

## BALANITIS XEROTICA OBLITERANS

### Nuevo factor etiológico

---

Por los Dres. G. IACAPRARO, J. GORODNER y D. HOJMAN

Esta rara afección recibió en 1928 su nombre y descripción que permite incorporarla al cuadro nosológico con personalidad propia, por A. Stühmer. Al encontrar Mota lesiones acompañantes en el prepucio, la denomina Balanopostitis escleroatrófica.

Stühmer consideró esta dolencia, resultante de circuncisiones o incisiones dorsales del prepucio para el tratamiento de la fimosis, relacionándola con la kraurosis del prepucio y del glande.

Como la afección se ha encontrado en sujetos no sometidos a tales intervenciones (nuestros casos), aún conservando la denominación de Balanitis de Stühmer se consideran las lesiones características del glande y del prepucio como partes integrantes de la enfermedad.

*Factores etiológicos:* Varias causas se han invocado como provocadoras de este cuadro. Stühmer como dijimos invoca la circulación o incisión dorsal de una fimosis. Mota considera que repetidos ataques de balanopostitis asociados a la fimosis congénita o adquirida pueden favorecer su desarrollo. Harkness la ha observado en dos casos que presentaban flujo abacteriano de la uretra. El caso de Csonka ocurrió en un paciente que había sufrido de una gonorrea muy rebelde. Otros autores la relacionan con el liquen esclero-atrófico, la esclerodermia y la leucoplasia. Nosotros orientamos en nuestros casos la investigación en otro sentido, hallando lo que consideramos la verdadera causa originaria y sobre la que nos extenderemos después.

Esta afección es precancerosa, habiéndose descripto casos en los cuales ocurrieron cambios malignos. Puede desarrollarse en cualquier edad.

*Sintomatología:* Un prepucio exuberante con su orificio estenosado se encuentra comúnmente. El glande en ocasiones atrófico presenta su piel con aspecto jaspeado o apergaminado, con zonas blancas o marfileñas intercaladas con otras de apariencia normal. La *estenosis exclusiva del meato* es característica al progresar el proceso, pudiendo a veces llegar a la obliteración total del mismo. La esclerosis, atrofia total o parcialmente el frenillo. Novy, Farrington y otros han descripto casos con telangiectasias aparentes o microscópicas.

Las *lesiones primarias* principalmente en presencia de un prepucio largo consisten en múltiples y pequeñas áreas húmedas, eritematosas en el glande y en la cara mucosa del prepucio asociadas a menudo con erosiones lineares. Pequeñas pápulas serosas y hemorrágicas pueden presentarse a nivel del meato, rom-

perse y formar ulceraciones superficiales. En ocasiones se produce la adherencia del glande al prepucio.

No debe confundirse esta balanitis con la Erythroplasia de Queyrat que también es una afección preneoplásica del glande. En esta última las lesiones consisten en zonas ligeramente elevadas, rojas y aterciopeladas que al corte presentan la hiperplasia de la epidermis con alteración de sus diferentes capas y signos reaccionales crónicos del corion. Contrastan con la atrofia de la epidermis y la degeneración hialina del corion características de la balanitis xerótica obliterante.

Los síntomas urinarios corresponden a la estenosis más o menos acentuada del meato: disminución del calibre y de la fuerza de proyección del chorro miccional, deformación del mismo en tirabuzón, esfuerzo. No se han encontrado alteraciones retroestructurales dado que el paciente busca el tratamiento de su obstrucción antes de que ésta se complete.

La evolución es lenta e insidiosa, pero en ocasiones se observa la forma aguda.

Tratamiento: Hasta ahora se ha aplicado la circuncisión para extirpar el prepucio fibroso preneoplásico. La dilatación del meato con sondas rectas da escaso resultado. Se ha recomendado la aplicación de una pomada con testosterona. Al comienzo baños templados salinos y aplicación de polvos blandos. Para el meato, Farrington y Garvey propician la electrocoagulación del mismo para mantener una luz adecuada y evitar la posible degeneración neoplásica. Últimamente Farrington, Newman y Rosser dicen haber obtenido mejoría de la estenosis y de las demás lesiones con la siguiente técnica: Después de la resección del prepucio considerando las analogías del proceso con la esclerodermia, inyectan por vía venosa durante varios días, de 500 a 1000 c.c. de solución fisiológica adicionada de novocaína en proporción del 1‰ con lo que mejoró el chorro.

