. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 369-391.

Correspondencia:
Dra. Sara Pérez Cortés.
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires,
Delegación Cuauhtémoc,
06780 México, D.F.
Tel. 5519 6351