

# Laser fracionado de CO<sub>2</sub> e ácido fusídico na balanite de Zoon: relato de caso

## Fractional CO<sub>2</sub> laser and fusidic acid in Zoon's balanitis: a case report

### RESUMO

A balanite de Zoon é lesão inflamatória benigna crônica, de etiologia desconhecida. Relata-se o caso de paciente do sexo masculino de 66 anos, há dois anos com placa eritematosa localizada na glândula. Observou-se redução significativa do tamanho da placa e melhora do prurido com o uso de laser fracionado de CO<sub>2</sub> associado ao ácido fusídico. O tratamento mostrou-se tolerável e de fácil execução. Concluímos que a lesão foi pouco responsiva ao tratamento tópico conservador com corticoide e muito mais responsiva ao tratamento com laser fracionado de CO<sub>2</sub>, obtendo-se boa resposta e melhora na qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** plasmócitos; terapia a laser; ácido fusídico.

### ABSTRACT

*Zoon's balanitis is a benign chronic inflammatory lesion of unknown etiology. This article reports the case of a 66-year-old male patient who presented a 2-year history of a erythematous plaque located on the glans penis. The lesion had not been very responsive to conservative topical treatment with corticoid. A significant reduction in the plaque's size and an improvement in the pruritus was observed with the use of fractional CO<sub>2</sub> laser combined with fusidic acid. The treatment was well tolerated and easy to carry out, and improved the patient's quality of life.*

**Keywords:** plasma cells; laser therapy; fusidic acid.

### INTRODUÇÃO

A balanite de Zoon (BZ) é doença crônica, benigna, com processo inflamatório envolvendo a glândula e, ocasionalmente, o prepúcio.

Em 1952, Zoon descreveu, pela primeira vez, a balanite de células plasmocitárias ou BZ. Originalmente publicou uma série de oito pacientes com diagnóstico clínico de eritroplasia de Queyrat, cujos exames histológicos, ele observou, não mostravam os clássicos sinais de malignidade, mas sim predomínio de células plasmocitárias. Estava definido assim um novo tipo de balanopostite.<sup>1</sup>

## Relato de caso

### Autores:

Sonia Maria Fonseca de Andrade<sup>1</sup>  
Fernanda Roberta Lorenski<sup>2</sup>  
Débora Chaves Silva Pinto<sup>3</sup>  
Antônio Tebcherani<sup>4</sup>  
Michele Cavalcante Pontes<sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Médica dermatologista pós-graduada em fisiologia do envelhecimento pela Universidade Paulista (Unip) – São Paulo (SP); médica do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.
- <sup>2</sup> Especializanda em dermatologia no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.
- <sup>3</sup> Especializanda em dermatologia no Hospital de Heliópolis – São Paulo (SP), Brasil.
- <sup>4</sup> Mestre em anatomia patológica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP); doutorando em dermatologia da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP); médico patologista do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.
- <sup>5</sup> Médica especialista em clínica médica pelo Hospital São Rafael (HSR) – Salvador (BA); fellow de dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

### Correspondência para:

Dra. Sonia Maria Fonseca de Andrade  
Rua Juiz de Fora, 113 Centro  
07090-110 – Guarulhos – SP  
E-mail: sonia.dermato@gmail.com

Recebido em: 17/12/2010  
Aprovado em: 14/11/2011

Trabalho realizado no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum  
Conflito de Interesses: Nenhum

A BZ é mais frequente em homens idosos, podendo ocorrer em qualquer idade e mesmo em mulheres. A causa é desconhecida, embora seja associada à higiene deficiente, irritação crônica (calor ou fricção) e não ocorra em circuncidados. O estudo imuno-histoquímico corrobora a hipótese de tratar-se de reação irritativa primária em vez de resposta alérgica inflamatória específica. As lesões são consideradas benignas, apesar de existir na literatura um relato de malignização de BZ para carcinoma espinocelular em paciente de 27 anos.<sup>2</sup>

O quadro clínico é composto de placas eritematosas discretas de tonalidade alaranjada e aspecto de pimenta-de-caiena. A lesão “em beijo” ocorre ao redor do meato uretral e podem ocorrer erosões superficiais que apresentam, ao cicatrizar, a característica coloração alaranjada. As lesões predominam na glande, mas podem ser encontradas com menor frequência na região coronal e no prepúcio. Pode haver sintomas locais de queimação e prurido, de leve a moderada intensidade.

No exame histopatológico é característica a presença das células plasmocitárias, e deve-se fazer diagnóstico diferencial com líquen plano erosivo, penfigoide cicatricial, carcinoma espinocelular in situ, Paget extramamário, sífilis secundária e candidose.

