

# Balanitis y balanopostitis en las FAS

M.A. Molinero Barranco\*

## RESUMEN

La región balanoprepucial se ve afectada por patología muy diversa. El no familiarizado con ella suele achacarla a un déficit de higiene o a un proceso micológico. Mediante el presente artículo pretendemos ampliar el horizonte diagnóstico, encontrando útil para tal fin los comentarios que realizamos a cada cuadro. Nos detenemos más en los que presentan una notable carga epidemiológica, como la balanopostitis candidiásica, herpética y la secundaria al exantema fijo pigmentario.

**Palabra clave:** Balanopostitis, jóvenes, diagnóstico diferencial.

## SUMMARY

The balanoprepucial region is affected by a diverse pathology. Those who are not acquainted with it, usually put this fact down to a lack of hygiene or a mycologic process. In this report what we try to achieve is to amplify the diagnostic horizon, the comment on each pattern is useful for this purpose. We are taking a long time over the cases which have a remarkable and epidemiologic load such as the balanopostitis by the candida, by the simplex herpes virus and by the secondary to the steady rash.

**Key words:** Balanopostitis, young people, differential diagnosis.

## INTRODUCCIÓN

La patología que de forma preferente afecta a la mucosa balanoprepucial no es infrecuente, sobre todo en los hombres jóvenes. Se denomina balanitis y balanopostitis, según afecten sólo al glande o bien a éste y al prepucio.

Conocemos una serie de factores locales que favorecen su aparición, como el esmegma, orina, contaminación bacteriana y microtraumas.

Haciendo un estudio retrospectivo desde que iniciamos nuestro caminar por la medicina castrense, presentamos los cuadros más frecuentes, haciendo un comentario sobre ellos. Insistimos en que no todos deben asociarse con una patología transmitida sexualmente.

Con ello pretendemos ampliar el diagnóstico diferencial y alcanzar, de tal suerte, una terapéutica más específica y correcta.

## BALANITIS Y BALANOPOSTITIS INFECCIOSAS

En la mente de todos está la causada por el hongo *Cándida* sp. Se

trata de un miceto dimorfo por presentar una forma celular redondeada, que no es patógena, y otra pseudomicelial patógena. Al no conocerse forma de reproducción sexual, se incluye dentro de los hongos imperfectos. El género *Cándida* presenta seis especies de interés en patología humana: *albicans*, *tropicalis*, *pseudotropicalis*, *guilliermondi*, *krusei* y *parapsilosis*, siendo la más frecuente la primera (1).

El problema de la candidiasis genital se traduce en la existencia de reservorios en el organismo que determinan infecciones recurrentes o dan lugar a portadores sanos, con el consiguiente riesgo de contagio. Para Martínez Fernández (2) la *C. albicans* no es un comensal por lo que siempre que se detecte su presencia, aún en ausencia de sintomatología clínica, debe tratarse. En la actualidad se preconizan tres teorías sobre las recurrencias: la existencia de un reservorio intestinal se demostró en aquellas mujeres que presentan varios episodios de la infección, por su parte Wilmont (3,4) encontró el hongo en el recto de homosexuales en un 40% de los casos; el pene es portador del hongo con una frecuencia cuatro veces mayor en parejas de mujeres infectadas que en el resto de la población, así como el 80% de los contactos de hombres aquejados, presentan cultivos posi-

vos, frente al 32% de las mujeres compañeras de hombres no afectados (3); por otro lado, el germen tiene la capacidad para invadir tanto los planos mucosos superficiales de la vagina como los profundos a los que no llegan los antimicóticos tópicos, recidiando el cuadro tras cada menstruación, al producirse la descamación del epitelio.

Todo este patrón epidemiológico se complica al aislarse *C. albicans* en la boca en un 6,62%, localización de interés si tenemos presentes las modificaciones en la conducta sexual (coitos orales y orogenitales) (1).

Matizamos aún más, no todas la balanitis y balanopostitis candidiásicas de transmisión sexual son de origen venéreo, verbigracia, la padecida por un sujeto cuya pareja sexual realiza contracepción hormonal que le causa una vulvocolpitis candidiásica, no siendo promiscuos ninguno de los dos. Dicho de otra forma, la promiscuidad sexual es la que caracteriza a la enfermedad venérea (5).

Clínicamente observamos una mucosa salpicada por múltiples pústulas de diminuto tamaño que tachonan una superficie eritematosa. En estos casos se evidencian pequeñas zonas descamadas secundarias a dichas micropústulas. Todo ello da un aspecto húmedo. También

\* Cap.San. (Med.) Jefe del Servicio Médico del Depósito de Remonta. Ecija (Sevilla).

