

CASO CLÍNICO

Balanitis de Zoon. Reporte de un caso

Nelson Adrián Zambrano Delgado,* Cristina Solórzano Torres,**
Juan Carlos Garcés,*** Enrique Úraga Pazmiño****

* Posgradista de Tercer año de Dermatología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
** Dermatóloga del Centro Dermatológico “Dr. Úraga”
*** Dermatopatólogo
**** Director del Centro Dermatológico “Dr. Úraga”

Correspondencia a:
adrian_zambo2@yahoo.es

Palabras clave: Balanitis de Zoon, pimecrolimus

Fecha de recepción: 11-02-2021

Fecha de aceptación: 25-02-2021

Fecha de publicación: 28-04-2021

RESUMEN

La Balanitis de Zoon (BZ) es una mucositis inflamatoria benigna del glande, que generalmente se presenta en hombres de mediana edad y en ancianos que no se han realizado la circuncisión. Suele tener un curso crónico y en ocasiones recidivante.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, no circuncidado, de 21 años de edad con un cuadro clínico de tres años de evolución caracterizado por una mácula eritematosa y dos placas infiltradas en cara interna de prepucio y glande respectivamente, por lo cual se realizó una biopsia que reportó una estructura tisular erosionada con desarrollo de tejido de granulación y acentuado infiltrado linfoplasmocitario, confirmando el diagnóstico de BZ. Recibió tratamiento con corticoide oral y tópico asociado a pimecrolimus con resolución completa de las lesiones.

INTRODUCCIÓN

Esta entidad fue descrita inicialmente por Zoon en 1952 en ocho pacientes que presentaban balanitis crónica con características histopatológicas similares por lo que la denominó “balanitis crónica plasmocelular circunscrita.” Corresponde a una mucositis inflamatoria, benigna, idiopática, con tendencia a la cronicidad debido a que puede persistir meses o años y suele presentarse en varones no circuncidados de mediana edad en adelante, manifestándose por lo general como una placa bien definida, eritematosa y solitaria en el glande.^{1,2}

En la histopatología se observa un infiltrado inflamatorio predominantemente de células plasmáticas, atrofia de la epidermis, espongiosis, vasos sanguíneos tortuosos y exocitosis de células inflamatorias.³

Los factores de riesgo asociados a la presencia de ésta enfermedad incluyen el hábito de fumar y una mala higiene genital.⁴

Dentro de los tratamientos encontramos: la circuncisión, medidas higiénicas, esteroides tópicos con o sin antibióticos, laser de CO₂ y tacrolimus tópico.⁵

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 21 años no circuncidado, sin antecedentes patológicos personales de importancia con cuadro clínico de tres años de evolución caracterizado por dos placas de bordes irregulares, infiltradas, color rojo intenso, de

aspecto húmedo, con superficie erosiva, localizadas en cara interna del prepucio, además de una lesión macular ligeramente eritematosa mal definida en el glande. (Fig. 1 y 2)



Figura 1: Placas eritematosas irregulares infiltradas con superficie erosiva localizadas en cara interna de prepucio.



Figura 2: Lesión macular ligeramente eritematosa mal definida en el glande.

A la dermatoscopia se observaron múltiples vasos lineales irregulares, vasos en serpentina, vasos contorneados y algunos con apariencia de espermatozoides. (Fig. 3 y 4)

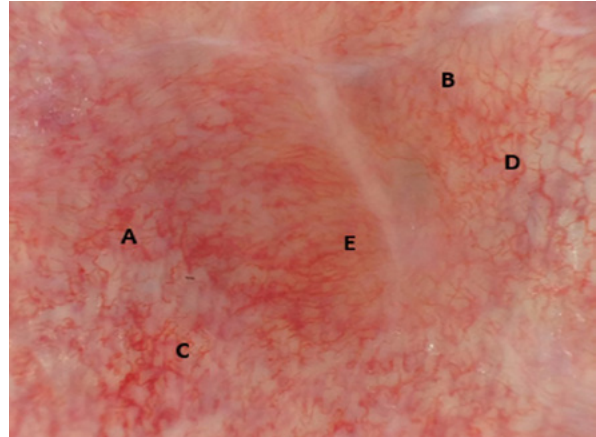


Figura 3: Dermatoscopia de lesión del glande. A vasos serpiginosos, B vasos lineales irregulares, C vasos contorneados, D vasos con apariencia de espermatozoide, E áreas de color naranja.

