



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/3706 - DOCTORA, ESTA HEMORROIDE ME ESTÁ MATANDO

P. Manzorro Fernández^a, A. García-Gasco Hernández de Lorenzo^b, P. González Bernal^c y M. Gómez Caballero^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda.

Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. ^dMédico

Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años que acude por dolor anal de 5 días de evolución. Antecedentes personales relevantes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y hemorroides. Refiere que inició como un dolor sordo que se ha ido haciendo cada vez más intenso, niega prurito, rectorragia ni presencia de exudados y asocia estreñimiento de 4 días de evolución. Se ha aplicado pasta al agua por molestias y sensación de tacto áspero. Ella cree que es por culpa de una de las hemorroides “que le está dando guerra”.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,4 °C. Destacan lesiones vesiculosas en región interglútea y nalga izquierda, algunas costras, erosiones y eritema perilesional. Hemorroides externas no complicadas. Tacto rectal normal. Genitales externos sin lesiones.

Orientación diagnóstica: Herpes zóster anal.

Diagnóstico diferencial: Herpes simple, ITS, úlcera por presión, impétigo por rascado, hemorroides complicadas.

Comentario final: En todo paciente, y más si es inmunodeprimido, hay que pensar en el herpes zóster como diagnóstico diferencial de lesiones vesiculosas a pesar de encontrarse en una localización poco habitual. Destaca en este caso la importancia de la exploración física minuciosa para confirmar o desmentir la sospecha de la paciente. Es importante hacer el seguimiento del paciente posterior para identificar posibles complicaciones como la sobreinfección de las lesiones, dolor neuropático residual o la retención urinaria, más infrecuente pero posible. Sería conveniente la prescripción de un laxante ya que impresiona no realizar deposición por el dolor, pomada con sulfato de cobre o zinc así cobre y revisión en 48-72 horas para valorar evolución.

Bibliografía

1. Werner RN, et al. European consensus-based (S2k) Guideline on the Management of Herpes Zoster - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Part 1: Diagnosis. JEADV. 2017;31:9-19.

2. Cukic V. The Uncommon Localization of Herpes Zoster. *Medical Archives*. 2016;70:72-5.
3. Grekin JA, et al. Sacral zoster with a primary complaint of difficulty voiding. *JAAD Case Reports*. p. 509-11.
4. Marques SA, Hortense J. Herpes zoster-associated acute urinary retention in immunocompetent patient. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2014;89(6):985-7.

Palabras clave: Zóster. Hemorroides. Anal.