

Balanitis plasmocitaria de Zoon

Plasma cell Zoon balanitis

Soky Del Castillo-Cabrera¹

RESUMEN

La balanitis de células plasmáticas o balanitis de Zoon, es una dermatosis inflamatoria del pene, de tipo plasmocelular circunscrita, curso crónico recurrente y etiología idiopática, más frecuente en varones adultos mayores, que por su presentación se puede confundir con la eritroplasia de Queyrat. Se presenta el caso de un paciente varón de 82 años con tiempo de enfermedad de 8 años que acude a consulta por presentar lesiones eritematosas granulomatosas, ulceradas y sangrantes en área prepucial. Se realiza biopsia donde se observa adelgazamiento de la epidermis, con ausencia de las capas granular y córnea, y presencia de infiltrado en banda de células plasmáticas. Se confirma el diagnóstico de balanitis plasmocitaria de Zoon y se inicia tratamiento con tacrolímús 0,1 %, fluconazol y econazol con buena respuesta al tratamiento.

PALABRAS CLAVES. Balanitis, balanitis plasmocitaria, células plasmáticas.

ABSTRACT

Zoon's balanitis or plasma cell balanitis is an inflammatory dermatosis of penis, type circumscribed plasmocellular, recurrent, chronic course and idiopathic etiology, more frequent in older adult males, which can be confused with the erythroplasia of Queyrat for his presentation. The case of a male patient of 82 years with disease 8 years duration that presented erythematous granulomatous lesions, ulcerated and bleeding in the preputial area is presented. Biopsy showing thinning of the epidermis, is performed with the absence of layers granular and cornea, and presence of band of plasma cell infiltrate. The diagnosis of plasmocytaria Zoon balanitis was confirmed and treatment with tacrolimus 0,1 %, fluconazole and econazole was initiated with good response to treatment.

KEY WORDS. Balanitis, Zoon's balanitis, plasma cell.

INTRODUCCIÓN

La balanitis de células plasmáticas, o balanitis plasmocitaria de Zoon (BPZ), fue descrita por Zoon en 1952.¹ Es un proceso inflamatorio poco frecuente caracterizado por la presencia de una placa eritematosa persistente, asintomática o con discreto prurito, localizada generalmente a nivel del surco balanoprepucial.

El dato diagnóstico característico es la presencia histopatológica de un infiltrado inflamatorio en banda compuesto principalmente por células plasmáticas. Existe un equivalente en la mujer conocida como vulvitis circunscrita plasmocelular.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con las denominadas lesiones rojas del glande: eritroplasia de Queyrat con potencial de malignidad, infecciones por candida, sífilis y psoriasis.

1. Médico residente de dermatología. Primer año Hospital Central Fuerza Aérea del Perú.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 82 años de edad, natural de Huancayo, con residencia en Lima, jubilado; con antecedente de vitíligo desde hace seis años en las axilas, caderas y pene, herniorrafia inguinal derecha, prostatectomía y colecistectomía. Hace dos años exéresis de tumor en cuerda vocal con diagnóstico anatomopatológico de papiloma con displasia grave.

Inicia su enfermedad en genitales hace ocho años, con curso insidioso progresivo, caracterizado por mácula eritematosa de 2 cm en área del prepucio, asintomático. Recibe tratamiento con antibióticos sistémicos, sin mejoría. Las lesiones se extienden al glande y surco balanoprepucial con escaso prurito. Se inicia tratamiento con corticoide tópico de baja y mediana potencia con leve mejoría; las lesiones recidiva al suspender el tratamiento.

Al examen físico preferencial, presentó en pene múltiples lesiones sin mal olor, áreas eritematosas, granulomatosas, que cicatrizan con hipocromía; formaciones friables, húmedas; pequeñas úlceras sangrantes, algunas de ellas con secreción serosa, otras purulenta; zonas con aspecto algodonoso, otras vegetantes (Figuras 1 y 2).