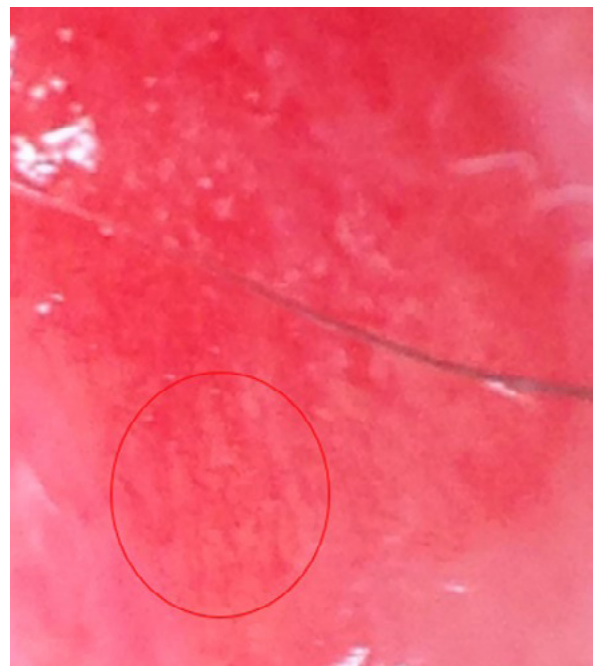


Figura 4: Vasos lineales irregulares en lesión del prepucio.

Se realizó una biopsia y el estudio histopatológico reportó una estructura tisular erosionada con desarrollo de tejido de granulación, acentuado infiltrado linfoplasmocitario y en menor grado presencia de neutrófilos, sin cambios neoplásicos. (Fig. 5)

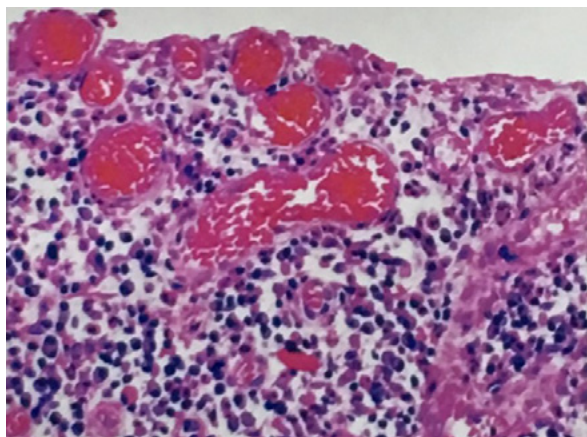


Figura 5: Infiltrado predominantemente plasmocitario.

Con los hallazgos clínicos e histopatológicos se confirmó el diagnóstico de BZ.

Se indicó tratamiento con prednisona oral a dosis de 20mg/día durante cinco días, además mometasona tópica, seguido de pimecrolimus por quince días cada uno, obteniéndose una remisión completa al mes del tratamiento, sin recurrencia.

DISCUSIÓN

La Balanitis de Zoon (BZ) es una dermatosis no venérea que se presenta sobre todo en hombres de mediana edad y en ancianos. Existen pocos de datos sobre la prevalencia e incidencia de ésta entidad. Mallon y colaboradores reportaron 27 casos de BZ en 357 hombres evaluados con patología de piel genital. Pearce et al presentaron 26 casos de BZ en 226 pacientes estudiados en una clínica de medicina genitourinaria, sin embargo aún faltan más datos estadísticos sobre la presencia de ésta enfermedad en literatura mundial.²

Respecto a la etiopatogenia se cree que podrían intervenir factores como la falta de circuncisión y pobre higiene genital que conllevaría a retención de orina y esmegma, generando una infección local repetida que

conjuntamente a la fricción constante y el calor aumentarían las posibilidades de la aparición de la enfermedad. Se sugiere por algunos autores la participación de agentes infecciosos como *Mycobacterium smegmatis* y el virus del papiloma humano (VPH), pero aún no se han reportado pruebas de infección bacteriana y tampoco se ha detectado ADN del VPH en la reacción de cadena de polimerasa.^{2,3} Existe el reporte de un paciente circuncidado con clínica e histopatología concordante con BZ, atribuyéndose éste hallazgo al hecho de que el procedimiento fue inadecuado, por lo que se podría deducir que la circuncisión juega un papel importante en la prevención de éste trastorno.⁶

La presentación clínica corresponde a una o más placas de color rojo intensa, que pueden adoptar una forma macular o sobrelevada, de aspecto húmedo en el glande, surco balanoprepucial y cara interna del prepucio, con tendencia a la erosión, ulceración y sangrado; en ocasiones presenta múltiples puntos rojos brillantes en el fondo de ésta placa conocidos como “puntos en pimienta de cayena” debido a la microhemorragia y al depósito de hemosiderina. Estos hallazgos pueden acompañarse de disuria, prurito y ardor local.^{2,7}