Pasemos a describir los dos casos observados por nosotros.

Caso 1 — M. N., argentino, casado, 48 años, cama 52 del Servicio. Hist.: 475/55. Antecedentes hereditarios sin importancia. Personales: Fimosis congénita que permitía descubrir el glande. Casado, 2 hijos sanos, nunca observó venéreas.

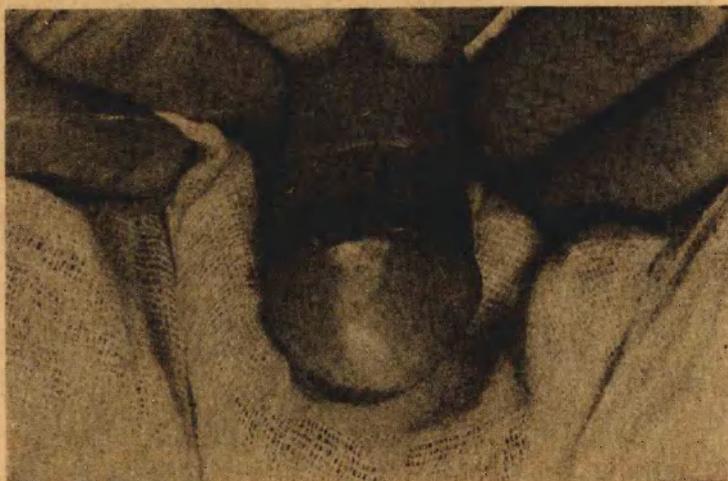
Enfermedad actual: Desde 1949 comienza con prurito en el glande, región del frenillo y de la cara mucosa del prepucio. Observa asimismo pequeñas zonas de enrojecimiento y ligeramente húmedas a su nivel. Los síntomas aumentan y una reacción descamativa del meato obstruyó el mismo obligándolo a extraer una costra. Paulatinamente notó que el orificio prepucial se iba estenosando al igual que el meato urinario. La piel del glande y del prepucio se esclerosan poco a poco, alterándose su coloración. El proceso de estenosis meática se acentúa lenta y progresivamente ocasionándole marcada disminución del calibre del chorro que le obliga al esfuerzo durante el acto, sin otra alteración urinaria. En ocasiones discreta secreción meática.

Estado actual: Examen somático general normal.

Aparato urogenital: Pene de tamaño normal. Prepucio exuberante fimótico, se retrae con dificultad y no al máximo. Su reborde es blancuzco, rígido, escleroso con zonas de un vetado blanquecino. El glande algo atrófico, con zonas de piel normal y otras eritematosas o marfileñas, dando al conjunto un aspecto vetado o jaspeado. Piel algo retraída y atrófica. Frenillo casi desaparecido por atrofia. Meato puntiforme, logrando pasar con dificultad una bujía número 3, que encuentra inmediatamente por encima, la uretra libre. Orinas claras con escasos filamentos. Chorro muy fino en tirabuzón; discreta proyección con el esfuerzo. Próstata normal al tacto. Testículos ligeramente hipoplásticos, blanduzcos. Sensibilidad normal. Epidídimos y cordones normales. Regiones inguinales: no se palpan ganglios. Ano y recto normales. Líbido algo disminuída.

Estudio radiográfico: Radiografía simple: pequeñas concreciones a nivel de la próstata. Estudio por excreción: buena morfología y función del aparato urinario. Uretrografía muestra perfectamente que la estenosis se halla imitada al meato.

*Laboratorio:* Los estudios habituales en sangre son normales. Kahn y Wassermann negativas. Es con la idea previa de la tendencia a las estenosis y fibrosis anorrectales y a veces



Fotografía N° 1 — Aspecto lechoso y luciente de la piel del glande, cara dorsal.