Exámenes auxiliares: hemograma, perfiles hepático y lipídico normales. VIH negativo, VDRL y RPR no reactivos. Examen micológico directo y cultivo de la lesión: *Candida sp.*

En el estudio histopatológico de piel de pene, adelgazamiento de la epidermis, con ausencia de las capas granular y córnea, los queratinocitos en forma de diamante o rombo, células



Figura 2. Lesión compromete el glande y el surco balanoprepucial.

basales con escasa disqueratosis y espongirosis; dermis con un infiltrado en banda de variable densidad, constituido por células plasmáticas (Figura 3).

En base a los hallazgos clínicos e histopatológicos, se integró el diagnóstico de BPZ. Se prescribió tacrolimús, 0,1 %, ungüento, bid; fluconazol, VO, 150 mg, en dosis semanal, y econazol, 1 %, crema. Se reevalúa en cuatro semanas, se observa evolución favorable y progresiva al continuar con el tratamiento.



Figura 1. Placa eritematogranulomatosa con áreas ulceradas.

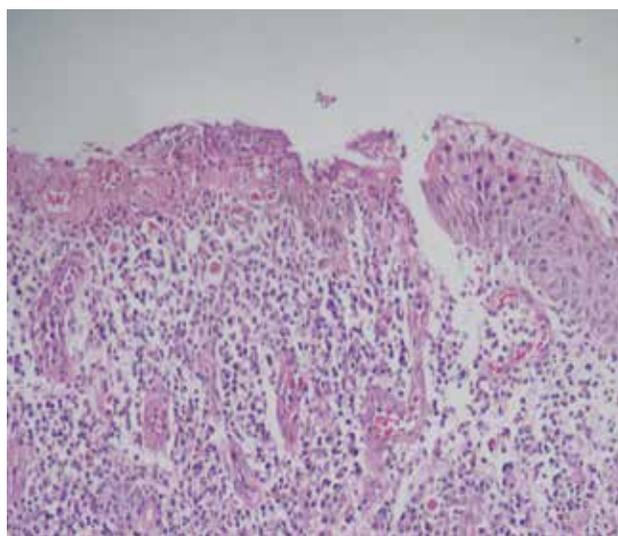


Figura 3. Infiltrado en banda constituido por células plasmáticas.

DISCUSIÓN

La BPZ es una dermatosis inflamatoria del pene, de tipo plasmocelular circunscrita, de etiología idiopática.¹ Ha sido llamada de diferentes formas, entre ellas balanitis/vulvitis de células plasmáticas, vulvitis/balanitis plasmocelular circunscrita y eritroplasia de Zoon.²

La BPZ afecta generalmente la región dorsal del glande y prepucio, suele ocurrir en el surco balanoprepucial y en la superficie interna del prepucio. Se considera un proceso granulomatoso crónico, más común en varones de mediana edad y adultos mayores no circuncidados.^{2,3}

La BPZ está considerada como un proceso inflamatorio reactivo cuya etiología exacta no es conocida. En su aparición pueden estar implicados factores irritantes crónicos, alérgicos, infecciosos locales y pobre higiene.² Lo característico es que tiene gran tendencia a persistir.⁵

Es importante destacar que todos los casos confirmados han sido en los hombres no circuncidados. Se ha propuesto que la fricción, el trauma, el calor, la falta de higiene, la infección crónica por *Mycobacterium smegmatis*, una respuesta reactiva a un agente desconocido exógeno o infeccioso, una respuesta de hipersensibilidad inmediata mediada por anticuerpos de inmunoglobulina de la clase E, e hipospadias pueden ser predisponentes o incitar a los agentes. Ninguna evidencia sugiere que la infección por virus del papiloma humano predispone a la aparición de BPZ. En la actualidad se cree que un hecho determinante para su aparición es la permanencia de la mucosa del glande en un medio húmedo y no circuncidado.⁶

Clínicamente, la BPZ se caracteriza por la presentación de una placa eritematosa, brillante, generalmente solitaria, de bordes irregulares y superficie lustrosa, a veces erosiva en el surco balano prepucial, glande o prepucio. Se describen manchas puntiformes eritematosas o violáceas (pimienta de Cayena) dentro de la placa.⁷ Las lesiones que suelen ser asintomáticas, pueden ser a veces muy pruriginosas.⁸

