

Agradecimientos

A los profesionales de atención primaria que nos han orientado a la hora de enfocar este proyecto y han participado de forma activa en este estudio.

Bibliografía

- Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26:1039–48.
- Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil Hurler A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp*. 2006;30:161–70.
- Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med*. 2011;171:1013–9.
- Garfinkel D, Mangin D. Addressing polypharmacy: Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Int Med*. 2010;170:1648–54.
- Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: A new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430–4.
- Deprescripción. INFAC. 2012;Vol 20(N.º 8) [consultado 1 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>
- Terol-Fernández J, Faus-Felipe V, Díez-Rodríguez M, del Río-Urenda S, Labajos-Manzanares MT, González-Correa JA. Prevalence of inappropriate prescription to polymedicated patients over 65 years old in a rural health area. *Rev Calid Asist*. 2016;31:84–98.
- Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farreras S. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:125–30.
- Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: A systematic review. *PLoS One*. 2012;7:e43617.
- Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: A systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014;4:e006544.

Idoia Arrizabalaga Aldalur^{a,*}, Beatriz García Martínez^b,
Shahrazad Benabdellah Abouhamadi^c,
María del Carmen García Tirado^d, Alfredo Pardo Cabello^e
y Pilar Parra Rosado^e

^a Punto de Atención Continuada de Urgencias, Centro de Atención Primaria de Azpeitia, Azpeitia, Gipuzkoa, España

^b Servicio Andaluz de Salud, España

^c Servicio Canario de Salud, España

^d Asesoría Unidad Docente de MFyC, Granada, España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: i.arri@hotmail.com (I. Arrizabalaga Aldalur).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.001>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Úlceras genitales dolorosas y de larga evolución en paciente con leucemia linfática crónica



Long-standing painful genital ulcers in a patient with chronic lymphocytic leukaemia

Caso clínico

En los pacientes ancianos las infecciones de piel y tejidos blandos constituyen la tercera causa más frecuente de infecciones, tras las urinarias y las respiratorias. En este grupo de edad, encontramos un mayor número de factores predisponentes frecuentes durante el proceso de envejecimiento, como son la inmunodepresión secundaria a disfunción del sistema inmunológico, la alteración de la dermis, la malnutrición, la diabetes, la arteriopatía periférica, coexistencia de afecciones crónicas o la incontinencia fecal, entre otras. Las infecciones de la piel más frecuentes en los mayores son las bacterianas por grampositivos, intertrigo, herpes y onicomicosis¹. Debido a la dificultad en identificar algunos procesos infecciosos y a la morbimortalidad que estos conllevan en la población geriátrica, hemos creído interesante compartir nuestro caso con los lectores de la revista.

Se trata de una mujer de 84 años, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca congestiva, dislipidemia, fibrilación auricular, gonartrosis, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, déficit de vitamina D y leucemia linfática crónica. Esta última, de 10 años de evolución, había permanecido estable durante los últimos 5 años, con seguimientos periódicos en consultas de Hematología.

Como tratamiento médico tomaba sulfato de hierro 80 mg al día, ácido acetilsalicílico 100 mg al día, metformina 850 mg 2 veces al día, alopurinol 100 mg una vez al día, hidroclorotiazida 25 mg una vez al día, simvastatina 10 mg una vez al día y calcifediol 0,266 mg una vez al mes.

Con respecto a su situación funcional basal, presentaba un índice de Barthel de 90/100 e incontinencia vesical ocasional, y necesi-

taba ayuda para subir escaleras. No presentaba deterioro cognitivo. Caminaba con ayuda de bastón. Vivía sola en casa y tenía ayuda en domicilio una vez por semana. Era viuda y no tenía pareja. Era jubilada; trabajó como cocinera. Salía sola a la calle habitualmente.

Se trata de una paciente que comenzó 3 semanas antes con varias vesículas dolorosas de 1–2 cm en la región vulvar que fueron progresando, haciéndose más profundas, confluentes y afectando a la región interglútea, así como al resto del periné. Estas lesiones le provocaban importante dolor, que se intensificaba en la micción y la defecación, motivo por el que acudió a urgencias de nuestro hospital. En la anamnesis la paciente refería haber recibido curas locales y analgesia de primer escalón, sin mejoría clínica. No había presentado fiebre, ni otros síntomas urinarios, ni digestivos, ni traumatismo local. Tampoco refirió relaciones sexuales previas al ingreso.

En la exploración, se observaban úlceras confluentes de gran tamaño en el pliegue interglútea, la región perianal, el periné, los labios mayores, el pubis y el pliegue de faldón abdominal, sangrantes y exudativas (fig. 1). En la analítica destacaba una hemoglobina de 9,6 g/dl, leucocitos 156.000/mm³, proteína C reactiva 130,6 mg/l y creatinina 2,1 mg/dl.

Se tomaron muestras para cultivo de bacterias, hongos y detección de virus, así como biopsia para estudio histológico. En los cultivos microbiológicos se aisló flora polimicrobiana (*Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter cloacae*). No se aislaron hongos. La detección por técnica polimerase chain reaction para el grupo herpes virus (virus *Herpes simplex* [VHS], citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus de la varicela zóster) fue positiva para el VHS tipo 2. El estudio histológico descartó células tumorales y confirmó que se trataba de una úlcera herpética. En vista de estos resultados, se inició tratamiento con meropenem 1 g intravenoso (iv) cada 8 h y aciclovir (5 mg/kg/12 h) iv ajustado a la función renal. Además de ello, se realizaron curas diarias de las úlceras. Al cabo de 2 semanas de tratamiento la paciente presentaba resolución prácticamente completa de todas las úlceras, con ausencia de dolor y de signos de infección, por lo que fue dada de alta.



