

Mirmecia: iatrogenia y consideraciones de tratamiento

Myrmecia: Iatrogenia and treatment matters

ED POLETTI,* VA CALDERÓN,** M FERNÁNDEZ-REYES,*** JC RAMÍREZ CELIS****

*Internista Dermatólogo. Profesor de Dermatología, Universidad Autónoma de Aguascalientes. Clínica Derma Norte.

**Médica de práctica general, Universidad Autónoma de Aguascalientes

***Residente 4º año de Dermatología, Hospital Universitario Dr Eleuterio González, Monterrey, NL

****Médico Residente 1er año de Anestesiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, DF

*El hombre está sujeto
a un sinfín de motivos
particulares y familiares
que al menor cambio
lo llevan a la desesperación.
Emmanuel Kant*

RESUMEN

MIRMECIA: ESPECIE DE MONTÍCULO GENERADO POR UNA VERRUGA EN LA PALMA DE LA MANO O PLANTA DE LOS PIES. SU ASPECTO MORFOLÓGICO SE MUESTRA PREFERENTEMENTE COMO LESIÓN ENDO O EXOFÍTICA, CON HELIOMA (COLLAR HIPERQUERATÓSICO) O CALLOSIDAD INDURADA, DOLOROSA A LA PRESIÓN PROFUNDA. OCASIONALMENTE, ESTA PROLIFERACIÓN EPIDÉRMICA PUEDE LLEGAR A TENDONES, FASCIA O HUESO Y EN ÉSTE CAUSAR EROSIONES CRÓNICAS.⁴ SE PARTE DE LA PREMISA DE QUE, DE LAS VERRUGAS EXTRAGENITALES, LA MÁS RESISTENTE AL TRATAMIENTO ES LA PLANTAR.

ES BIEN CONOCIDO EN LA ACTUALIDAD QUE LAS MÚLTIPLES TERAPÉUTICAS EMPLEADAS EN FORMA LOCAL PARA TRATAR LAS VERRUGAS CARECEN DE UNA EVIDENCIA ALTAMENTE CONFIABLE, POR LO QUE AL DERMATÓLOGO ACUDIRÁN PREFERENTEMENTE LOS ENFERMOS QUE TIENEN INSATISFECHAS SUS EXPECTATIVAS DE LOS PRIMEROS DOS ESCALONES, O COMPLICACIONES DE LOS MISMOS.

PALABRAS CLAVE: MIRMECIA, IATROGENIA

ABSTRACT

MYMERCIA IS A SPECIAL MOUNT GENERATED BY A VERRUCA ON THE PALM OF HANDS OR THE PLANT OF FEET. ITS MORPHOLOGICAL ASPECT IS SHOWN AS AN ENDOPHYTIC OR EXOPHYTIC LESION WITH A HYPERKERATOTIC COLLAR (HELIO-MA), OR A PAINFUL AND HARD HYPERKERATOTIC AREA. SOMETIMES, THIS EPIDERMAL PROLIFERATION CAN REACH THE TENDONS, FASCIA AND BONES, THE LATER CAN CAUSE CHRONIC EROSIONS. IN CONCERN TO THE PREMISE DEDUCED FROM THE KNOWLEDGE FROM THE EXTRA-GENITAL WARTS, THE PLANTAR ONES ARE THE MOST RESISTANT TO TREATMENT. IT IS WELL KNOWN NOWADAYS THAT THE NUMEROUS LOCAL TREATMENTS LACK A SCIENTIFIC SUPPORT, SO PATIENTS SEEN BY DERMATOLOGISTS ARE USUALLY THE ONES NOT SATISFIED BY THE PREVIOUS TWO TREATMENTS OR ITS COMPLICATIONS.

