

CASO CLÍNICO

Verrugas recalcitrantes tratadas con bleomicina intralesional

A. Chávez Cifuentes,* E. Úraga Pazmiño**

* Dermatólogo, Dermatólogo cirujano del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"
** Dermatólogo, Director del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

Correspondencia:
revistaclinicaeup@hotmail.com

Palabras clave: bleomicina intralesional, verrugas recalcitrantes

INTRODUCTION

Las verrugas son proliferaciones epidérmicas benignas, causadas por la infección del Virus del Papiloma Humano, del cual existen más de 100 serotipos y que afectan piel y mucosas de niños y adultos. Se caracterizan clínicamente por ser lesiones elevadas, hiqueratósicas, verrugosas o vegetantes y se clasifican según su morfología, histología y localización anatómica de diversas maneras, encontrando así en la piel, las verrugas planas, vulgares, plantares o palmares y en mosaico, mientras que en mucosas al condiloma acuminado y las verrugas orales. El contagio del virus depende de varios factores como son el lugar de las lesiones, la cantidad y el serotipo de virus, el tipo de contacto y el estado de su sistema inmune del paciente.^{1,2,3} En la región palmoplantar, los subtipos más frecuentes son el 1, 2, 4, 27 y 57. Describiéndose, que el VPH-1 predomina en pacientes menores de 12 años, el VPH-2 en verrugas palmares, y el 27 y 57 en las plantas.⁴

Si bien, cerca del 30% de las verrugas desaparecen espontáneamente, las que permanecen pueden ocasionar molestias cosméticas, dolor o irritación al traumatizarse con algún objeto, por lo que existen diferentes opciones terapéuticas quirúrgicas para eliminarlas, como electrocauterización, criocirugía y láseres, con resultados variables y con recurrencias muy comunes. A pesar de todas estas, en la actualidad no existe un tratamiento 100% eficaz. En el pasado se descubrió que las verrugas respondían al tratamiento con bleomicina intralesional, sobretodo, las periungueales y palmo-plantares. Considerándose una opción terapéutica cuando los otros tratamientos han fracasado.^{1,2,3,6,7}

La bleomicina es un quimioterápico con propiedades antibacterianas, antivirales y antitumorales, que actúa inhibiendo la síntesis de ADN celular y viral, causando necrosis tumoral aguda, fue aislado a partir de la secreción de un hongo de tierra *Streptomyces verticellus*.^{1,2} Su indicación para verrugas vulgares data desde 1970, y consiste en una infiltración intradérmica, que causa un efecto citotóxico directo a los queratinocitos y el conducto ecrino, produciendo una reacción inflamatoria, que posteriormente desarrollará una costra hemorrágica entre 2 a 3 días, que en dos

semanas aproximadamente se desprenderá dejando tejido sano, sin cicatriz. Se han reportado efectos secundarios como escaras, cicatrices, hiperpigmentación postinflamatoria, distrofias ungueales e hiperpigmentación flagelada.^{1,2,3}

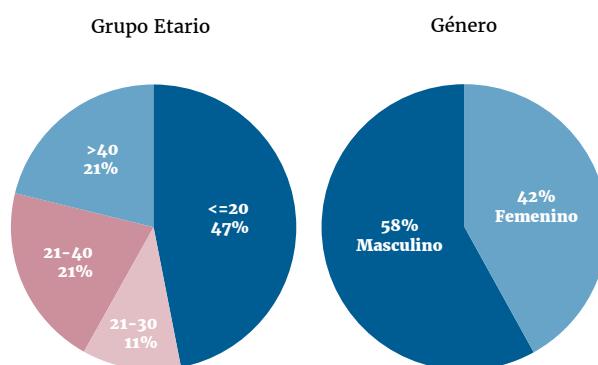
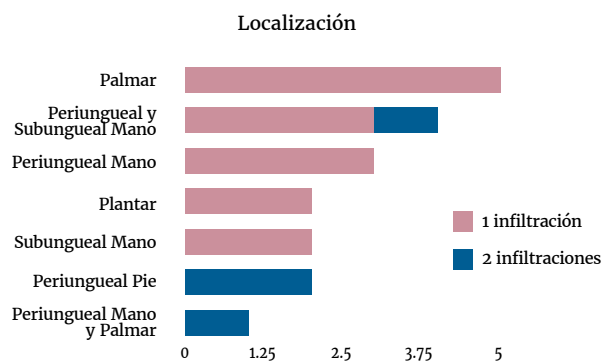
MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo se llevó a cabo desde julio de 2018 hasta abril de 2019, en el área de cirugía del Centro Dermatológico “Dr. Úraga.” Se trataron diecinueve pacientes de ambos sexos con múltiples verrugas periungueales y palmo-plantares, que habían fracasado a los tratamientos convencionales, cuya edad varió entre 10 y 80 años.

