



NOTA CLÍNICA

Efectos secundarios de los corticoesteroides. ¿Los conocemos todos? A propósito de un caso

Nerea Gurucharri Zurbano*, Marta León Olarte y Mónica Ochagavía Palacios

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital general de La Rioja. Logroño, España.

Recibido el 6 de septiembre de 2023

Aceptado el 21 de marzo de 2024

PALABRAS CLAVE

Condilomas
acuminados,
corticoesteroides,
cuidados paliativos.

Resumen

El uso de corticoesteroides en cuidados paliativos ayuda al control de muchos síntomas, pero su empleo no está exento de efectos secundarios. Presentamos un caso de aparición de condilomas acuminados por uso de corticoesteroides en una infección latente por virus del papiloma humano.

Side effects of corticosteroids, do we know them all? Regarding a case

KEYWORDS

Condyloma
acuminatum,
corticosteroids,
palliative care.

Abstract

The use of corticosteroids in palliative care helps control many symptoms, but its use is not without side effects. We present a case of the emergence of acuminated condylomas due to corticosteroid use in a latent human papillomavirus infection.

Gurucharri Zurbano N, León Olarte M, Ochagavía Palacios M. Efectos secundarios de los corticoesteroides. ¿Los conocemos todos? A propósito de un caso. Med Paliat. 2024;31:56-58.

*Autor para correspondencia:

Nerea Gurucharri Zurbano

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General de La Rioja. Avda. Viana, n.º 1. 26001, Logroño, La Rioja, España.

Correo electrónico: ngurzur@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1443/2023>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) es una causa común de infección cutánea y mucosa. Se han identificado 200 tipos de VPH, de los que más de 40 pueden transmitirse por contacto sexual e infectar la región anogenital^{1,2}.

Los condilomas acuminados (CA) son una manifestación de la infección anogenital por VPH; el 6 y el 11 son responsables de la mayoría de los casos. Solo un subconjunto de infecciones anogenitales por VPH conducen a CA.

Se transmite a través del contacto con piel o mucosas infectadas. Casi siempre se adquiere a través del contacto sexual. Las verrugas no son necesarias para la transmisión, pero son altamente infecciosas debido a su alta carga viral. Una vez adquirida, la infección por VPH puede entrar en una fase latente sin signos ni síntomas. En pacientes que desarrollan CA, el periodo de incubación habitual es de 3 semanas a 8 meses.

En la mayoría de los casos, el sistema inmunitario mata el VPH genital, sin desarrollarse síntomas de infección. La inmunosupresión se asocia con el desarrollo de CA más grandes y más resistentes al tratamiento, tasas más altas de recurrencia y transformación maligna de las verrugas anogenitales³.

Las verrugas anogenitales externas se encuentran típicamente en la vulva, el pene, la ingle, el perineo, la piel anal, la piel perianal y/o la piel suprapúbica⁴. Después de su aparición inicial pueden aumentar en número y tamaño o retroceder espontáneamente. Se estima que aproximadamente un tercio de las verrugas anogenitales desaparecen sin tratamiento en 4 meses^{5,6}.

La infección por VPH puede persistir a pesar de la resolución de las verrugas visibles y puede provocar la recurrencia de las verrugas. Las tasas de recurrencia no están bien definidas. La irritación mecánica, las heridas, la inmunosupresión, la inflamación y otras influencias extracelulares afectan el número de copias virales en las células con infección latente y pueden predisponer a la reaparición⁷.

En la mayoría de los casos se diagnostica por examen físico. Si hay dudas sobre el diagnóstico, se debe realizar una biopsia, además, para descartar malignidad sobre todo lesiones refractarias al tratamiento, especialmente en pacientes inmunodeprimidos⁸.

Aunque son indoloras y no ocasionan síntomas, sí pueden causar algunos como picazón, ardor o dolor en la zona infectada.

Aunque puede resolverse espontáneamente, la resolución puede llevar meses y es impredecible. El tratamiento debe ofrecerse a todos los pacientes. No existe un mejor enfoque único para el tratamiento de las verrugas anogenitales. Se puede plantear 2 tipos de tratamiento⁹:

- Terapia aplicada por el paciente: imiquimod (al 3,75 % y al 5 %), podofilotoxina o sinecatequinas (Grado 1A)¹⁰⁻¹².
- Terapia aplicada por el médico: incluyen crioterapia, ácido tricloroacético, escisión quirúrgica, electrocirugía y terapia con láser de dióxido de carbono.

CASO CLÍNICO

Paciente de 82 años. Afectado de adenocarcinoma de recto superior con metástasis pulmonares y hepáticas (diagnóstico, noviembre 2022). Se administró radioterapia paliativa, finalizada el 20 de enero de 2023, tras lo cual se deriva a la unidad de Cuidados Paliativos.

Otros *antecedentes de interés* son: adenocarcinoma de próstata (recibió braquiterapia [2012]); diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, anticoagulado con acenocumarol, enfermedad pulmonar obstructiva crónica grado moderado.

Tratamiento: enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, 1/2 comprimido en desayuno; atenolol de 100 mg, 1/2 comprimido en desayuno; empaglifozina 10 mg/24 h; alogliptina 25 mg en el desayuno; omeprazol 20 mg; tamsulosina/dutasterida 0,5/0,4 en la cena; acenocumarol según pauta hematología; formoterol/budesonida 320/9 2 inhalaciones/12 h; olodaterol/bromuro tiotropio 2,5/2,5, 2 inhalaciones al día; terbutalina inhalador si fatiga, loperamida/12 h, y si diarrea, paracetamol 1 g/8 h; morfina solución oral si dolor 2 ml (4 mg).