Vários tratamentos são propostos para a BZ, sendo a circuncisão a melhor opção pela maior taxa de cura. Na tentativa de evitar o tratamento cirúrgico, medicações tópicas figuram como relevante opção, sendo mais utilizados os corticoides tópicos, que têm capacidade de estacionar o quadro ou obter regressão parcial, embora seja comum a recidiva.

Tang em 2001, avaliou dez casos tratados com associação de oxitetraciclina 3%, nistatina 100.000U/G e clobetasol 0,05%. Quatro deles apresentaram recidiva com rápida remissão quando reiniciado o tópico. O autor justifica a associação de drogas pela provável etiologia multifatorial da BZ.<sup>3</sup>

O ácido fusídico é antibiótico tópico usado para tratar infecções especialmente por *Staphylococcus aureus*, que atua ini-

bindo o RNA mensageiro desses microrganismos e possui propriedades imunomoduladoras. Através da inibição da produção de interleucina 2 e interferon reduz a proliferação de linfócitos T. Esse efeito inibitório de células T é semelhante ao da ciclosporina. Em 1992, Petersen<sup>4</sup> tratou oito pacientes portadores de BZ com ácido fusídico; três se curaram, dois foram suprimidos e três não tiveram resposta.

Existem relatos na literatura da utilização de tacrolimus a 0,1%, com melhora sem recidivas<sup>5</sup> e pimecrolimus com resultados variáveis, de melhora total ou parcial das lesões.<sup>6</sup> Há apenas um caso tratado com imiquimode com melhora da lesão.<sup>7</sup>

Atualmente novos tratamentos com laser têm-se mostrado eficazes e bem tolerados. O erbium-yag-laser ablativo não fracionado foi usado no tratamento da BZ em 2002,<sup>8</sup> com acompanhamento e retratamento sem recidivas das lesões.

Em 1989, Baldwin<sup>9</sup> descreve o primeiro caso de BZ tratado com laser de CO<sub>2</sub> ablativo não fracionado, que já era utilizado para balanite xerótica obliterante bem como neoplasias in situ e condilomas genitais, e seria menos traumático do que a circuncisão. Esse laser também foi usado em pacientes com BZ por França<sup>10</sup> e Retamar<sup>11</sup> com variações na fluência de aplicação, porém ambos demonstrando cura das lesões com poucas recidivas.

Relatamos nossa experiência pioneira com laser de CO<sub>2</sub> fracionado associado ao ácido fusídico na BZ.

## MÉTODOS

Paciente do sexo masculino de 66 anos apresentando há dois anos placa eritematosa, úmida, brilhante e bem definida, localizada na glande, com leve prurido e sem adenopatia inguinal. (Figura 1) Fez uso irregular de creme de corticoide sem melhora. Foi realizada biópsia para confirmação diagnóstica que evidenciou epiderme atrófica com queratinócitos achatados e espongirose leve e na derme infiltrado em faixa, composto de



Figura 1: Antes do tratamento

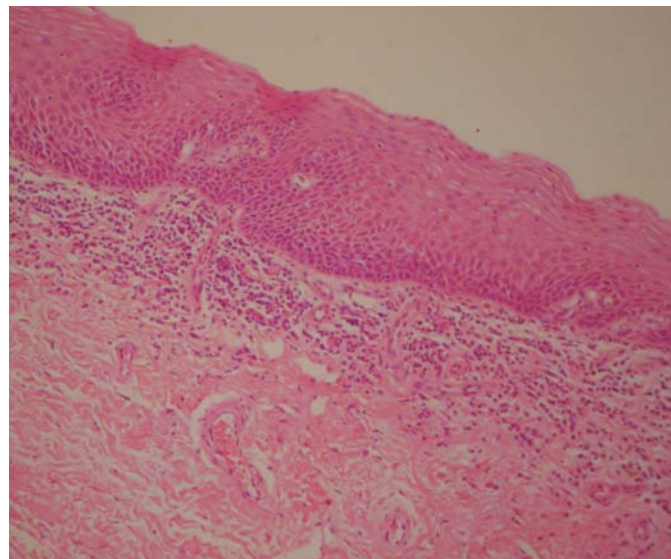
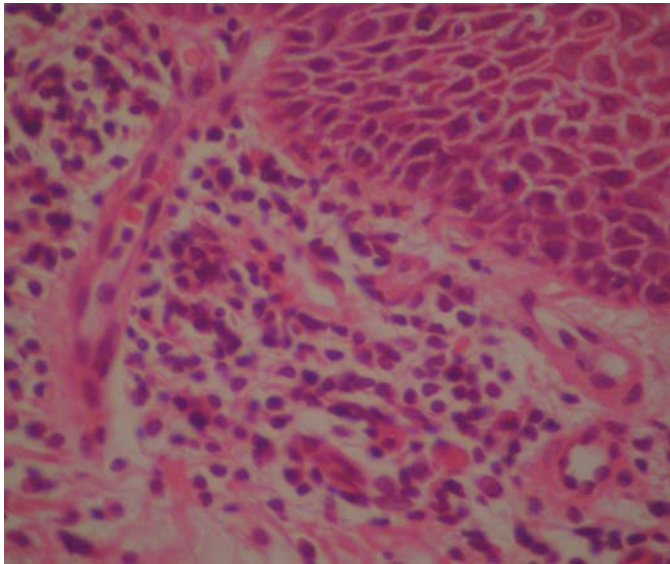