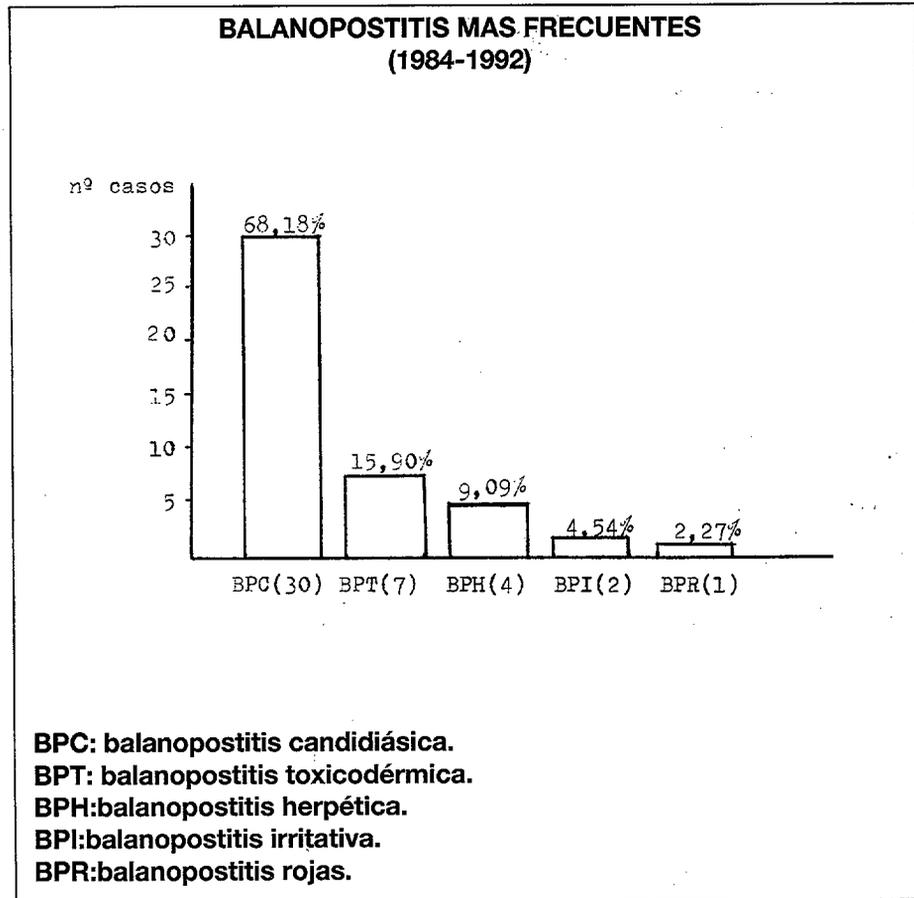
podemos apreciar la presencia de un material caseoso, que recuerda a la cuajada, y que se distribuye por la zona, sobre todo en pacientes fimóticos. Subjetivamente los afectados refieren padecer quemazón, prurito, en mayor o menor grado. Todo esta secuencia de síntomas se sucede tras 4-5 días del contacto. En ocasiones aparecen inmediatamente tras el coito. Sospechándose una reacción de hipersensibilidad frente al hongo (6,7).

En un periodo que se extiende desde 1984 a 1992 tratamos 30 casos de balanopostitis candidiásica en el seno de las FAS, tanto en personal de tropa como profesional. Si los comparamos con los casos de uretritis gonocócica aguda, la proporción es de 3/1 (6), tratándose de la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, de ahí la importancia de su conocimiento.

Su diagnóstico es sencillo. Siempre que podamos, debemos comprobar la presencia del hongo añadiendo KOH al 10-30% al frotis obtenido del surco balanoprepucial y del glande, o bien mediante la tinción de Gram que se consigue en medio de Sabouraud o de Nickerson. Mediante el auxonograma, zimograma y el test de filamentación, podemos demostrar la especie de Cándida implicada (9,10).

En nuestra opinión el conocimiento de la epidemiología y de la clínica, es suficiente para establecer el diagnóstico, sobre todo en un medio primario de asistencia, donde debemos iniciar la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (6-11).