Clínica principal: síndrome constitucional con anorexia y astenia. En tratamiento con suplementos hipercalóricos/hiperprotéicos. Dado empeoramiento progresivo, se inicia dexametasona 1 mg vía oral cada 24 h a finales de mayo 2023, con mejoría de la anorexia en una semana.

En visita domiciliar de control refiere lesiones de nueva aparición (unas dos semanas) en pene. No recuerda lesiones similares a lo largo de su vida. No evidencia sintomatología urinaria. Vida sexual no activa desde hace 10 años, y previamente solo con su pareja actual desde hace más de 30 años. En la exploración física se observan múltiples lesiones verrucosas en pene de nueva aparición, no sangrantes ni pruriginosas, en prepucio y glande. Periné limpio (Figura 1).

DISCUSIÓN

Se trata de un paciente oncológico avanzado sin tratamiento activo, con una lenta progresión clínica en forma de síndrome constitucional. Se prescribe dexametasona 1 mg vía



Figura 1.

oral al día, con lo que se observa mejoría de la anorexia a la semana¹³. Asimismo, a las dos semanas de inicio de tratamiento con dexametasona, se advierte aparición de lesiones penéan y en prepucio, como se ha descrito. Se sospecha condiloma acuminado por alteración de la inmunidad provocada por el tratamiento con dexametasona.

Debido a la situación clínica y a la extensión de las lesiones, se decide iniciar tratamiento con podofilotoxina, dado que tiene una absorción/toxicidad sistémica insignificante, se puede autoadministrar y es más eficaz que la resina de podofilina^{14,15}. Se usa la solución, aplicando producto sobre cada lesión cada 12 h 3 días seguidos a la semana.

Se observa mejoría de las lesiones a la primera semana de aplicación en cantidad y número (Figura 2) con resolución completa a la cuarta semana.

CONCLUSIÓN

El uso de corticoesteroides es muy habitual para el control de síntomas en pacientes en cuidados paliativos pero no están exentos de efectos secundarios, entre los que se encuentra la alteración de la inmunidad. Ello puede conllevar mayor susceptibilidad a infecciones *de novo*, pero también a reactivación de infecciones latentes.

Con este caso clínico se quiere poner en relevancia la reactivación de infección por VPH. Se trata de un paciente que, además de sufrir cáncer avanzado y diabetes mellitus 2, recibió tratamiento con dexametasona, posterior a lo cual desarrollo CA de grandes dimensiones. El paciente recibió tratamiento en domicilio dada su situación. Se prescribe tratamiento en base a revisión de literatura existente: solución de podofilotoxina tópica. Se logra buen control de las lesiones.

ÉTICA DE PUBLICACIÓN

Este artículo ha tenido el dictamen favorable del comité de ética de la investigación con medicamentos



Figura 2.

de la Rioja (Ref. CEImLAR P.I 704). Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado del paciente, garantizando la confidencialidad y el respeto a los principios éticos de la investigación biomédica.

REFERENCIAS

1. de Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard H-U, zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology*. 2004;324:17-27.
2. Division of STD Prevention. Prevention of genital HPV infection and sequelae: Report of an external consultants' meeting. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1999 [Acceso 8 May 2023]. Disponible en: www.cdc.gov/std/hpv/hpvsupplement99.pdf
3. Gormley RH, Kovarik CL. Human papillomavirus-related genital disease in the immunocompromised host: Part I. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:867.e1-14.
4. Lynde C, Vender R, Bourcier M, Bhatia N. Clinical features of external genital warts. *J Cutan Med Surg*. 2013; 17 Suppl 2:S55-60.
5. Handsfield HH. Clinical presentation and natural course of anogenital warts. *Am J Med*. 1997;102(SA):16-20.
6. Yanofsky VR, Patel RV, Goldenberg G. Genital warts: A comprehensive review. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2012;5:25-36.
7. Doorbar J. Latent papillomavirus infections and their regulation. *Curr Opin Virol*. 2013;3:416-21.
8. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03): 1-137.
9. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70:1-187.
10. Zyclara (imiquimod) cream, 3.75%. US FDA approved product information; Bristol, TN: Graceway Pharmaceuticals; March 2011 [Acceso 8 May 2023]. Disponible en: www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/201153s000,022483s001lbl.pdf
11. Rosen T, Nelson A, Ault K. Imiquimod cream 2.5% and 3.75% applied once daily to treat external genital warts in men. *Cutis*. 2015;96:277-82.
12. Baker DA, Ferris DG, Martens MG, Fife KH, Tying SK, Edwards L, et al. Imiquimod 3.75% cream applied daily to treat anogenital warts: Combined results from women in two randomized, placebo-controlled studies. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2011;2011:806105.
13. Duffy T, Kochanczyk M. Practical cancer cachexia management in palliative care - a review of current evidence. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2023;17:177-85.
14. Lacey CJ, Goodall RL, Tennvall GR, Maw R, Kinghorn GR, Fisk PG, et al. Randomised controlled trial and economic evaluation of podophyllotoxin solution, podophyllotoxin cream, and podophyllin in the treatment of genital warts. *Sex Transm Infect*. 2003;79:270-5.
15. Hellberg D, Svarrer T, Nilsson S, Valentin J. Self-treatment of female external genital warts with 0.5% podophyllotoxin cream (Condyline) vs weekly applications of 20% podophyllin solution. *Int J STD AIDS*. 1995;6:257-61.