Figura 2: Mucosa malpighiana retificada com infiltrado difuso no cório (HE - 40x)



**Figura 3:** Detalhe do infiltrado inflamatório linfoplasmocitário difuso no cório (HE - 200x)



**Figura 4:** Após quatro sessões de LCO<sub>2</sub> e uso de ácido fusídico

plasmócitos. (Figuras 2 e 3) Após a prescrição de clobetasol creme por 14 dias houve melhora discreta. Com a persistência das lesões, foi encaminhado para sessões de laser fracionado de CO<sub>2</sub> (Smartxide®, Deka Brasil, São Paulo-SP), com uso concomitante de propionato de clobetasol. Após revisão da literatura optamos pela substituição do corticoide pelo ácido fusídico devido a sua função imunomoduladora (ciclosporina-símile) e antibiótica, para utilização entre as sessões de laser, na tentativa de amenizar a inflamação pós-procedimento. Após quatro sessões de LFCO<sub>2</sub> (15w, 200um, 1000ms), observamos significativa redução do tamanho da placa e melhora dos sintomas com apenas leve ardência após os procedimentos. (Figura 4)

## DISCUSSÃO

No presente relato o laser fracionado de CO<sub>2</sub> foi usado para a destruição e/ou vaporização do tecido superficial, com melhora importante da lesão com apenas sintomas leves após os procedimentos. Em outros casos relatados na literatura, foram utilizados lasers ablativos,<sup>2,3,8-11</sup> sem agentes tópicos após os procedimentos. Em nossa avaliação o ácido fusídico melhorou a tolerabilidade dos procedimentos por seu efeito imunomodulador, constituindo, além de fator acelerador da cicatrização, forma de evitar consequências de outros fatores para a BZ, como manipulação excessiva e má higiene.

Em contrapartida pode ter sido responsável pela necessidade de maior número de sessões de tratamento para o paciente, uma vez que o efeito anti-inflamatório poderia reduzir, em teoria, a efetividade de métodos ablativos.

Considerando o efeito pouco promissor do corticosteroide tópico e a segurança do ácido fusídico, optamos por este último entre as sessões de laser fracionado de CO<sub>2</sub>, constatando melhora das lesões, apesar da necessidade de número de sessões maior do que o habitual. ●

## AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos ao Prof. Mario Cezar Pires e à diretoria técnica do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos.

## REFERÊNCIAS

1. Zoon J J. Balanoposthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes. *Dermatologica*. 1952;105(1):1-7.
2. Joshi VY. Carcinoma of the penis preceded by Zoon's balanitis. *International Journal of STD & AIDS*. 1999; 10(12):823-5.
3. Tang A, David N, Horton LWL. Plasma cell balanitis of Zoon: response to trimovate cream. *International Journal of STD AIDS*. 2001; 12(2): 75-8.
4. Petersen C S, Thomsen K. Fusidic acid cream in the treatment of plasma cell balanitis. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 27(4): 633-4.
5. Moreno-Arias G A, Camps Fresneda A, Llaberia C, Palou-Almerich J. Plasma cell balanitis treated with tacrolimus 0,1%. *Br J Dermatol*. 2005;153(6):1204-6.
6. Stinco G, Piccirillo F, Patrone P. Discordant results with pimecrolimus 1% percent; cream in the treatment of Plasma Cell Balanitis. *Dermatology*. 2009; 218(2): 155-8.
7. Nasca MR, Pasquale R, Micali G. Treatment of Zoon's balanitis with imiquimode 5% cream. *J Drugs Dermatol*. 2007; 6(5): 532-4.
8. Albertini JG, Holck DE, Farley MF. Zoon's balanitis treated with Erbium:YAG laser ablation. *Lasers Surg Med* 2002;30(2):123-6.
9. Baldwin HE, Geronemus RG. The treatment of Zoon's balanitis with the carbon dioxide laser. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989;15(5):491-4.
10. França ER, Ribeiro MTC, Fittipaldi MC, Soares JA, Santiago HP, Santos IB, et al. Laser de CO<sub>2</sub> ultrapulse na balanite de Zoon: uma opção terapêutica. *An Bras Dermatol*. 1998;73(4):333-5.
11. Retamar RA, Kien MC, Chouela EN. Zoon's balanitis: presentation of 15 patients, five treated with a carbon dioxide laser. *Int J Dermatol*. 2003; 42(4):305-7.