Sin embargo, se han descrito otras variantes clínicas de BPZ poco frecuentes tales como la erosiva, la pseudoangiomatosa, la vegetante y la nodular o plasmocantoma, cuyo diagnóstico se basa en los hallazgos histopatológicos. Se da más en varones de edad avanzada en los que a menudo existe alguna dificultad para descubrir correctamente el glande. La enfermedad suele seguir un curso crónico durante meses o años.⁵

Existe un equivalente a la BPZ en la mujer, se presenta como una placa aislada, de color rojo brillante, en la vulva. Esta patología es conocida como vulvitis circunscrita plasmocelular.⁵

Microscópicamente, se advierte un infiltrado de células plasmáticas (aunque en algunos casos pueden ser escasas), con formación de cuerpos de Russell, de disposición en banda en la dermis superficial y de carácter policlonal. Dentro del infiltrado inflamatorio también pueden identificarse hematíes, linfocitos, mastocitos y polimorfonucleares (eosinófilos y neutrófilos). Rara vez pueden constituirse folículos linfoides. Los capilares aparecen dilatados, lo que propicia extravasación eritrocitaria y depósitos de hemosiderina.^{5,8,9} En la histopatología, se observa un infiltrado de células plasmáticas de disposición en banda en la dermis superficial y de carácter policlonal. Figura 3.

La epidermis está adelgazada y frecuentemente muestra desaparición de sus estratos superiores, e incluso existe denudación epitelial focal (como consecuencia de las hendiduras subepidérmicas). Es frecuente observar en la epidermis hematíes, así como fenómenos de necrosis de queratinocitos, los cuales están edematosos y separados entre sí por edema intercelular uniforme.⁵

También se reconoce una variante nodular, denominada plasmocantoma, que corresponde a una proliferación epitelial verruciforme con infiltración por células plasmáticas. Aunque el plasmocantoma había sido descrito como una entidad separada, su presentación en las mismas localizaciones y la coexistencia de ambas lesiones en los mismos pacientes hacen que se consideren como dos expresiones de una misma entidad.⁵

Se realiza el diagnóstico correlacionando los datos de la clínica y la histología y descartando enfermedades con apariencia similar.⁷ Como claves diagnósticas se indica:

- ▲ Placa eritematosa discretamente infiltrada a nivel de surco balanoprepucial.
- ▲ Placa asintomática o con discreto prurito.
- ▲ Persistencia del cuadro, que no responde a tratamientos antifúngicos y antiinflamatorios, lo que debe conducir al estudio histopatológico imprescindible para el diagnóstico.⁵

El diagnóstico diferencial clínico debe establecerse con las denominadas lesiones rojas del glande: eritroplasia de Queyrat, infecciones por *Candida* u otros microorganismos, sífilis, psoriasis, liquen plan erosivo, enfermedad de Paget extramamaria y erupciones por drogas.²

El diagnóstico diferencial histológico de esta entidad se establece principalmente con la eritroplasia de Queyrat (que es un carcinoma *in situ*), con la sífilis (con infiltrado plasmocelular perivascular prominente) y con los plasmocitomas cutáneos (donde el denso infiltrado de células plasmáticas tiene un carácter monoclonal).^{5,11}

Las lesiones eritematosas en el pene pueden tener una variedad de causas; deben formar parte del diagnóstico diferencial. Ellos son difíciles de diagnosticar solo con el examen clínico y puede requerir realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y también identificar la coexistencia con eritroplasia de Queyrat.¹²

Los esteroides locales o intralesionales suelen reportar mejoría transitoria que usualmente llevan a la recaída.¹³ Otros tratamientos descritos son antifúngicos, antibióticos, imiquimod, interferón alfa, tacrolimús,¹⁴ retinoides tópicos⁷ o métodos destructivos tales como crioterapia y radiofrecuencia.⁵ Recientemente se han presentado algunos casos tratados con láser de CO₂ con buena evolución, por lo que se puede considerar una alternativa actual a la terapia clásica.⁵ Se menciona además hormonoterapia tópica, así como electrocoagulación.⁵ La radioterapia ha tenido buenos resultados clínicos con la consecuente mejora histopatológica y remisión de la lesión.¹⁷ El tratamiento de elección para la BPZ es la circuncisión, que suele ser curativa.^{15,16}

CONCLUSIONES

La balanitis plasmocitaria de Zoon es una patología infrecuente, para la cual no existe evidencia que apoye la elección de un tratamiento en particular. Los tratamientos están basados en reportes de casos o series de casos.

