

BALANITIS XEROTICA OBLITERANTE

(XEROTIC BALANITIS OBLITERANS)

Revista Médica Sinergia
ISSN 2215-4523
Vol.2 Num:5
Mayo 2017 pp:24-27

* Karla León Torres

RESUMEN

La balanitis xerótica obliterante (BXO) es una enfermedad crónica inflamatoria progresiva. Esta compromete la piel del prepucio y el glande e inclusive puede llegar a afectar al meato y la uretra.

Su nombre deriva de los tres componentes de la enfermedad, balanitis que significa inflamación crónica del pene, xerótica que corresponde al aspecto anormalmente seco de la lesión y obliterante por la asociación ocasional a endoarteritis.

DESCRIPTORES

Fimosis, Hipospadia, uretra, balanitis, corticoides tópicos, genital, puretroplastía.

SUMMARY

Xerotic balanitis obliterans (BXO) is a chronic progressive inflammatory disease. This disease compromises foreskin's skin and glans, and can even affect the meatus and urethra. The name derives from the three components of the disease, balanitis which means penis's chronic inflammation, xerotic is the abnormally dry aspect of the lesion and obliterating because of the occasional association with endarteritis.

KEYWORDS

Phimosis, hypospadias, urethra, balanitis, topical steroids, genital, urethroplasty.

Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED).
Caja Costarricense de
Seguro Social (CCSS).
San José-Costa Rica.
kar_226@hotmail.com

INTRODUCCION

Es importante conocer que el término fimosis se utiliza cuando el prepucio no puede ser retraído por detrás del glande, esta condición está presente en casi todos los recién nacidos cumpliendo una función principalmente protectora, durante la infancia se produce una separación gradual del prepucio que se completa en la mayoría de los casos al llegar a la adolescencia. La fimosis se considera fisiológica cuando la incapacidad de retraer el prepucio por detrás del glande no es atribuible a adherencias balanoprepuciales y patológica cuando se presenta a edades

mayores, debido a un proceso cicatricial del prepucio distal secundario a una BXO. Esta enfermedad es la causa más común de fimosis patológica que requiere circuncisión.

FISIOPATOLOGIA

La BXO es una enfermedad inflamatoria crónica en la que se han visto involucrados los linfocitos del prepucio, sin embargo su etiología es desconocida y se cree que puede ser debido a un mecanismo inmune. Histológicamente se caracteriza por presentar de forma

abundante linfocitos T citotóxicos autoreactivos, alteración del metabolismo de la matriz extracelular y la presencia de autoanticuerpos a la proteína de la matriz extracelular en el suero. Otras posibles causas relacionadas son la predisposición genética, la irritación crónica por la exposición a la orina y las influencias hormonales.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de esta enfermedad es incierta, sin embargo, en niños con fimosis se estima una incidencia de entre 9- 50%. La edad promedio para la presentación de BXO inducida por fimosis es entre los 8-10 años, esta enfermedad se presenta en alrededor del 10% de los niños a los que se les practica una circuncisión por razones médicas y no médicas y la incidencia en pre púberes es apenas alrededor de 0.01-0.07%. Además, se ha observado que los pacientes con hipospadias pueden asociar BXO en 15-20% de los casos.

CUADRO CLINICO

Clínicamente se sospecha de una BXO ante una cicatriz blanquecina que forma un anillo estenótico que causa fimosis secundaria imposibilitando la retracción del prepucio, posee apariencia descamativa y puede acompañarse de disuria y "ballooning" del prepucio con la micción. Sin embargo, un 13-50% de las BXO no presentan signos clínicos o sus signos son atípicos, como ulceraciones o fimosis secundaria o de presentación tardía. Los pacientes con afectación del meato tienden a presentar un curso de la enfermedad más severo que aquellos en los que sólo se afecta el prepucio.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica al haber fimosis secundaria, aspecto xerótico del glande y prepucio, disuria y episodios de retención urinaria.

Su diagnóstico se confirma con el estudio histopatológico del prepucio o glande que revela hiperqueratosis con atrofia de la epidermis, presentando degeneración vacuolar de la capa basal de esta. También se aprecia pérdida de las fibras elásticas y alteraciones del colágeno con infiltración inflamatoria en etapas avanzadas en donde hay una infiltración crónica celular.