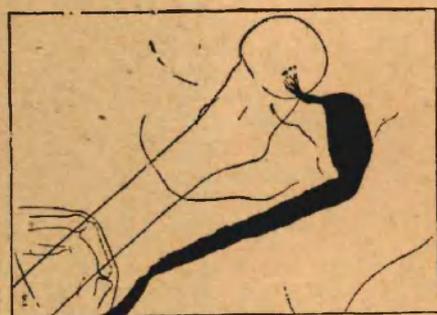
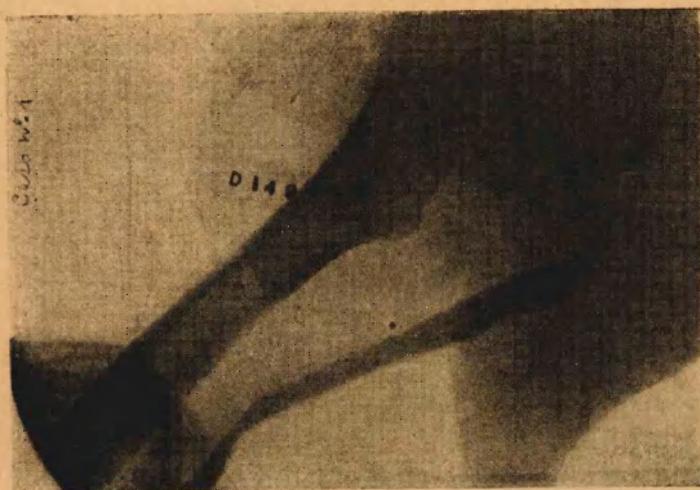
Fotografía N° 2 — Aspecto similar de la cara ventral del glande, frenillo ausente.

uretrales que produce la linfo-granulomatosis que orientamos nuestra investigación hacia la misma, por lo cual dirigimos el paciente al distinguido bacteriólogo Dr. Ernesto A. Molinelli, solicitándole una reacción de Frei. En el Instituto Malbrán se realizó con antígeno bien con-

trolado. La respuesta dice: Paciente M. N.: Reacción de Frei francamente positiva a las 24, 48 y 72 horas. Corroboramos el aserto personalmente. Por primera vez según nuestro conocimiento, se halló en la enfermedad de Stühmer tal reacción, confirmando nuestra sospecha.



Fotografía N° 3 — Meato reducido a una hendidura fusiforme de dirección vertical. A su derecha queda interrumpida la continuidad de la engrosada y brillante cubierta epidérmica por una ulceración plana de contorno irregular y fondo rojo negruzco.



Caso 1. — Uretra suprameática normal.

Tratamiento: El 6 de Agosto se le practicó la resección del prepucio. Concomitantemente y siguiendo la indicación de Farrington, Newman y Rosser, se inyectó durante 5 días, de 500 a 1000 cc. de suero fisiológico adicionado de novocaína al 1‰, a objeto de observar

si se obtenía el resultado a que aluden dichos autores. Para el tratamiento de fondo, aureomicina 1 gramo diario en 4 tomas y acromicina 750 mmg en 3 tomas de 250 mmg por día.



Microfotografía N° 1 -- Hiperqueratosis (a), degeneración hidrópica de las células basales (b), amplia banda dérmica fibrohialinizada (c), infiltración linfocitaria de la dermis profunda.