KEY WORDS: MYRMECIA, IATROGENIA

CORRESPONDENCIA:

Sierra Tepoztlán 407, Residencial Bosques del Prado,
CP 20127, Aguascalientes, Ags. México
E-mail: poletti@internext.com.mx

Introducción

Mirmecia (del griego *myrmex*, -ekos, hormiga, hormiguero) es una especie de montículo generado por una verruga en la palma de la mano o en la planta de los pies. Por extensión, *mirmeciasis* o *mirmestesia* es la condición sintomática o signológica derivada de padecer este tipo de verrugas palmares o plantares profundas. Los términos aducidos son citados por

Lyell y Jar Miles desde 1952, donde enfatizan como primera descripción la de Celsus, 25 años a. n. e.¹

Esta entidad es producida generalmente por la lesión crónica del virus de DNA del papiloma humano (VPH) del serotipo 1, y de forma infrecuente por serotipos como el 63.²

³ Se presenta preferentemente a nivel de los dedos, hacia sus puntas, entre ellos, en su base o en sus regiones periungueales; su aspecto morfológico se muestra preferentemente como lesión endo o exofítica, con helioma (collar hiperqueratósico) o callosidad indurada, dolorosa a la presión profunda y, ocasionalmente, esta proliferación epidérmica puede llegar a tendones, fascia o hueso y en éste puede causar erosiones crónicas.⁴

Pueden ser únicas o múltiples y estar rodeadas en algunas ocasiones de enrojecimiento y edema, lo que causa múltiples errores diagnósticos (como paroniquias bacterianas o fúngicas, reacciones a cuerpos extraños, etc.) y terapéuticos.

Desde el punto de vista histopatológico, la mirmeccia se caracteriza por acentuada hiperplasia epidérmica, cuerpos de inclusión en el citoplasma queratinocítico, largos, eosinofílicos y angulados, que son más evidentes en células suprabasilares y entre el espacio de la capa granulosa.^{5, 6} A mayor aumento se observa un gran infiltrado eosinófilo profundo, no homogéneo, con cuerpos de inclusión citoplasmáticos de localización predominantemente perinuclear y paraqueratosis del estrato córneo.^{2, 3, 6}

El diagnóstico es clínico y eventualmente se confirma por biopsia cutánea; otros métodos, como reacción en cadena de la polimerasa, hibridización *in situ*, captura de híbrido, análisis con Southern blot, etc., son complementaciones empleadas con fines de investigación.⁷

Partimos de la premisa que se desprende de conocer que, de las verrugas extragenitales, la más resistente al tratamiento es la plantar (se incriminan diversos factores como morfología *en mosaico*, mayor tendencia al roce y a la presión, excedente de sudoración, etc). Es bien conocido en la actualidad que las múltiples terapéuticas que se emplean de forma local para tratar las verrugas carecen de una evidencia altamente confiable de su eficacia relativa y absoluta, pues los métodos que validan su calidad son heterogéneos, ya sea por el diseño del estudio, ya sea por su metodología o seguimiento, y cuando se comparan de forma aleatoria contra grupos placebo, los resultados no muestran logros sorprendentes.^{7, 8, 9} Es interesante actualizar el efecto dubitativo que genera cada tratamiento, aceptado *grosso modo* en tres escalones (medicación tópica, congelación y otros: inmunomoduladores e intervencionismo *v. gr.* láser CO₂ o

Nd-Yag).¹⁰ Es evidente que al dermatólogo acudirán preferentemente los enfermos que tienen insatisfechas sus expectativas de los primeros dos escalones.

Algunos ejemplos

Caso 1. Paciente masculino de 29 años, con verrugas plantares en mosaico en el área talar derecha de 15 meses de evolución, asintomáticas y con historia de múltiples tratamientos, que incluyeron ácido salicílico de varios porcentajes, urea, cuatro crioterapias; finalmente fue operado por médico cirujano, con anestesia local. Comentó resección completa de la lesión, en forma oval, que desde el primer día de la cirugía cursó con dolor continuo y dificultad para el apoyo. Resultado: se le atendió con herida dehiscente, trasudativa, dolorosa a la palpación. Posteriormente, cursó con ulceración oval, dolorosa de aproximadamente 5 cm, que tardó seis meses en cicatrizar. Siete semanas de incapacidad laboral y cicatriz discretamente excavada con helioma marginal (Figura 1).