El diagnóstico diferencial incluye inflamación no específica, liquen plano, esclerodermia localizada, leucoplasia y vitíligo.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la cirugía, desde la circuncisión hasta operaciones más complejas de uretra. La circuncisión es el tratamiento de primera línea, puede ser completa la cual es curativa en el 96% de los casos o parcial con conservación del prepucio y esta ha demostrado hasta un 50% de recurrencias cuando no se tiene el apoyo de algún tratamiento coadyuvante. En los últimos años se han utilizado esteroides tópicos como coadyuvantes antes o después de la cirugía o como tratamiento conservador, sin embargo, su uso aun es controversial. Cuando existe una BXO en donde el prepucio está intacto y no hay existencia de estenosis meatal, se puede iniciar un tratamiento con corticoides tópicos y se existe empeoramiento del cuadro o no hay ninguna mejoría se continua con

tratamiento quirúrgico. El éxito reportado es de 60 – 90%, sin embargo, la recurrencia de la enfermedad es de un 20%. También se han utilizado corticoides tópicos en las recurrencias posteriores a una circuncisión o afectación residual tras la misma, en estos casos resulta de mucha utilidad y se aplican durante 2-3 meses con disminución gradual del mismo. También se ha observado que los esteroides tópicos son de utilidad en los casos de reestenosis meatal antes de realizar la dilatación del meato bajo anestesia.

En los casos de BXO en los que el meato uretral o la uretra distal están involucrados, pueden ser necesarias otras técnicas como la dilatación del meato, la meatotomía y varias técnicas uretroplásticas. Aun cuando la enfermedad está limitada únicamente al meato uretral, la meatotomía puede no ser suficiente para solucionar el problema y la repetición de este procedimiento puede conducir a una fibrosis, ocasionando estenosis meatal.

La técnica quirúrgica de preservación prepucial como la prepucioplastia con infiltración intralesional con triamcinolona ha mostrado una tasa de éxito del 81%, aunque también se describe que en un 13% de los casos hay recidivas de la BXO y un 20% de los casos amerita reintervenciones como la circuncisión completa o meatotomías.

En los casos en que la BXO afecta la uretra distal, se ha reportado hasta un 90% de recurrencia o enfermedad residual posterior a la circuncisión y esta es más común cuando los pacientes son obesos. Se ha observado que a los pacientes a los que se les realiza una

uretroplastía de sustitución con injertos de piel genital o extragenital, presentan una alta tasa de reestenosis dentro de los 2-3 años posteriores al procedimiento por lo que el injerto con mucosa vesical o bucal es más eficaz.

La terapia con láser también se ha utilizado en casos de BXO, al igual que el uso de inmunosupresores tópicos como el tacrolimus.

COMPLICACIONES

La complicación más frecuente de la BXO es la estenosis del meato en un 4-47% de los casos y/o la estenosis uretral con una incidencia de 20-60%. Esta afectación puede llevar a problemas clínicos más serios como la obstrucción urinaria con riesgo de infecciones como pielonefritis e inclusive puede conducir a falla renal. La retención aguda de orina es una complicación poco común pero reconocida de la fimosis por BXO. Otras secuelas obstructivas reconocidas que causa dicha enfermedad son el "ballooning del prepucio que es el abultamiento del prepucio por acumulación de orina, además de un chorro urinario desviado y débil, una disminución en los tiempos de micción y disuria.

A largo plazo se ha visto que hay una relación entre la BXO y el carcinoma de células escamosas del pene con una confirmación histológica en 2.2% - 28% de los casos y esto puede ocurrir aun incluso después de la circuncisión y a pesar de que el mecanismo patológico y la naturaleza causal de esta relación es incierta, también se ha observado que el virus del papiloma humano está implicado.

BIBLIOGRAFIA

1. E. Calleja Aguayo, A.E. Hernández Calvarro, C. Marhuenda Irastorza; Balanitis Xerótica Obliterante, Patología Infradiagnosticada de Relevancia Clínica; Revista de Cirugía Pediátrica; Año 2015, Volumen 28; Capítulo 3; Páginas 133-136.
2. Felipe Castro S., Felipe Castro A., Trinidad Raby B.; Fimosis y Circuncisión; Revista Chilena de Pediatría; Año 2010; Volumen 81; Capítulo 2; Páginas 160-165.
3. Gideon Sandler, Emily Patrick, Danny Cass; Long Standing Balanitis Xerotica Obliterans Resulting in Renal Impairment in a Child; Pediatric Surgery International; 2008; Volume 24; Pags 961-964.
4. Pedro Jose López, Francisco Reed, Loreto Vigneaux, Ricardo Ayala, et al; Balanitis Xerótica Obliterante: Una Amenaza Permanente; Revista Chilena de Urología; Año 2013; Volumen 78; Capítulo 4; Páginas 48-50.
5. Soledad Celis, Francisco Reed, Feilim Murphy, Stephen Adams, et al; Balanitis Xerótica Obliterans in childrens an Adolescents: A Literature Review and Clinical Series; Journal of Pediatric Urology; Year 2014; Volume 10; Pags 34-39.

Recepción: 04 Febrero de 2017

Aprobación: 15 Marzo de 2017