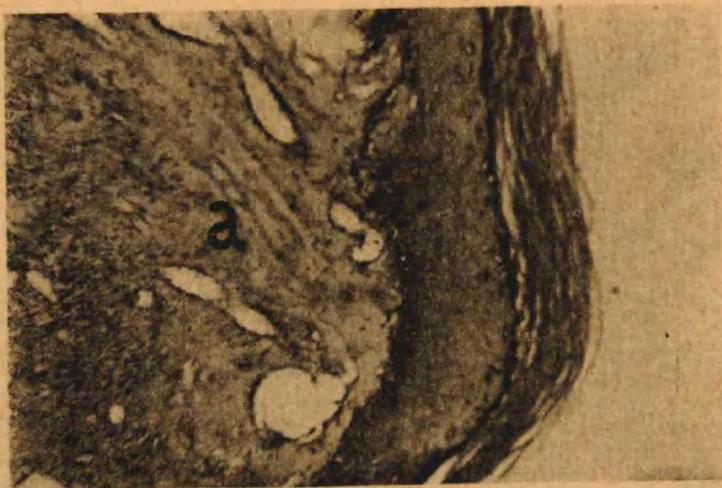
Microfotografía N° 2 -- Degeneración hidrópica de las células basales (a), melanóforos (b), capilares con basal engrosada (c).

Al cabo de 20 días y como el meato no se hubiera modificado, procedimos a extirparlo ampliamente, continuando con la anterior terapéutica.

El examen del prepucio resecaído dice: Hiperqueratosis, necrosis de liquefacción de la basal. Fibrohialinización de la dermis superficial; infiltración linfocitaria subyacente. En

otras zonas la dermis muestra una etapa menos evolutiva, con presencia de fibroblastos y fibrocitos. En otros sitios disociación de la dermis normal por edema.

Como se lee, las lesiones son típicas de la balanitis xerótica obliterante de Stühmer: Esclerosis de la epidermis y degeneración hialina del corion.



Microfotografía N° 4 — Zonas en las que el proceso es inicial: edema e infiltración linfocitaria (a)

*Historia clínica.* — V. C. de 34 años de edad —soltero— domiciliado en la Capital Federal, inicia su historia clínica hace dos años con un padecimiento urinario caracterizado por escozor en el meato, incómoda sensación pruriginosa, congestión y edema del mismo con ligero flujo incoloro seromucoso. Como antecedente refiere con poca precisión coitos realizados en lapsos que no determina, con varias mujeres y sin los cuidados de carácter preventivo usual. El síndrome clínico poco llamativo se acompaña de ligero ardor al iniciar la micción, pero

el conjunto del cuadro hubiera resultado intrascendente por su escasa magnitud clínica si no se hubiera tratado de un enfermo pulcro y excesivamente cuidadoso. Recurre a especialistas, quienes después de un somero examen y las comprobaciones bacteriológicas de rigor le refieren que se trata de una uretritis amicrobiana intrascendente, y al efecto prescriben diversas drogas quimioterápicas y antibióticas.

Con discretas alternativas de remisión y agudización pero sin observar nunca carácter



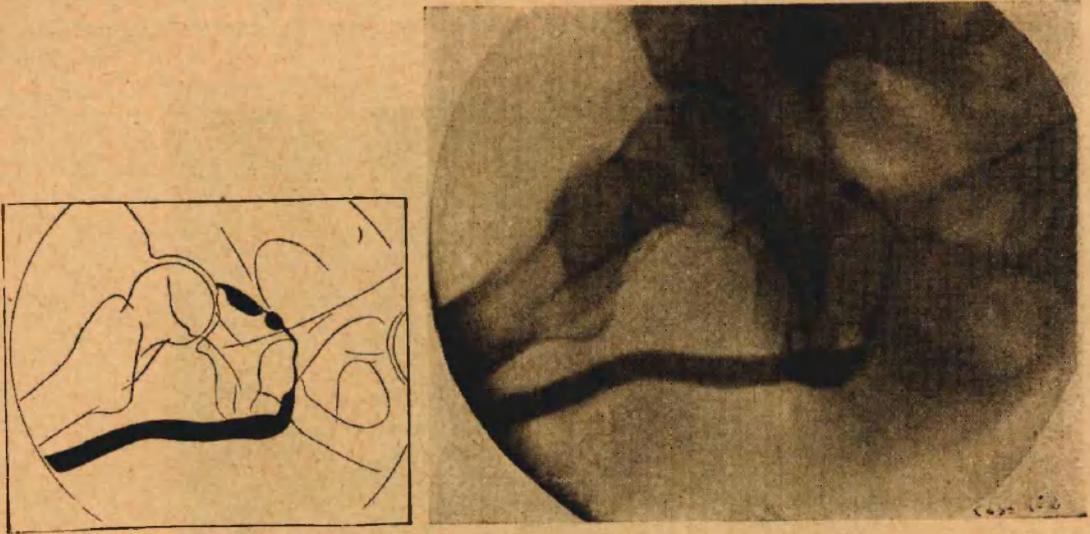
Macrofotografía N° 1 — Estenosis meática puntiforme. La esclerosis dérmica se transparenta como una mancha blanquecina, irradiándose hasta 4 mm del contorno del meato. Glándula normal.