Foto 1 a, b y c. Caso 1, sometido a tratamiento quirúrgico.

2. Adolescente de 19 años, que al comenzar su servicio militar empezó a sentir molestias a la marcha; en su exploración física se detectó como posible origen dos placas de verrugas plantares en mosaico a nivel de la región plantar del primer dedo y hacia el centro del antepié, por las caras plantares. Fue tratado con cantaridina plus en forma oclusiva en una aplicación. Resultado: al cursar con dolor al apoyar el pie y retardo en la cicatrización fue recibido como interconsulta y se inició manejo con analgésicos sistémicos, alginatos tópicos y ulteriormente recubrimientos hidrocoloides en apósitos. La granulación se inició dos semanas después, para una reepitelización final luego de seis semanas, incapacidad de trece días para asistir a la escuela. Se reintegró a su servicio militar y se comprobó que presentaba pie plano bilateral como origen fundamental de sus molestias para deambular (Figura 2).



Foto 2 a, b y c. Caso 2, tratado con cantaridina y aplicación de apósitos de alginatos e hidrocoloides.



Foto 3 a, b y c. Caso 3, tratado con láser de CO₂ y cura oclusiva de propilenglicol al 40%.

3. Paciente femenino de 22 años, corredora de grandes distancias y ciclista periódica, con lesiones verrucosas en la base del primero y segundo dedos del pie izquierdo, región plantar. Acudió a un médico especialista, sin presentar dolor. Como primera opción la trataron con vaporización con láser CO₂. Acudió en busca de una segunda opinión, por dolor y dificultad en la cicatrización. Resultado: se realizó desbridación química del tejido esfacelado con cura oclusiva empleando propilenglicol 40% en gel, ibuprofeno oral y ulterior aplicación de ketanserina tópica, sucralfato y petrolato blanco. Incapacidad laboral y escolar de 18 días. Cicatrización completa luego de cuatro semanas. Rechazó otros tratamientos al indicársele que existía verruga plantar residual. No fue posible tener mayor seguimiento (Figura 3).

Discusión

Independientemente de los factores que contribuyan en el huésped al establecimiento crónico de una afección por papovavirus, los factores modificables al tratamiento son un hecho sustantivo a considerar, por ejemplo:

a) Cuando se indican algunas preparaciones de ácido salicílico como insustituible primera línea terapéutica, sus concentraciones, formulaciones y métodos de aplicación no han sido estandarizados (varían de presentaciones desde al 17% hasta el 60%, el emplasto se administra solo, ocluido o con un sistema de liberación controlado, etc). Sus logros van de 40 a 84%, con media de 61%.^{7, 10, 11} Es el fármaco más asequible a la población y, las más de las veces, sin control o seguimiento por el médico.

Otras terapéuticas empíricas nada soslayables que pueden citarse en este primer escalón son el nitrato de plata, el glutaraldehído y el formaldehído, que tienen un sustento más empírico-anecdótico que dé respaldo en metaanálisis.^{8, 9} Sustento de una práctica que acepta que el ejercicio clínico es frecuentemente más arte que ciencia, desde tiempos milenarios se ha admitido que las técnicas de relajamiento, hipnoterapia, aromaterapia y homeopatía tienen sus respetables logros.^{8, 9, 12, 13} Cabe admitir que el principal motivo por el que pacientes y familiares acuden está predeterminado por el miedo a un desfiguro estético que radica en la percepción social maniqueísta contemporánea.^{14, 15}

b) La crioterapia, el típico segundo escalón terapéutico popular entre médicos y pacientes, que pese a sus diferentes modalidades (esprea, punta cotonosa, etc), número de tratamientos y técnicas de interpretación en formas de tratamiento (*agresivo* el mayor de 10 segundos, provocar o no dolor en su aplicación, la presencia o no de vesiculación), no acaba por convencer, sobre todo por lo doloroso en esa peculiar región corporal. Frecuencia recomendada cada una a tres semanas. Logros de 26 a 96%.⁷ Curaciones luego de tres meses: de 67 a 78%^{10, 16} y estudios que reportan que su uso no es superior al empleo del ácido salicílico.^{10, 17, 18}

c) Los tratamientos intralesionales, con números de inyecciones, intervalos entre tratamientos, concentraciones, vehículos y diversidad de fármacos útiles (bleomicina, 5-fluoruracilo, interferón-2-alfa-3n humano recombinante, interferón beta e interferón gamma). La bleomicina con su limitante de que requiere multipunción, moderadamente dolorosa y contraindicada en infantes, emba-

razadas y pacientes con fenómeno de Raynaud o enfermedad vascular periférica.^{3, 7}