La dermatoscopia suele ser un método útil sobre todo para mejorar el diagnóstico no invasivo de éste tipo de balanitis, en el cual podremos ver signos descritos como un área sin estructura focal o difusa, de color naranja amarillenta causada por el depósito de hemosiderina así como vasos curvos serpiginosos, vasos contorneados y en forma de cáliz que pueden deberse a dilatación y proliferación vascular. También se han descrito lesiones vasculares similares a espermatozoides y en menor frecuencia se podrían encontrar vasos puntiformes y lineales irregulares.⁸ La presencia del infiltrado plasmocitario en la histopatología no tiene traducción visual en la dermatoscopia.⁹

Nuestro paciente presentaba hallazgos clínicos y dermatoscópicos sugerentes de BZ que fue confirmado con la biopsia. Sin embargo debido a que ésta patología no es tan frecuente en jóvenes, se debe tener presente otras causas de lesiones genitales para realizar una correcta identificación de la patología y posteriormente un tratamiento acertado.

Debemos diferenciar clínicamente a la BZ de otras entidades como la eritroplasia de Queyrat, erupción fija medicamentosa, psoriasis, liquen plano, dermatitis seborreica, sífilis secundaria, candidiasis y síndrome de Reiter.¹

El diagnóstico diferencial dermatoscópico incluye la eritroplasia de Queyrat donde se visualizan vasos glomerulares dispersos, el liquen plano que presenta las estrías blancas de Wickham y la balanitis psoriásica que muestra un patrón vascular homogéneo regular conformado por pequeños vasos puntiformes o un patrón vascular más denso con capilares dilatados tortuosos. Además es importante conocer que los vasos “similares a espermatozoides” no son exclusivos de BZ ya que también se han informado en algunos casos de micosis fungoide.⁹

La histopatología se caracteriza por presentar atrofia epidérmica, queratinocitos en forma romboidal, espongirosis, exocitosis de células inflamatorias y un denso infiltrado subepidérmico compuesto en gran parte por células plasmáticas, además de extravasación de eritrocitos y depósito de hemosiderina en algunas ocasiones, así como la presencia de vasos tortuosos.^{1,3}

En 2006, Kumar y colaboradores publicaron criterios clínicos para el diagnóstico de BZ los cuales son : placas eritematosas brillantes en el glande, el prepucio o ambos, lesiones que evolucionan durante un período mayor a tres meses, ausencia de lesiones sugestivas de liquen plano o psoriasis en cualquier parte del cuerpo, mala respuesta a las terapias tópicas (mínimo cuatro semanas), ausencia de enfermedades infecciosas, excluidas por el test de Tzanck, hidróxido de potasio, tinción de Gram y VDRL.¹⁰ Nuestro paciente cumplía con cuatro de estos criterios debido a que el tiempo de evolución de la enfermedad que presentó fue de tres años, con localización de las lesiones en glande y cara interna de prepucio, ausencia de enfermedad infecciosa genital y de lesiones sugestivas de trastornos inflamatorios en otras zonas del cuerpo.

Dentro de los tratamientos se destaca el mejorar las condiciones de higiene genital, la circuncisión que

parece conducir a la resolución de las lesiones, así como el uso de preparaciones tópicas a base de corticoides con o sin antibióticos. El láser de CO2 ha tenido participación en ciertos casos.⁵

Kumar en su reporte del 2018 presenta dieciocho pacientes de sexo masculino no circuncidados con diagnóstico de BZ que aceptaron someterse a la circuncisión y fueron seguidos durante cinco años sin presentar recaída. La circuncisión se considera el tratamiento de elección porque elimina la oclusión producida por el prepucio y el nido de inflamación causada por esmegma y fricción crónica.¹¹

Respecto al uso de inhibidores de la calcineurina existe cierta preocupación sobre la relación entre éstos y la carcinogénesis, por lo que se recomienda que antes de iniciar el tratamiento debe excluirse cualquier lesión maligna o premaligna para evitar una evolución e invasión neoplásica.¹² Así el reporte de Bardazzi de dos pacientes que fueron tratados con pimecrolimus, en el que uno de ellos tuvo resolución completa y el otro presentó mejoría de gran parte de la lesión persistiendo un parche hiperpigmentado residual.¹³

Existen más informes de casos que fueron tratados con pimecrolimus tópico en periodos de cuatro a seis semanas con buena tolerancia y remisión del cuadro clínico, por lo que podría considerarse una opción terapéutica en pacientes que no deseen la cirugía.^{14,15}

Otro estudio de diez pacientes con BZ mostró resultados favorables al usar una terapia tópica combinada con oxitetraciclina al 3%, nistatina y butirato de clobetasona al 0.05%, lo que podría sugerir un papel importante de los corticoides tópicos en el tratamiento de ésta enfermedad.¹⁶

Entre otras terapéuticas descritas tenemos al imiquimod al 5%, ácido fusídico, dapsona, terapia fotodinámica y el láser de erbio YAG no ablativo.¹⁰