Se utilizó Bleomicina ampollas de 15 UI en polvo, la misma que se diluyó en 10 ml de solución salina al 0.9%, la misma que pudo ser almacenada a temperatura menor de 10°C por dos meses. Se utilizó jeringuilla de insulina, tomando 0,4ml de lidocaína más 0,6ml de la solución de bleomicina diluida, formando una concentración final 1 UI/ml. Cada zona a tratar se limpió con alcohol. Se inyectó la bleomicina vía intralesional hasta producir un halo de blanqueamiento perilesional de 1mm. Se administró la solución dependiendo del tamaño de las verrugas, siendo estas menores de 5 mm se infiltró hasta 0,10 ml, mayores de 10 mm hasta 0,20 ml. La dosis utilizada no superó 2 UI por sesión. En un período de 24 a 48 horas de la infiltración, desarrolló una escara negra (fig. a), luego formaron costras que entre 12 y 15 días se desprendieron dejando piel sana sin cicatriz (fig. b, c, d, e). Los pacientes fueron evaluados a los 21 días para revalorar la necesidad de una segunda infiltración en caso de observar verrugas residuales.

RESULTADOS

De los 19 pacientes atendidos, 16 presentaron eliminación completa de las verrugas con una infiltración, 4 pacientes necesitaron una segunda infiltración y 3 pacientes fueron resistentes al tratamiento. Dos pacientes presentaron distrofia ungueal posterior a la infiltración periungueal (fig. f).



CONCLUSIONES

La infiltración de bleomicina intralesional demostró ser una terapéutica segura y efectiva, con mayor aceptación en los pacientes como tratamiento de las verrugas periungueales y palmo-plantares. Todos reportaron dolor al momento de la infiltración, el mismo que cedió de manera espontánea horas más tarde.

Algunos estudios reportan el uso de dosis de bleomicina según el tamaño de la verruga, en nuestros casos aplicamos el antitumoral hasta observar el halo de blanqueamiento perilesional de 1 mm.

Como efectos secundarios, dos pacientes presentaron distrofia ungueal posterior a la infiltración periungueal. Otros estudios informan que obtuvieron tasa de curación similar a la nuestra que varía entre el 50-80% de los casos, y que el 30% de los cuales necesitaron una segunda infiltración, tal como sucedió en nuestro estudio.^{3,8,9}

Si bien, se trata de un estudio pequeño y en fase inicial, deseamos aumentar el universo de pacientes para poder mostrar resultados más concluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüero F, Nazer R, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfmacher O, Bolla L. Tratamiento de las verrugas vulgares con Bleomicina intralesional. *Act-TerapDermatol*. 2007; 30:310-312.
2. Gerlero P, Hernández-Martín A. Actualización sobre el tratamiento de las verrugas vulgares en los niños. *Actas Dermosifilogra*. 2019; 107(7): 551-558
3. Hassan Nisis A, Valdés Figueroa R, Jeanneret Murdoch V, Muñoz Olarte C. Bleomicina intralesional en Dermatología. Revisión. *DermatologíaCMQ*. 2005; 3(1): 15-21.
4. Briseño Gascón G, Lacy Niebla R, Vega Memije ME y Toussaint Caire S. Verrugas vulgares. *Dermatología CMQ* 2018;16(3): 242-243
5. Saitta P, Krishnamurthy K, Brown LH. Bleomycin in dermatology: a review of intralesional applications. *Dermatol Surg*. 2008; 34(10): 1299-313.
6. Kruter L, Saggar V, Akhavan A, Patel P, Umanoff N, Viola KV, Stebbins W, Smith E, Akhavan A, Cohen JV, Cohen SR. Intralesional Bleomycin for Warts: Patient Satisfaction and Treatment Outcomes. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2015; 19 (5): 470-6.
7. Soni P, Khandelwal K, Bumb RA, Aara N, Ghiya BC, Mehta RD. Efficacy of Intralesional Bleomycin in Palmo-plantar and Periungual Warts. *J Cutan Aesthet Surg*. 2011; 4(3):188-191.
8. Unni M, Tapare V. Intralesional Bleomycin in the treatment of Common Warts. *Indian Journal of Drug in Dermatology*. 2017; 3(2).
9. Singh Mehta KI, Mahajan VK, Chauhan PS, Chauhan S, Sharma V, Rawat R. Evaluation of efficacy and safety of intralesional bleomycin in the treatment of common wart: Result of a pilot study. *Indian J Dermatol Venerol Leprol*. 2019; 85(4):397-404.