- d) Métodos que han caído por demás en desuso por su potencial ablativo-cáustico, como la cantaridina, el ácido glicólico y los ácido mono o bicloroacético.^{7, 11, 16}
- e) Inmunomoduladores. Ejemplo clásico del tercer escalón de tratamiento, con el uso de dinitroclorobenceno, masoprocol, difenciprona, ácido escuárico dilubtil-éster (SADBE 0.5-5%) o derivados antigénicos de *Candida*. Otros fármacos previamente preconizados como estimulantes inmunológicos inespecíficos, como el levamisol y la cimetidina, por efecto inhibidor o supresor de la función de células T y que en estudios aleatorios y doble ciegos, solos o combinados ambos, no han sido superiores a placebo.^{19, 20, 21}
- f) Ausencia de métodos aleatorios comprobados para emplear dióxido de carbono, excisión quirúrgica, terapia fotodinámica con ácido 5-aminolevulínico, curetaje-electrocauterio, coagulador infrarrojo, podofilina o podofilotoxina.^{17, 28, 29}
- g) Otros métodos, como la iontoforesis, la ultrasonografía, la acitretina o la isotretinoína orales, la tretinoína tópica, el ácido fórmico, la cicloheximida, la terapia hiperclórica local, el aciclovir en crema, cidofovir 3% gel y, recientemente en auge, el imiquimod al 5%, cuyos alcances en el caso particular de las verrugas plantares están por verificarse en meses subsecuentes.^{7, 22, 23}

Renglón aparte lo representa la resolución de casos de verrugas recalcitrantes de enfermos con sida cuando han sido tratados con terapéuticas antirretrovirales potentes (indinavir, didanosine, nevirapine, ritonavir y saquinavir.²⁴

A pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos, la medicina actual no es omnipotente y no está libre de errores. Aun con las limitaciones humanas y de otra índole, la tendencia de la medicina moderna es basarse en evidencias, y para ello existen guías con aprobación internacional para la mayoría de los procedimientos y tratamientos. El caso de las afecciones inducidas por papovavirus no es la excepción (ver Cuadro).

Diversos autores, como Howard Maibach *et al*,¹¹ han compilado a través de los años las diversas ópticas del problema, analizando en detalle los diversos logros de tratamiento, comparando hipnosis vs. ácido salicílico vs. placebo-vehículo vs. abstinencia de tratamiento; subrayan que los logros en el caso de las verrugas plantares son muy similares.

Metas ideales del tratamiento de las verrugas.¹⁷

De uno a tres tratamientos a lo más

Un lugar o una verruga a la vez

Tratamientos indoloros

No producir cicatrices

Prevenir recurrencia o reinfección

Accesibilidad a todos los pacientes

Es importante recapitular las variedades de iatrogenia: la clínica (ampliamente conocida); la social, originada por la excesiva medicalización de nuestro entorno actual, espejo cruel de la dependencia irracional respecto de gastos exagerados con supuestas medidas preventivas (afuncionales); y una tercera, la estructural, que ha creado la ilusión de una existencia que no acepta el dolor, el padecimiento y la muerte como algo natural.²⁵

Es reprochable que a pesar estos esfuerzos y de que en esta era de las comunicaciones y de la *exhaustiva* información por la internet, muchos médicos no logremos, por nuestra premura existencial y nuestra tendencia al trabajo excesivo, actualizar nuestros conocimientos (al menos de los padecimientos que atendemos con mayor frecuencia) ni aprovecharlos en bien de los pacientes, o bien tengamos una deliberada e irrefrenable conducta de encarnizamiento terapéutico (¿realmente se le pone un tope al número de tratamientos empleados en el caso de las verrugas plantares cuando es evidente su recurrencia?).

