



CARTA CIENTÍFICA

Gran úlcera perianal por tratamiento con pomada antihemorroidal en paciente inmunodeprimido

Large perianal defect due to treatment with antihemorrhoidal ointment in an immunosuppressed patient

María Victoria Carmona Pérez^{a,*}, Carlos Arcadio Gómez Lanz^b,
Pablo García Rodríguez^b y Javier Fernández González-Cuevas^b

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Área de Salud de Burgos, Burgos, España

^b Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2022



Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 42 años, natural de Venezuela, que acude por primera vez a nuestra consulta por un cuadro de lesiones perianales de tipo erosivo de 3 meses de evolución, por el que no ha consultado previamente a ningún facultativo. Durante este periodo se ha estado tratando de forma autónoma mediante una pomada antihemorroidal aplicada directamente sobre la lesión. Según él mismo refiere, en un primer momento realizaba 1 o 2 aplicaciones diarias, llegando en las últimas semanas a aumentar ese número hasta 10 o 12 veces al día. La composición de la pomada era lidocaína (anestésico local de la familia de las amino amidas), triamcinolona acetónido (corticosteroide sintético tópico) y pentosano polisulfato sódico (actividad trombolítica tópica).

El paciente no presenta ningún antecedente de interés salvo una apendicitis aguda que precisó apendicectomía en la infancia y no toma ningún fármaco salvo la pomada mencionada previamente.

Durante la anamnesis nos cuenta que en un primer momento la lesión se circunscribía al ano y que fue aumentando progresivamente siendo a su vez más dolorosa, por lo que cada vez precisaba más aplicaciones de la pomada para controlar el dolor, hasta que finalmente se decidió a acudir a consulta. Durante esta entrevista nos aporta las fotografías de la **figura 1**.

Desde Atención Primaria se deriva al paciente a consulta de Diagnóstico Rápido, donde se decide toma de biopsias y muestras para cultivo, TAC, se amplía el estudio analítico y se consulta con el servicio de Cirugía Plástica de cara a la pauta de curas.

Las pruebas solicitadas descartan enfermedad de Crohn, leishmaniasis mucocutánea, virus del herpes simple y afectación por micobacterias, pero se detectó infección por VIH con prueba de ELISA + y Western Blot+ con un CD4 nadir: 424/24%, clasificándose como infección por VIH

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cararc.gomlanz@gmail.com
(M.V. Carmona Pérez).



Figura 1 1-6: fotografías realizadas por el paciente sobre la evolución progresiva de la úlcera; 7: fotografía realizada tras la pauta de curas en el hospital, previo al injerto; 8: fotografía 7 días tras el injerto de piel mallada.

estadio 2. También se detectó infección por virus de la hepatitis B crónica (CV 44 copias). VHC negativo y lúes pasada.

La TAC muestra un aumento de la densidad grasa interglútea con hallazgos compatibles con afectación inflamatoria o infecciosa, pero sin adenopatías reactivas.

La anatomía patológica describe una úlcera profunda con necrosis dermoepidérmica e hipodérmica, sin vasculitis, histiocitos o granulomas, y con ausencia de signos histológicos de malignidad, que podría estar con relación a exposición a agente químico.

El cultivo de superficie de la úlcera mostró positividad para *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa*.

Debido a estos resultados, se modificó, debido al antibiograma, la pauta antibiótica de piperacilina tazobactam a meropenem y se pautaron curas con ácido acético cada 24 h durante la primera semana. Tras ir modificando la pauta de curas según la evolución de la herida, se consigue progresivamente una estabilización y parcial reducción de esta hasta realizarse el día 25 tras el ingreso un injerto de piel mallada con buen resultado por parte del servicio de Cirugía Plástica.

Al año de seguimiento, el paciente sigue tratamiento con bictegravir, emtricitabina y tenofovir, se encuentra asintomático, sin toxicidad por la medicación y con el cuadro con relación a la úlcera perianal totalmente resuelto y sin recidivas.

Conclusiones

Los corticoides incluidos en la pomada que utilizaba el paciente tienen un efecto antiproliferativo sobre los fibroblastos y queratinocitos que, junto con alteraciones en la

síntesis de lípidos y en el metabolismo de las proteínas, pueden producir atrofia cutánea^{1,2}.

Las lesiones perianales son habituales en pacientes VIH³, aunque la presentación mostrada en nuestro caso no es común ni suele ser el tipo de clínica que lleva a realizar un estudio de inmunodeficiencias.

El tratamiento con cualquier tipo de medicamento, en la forma farmacéutica que sea, debe de ser vigilado por un facultativo. Esta premisa debe ser todavía más respetada en el caso de pacientes con enfermedades crónicas, autoinmunes o con algún tipo de inmunodeficiencia, por ser las complicaciones potencialmente mayores.

Financiación

Ninguno de los autores ha recibido ni recibirá ningún tipo de ingreso o pago ni está patrocinado por ninguna empresa con relación al artículo.

Consideraciones éticas

Tanto el caso clínico como las fotografías tienen consentimiento explícito del paciente para su difusión. Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas oportunas y solicitado el visto bueno del comité ético del hospital.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tenemos ningún conflicto de interés en la realización de este artículo.

Bibliografía

1. Kwon HH, Suh DH. Linear extensions of hypopigmentation as a side effect of topical corticosteroid application. *Int J Dermatol.* 2016;55:e315–7, <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.13154>.
2. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:116–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.03.023>.
3. Sánchez Valdez G, Vieyra Antero FJ, Peña Ruiz Esparza JP, Villanueva Saenz E. Patologías anorrectales en paciente VIH positivo. Estudio prospectivo. *Rev Gastroenterol Méx.* 1998;63:89–92.