

# Úlceras periuretrales

---

## Periurethral ulcers

---

Fabiana Cergneux,<sup>1</sup> Viviana Leiro<sup>2</sup> y Alcira Bermejo<sup>2</sup>

### Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 49 años, con diagnóstico reciente de virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV), sin tratamiento antirretroviral. Fue internado por meningoencefalitis por citomegalovirus (CMV), tras lo cual comenzó tratamiento endovenoso con foscarnet, 120 mg/kg/día. A los 15 días se evidenciaron múltiples úlceras en glánde, periuretrales, dolorosas, no infiltradas, de fondo cubierto por fibrina acompañadas de adenopatías inguinales bilaterales afegmáticas (foto 1). El paciente presentaba desde su ingreso un uroset, bolsa colectora de orina. Se solicitó citodiagnóstico de Tzanck y fondo oscuro de las lesiones con resultado negativo, VDRL no reactiva y serologías para virus herpes simplex (HSV) tipo 1 y 2 y para citomegalovirus (CMV) IgG positivas. Recuento de CD4: 44 /ml (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(3): 212-214).

**Fecha de recepción:** 25/02/2013 | **Fecha de aprobación:** 05/03/2013

---

<sup>1</sup> Médica concurrente de 4º año

<sup>2</sup> Médica de planta

Servicio de Dermatología, Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Fabiana Cergneux, Directorio 1317 10º A (CP 1406), CABA. pinic7@hotmail.com



**Foto 1.** Úlceras periuretrales.



**Foto 2.** Control postratamiento.

## Diagnóstico

Úlceras genitales por foscarnet.

## Comentarios

El foscarnet es un agente antiviral de amplio espectro, que inhibe la replicación de los virus humanos del grupo herpes, que incluye el virus HSV-1, HSV-2, el herpes virus 6, el virus varicela-zoster, el virus de Epstein-Bar, el CMV y el virus de la hepatitis B, así como algunos retrovirus, incluido el HIV.<sup>1</sup>

Ejerce su actividad mediante la inhibición directa de la ADN polimerasa viral y de la transcriptasa inversa en concentraciones que no afectan a las enzimas humanas. Está indicado principalmente en pacientes inmunocomprometidos que cursan infecciones por CMV o HSV sin respuesta adecuada al aciclovir.<sup>2</sup> Se administra por vía endovenosa y su eliminación es por orina.

Las úlceras en pene se observan en el 30% de los pacientes con HIV tratados con foscarnet, y son menos frecuente en varones circuncidados.<sup>2,3</sup>

Si no se toman los recaudos para optimizar la hidratación y las medidas de higiene tras la micción, aproximadamente el 10% de los pacientes debe suspender la medicación.<sup>3</sup>

Con menos frecuencia se han comunicado ulceraciones vulvares, orales y esofágicas, relacionadas con la administración de foscarnet.<sup>4,5</sup>

El mecanismo de producción de las úlceras sería una dermatitis de contacto irritativa que se manifiesta más temprano, mientras mayor es la dosis administrada.<sup>3,6</sup> Se ha observado que el foscarnet en crema al 3% produce irritación y úlceras que no se evidencian con las formulaciones al 0,3 y al 1%.<sup>1,7,8</sup>

El tratamiento consta de una buena hidratación y medidas higiénicas locales.

## Conclusión

El paciente presentaba desde el ingreso un uroset; si bien con el uso de este dispositivo el riesgo de infección urinaria es menor que con la utilización de una sonda vesical, aumenta la superficie de contacto y el tiempo de exposición entre la mucosa genital y la orina. A su ingreso no se indicaron medidas higiénicas adecuadas ni abundante hidratación vía oral, produciéndose de este modo úlceras periuretrales por la administración de foscarnet, que resolvieron casi por completo a las dos semanas, luego de cambiar el uroset por sonda vesical, aumentar la hidratación vía oral e indicarse lavados con solución fisiológica cuatro veces por día (foto 2).

## Bibliografía

1. Hick R.W., Prose N. Penile erosions associated with foscarnet therapy in a child, *Pediatr. Dermatol.*, 2010, 27: 302-303.
2. Schiff T.A., Bodian A.B., Buchness M.R. Foscarnet-induced penile ulceration, *Int. J. Dermatol.*, 1993, 32: 526-527.
3. Fitzgerald E., Goldman H.M., Miller W.G., Purcell S.M. A penile ulceration in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. Foscarnet-induced penile ulceration, *Arch. Dermatol.*, 1995, 131: 1449-1452.
4. Lacey H.B., Ness A., Mandal B.K. Vulval ulceration associated with foscarnet, *Genitourin Med.*, 1992, 68: 182.
5. Caumes E., Gatineau M., Bricaire F., Dohin E. et al. Foscarnet-induced vulvar erosion, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1993, 28: 799.
6. Lernerstedt J.O., Chanas A.C. Penile ulcerations with foscarnet, *Lancet*, 1990, 335: 548.
7. Evans L.M., Grossman M.E.. Foscarnet-induced penile ulcer, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1992, 27: 124-126.
8. Papini M., Bruni P.L. Cas pour diagnostic: Ulcération génitale au foscarnet, *Ann. Dermatol. Venereol.*, 1996, 123: 679-680.

## DERMATÓLOGOS JÓVENES

### CASO CLÍNICO | RESPUESTAS

Respuestas correctas al caso clínico:

1, c; 2, b; 3, d-e; 4, a-b.

**Comentario.** El liquen plano anular es una variante de liquen plano, de presentación poco frecuente (10%). Afecta principalmente al sexo masculino y a la raza negra.

Clinicamente se caracteriza por placas de configuración anular, con pápulas dispuestas en arcos que forman anillos, o pápulas agrupadas

que desaparecen hacia el centro de la lesión. Son asintomáticas u ocasionalmente pruriginosas y se localizan de forma típica en genitales, áreas intertriginosas, tercio distal de extremidades y menos comúnmente en el tronco. En general, no hay compromiso de cuero cabelludo, uñas ni mucosas. Pueden aparecer en forma aislada o coexistir con lesiones típicas de liquen plano.

La histopatología no presenta diferencias respecto

del liquen plano clásico.

Los diagnósticos diferenciales son variados e incluyen granuloma anular, poroqueratosis, dermatofitosis y sífilides.

El tratamiento de primera línea está constituido por corticoides de mediana y alta potencia tópicos; en segunda instancia, por inhibidores de la calcineurina tópicos (tacrolimus), y antihistamínicos anti-H1 en los casos sintomáticos.

### Bibliografía

1. Martínez C.L., Vilata Cor J.J. Liquen plano, *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 2008, 36: 223-231.
2. Bradi T., Kenani N., Benmously R., Debbiche A.

et al. Isolated genital annular lichen planus, *Acta Dermatoven.*, 2011, 20: 31-33.

3. Reich H.L., Nguyen J.T., James W.D. Annular lichen planus: A case series of 20 patients, *J. Am. Acad.*

*Dermatol.*, 2004, 50: 595-599.

4. Alfaro-Rubio A., Botella-Estrada R., Serra-Guillén C., Requena C. et al. Liquen plano anular y atrófico, *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 2010, 38: 41-44.