El fluconazol y el itraconazol han supuesto un avance en la terapéutica oral de estos cuadros, tanto por su comodidad posológica como eficacia. Con 50-100 mgrs. cada 24 horas del primero y 100 mgrs. cada 24 horas del segundo, son suficientes para la resolución del problema en 10-15 días (12-13). Recientemente la terbinafina se demostró eficaz tanto por vía sistémica como tópica, frente a la candidiasis cutánea, no siendo así para la forma mucosa de la infección. Es por lo que no se indica para el tratamiento de las balanopostitis candidiásicas (14). Tópicamente, cuanto más agudo sea el cuadro, más suave debe ser el tratamiento. Por ello iniciamos la terapéutica con la aplicación de fomentos de permanganato potásico en solución acuosa y a la concentración de 1/20,000.



Pasados los primeros días añadimos un antifúngico tópico. Es condición "sine quoniam" el tratamiento de la pareja.

Con respecto al herpes genital no sabemos si verdaderamente está experimentando un aumento o bien se diagnostica más y mejor. Los ciertos es que las balanitis más frecuentes son las de origen condidiásico y herpética (15, 16). En nuestra casuística y durante el tiempo citado, encontramos 4 casos (6).

Este cuadro puede suponer una primoinfección por el virus del herpes simple, originando un cuadro agudo, aparatoso, que cursa con alteración del estado general. La erupción de vesículas afecta a la mucosa blanoprepucial, tendiendo a agruparse en ramilletes, con carácter efímero y que dan lugar a una zona ulcerada con abundante secreción, de superficie saniosa, sucia y blancomarillenta. Determinan dolor y se palpan adenopatías regionales, dolorosas, móviles y de tamaño variable. Si se trata de una recurrencia, la clínica es más suave, las lesiones escasas y no suelen existir adenopatías regionales. En ambos casos curan las lesiones sin dejar cicatriz.

Epidemiológicamente se aísla más veces el virus del herpes simple tipo 2. Cuando la infección está causada por el tipo 1, las recurrencias pare-

cen menos frecuentes. En el sentir de Corey (17) el virus se libera desde que se inician las lesiones, siendo máxima hacia el octavo y el décimo día, en donde predominan las úlceras, brotando a su vez, nuevas lesiones. Pasados veinte días cuando ya curan las lesiones, se deja de secretar virus. Los que padecieron una primoinfección por el virus tipo 1, pueden desarrollar otra por el tipo 2 y asintomática, lo que complica la epidemiología de esta infección (18).

El diagnóstico se basa en la clínica y en los antecedentes venéreos del paciente. Tanto las técnicas de citodiagnóstico mediante la tinción de Giemsa o Papanicolau, el cultivo del virus en medios celulares como la detección de antígenos virales mediante inmunofluorescencia, son procedimientos de laboratorio potestad los centros hospitalarios, no asequibles en un primer escalón de asistencia sanitaria.

Hoy la terapéutica recomendada es la administración de aciclovir. El Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual (GEIETS) (19) recomienda 200 mgrs. cinco veces al día durante cinco días consecutivos, acompañándose de la aplicación tópica del medicamento, con la misma frecuencia y durante el mismo tiempo. Baker (20) recomienda mantener la dosis

durante diez días, matizando que si bien se consigue un claro beneficio clínico, no parece influir en la primera recidiva. Las recurrencias se tratan por igual.

Existen otras balanopostitis que atienden a etiología gonocócica, tricomoniasis, clamidiásica, micoplásmica y sifilítica (balanitis de Follman). En otros casos bajo condiciones anaeróbicas, la acción de las espiroquetas y de gérmenes fusospirilares complican estos cuadros o bien los de otra etiología. Pueden originar una balanopostitis fagedénica o gangrenosa, comprometiendo la totalidad de la verga. Requieren un tratamiento precoz, tanto quirúrgico mediante el descubrimiento de los abscesos y esfacelos, como antibiótico. El cuadro conocido como balanopostitis infecciosa inespecífica se corresponde con un cuadro morbosos que se caracteriza por su rebeldía a la terapéutica. Atiende a la colonización de la zona balanoprepucial y porción distal de la uretra de gérmenes procedentes de vaginas de mujeres asintomáticas, tanto grampositivos como gramnegativos. Ante tal hecho se impone el examen y tratamiento de la partener sexual del enfermo (15).

