

Balanitis plasmocitaria de Zoon: presentación de un caso

Plasma cell balanitis of Zoon: a case report

Hector Jimenez¹, Florencio Cortez², Dina Carayhua³, Angélica Rivera¹, Johan Nuñez¹, Cristina Diaz¹

RESUMEN

La balanitis plasmocitaria de Zoon o balanitis plasmocelular es una dermatosis crónica benigna y poco frecuente, más frecuente en varones de mediana edad y adultos mayores. Se presenta el caso de un paciente varón de 68 años con tiempo de enfermedad de un año que acude a consulta por presentar un parche eritematoso, de superficie lustrosa, lisa, de bordes irregulares y con algunas zonas exudativas, localizada en glande, surco balanoprepucial y cuerpo del pene, asintomático. Se procede a toma de biopsia y se observa en dermis superficial un infiltrado en banda de células plasmáticas y se confirma el diagnóstico de balanitis plasmocitaria de Zoon.

PALABRAS CLAVE. Balanitis plasmocitaria de Zoon. Dermatitis benigna. Adultos mayores. Células plasmáticas.

ABSTRACT

Plasma cell balanitis of Zoon or balanitis plasma cell is a benign chronic dermatoses and infrequent, more common in middle-aged men and elderly. We report the case of a male patient aged 68 with sick time a year who come to the office due erythematous patch, glossy surface, smooth, irregular borders and some oozing areas, located in glans, coronal sulcus and penile shaft, asymptomatic. We proceed to biopsy and is observed in superficial dermis band infiltrate of plasma cells and confirmed the diagnosis of plasma cell balanitis of Zoon.

KEY WORDS: Plasma cell balanitis of Zoon. Benign dermatoses. Elderly. Plasma cells.

INTRODUCCIÓN

La balanitis de células plasmáticas o balanitis plasmocitaria de Zoon (BPZ) es un proceso inflamatorio benigno, poco frecuente que predomina en adultos mayores, caracterizado por la presencia de una placa o parche eritematoso persistente, asintomático o con discreto prurito, localizada generalmente en el surco balanoprepucial, cuyo dato

diagnóstico característico es la presencia histopatológica de un infiltrado inflamatorio en banda compuesto principalmente por células plasmáticas en dermis. La importancia de esta patología es diferenciarla de la eritroplasia de Queyrat (EQ), debido a que esta última es una lesión con potencial de malignidad.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 68 años, natural de Piura, procedente de Surquillo, estado civil casado, niega antecedentes personales y familiares de importancia. Acude a consulta con un tiempo de enfermedad de un año, de inicio insidioso y curso progresivo y luego estacionario. Refiere mancha rojiza en pene asintomático, por lo que acude a consulta particular, donde le dan crema antifúngica, ante la no mejoría del cuadro, acude a consulta externa de este hospital.

Al examen físico preferencial, se observa parche eritematoso, de superficie brillante, lustrosa, lisa, de bordes irregulares y con algunas zonas exudativas, localizada en glande, surco balanoprepucial y cuerpo del pene, asintomático (Figuras 1 y 2).

El hemograma, el perfil bioquímico y el examen de orina fueron normales. VDRL e Ig G-Ig M para virus herpes simple tipo II negativos.

1. Médico residente de Dermatología, Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Callao (HNDAC), Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2. Médico dermatólogo HNDAC, Callao, Perú.

3. Médico patólogo HNDAC, Callao, Perú.



Figura 1. Placa eritematosa de superficie brillante, lustrosa y lisa, característica de esta patología.



Figura 2. La afección afecta el glande y prepucio.

Se procede a realizar toma de biopsia punch, en la que se observa denudación total de epidermis y un infiltrado en banda de células plasmáticas en dermis. En otro corte, se aprecia a nivel de epidermis, estrato córneo esfacelado, infiltrado en banda de células plasmáticas en dermis, con lo que se hace el diagnóstico de BPZ.

El paciente es tratado con metilprednisolona 0,1% en emulsión y solución de Burow.

DISCUSIÓN

En 1952, Zoon¹ reconoce por primera vez la balanitis circunscrita plasmocelular o balanitis de células plasmáticas, como una dermatosis benigna, idiopática y poco frecuente. Es importante distinguir este trastorno benigno de la EQ neoplásica, clínicamente similar.

La etiología de la BPZ es desconocida. Es importante destacar que todos los casos confirmados han sido en los hombres no circuncidados.² 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 hipospadía pueden ser predisponentes o incitar a los agentes³⁻⁵. Ninguna evidencia sugiere que la infección por virus del papiloma humano predispone a la aparición de balanitis de células plasmáticas⁶. 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.

La BPZ es más común en varones de mediana edad y adultos mayores, con casos reportados en pacientes de 20 a 88 años⁷. Existe un equivalente en la mujer en forma de una placa rojo brillante aislada en vulva, conocida como

vulvitis circunscrita plasmocelular^{8,9}. El paciente, un hombre de mediana edad o adulto mayor, por lo general presenta una lesión característica del glande o prepucio, presente durante una media de 1 a 2 años antes del diagnóstico. Los síntomas son mínimos, pero los pacientes se quejan de prurito leve o sensibilidad. Algunos pacientes se presentan para la evaluación debido a preocupaciones estéticas o de ansiedad.

Clínicamente representada por una placa o parche eritematoso, brillante, que recuerda al barniz fresco, generalmente solitaria, de bordes irregulares, de superficie lustrosa y a veces erosiva que se observa en el surco balanoprepucial, glande o prepucio de hombres por lo general de edad media o avanzada no circuncidados o a menudo existe alguna dificultad para descubrir correctamente el glande. Se describen a veces manchas puntiformes eritematosas o violáceas (pimienta de Cayenne) dentro de la placa. Las lesiones que suelen ser asintomáticas pueden ser a veces muy pruriginosas¹⁰. La enfermedad suele seguir un curso crónico durante meses o años.