Figura 1. Lesiones perineales extensas y dolorosas en paciente octogenaria con leucemia linfática crónica.

Discusión

Las úlceras perineales pueden deberse a diferentes patologías. En los pacientes inmunocompetentes lo más frecuente son las úlceras aftosas y las secundarias a las enfermedades de Crohn o de Behçet. En los pacientes inmunocomprometidos, debe considerarse en primer lugar el VHS² y después las úlceras secundarias a enfermedades malignas.

El VHS es un virus ADN perteneciente a la familia alfa-herpesvirus. Ambos tipos de herpes están asociados a lesiones genitales, en el caso de VHS tipo 1 la transmisión es vía oro-genital y en el VHS tipo 2, la transmisión es genital. El VHS tipo 2 es el principal agente etiológico de la úlceras genitales y es un problema de salud mundial. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en 2012 existían 417 millones de personas adultas infectadas en todo el mundo (el 11,3% de la población) con este virus³.

La primoinfección por VHS tipo 2 es con frecuencia asintomática o subclínica. La mayoría de las personas infectadas (alrededor de un 80%) desconocen que lo están⁴ y son capaces de transmitir la infección por contacto sexual. Cuando la afectación es sintomática, la primoinfección y las recurrencias de las mismas suelen caracterizarse por úlceras genitales. Sin embargo, en pacientes inmunocomprometidos los síntomas pueden manifestarse como úlceras extensas, crónicas, dolorosas y complicadas con disuria, retención aguda de orina, proctitis, dolor al defecar y/o sobreinfección bacteriana. El VHS en la primoinfección infecta las células epiteliales y migra de forma retrógrada por las terminaciones nerviosas y axonales hasta los ganglios sensitivos de la región sacra, donde el virus queda de manera latente hasta posteriores recidivas.

Con respecto al tratamiento, la última guía 2015 de herpes genital por VHS de los Centers for Disease Control americanos⁵ recomienda el tratamiento oral con aciclovir, valaciclovir o famciclovir en las formas leves durante 10 días. En las formas más complicadas, inmunocomprometidos o pacientes que necesiten hospitalización, recomienda el tratamiento iv con aciclovir, de 2 a 7 días, hasta que haya mejoría clínica y posteriormente tratamiento oral hasta completar un mínimo de 14 días. La dosis debe ajustarse a la función renal. Las recidivas pueden tratarse con ciclos cortos de 3 días y el tratamiento supresivo prolongado (al menos un año) está indicado en los pacientes con 6-10 episodios/año. El tratamiento

disminuye los síntomas y la duración del episodio, pero no cura la infección y, por tanto, no evita posteriores recurrencias.

Nikkels y Piérard⁶ estudiaron durante 6 años a los pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Geriátrica que presentaban infecciones perineales por el VHS. Encontraron 6 pacientes con esta afectación. Todos ellos llevaban más de 3 semanas de hospitalización por enfermedades importantes como insuficiencia renal severa, neumonía severa o ictus. La presentación inicial fue de úlceras dolorosas en 5 de ellos y solo uno de ellos presentó inicialmente vesículas. Como dato importante, ninguno de estos pacientes tuvo historia previa de infección genital por VHS sintomática. Inicialmente, estas lesiones fueron diagnosticadas y tratadas como infecciones bacterianas y/o fúngicas. Todas las lesiones se curaron después de 10-14 días de tratamiento intravenoso con aciclovir.

Por todo ello, creemos que nuestra paciente pudo tener una primoinfección asintomática años atrás por VHS tipo 2 y, debido a la inmunodepresión derivada de su enfermedad hematológica y a la posible inmunosenescencia propia de la edad, sufrir una recurrencia con las características descritas.

Es importante sospechar infección por VHS cuando se asocia úlcera genital dolorosa en paciente inmunocomprometido (incluyendo ancianos), debido a las tasas altas de morbimortalidad que puede presentar esta patología⁷. El diagnóstico incorrecto o tardío puede conllevar a la diseminación cutánea o la afectación sistémica con evolución tórpida o fatal del paciente, por lo que el diagnóstico y el tratamiento correcto es importante en estas poblaciones.

Bibliografía

1. Calvo Aguirre JJ, Martínez Burgui C. Infecciones de piel y tejidos blandos en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Supl 1:60-7.
2. Margesson LJ, Haefner HK, Dellavalle RP, Eckler K. Vulvar lesions: Differential diagnosis based on morphology. En: Post TW, editor. UpToDate. UpToDate, Waltham, MA [consultado Ene 2016]. Disponible en: http://bvscsmupt.madrid.org:7777/contents/vulvar-lesions-differential-diagnosis-based-on-morphology?source=search_result&search=vulvar+lesions&selectedTitle=1~45.
3. Organización Mundial de la Salud (Internet). Virus del herpes simple. Nota descriptiva 400. 2016. [consultado Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/es>.
4. Johnston C, Corey L. Current concepts for genital herpes simplex virus infection: Diagnostics and pathogenesis of genital tract shedding. *Clin Microbiol Rev.* 2016;29:149-61.
5. Division of STD Prevention, National Center for HIV/AIDS, viral hepatitis, STD, and TB prevention (Internet). Centers for Disease Control and Prevention. Genital HSV infections; actualización 2015 [consultado Ene 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/herpes.htm>.
6. Nikkels AF, Piérard GE. Perineal Herpes simplex infection in bedridden geriatric patients. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8:79-83.
7. Wauters O, Lebas E, Nikkels AF. Chronic Herpes simplex virus and varicella zoster virus infections. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:e217-27.

Peggy Paola Ríos Germán^{a,*}, Belén Loeches Yagües^b
y Alicia Rico Nieto^b

^a Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: peggypaola.rios@salud.madrid.org
(P.P. Ríos Germán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.006>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.