Si tenemos en cuenta los principios bioéticos de responsabilidad y beneficencia que debe tener el ejercicio de la medicina, debemos aceptar que el reto de tratar a un paciente, por mínima o poco riesgosa que parezca la patología, implica un gran compromiso de dominar las guías de manejo más actuales para disminuir en lo posible nuestro rango de error o iatrogenia, además de encarar o abordar la patología no como tal, sino como un ente universal: un ser humano al cual se debe educar y comunicar adecuadamente, no porque sea ajeno al pensamiento médico y los conocimientos que éste conlleva, sino porque hay que tratarlo como tal, acerca de la etiología viral y sus expectativas al tratamiento ya que, como se ha investigado, no existe una terapéutica que pruebe alcanzar tanto la seguridad como la efectividad.^{25, 26}

¿Se ha puesto a pensar usted, amable lector, que lo aquí relatado tiene que ver con experiencias similares a las que usted ha vivido (como fiscal o como juez) y quizá las ha ca-

llado? Estamos en los inicios de la comprensión de un padecimiento HPV de proporciones quizá pandémicas cuyo pico de incidencia ha descendido (menores de 15 años) y tiene incidencia anual de mayor envergadura (7-9% anual).^{3, 5}

Enfatizamos que las experiencias aquí objetivables se traslapan a otras muchas implicaciones que desde siempre han sido universales: se trata de sugerir terapéuticas que al menos tengan un buen rango de hechos comprobados, de logros auténticos, que puestos en la balanza del beneficio-/morbilidad conduzcan, al menos hipotéticamente, a un menor número de iatrogenias. En ese tercer escalón al que nos desplazamos de continuo debemos cuestionar sus limitaciones, bajo el razonamiento de que no existe, hasta el momento, la terapéutica ideal cuyas evidencias se ajusten a la satisfacción de una necesidad recíproca entre paciente y médico. No está mal visto iniciar el diálogo enfatizando que se trata de un padecimiento con probable predisposición genética y para el que aún no existe vacuna preventiva.

La educación hacia el paciente va de la mano con la terapéutica de la enfermedad y no para justificar serendipias a la cuales no somos ajenos, sino que en la educación permitimos adentrarlos hacia la profundidad y realidad de las patologías, permitiendo así la apertura de la terapéutica y el diálogo, que son, a la postre, los que definirán el derrotero de disertar entre el hacer y no hacer.²⁶

Podríamos exculparnos por anticipado en cada acto terapéutico, pero ejemplos como los citados aquí nos hacen predecir intuitivamente. Es real, aún no acabamos de conocer la biología integral que suscite la interacción del ser humano con la inmensidad de serotipos de papovavirus y nos encontramos en las primicias de una teórica vacuna universal contra éstos.³

En alguna ocasión Lewis Thomas²⁵ comentó algunos aforismos terapéuticos que, quizá simples y banales, son aplicables en todo momento, donde enuncia:

- Si lo que estás haciendo funciona, sigue haciéndolo.
- Si lo que estás haciendo no funciona, deja de hacerlo.
- Si no sabes qué hacer, no hagas nada.

Y en la actualidad el error fundamental en la educación médica es la tendencia irresistible de hacer algo, lo que sea, sin justificar nuestro objetivo, sin haber procedido a realizar un examen minucioso de la situación a la cual nos enfrentamos. Por algo, ya en el siglo IV a. n. e, Hipócrates afirmaba en uno de sus aforismos que *la medicina es una sustancia intermedia entre alimento y veneno*, y ahora por extensión pensare-

mos en casos prácticos como la mirmecia: errar es humano, pero no tan seguido...