Kumar y col. estudiaron 112 pacientes con diagnóstico clínico de BPZ con edades comprendidas entre 24 y 70 años. La mayoría había sido asintomática por más de 12 meses. Las placas se manifiestan en el prepucio y el glande en 58,92% de los pacientes; solo en el prepucio, 23,21% y solo en el glande, 17,85%.¹¹

Como claves diagnósticas se puede indicar una placa o parche eritematoso discretamente infiltrada a nivel de surco balanoprepucial, una placa o parche asintomático o con discreto prurito y persistencia del cuadro, que no responde a tratamientos antifúngicos y antiinflamatorios, lo que debe conducir al estudio histopatológico imprescindible para el diagnóstico.

En el examen histológico hay adelgazamiento epidérmico con borramiento de las crestas epiteliales. La epidermis está adelgazada y frecuentemente muestra desaparición de sus estratos superiores, e incluso existe denudación epitelial focal (como consecuencia de las hendiduras subepidérmicas) y queratinocitos en forma de diamante son comunes.

Se advierte un infiltrado de células plasmáticas, 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). Además, se puede observar proliferación vascular con extravasación de eritrocitos y depósitos de hemosiderina.¹⁰⁻¹³

Aiba y col. apreciaron en muestras histológicas de estadios iniciales, un ligero engrosamiento de la epidermis con queratinocitos en forma de rombo o diamante, paraqueratosis y acantosis, un infiltrado liquenoide con células plasmáticas y linfocitos en dermis. En estadios más avanzados, en la epidermis se observa atrofia, con algunos neutrófilos que migran a ella y escasa espongirosis; en la dermis, se aprecia extravasación de eritrocitos y mayor número de células plasmáticas en el infiltrado. A medida que el proceso avanza, la epidermis es más atrófica, a veces, con pérdida total en algunas zonas, fibrosis de la dermis superficial y hemosiderofagos. Se realizaron inmunomarcaciones de los infiltrados presentes en las mucositis plasmocitarias, se obtuvo un resultado policlonal, con predominio de kappa sobre lambda (siempre menor de 10:1) y producción de IgG e IgA.¹⁴

Entre los diagnósticos diferenciales que se plantean podemos encontrar infecciones por el virus del herpes simple, candida, EQ, sífilis, liquen plano erosivo, psoriasis, liquen escleroatrófico variante erosiva, erupción fija por drogas y dermatitis de contacto.

Los diagnósticos diferenciales histológicos de esta entidad se establece principalmente con la EQ (presenta alteraciones madurativas variables del epitelio), con la sífilis (con infiltrado plasmocelular perivascular prominente) y con los plasmocitomas cutáneos (el denso infiltrado de células plasmáticas tiene un carácter monoclonal).

Los esteroides locales o intralesionales suelen reportar una mejoría transitoria pero la recaída es la regla.⁵ Otros tratamientos descritos son antifúngicos, antibióticos, imiquimod, interferón

alfa, tacrolimus^{3,4} y pimecrolimus¹⁵ o métodos destructivos tales como crioterapia, radiofrecuencia y láser.

El tratamiento de elección para la balanitis de células plasmáticas es la circuncisión, que suele ser curativa.^{16,17}

Se presenta el caso por ser una patología infrecuente, y la necesidad de distinguirla de la EQ que presenta un potencial de malignidad, mientras que la BPZ es una entidad crónica y benigna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zoon JJ. [Chronic benign circumscribed plasmocytic balanoposthitis]. *Dermatologica*. 1952;105(1):1-7.
- Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, et al. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol*. 2000;136(3):350-4.
- Roe E, Dalmau J, Peramiqel L, Perez M, Lopez-Lozano HE, Alomar A. Plasma cell balanitis of zoon treated with topical tacrolimus 0.1%: report of three cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(2):284-5.
- 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.
- Reis VMS, Moraes Junior O, Almeida FA. Balanite plasmocelular de Zoon. *An Bras Dermatol*. 1983;58:173-4.
- Kiene P, Fölster-Holst R. No evidence of human papillomavirus infection in balanitis circumscripta plasmacellularis Zoon. *Acta Derm Venereol*. 1995;75(6):496-7.
- 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.
- Goldstein A, Christopher K, Burrows L. Plasma cell vulvitis: rare cause of intractable vulvar pruritus. *Arch Dermatol*. 2005;141:789-790.
- Fernández-Aceñero MJ, Córdova S. Zoon's vulvitis (vulvitis circumscripta plasmacellularis). *Arch Gynecol Obstet*. 2010;282(3):351-2.
- 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.
- 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.
- 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-cicatricial balanoposthitis. *Dermatology*. 2004;208(2):120-4.
- Brix WK, Nassau SR, Patterson JW, Cousar JB, Wick MR. Idiopathic lymphoplasmacellular mucositis-dermatitis. *J Cutan Pathol*. 2010;37:426-31.
- Aiba S, Tagami H. Immunoglobulin-producing cells in plasma cell orificial mucositis. *J Cutan Pathol*. 1989;16:207-210.
- 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.
- Ferrándiz C, Ribera M. Zoon's balanitis treated by circumcision. *J Dermatol Surg Oncol*. 1984;10(8):622-5.
- Kumar B, Sharma R, Rajagopalan M, Radotra BD. Plasma cell balanitis: clinical and histopathological features--response to circumcision. *Genitourin Med*. 1995;71(1):32-4.

Correspondencia: Dr. Héctor Alberto Jiménez Tintaya
albertohj1@hotmail.com

Fecha de recepción: 7 de noviembre de 2012.
Fecha de aceptación: 14 de noviembre de 2012.