**BALANITIS Y BALANOPOSTITIS NO INFECCIOSAS**

Este grupo abarca una serie de entidades cuya causa es conocida, en algunos casos, mientras que en otras permanece oscura su etiología. Excluimos, por no ser objeto del pre-

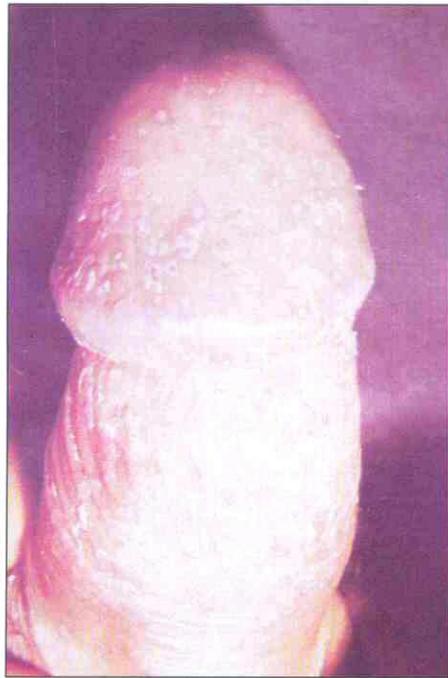


Foto 1.- Balanopostitis candidiásica.

sente artículo, las dermatosis que pueden afectar a la zona accidentalmente.

La zona genital masculina está sujeta a multitud de traumas secundarios tanto a autolesiones o accidentes (pellizcamiento por cierres de cremallera) como a las relaciones sexuales. El llamado "edema venéreo del pene", surge tras la relación sexual, afectando a la raíz del pene y a la mucosa prepucial. Se atribuye a parejas no cooperadoras, sin secreción vaginal (15). Son las balanopostitis mecánicas o traumáticas.



Foto 2.- Balanopostitis herpética.

En sujetos no postectomizados, con higiene parca, pueden sufrir una inflamación balanoprepucial secundaria a la acción irritante del esmegma y orina. Causa un cuadro muy aparatoso, con abundante secreción de tipo purulento, de olor fétido, que se acompaña de imposibilidad para descubrir el glande, al estar inflamado el anillo prepucial. Responde bien a la aplicación de fomentos astringentes y a los antiinflamatorios tópicos y generales. El empleo de ciertos detergentes y de podofilino puede originar una entidad semejante. La sensibilización a la goma de los preservativos, benzocaina (muy utilizada por los homosexuales para retrasar la eyaculación) y a ciertos medicamentos tópicos como la neomicina, sulfamidas y mercurio, causan una dermatitis de contacto alérgica, caracterizada por prurito, vesiculación y edema. Al retirar la sustancia responsable involuciona el cuadro, si bien los antihistamínicos y dermatocorticoides acortan la sintomatología. Son el grupo de las balanopostitis irritativas y alérgicas (6, 15). No queremos dejar pasar la descripción de un cuadro que afecta selectivamente a la mucosa bucal y genital. Nos referimos al exantema fijo pigmentario. Es una toxicodermia cuyo mecanismo exacto no se conoce. Fue descrita por Broco en 1894 (21). Tras un periodo de incubación corto, no más de seis o veinticuatro horas, aparece sobre la mucosa balanoprepucial una mácula pigmentada, urticada, sobre la que emerge una ampolla. En sujetos fimóticos el cuadro adquiere relevancia al presentar gran inflamación y secreción seropurulenta. Las sulfamidas, fenoltaleínas, pirazolonas, barbitúricos, penicilinas, tetraciclinas, salicilatos, quininas y benzodiacepinas, suelen ser los fármacos implicados con mayor frecuencia. La lesión tiene la característica de aparecer siempre en la misma localización tras la ingesta de la sustancia responsable. Obviamente la supresión del medicamento y la medicación sintomática causan la resolución del problema. Hemos asistido 7 casos durante el periodo citado (21).

Un tercer grupo lo constituyen aquéllas en las que su etiología y patogenia permanecen oscuras aún. Aunque el componente eritematoso suele estar en todas las balanopostitis, existen una en las que éste es permanente y no efímero como en las otras. De ahí que Stewart y Lauret (7) las denominen "balanitis rojas". Son la eritroplasia de Queyrat, proceso maligno al tratarse de una carcinoma espinocelular "in situ"; la balanitis liquenoide, telangiectásica y purpúrica; la balanitis pseudoepite-

liomatosa micéica y queratósica y la balanitis plasmocelular crónica benigna de Zoon. Esta última es quizá, junto con la eritroplasia, la más carismática.