En este paciente se inició tratamiento con tacrolimús 0,1 % más fluconazol, con mejoría significativa. Actualmente, la circuncisión se considera el único tratamiento definitivo.

Esta entidad, de curso crónico, requiere distinguirse de la eritroplasia de Queyrat, con gran potencial de malignidad al tratarse de un carcinoma *in situ*, ya que ambas se presentan en poblaciones similares, con factores de riesgo y presentaciones clínicas iguales. La forma de hacer el diagnóstico es mediante la histopatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zoon JJ. Chronic benign circumscribed plasmocytic balanoposthitis. *Dermatológica*. 1952;105(1):1-7.
- Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. *Dermatology*. Mosby; 2012.
- Toker SC, Baskan EB, Tunali S, Yilmaz M, Karadogan SK. Zoon's balanitis in a circumcised man. *J Am Dermatol*. 2007;57(2 Suppl):56-7.
- Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, et al. Circumcision and genital dematoses. *Arch Dermatol*. 2000;136(3):350-4.
- Herrera E, Bosch R, Matilla A. Balanitis de células plasmáticas. Disponible en: <http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma008.pdf>
- Jimenez H, Cortez F, Carayhua D, Rivera A. Balanitis plasmocitaria de Zoon: presentación de un caso. *Dermatol Peru*. 2012;22(4):171.
- Edwards S. Balanitis and balanoposthitis: a review. *Genitourin Med*. 1996; 72:155-159.
- Weyers W, Ende Y, Schalla W, Diaz-Cascajo C. Balanitis of Zoon: a clinicopathologic study of 45 cases. *Am J Dermatopathol*. 2002;24(6):459-67.
- Alessi E, Coggi A, Gianotti R. Review of 120 biopsies performed on the balanopreputial sac from zoon's balanitis to the concept of a wider spectrum of inflammatory non-cicatrical balanoposthitis. *Dermatology*. 2004; 208(2):120-4.
- Edwards L. Vaginitis y balanitis. En: Atlas de Dermatología genital. Madrid: Marban Libros SL. 2012:451-483.
- Buechner SA. Common skin disorders of the penis. *BJU Int*. 2002;90:498-506.
- Divakaruni AK, Rao AV, Mahabir B. Erythroplasia of Queyrat with Zoon's balanitis: a diagnostic dilemma. *Int J STD AIDS*. 2008;19(12):861-3.
- Reis VMS, Moraes Junior O, Almeida FA. Balanite plasmocelular de Zoon. *An Bras Dermatol*. 1983;58:173-4.
- Moreno-Arias GA, Camps-Fresneda A, Llaberia C, Palou-Almerich J. Plasma cell balanitis treated with tacrolimus 0,1%. *Br J Dermatol*. 2005;153(6):1204-6.
- Ferrándiz C, Ribera M. Zoon's balanitis treated by circumcision. *J Dermatol Surg Oncol*. 1984;10(8):622-5.
- Kumar B, Narang T, Dass Radotra B, Gupta S. Plasma cell balanitis: clinicopathologic study of 112 cases and treatment modalities. *J Cutan Med Surg* 2006 Jan-Feb;10(1):11-5.
- Davis-Daneshfar A, Trüeb RM. Bowen's disease of the glans penis (erythroplasia of Queyrat) in plasma cell balanitis. *Cutis*. 2000;65(6):395-8.

CORRESPONDENCIA: Dra. Soky Yndira Del Castillo Cabrera¹
sokydelcastillo@yahoo.es

Fecha de recepción: 4 de junio de 2014
Fecha de aceptación: 11 de julio de 2014

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.