

Tema 8

BALANITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS

Dres. E. Herrera, R. Bosch y A. Matilla

DEFINICIÓN

La balanitis de células plasmáticas (BCP) o balanitis de Zoom, es un proceso poco frecuente caracterizado por la presencia de una placa eritematosa persistente, asintomática o con discreto prurito, localizada generalmente a nivel del surco balano-prepucial, cuyo dato diagnóstico característico es la presencia histopatológica de un infiltrado inflamatorio en banda compuesto principalmente por células plasmáticas.

ETIOPATOGENIA

La balanitis de células plasmáticas está considerada como un proceso inflamatorio reactivo cuya etiología exacta no es conocida. En su aparición pueden estar implicados factores irritantes, alérgicos y/o infecciosos locales. Lo importante es que aunque tiene gran tendencia a persistir, al contrario de lo que ocurre con la eritroplasia de Queyrat, nunca se produce degeneración.

CLASIFICACIÓN

La BCP se incluye clínicamente entre los procesos inflamatorios del glande y prepucio (balanopostitis), cuyo origen puede ser infeccioso (a menudo de transmisión sexual), o no (Tabla1).

CLÍNICA

La BCP aparece generalmente como una placa solitaria de coloración roja, apenas infiltrada y de bordes irregulares (Fig. 1). Sin embargo, se han descrito otras variantes clínicas poco frecuentes tales como la erosiva, pseudoangiomatosa, vegetante y nodular o plasmocantoma, cuyo diagnóstico se basa en los hallazgos histopatológicos (Fig. 2). Se da más en varones de edad avanzada en los que a menudo existe alguna dificultad para describir correctamente el glande. La enfermedad suele seguir un curso crónico durante meses o años.

Existe un equivalente en la mujer en forma de una placa rojo brillante aislada en vulva, conocida como vulvitis circunscrita plasmocelular.

Tabla 1

Balanitis de origen infeccioso

Cándida
Estreptococo β -hemolítico
Bacteroides
Trichomona vaginalis
Sífilis
Herpes genital
Virus de papiloma humano
Dermatitis seborreica

Balanitis no infecciosas

Dermatitis irritativa-alérgica
Líquen escleroatrófico genital
Eritema fijo medicamentoso
Balanitis circinada (S. de Reiter)
Balanitis de células plasmáticas
Lesiones premalignas y malignas (eritroplasia)
Psoriasis
Otras dermatosis



Figura 1. Balanitis células plasmáticas: Placa eritematosa persistente en surco balanoprepucial.



Figura 2. Balanitis células plasmáticas: Formación eritematosa friable en surco balanoprepucial en un caso poco frecuente de balanitis de células plasmáticas vegetante.

Como *claves diagnósticas* indicamos: 1. Placa eritematosa discretamente infiltrada a nivel de surco balanoprepucial. 2. Placa sintomática o con discreto prurito. 3. Persistencia del cuadro, que no responde a tratamientos antifúngicos y antiinflamatorios, lo que debe conducir al estudio histopatológico imprescindible para el diagnóstico.