REFERENCIAS

1. Lyell A, Milles JAR. *The myrmecia*. BMJ 1951; 1: 912-915
2. Holland TT, Weber CB, James WD. *Tender periungual nodules. Myrmecia (deep palmoplantar warts)*. Arch Dermatol 1992; 128 (1): 105-106, 108-109
3. Drake LA, Ceilley RI, Cornelison RL et al. *Guidelines of care for warts: human papillomavirus*. J Am Acad Dermatol 1995; 32: 98-103
4. McLoughlin SJ, Shaw SJ, Turner S, Sylvester BS. *Deep palmo-plantar wart causing extensive bone erosion: Brief report*. J Hand Surg (Br), 1990; 15: 129-130
5. Mayewski S, Jablonska S. *Human papillomavirus-associated tumors of the skin and mucosa*. J Am Acad Dermatol 1997; 36: 659-685
6. Smoller BR, Horn D. *Dermatopathology in systemic diseases*. Oxford University Press, 2001; 230-233
7. Kuykendall-Ivy MS, Marchese S. *Evidence-based review of management on non-genital cutaneous warts*. Cutis 2003; 71 (3): 213-221
8. Maibach HI, Bashir SJ, McKibbin A. *Evidence-based dermatology*. Ed. BC Decker 2002; 97-107, 113-131
9. Bigby M. *Evidence-based medicine in dermatology*. Dermatol Clin 2000; 18: 261-275
10. Berth-Jones J, Hutchinson PE. *Modern treatment of warts: cure rates at 3 and 6 months*. Br J Dermatol 1992; 127: 262-265
11. Gibbs S, Harvezy I, Sterling J, Stark R. *Local treatments for cutaneous warts: systematic review*. Br Med J 2002; 325: 461-463
12. Ewin DM. *Hypnototherapy for warts (verruca vulgaris): 41 consecutive cases with 33 cures*. Am J Clin Hypnosis 1992; 35 (1): 1-10
13. Kainz JT, Kozel G, Haiudvogel M et al. *Homeopathic versus placebo therapy for children with warts on the hands: a randomized, double blind clinical trial*. Dermatology 1996; 193: 318-320
14. Gupta MA, Gupta AK. *Psychodermatology: an update*. J Am Acad Dermatol 1996; 34: 1030-1046
15. Tausk FA. *Alternative medicine? is it all in your mind?* Arch Dermatol 1998; 134: 1422-1425
16. Sterling JC, Handfield-Jones S, Hudson PM. *Guidelines for the management of cutaneous warts*. Br J Dermatol 2001; 144: 4-11
17. Johnson SM, Brodell RT. *Treating warts: A review of therapeutic options*. Consultant 1999; 39: 253-266
18. Ahmed I, Agarwal S, Ilschysen A et al. *Liquid nitrogen cryotherapy of common warts: cryo-spray vs. cotton wool bud*. Br J Dermatol 1994; 131: 883-886
19. Rogers CJ, Gibney MD, Sigfield EC, et al. *Cimetidine therapy for recalcitrant warts in adults: Is it any better than placebo?* J Am Acad Dermatol 1999; 41: 123-127
20. Parsad D, Saini R, Negi KS. *Comparison of combination of cimetidine and levamisole versus cimetidine alone for recalcitrant warts in children*. Pediatr Dermatol 2001; 18: 349-352
21. Johnson SM, Robertson PK, Horn TD. *Intralesional injection of mumps or Candida antigens: A novel immunotherapy for warts*. Arch Dermatol 2001; 137: 451-455
22. Stender IM, Na R, Fogh H et al. *Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid or placebo for recalcitrant foot and hand warts: randomised double-blind trial*. Lancet. 2000; 335: 963-966
23. Hengge UR, Goos M. *Topical treatments of warts and mollusca with imiquimod*. Ann Intern Med 2000; 132: 95
24. Spach DH, Colven R. *Resolution of recalcitrant hand warts in an HIV-infected patient treated with potent antiretroviral therapy*. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 818-821
25. Lifshitz GA. *Ética, yatrogenia y yatropatogenia*. Revista CONAMED, 1998; 3 (9): 16-17
26. Pérez Tamayo R. *Notas sobre la ignorancia médica y otros ensayos*. El Colegio Nacional, México, 1991