La expresión del CD20 en la inmunohistoquímica es un hallazgo que podría brindar a futuro la posibilidad de un nuevo tipo de tratamiento alternativo como el Rituximab.¹⁷

Existen pocos casos reportados en la literatura mundial de BZ en pacientes jóvenes y niños.¹⁸ De Oliveira et. al presentan el caso de un adolescente con infección por VIH por transmisión vertical que fue tratado con circuncisión, mejorando notablemente.¹⁹

Por último la asociación de BZ y malignidad se ha informado raramente, pero podría deberse a un proceso reactivo por una neoplasia subyacente, por lo que el seguimiento de éstos pacientes es importante para detectar precozmente este posible fenómeno.²

CONCLUSIÓN

La importancia de éste caso radica en lo poco usual de la presentación de la BZ en pacientes jóvenes con escasos reportes publicados en la literatura, así como a la buena respuesta obtenida con un tratamiento tópico combinado.

La falta de circuncisión como factor predisponente, los hallazgos clínicos e histopatológicos nos llevaron al diagnóstico definitivo de BZ. Dentro del tratamiento, la circuncisión parece ser el método de elección, sin embargo debemos tener otras alternativas si el paciente no lo acepta.

BIBLIOGRAFÍA

- 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;10(1):11–5.
- Dayal S, Sahu P. Zoon balanitis: A comprehensive review. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2016;37(2):129–38.
- Balato N, Scalvenzi M, La Bella S, Di Costanzo L. Zoon's balanitis: Benign or premalignant lesion? *Case Rep Dermatol*. 2009;1(1):7–10.
- Piaserico S, Orlando G, Linder MD, Cappozzo P, Zarian H, Iafrate M. A case-control study of risk factors associated with Zoon balanitis in men. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(8):1591–4.
- Edwards SK, Bunker CB, Ziller F, van der Meijden WI. 2013 European guideline for the management of balanoposthitis. *Int J STD AIDS*. 2014;25(9):615–26.
- Toker SC, Baskan EB, Tunali S, Yilmaz M, Karadogan SK. Zoon's balanitis in a circumcised man. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(2 Suppl):S6–7.
- 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.
- Errichetti E, Lacarrubba F, Micali G, Stinco G. Dermoscopy of Zoon's plasma cell balanitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(12):e209–10.
- Huet P, Barnéon G, Cribier B. Balanite de Zoon : corrélation dermatopathologie-dermatoscopie. *Ann Dermatol Venereol*. 2016;143(12):866–9.
- Serrão LM, Sarmenghi KD de A, Pinto BCBP, Miranda PB de. Thalidomide in plasma cell balanitis refractory to conventional topical treatment. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):881–3.
- Kumar B. Circumcision is still the gold standard in management of plasma cell balanitis. *Dermatol Ther*. 2018;31(6):e12661.
- Kyriakou A, Patsatsi A, Patsialas C, Sotiriadis D. Therapeutic efficacy of topical calcineurin inhibitors in plasma cell balanitis: case series and review of the literature. *Dermatology*. 2014;228(1):18–23.
- Bardazzi F, Antonucci A, Savoia F, Balestri R. Two cases of Zoon's balanitis treated with pimecrolimus 1% cream. *Int J Dermatol*. 2008;47(2):198–201.
- Delgado L, Brandt HRC, Ortolan DG, Patriota RCR, Criado PR, Belda Junior W. Zoon's plasma cell balanitis: a report of two cases treated with pimecrolimus. *An Bras Dermatol*. 2011;86(4 Suppl 1):S35–8.
- Tress CS, Herrera MM, Torres MH, Manzo EV. Balanitis de Zoon. Presentación de seis casos. *DermatologíaCMQ2010*; 8(2):97–99.
- Tang A, David N, Horton LW. Plasma cell balanitis of Zoon: response to Trimovate cream. *Int J STD AIDS*. 2001;12(2):75–8.
- Tchernev G, Temelkova I. Rituximab as most adequate treatment option for CD20-positive balanitis plasmacellularis Zoon! *Dermatol Ther*. 2019;32(6):e13139.
- Chessa MA, Sechi A, Baraldi C, Barruscotti S, Leuzzi M, Gurioli C, et al. Zoon's plasma cell balanitis: clinical and dermoscopic features in pediatric patients. *Int J Dermatol*. 2018;57(11):e142–4.
- Pileggi F de O, Nogueira PLB, de Melo Coelho MF, da Silveira Orsi G, de Fatima Gali Sorita Tazima M, Vicente YAMVA, et al. Circumcision as treatment for Zoon's balanitis in an HIV-positive teenage patient. *Int J STD AIDS*. 2013;24(10):837–9.
- Starritt E, Lee S. Erythroplasia of Queyrat of the glans penis on a background of Zoon's plasma cell balanitis. *Australas J Dermatol*. 2008;49(2):103–5.