HISTOPATOLOGÍA

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* (Fig. 3). Dentro

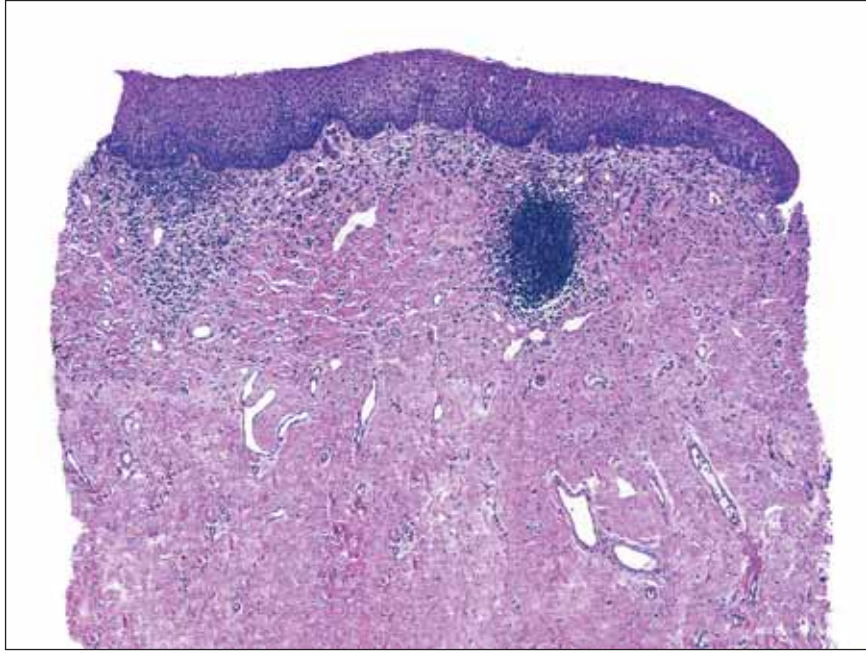


Figura 3. Balanitis de células plasmáticas: infiltrado inflamatorio en banda.

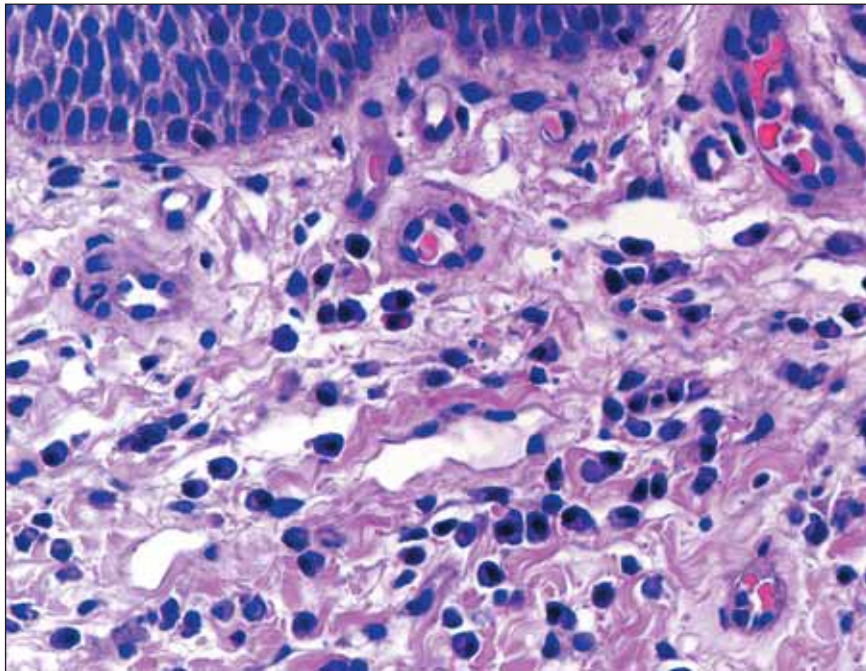


Figura 4. Balanitis de células plasmáticas: capilares dilatados y abundantes células plasmáticas.

del infiltrado inflamatorio también pueden identificarse hematíes, linfocitos, mastocitos y polimorfonucleares (eosinófilos y neutrófilos). Rara vez pueden constituirse folículos linfoides. Los capilares aparecen dilatados, propiciando extravasación eritrocitaria y depósitos de hemosiderina (Fig. 4).

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 permeación de hematíes, así como fenómenos de necrosis de

queratinocitos, los cuales están edematosos y separados entre sí por edema intercelular uniforme.

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.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El *diagnóstico diferencial clínico* de las BCP debe establecerse con las denominadas lesiones rojas del glande: eritroplasia de Queyrat, infecciones por *Cándida* u otros microorganismos, sífilis, psoriasis, líquen ruber plano, enfermedad de Paget extramamaria y erupciones por drogas.

El *diagnóstico diferencial histológico* de esta entidad se establece principalmente con la *eritro-*

plasia de Queyrat (que presenta alteraciones madurativas variables del epitelio), con la *sífilis* (con infiltrado plasmocelular perivascular prominente) y con los *plasmocitomas cutáneos* (donde el denso infiltrado de células plasmáticas tiene un carácter monoclonal).

TRATAMIENTO

De entrada lo más empleado son los corticoides de baja-media potencia que puede mejorar algo, aunque recidiva rápidamente tras su suspensión. También se han empleado antibióticos y agentes antifúngicos, hormonoterapia tópica, así como electrocoagulación de las lesiones. Los tratamientos mas ampliamente aceptados actualmente son la criocirugía y la circuncisión en los casos en los que existan dificultades para descubrir el glande. 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.