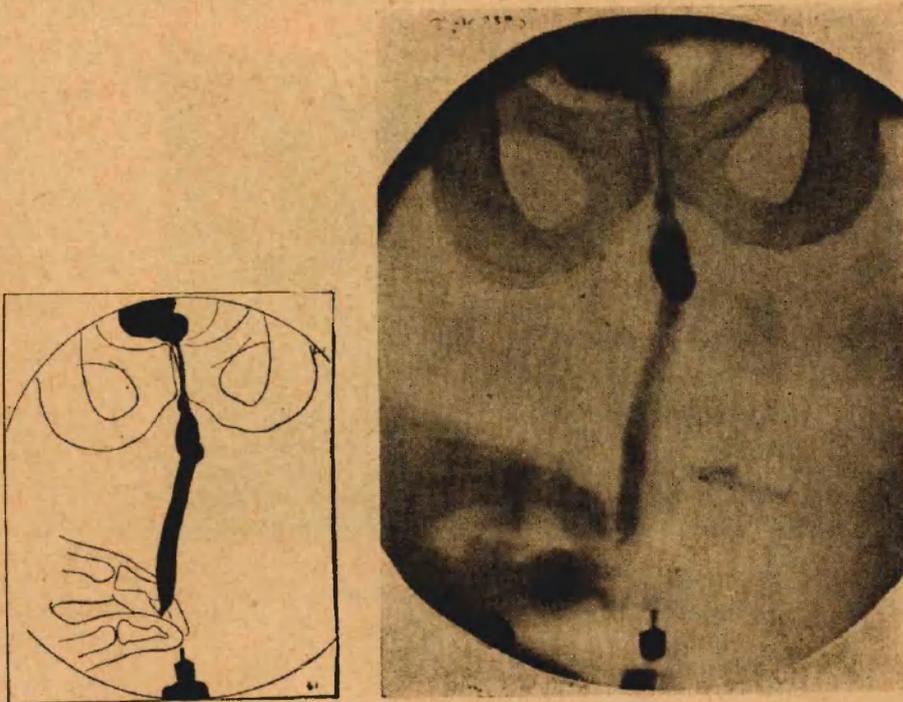
Macrofotografía N° 2 — Luego de la intervención el meato ha quedado netamente ampliado.

purulento de la secreción, el enfermo ve prolongarse su mal persistiendo bien localizado en la región meática electivamente y sin padecer síntomas que hicieron pensar en momento alguno en una progresión uretral. No observa síndromes de uretritis posterior ni de próstatocervicitis o infartación ganglionar en las regiones satélites. El síndrome estacionario y por momentos lentamente progresivo va reduciendo en forma ostensible el meato uretral, hecho que lo apercibe el enfermo en dos aspectos: por el chorro de la orina que disminuye de volumen en forma lla-

mativa y por el aspecto mismo del meato manifiestamente estrechado y retráctil. Los especialistas que consulta interpretan el proceso como una uretritis crónica con marcada estrechez



uretroméctica e intentan en varias ocasiones dilataciones con beniques y con bujías. Todo intento instrumental constituye una agresión para el enfermo y la región afectada se revela aumentando la flogosis y exagerándose a posteriori la estrechez, que en los últimos meses alcanza carácter



alarmante a punto tal que cuando el enfermo nos consulta por primera vez nos dice poco más o menos en forma elocuente lo siguiente: doctor, vengo a consultarlo porque el meato uretral es casi puntiforme, el chorro de orina es un hilo fino y debo hacer gran esfuerzo para orinar,