Su clínica es muy sugestiva y consiste en una placa aterciopelada, roja, única, salpicada por zonas más eritematosas comparables a la cayena, que afecta a la mucosa balano-prepucial en "hoja de libro". No se acompaña de adenopatías. Puede afectarse la mucosa bucal. A pesar de su carácter crónico, se trata de un proceso benigno. Tuvimos la oportunidad de asistir un caso (22). La terapéutica es difícil, si bien puede remitir, en algunos casos, tras la postectomía (22).

El diagnóstico diferencial debemos establecerlo entre todas ellas, tanto



Foto.-3 Balanitis irritativa.

infecciosas como no, teniendo en cuenta la frecuencia del cuadro, edad

del paciente, antecedentes epidemiológicos y clínica.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Micología y micosis: el 4º Reino: Micología clínica 3. Candidiasis. Janssen Research Council. España 1987.
- 2.- MARTINEZ FERNANDEZ, R.: Candidiasis vaginal. Revisión y avance de un nuevo tratamiento con nitrato de econozol. Fac. Farm. Madrid. 1981.
- 3.- SOBEL J.D.: Epidemiología y patogénesis de la candidiasis vulvo-vaginal recurrente. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985; 152: 924.
- 4.- GAURO M.: Avances terapéuticos en las enfermedades de transmisión sexual. Distr. Librería Cervantes. Salamanca. 1983. pp. 65-69.
- 5.- MOLINERO BARRANCO M.A.: ¿Enfermedades transmitidas sexualmente o enfermedades venéreas? Antología Dermatológica nº 5. 1987. pp. 19-20
- 6.- MOLINERO BARRANCO M.A.: Estudio epidemiológico y profilaxis de las ETS en un grupo de alto riesgo de morbilidad. Tesis Doctoral. Fac. Med. Granada. 1987.
- 7.- MOLINERO BARRANCO M.A.: Balanitis crónicas. Actualidad Dermatológica nº8/9. 1986. pp. 24-28
- 8.- FERNANDEZ-CID A.: Vaginitis más frecuentes. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Salvat S.A. Barcelona 1985. pp. 65-76.
- 9.- RICHARD L. SWEET.: La importancia del diagnóstico diferencial de la vaginitis aguda. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985; 152: 921.
- 10.- CAMACHO MARTINEZ F.: Enfermedades de transmisión sexual. Ed. JARPYO. Madrid 1986. pp. 135-139
- 11.- MOLINERO BARRANCO M.A.: Guía para el diagnóstico y tratamiento de la balanopostitis candidiásica de transmisión venérea. Actualidad Dermatológica nº 12. 1987. pp. 27-31
- 12.- NEGRONI R.: Farmacología de nuevas drogas antifúngicas. XI Congreso Ibero-Latino-Americano de Dermatología. Madrid. 17-21 de Mayo. 1987.
- 13.- Itraconazol. El fruto de 25 años de investigación antimicótica. Janssen Pharmaceutica. 1992.
- 14.- Lamisil: Un nuevo estándar en el tratamiento antifúngico de la piel y de las uñas. Lab. SANDOZ S.A. 1993.
- 15.- BORDAS X.: Balanitis y balanopostitis. Piel 1989; 4: 325-332.
- 16.- FERRANDIZ C.: Las balanitis herpéticas han aumentado porque se diagnostican más. Diario de Congresos Médicos nº171. Junio 1989 pp.7
- 17.- COREY L., HOMES K.K.: Infecciones por el virus del herpes simple. Conceptos actuales en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y prevención. Ann. Intern. Med. 1983; 98: 973-983.
- 18.- GRAIG C., NAHMIA A.J.: Different patterns of neurologic involvement with Herpes simplex virus type 1 and 2: Isolation of Herpes simplex virus type 2 from the buffy coat of two adults with meningitis. J. Inf. Dis. 1973; 127: 365-372.
- 19.- Calidad de tratamiento en enfermedades de transmisión sexual (ETS). Pautas recomendadas por el Grupo Español para la Investigación de las ETS. Editado por Lab. Pfizer S.A. España
- 20.- BAKER A.K.: Tratamiento con Aciclovir de las infecciones por virus herpes. Ed. Ancora S.A. Barcelona 1991. pp97-98.
- 21.- MOLINERO BARRANCO M.A.: El examen fijo pigmentario, una de las toxicodermias más frecuentes. Actualidad Dermatológica nº1. 1985. pp. 17-19.
- 22.- MOLINERO BARRANCO M.A.: Balanitis plasmocelular crónica benigna de Zoon. (A propósito de un caso). Antología Dermatológica nº1. pp. 10-13