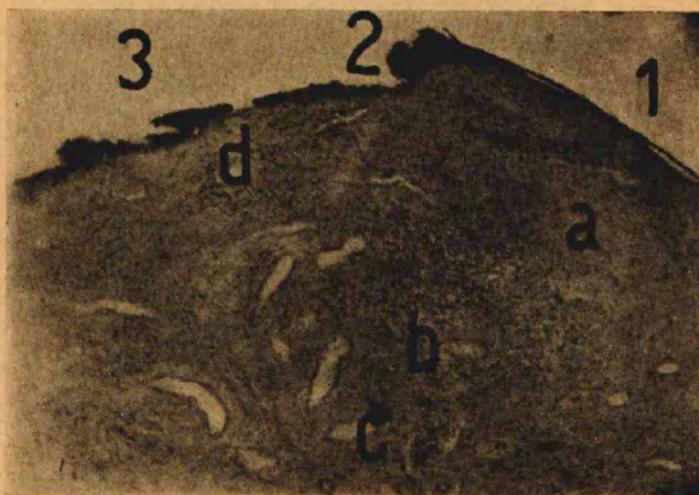
mi padecimiento se agrava y temo que en cualquier momento no pueda evacuar la vejiga por verdadera obstrucción mecánica.

En estas condiciones examinamos nuestro enfermo y del examen del mismo obtenemos como datos llamativos del estado actual los siguientes:

Micción: intensa disuria durante todo el acto, chorro filiforme de escasa proyección, orinas limpidas con algunos filamentos mucosos que sobrenadan.

Examen físico: pene normalmente constituido, caracteres normales, la semimucosa del glande ligeramente pálida con algunas zonas pequeñas de marcado despulimiento y blanquecinas, el meato de topografía normal llama evidentemente la atención, es marcadamente puntiforme y rodeado de un halo blanco de 2 a 3 mm. de diámetro netamente cicatricial esclerógeno. Confesamos con esas características tan particulares no haber observado otra lesión similar y de su aspecto puede dar clara idea las figuras adjuntas.

La palpación de la uretra peneana y perineal no revela alteración, pero sí, se destaca de su carácter normal la porción meática que en un largo de  $\frac{1}{2}$  cm. está netamente indurado, de con-



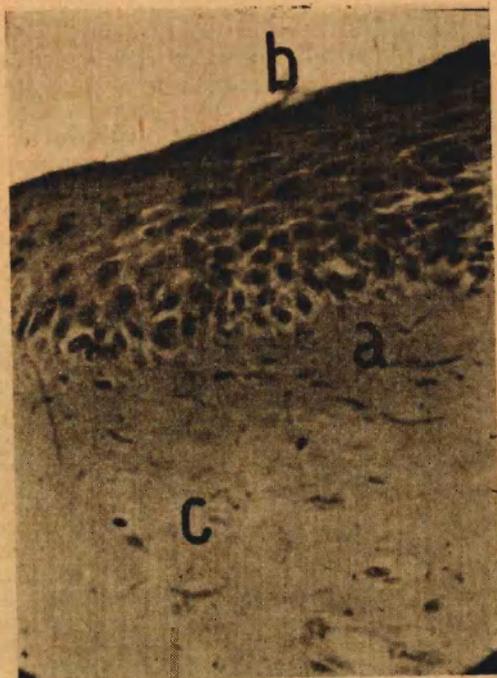
Microfotografía N° 3 — Panorámica 88 x. Hematoxilina eosina. Porción cutánea (1) descamante, mostrando la fibroblastización dérmica (a), la infiltración linfocitaria profunda (b) y los capilares dilatados (c). - La zona transicional (2) y la porción uretral (3) con las erosiones (d) posiblemente traumáticas.

sistencia casi pétreas; es la clara expresión táctil de lo revelado por la inspección. La exploración uretral se hace con dificultad y sólo es posible franquear el meato con alguna bujía filiforme muy fina, siendo el resto del trayecto uretral libre y permeable, la región próstatovesicular al tacto no revela anomalías dignas de mención, muy discreta polimicroadenopatía inguinal que la conceptuamos intrascendente por sus características, el resto del examen somático es negativo, el enfermo nunca fué febril y el estado general excelente. Las pruebas de laboratorio revelan el hemograma sin datos dignos de mención y el examen de la escasísima secreción uretral, mucus, células de descamación, algunos piojitos y ausencia de gérmenes; serorreacción de Wassermann y Kahn: Negativas. La exploración radiológica (radiografía directa y urografía excretora) muestran un sistema renal normal. La uretrografía ánteroposterior y oblicua Figura N° 1 muestran que el canal uretral no está alterado en sus diámetros ni en su morfología, excepto en la región meática.

Practicamos una reacción de Frei cuyo resultado nos revela la verdadera etiología del proceso y procedemos de inmediato al tratamiento combinando la medicación antibiótica: acromicina y aureomicina y la reacción del meato pues entendemos que por las características del mismo es la única solución viable para intentar la curación, pues la exagerada disuria hace temer al enfermo en cualquier momento una crisis de retención aguda.

Bajo control anestésico general procedemos a la resección amplia de todo el meato, cuyo estudio histopatológico adjuntamos, y dejamos una sonda permanente N° 20 durante tres días, continuando el tratamiento antibiótico.

Postoperatorio: normal, sin incidencias; el enfermo cura de sus trastornos, desaparece el escozor y la secreción, y el meato uretral después de tres meses continúa con caracteres normales sin tendencia a la retracción y estenosis, como lo muestra la Fig. N° 2.



Microfotografía N° 4 — Hematoxilina eosina, 410 x Zona cutánea mostrando la degeneración vacuolar de la capa basal (a), la hipergranulosis (b) y la esclerohialinización dérmica (c).



Microfotografía N° 5 — Hematoxilina eosina, 410 x Zona transicional (a), región uretral con un capilar dilatado (b) y la esclerohialinización de la lámina propia (c)

Caso N° 2 (12/VII/55). — Intradermorreacción de Frei

Lectura a las 24 horas (13/VII/55): placa de bordes netos con poco relieve, de 3 x 3 cm. Pliegue mínimo en la piel normal del antebrazo 0.2 mm.; a nivel de la placa, 0.35 cm.

*Lectura a las 48 horas (14/VII/55)*: han aumentado el rubor, el edema y el calor local. La placa de reacción mide  $7 \times 5\frac{1}{2}$  cm. y el pliegue mínimo a nivel de la placa es de 0.8 cm.

*Lectura a las 72 horas (15/VII/55)*: la placa de reacción alcanza su acmé: mide  $8.5 \times 5.5$  cm. Marcado rubor, edema y calor local. El pliegue mínimo a nivel de la placa mide 0.8 cm.

*Interpretación*: Intradermorreacción de Frei: positiva.

#### BIBLIOGRAFÍA

*Stühmer A.*: "Balinitis Xerotica Obliterans (postoperationem) und ihre Beziehungen zur Kraurosis glandis et praeputii penis". Wien Arch. Derm. Syph. 156, 613, 1928.

*Frühwald R.*: Peniscarcinóm nach Balanitis Xerotica Obliterans. Xent. Haut und Geschlecht Krankheiten. 50, 98, 1935.

*Harkness A. H.*: Nongonococcal urethritis. Livingstone, 1950.

*Farrington J., Newman J. H. and Rosser R. G.*: Balanitis Xerotica Obliterans. J. Urol. Vol. 173, Nº 6, June 1955, p. 1054.

#### RESUMEN

Los autores presentan dos casos de Balanitis Xerótica Obliterans bien típicas, una en estado de evolución tardía y otro más corta, en los cuales sólo se obtiene como exclusiva causa etiológica la reacción de Frei positiva bien franca indicadora de una linfogranulomatosis, que no han visto mencionada por otros al recorrer la literatura.

---