



ORIGINAL

Artículo en español

Rev Esp Podol. 2018;29(Supl. 2):20-22

*Revista Española de Podología 1978;(65):23-5*

## La bleomicina intralesional en el tratamiento de las verrugas

Domingo Bejiga Garriga



La aplicación intralesional de la bleomicina en el tratamiento de la verruga plantar representó en su momento una alternativa importante en las técnicas que se aplicaban para su eliminación. Dicha técnica tuvo como característica fundamental la efectividad en su eliminación, en contraste con la simpleza de la intervención profesional. La publicación en la *Revista Española de Podología* del año 1978 del trabajo del compañero Domingo Bejiga

hizo que el Congreso de Podología, celebrado en Valladolid al año siguiente, tuviera una mesa redonda en la que el compañero Bejiga, junto con Julio Crespo y Evaristo Rodríguez, dieran cuenta de los resultados óptimos que estaban teniendo con la aplicación de la bleomicina intralesional.

Hay que recordar que los tratamientos que manejaban los podólogos se circunscribían fundamentalmente a los queratolíticos como el ácido salicílico al 30 % con lanolina, o los cáusticos como el ácido

nítrico o el nitrato de plata, cuya acción se caracterizaba por su poca agresividad que eternizaba el proceso de curación, cuando no acababa por aburrir a ambos protagonistas. Es verdad que hoy el ácido salicílico, en un preparado especial al 80 % junto con lanolina, ha conseguido potenciar su acción de manera muy notable sin ningún problema adyacente.

Felizmente, los productos vesicantes dieron un alivio, aunque la utilización del ácido monocloraacético nos dio más de un disgusto por ser enormemente agresivo, pero sobre todo la cantaridina, con una aplicación semanal, puso el equilibrio entre la acción que se buscaba y el grado de quemadura mucho más medida, que nunca llegaba a afectar ni traspasaba la dermis.

También reivindicamos el tratamiento quirúrgico para casos en los que los preparados químicos o la crioterapia se han mostrado incapaces para solucionar y destruir la desesperante verruga.

La bleomicina, potente anticancerígeno utilizado hoy en día en instituciones sanitarias por sus efectos secundarios, su dispensación actual es a través de farmacia hospitalaria. En su momento supuso una alternativa importante y nuestro agradecimiento a los pioneros que nos lo mostraron.

Juan José Araolaza  
Podólogo



# La bleomicina intralesional en el tratamiento de las verrugas

Por DOMINGO BEJIGA GARRIGA  
*Podólogo - Vilassar de Mar*

Este artículo en el que comunicamos nuestras experiencias, sobre el tratamiento de las verrugas por medio de la bleomicina tiene su base, en el comunicado presentado en la XVI Reunión Anual de la North American Clinical Dermatologic Society por Ronald M. Bremmer de Saskatoon (Canadá) en abril-mayo de 1975.

La utilización de la Bleomicina para el tratamiento de las verrugas, se inició en el Japón. El Dr. K. Fugita presentó en Tokio, el 19 de junio de 1970, una comunicación en la que resume su tratamiento para las verrugas, por medio de inyección local de Bleomicina, en forma de solución al 1 % de suero fisiológico. Trató a 50 pacientes y notó que durante la segunda semana después de esta terapia, las verrugas comenzaron a secarse y desprenderse de una forma espontánea, con una tasa de curaciones del 100 % sin recidivas.

El primer canadiense que tuvo noticia de esta comunicación puso en práctica este método, fue el Dr. Byron Hyde, un médico general de Ottawa. Durante el año 1973 trató con la Bleomicina a un total de 60 pacientes, con 149 verrugas en varias zonas del cuerpo, incluyendo 44 plantares. Las 149 lesiones respondieron satisfactoriamente a una o dos inyecciones intralesionales, requiriendo una segunda infiltración 20 de ellas. No apreció efectos colaterales ni observó recidivas después de varios meses de vigilancia.

Somos tres compañeros, el Dr. Vicente Fuster que es a su vez podólogo, Antonio Bononad y el que firma este artículo Domingo Bejiga, podólogos, los que hace más de 1 año venimos tratando las afecciones verrugosas que acuden a nuestras consultas, por este método. Ahora, cuando llevamos más de 100 pacientes tratados con una tasa de curaciones del 100 %,

lo proponemos como el tratamiento de elección en nuestro campo, por los siguientes motivos:

- 1.º) Por ser dicho tratamiento prácticamente indoloro para el paciente, si el material usado para la infiltración, la dosis del fármaco y la infiltración han sido las adecuadas. La inyección produce una ligera sensación punzante y de ardor durante unos minutos en la mayoría de pacientes, tan sólo unos pocos la han descrito como dolorosa.
- 2.º) Por ser rápida la curación en comparación con otros métodos empleados. En la mayoría de los casos, con sólo 2 veces de asistir a nuestras consultas, su afección se ha visto resuelta, la 1.ª para el diagnóstico e infiltración, y la 2.ª para la enucleación de la verruga, desecada ya, como si de un simple heloma se tratara. Nos hemos encontrado con casos en que no ha sido necesaria la enucleación o deslaminación si el tiempo transcurrido entre la infiltración y la próxima visita, ha sido superior a los 15 días, espacio este de tiempo que consideramos generalmente el idóneo para proceder a la enucleación. En tan sólo 9 verrugas ha sido necesaria una 2.ª infiltración; creemos que esto puede obedecer a que la infiltración no haya sido la correcta, que la dosis no haya sido suficiente, o bien que la actividad del fármaco haya disminuido debido a un almacenaje superior a 30 días después de preparada la solución.
- 3.º) Porque al cabo de pocas horas de la infiltración, aproximadamente 48 h. y si ésta ha sido bien realizada, la sintomatología propia de la verruga, o sea el dolor, cede

de forma rápida y progresiva. Durante la primera semana posterior a una infiltración con buenos resultados, se hace evidente la presencia de trombosis y/o desintegración de la verruga por desecación.

- 4.º) Porque hasta la fecha no se han observado recidivas en las verrugas tratadas.
- 5.º) Porque, si la infiltración ha sido intralesional y la dosis la adecuada, no se ha observado ninguna alteración a destacar en los tejidos circundantes sanos.
- 6.º) Porque el paciente no necesita de ningún cuidado especial después del tratamiento. Aconsejamos tan sólo, efectuar una descarga zonal con fieltro o espuma, si la lesión está situada en una zona de hiperpresión, para evitar con ello a que el fármaco pudiera desplazarse a tejidos vecinos no verrugosos.
- 7.º) Porque en caso de que fracasáramos con este tratamiento, a posteriori podríamos emplear otros métodos, incluida la intervención quirúrgica, sin que ello presuponga complicaciones.

#### DESCRIPCION DEL FARMACO:

La Bleomicina es el nombre genérico para un grupo de antibióticos citotóxicos glucopeptídicos con azufre, que se derivan del *Streptomyces Verticillus*, se inactiva con rapidez en todos los órganos, excepto en los pulmones y la piel, mediante escisión del grupo amonio. Es única entre los fármacos antineoplásicos por su falta aparente de actividad inmunosupresora. Su presentación es en forma de vial liofilizado, conteniendo 15 mg. de Sulfato de Bleomicina activa y ampolla de 10 cc. de suero fisiológico para su disolución, lo que supone una concentración de 0,15 mg. de sustancia activa, por cada 0,1 cc. de solución. No se conoce el tiempo exactamente de actividad óptima de la Bleomicina una vez preparada la solución. Por nuestras experiencias aconsejamos no usarlo transcurrido 1 mes después de preparada la solución, siendo aconsejable guardar la mezcla refrigerada.

#### DOSIFICACION Y FORMA DE ADMINISTRACION:

La dosificación y según nuestras experiencias varía según sea el tamaño de la verruga, entre 0,1 y 0,4 mg. de sustancia activa. Debe-

mos poner toda nuestra atención en que la infiltración sea intralesional, deslaminando ligeramente la hiperqueratosis que se forma sobre la lesión, para así mejor visualizar el campo. Lógicamente si la infiltración es extralesional, fracasará el tratamiento, y si infiltramos en tejido celular subcutáneo, podemos originar una necrosis dadas las características citostáticas del fármaco. La infiltración debe realizarse casi paralela a la piel, nunca perpendicular, por la mayor dificultad de que sea intralesional. La entrada del fármaco debe ser lenta, de esta forma resulta poco dolorosa su entrada. En nuestra práctica diaria usamos para la infiltración jeringuillas desechables de insulina con aguja incorporada de 1 cc. tipo largas, ello nos permite un pinchazo prácticamente indoloro, dado el calibre de la aguja, una exactitud en la dosis y una entrada lenta y sostenida del líquido. En un mismo paciente tratado con más de una verruga, la dosis total acumulativa, se ha limitado a 1 mg. de sustancia activa o sea el equivalente aproximado de 0,7 cc. de la solución preparada. Este límite arbitrario consideramos se puede aumentar si se cree necesario, dada la inocuidad de esta dosis, si se tiene en cuenta que la toxicidad cutánea de la bleomicina no aparece hasta administrar cantidades acumulativas superiores a 150 mg. según las bibliografías consultadas.

Para nosotros, las verrugas plantares de cualquier tipo, ha dejado de ser una lesión larga e insidiosa de resolver, acompañada de multitud de fracasos y deseamos que a todos los colegas que se decidan a usar este tratamiento, puedan comunicarnos lo mismo.

DOMINGO BEJIGA GARRIGA  
Podólogo - Vilassar de Mar

#### BIBLIOGRAFIA

- Dr. Ronald M. Bremmer. "La Bleomicina intralesional en el tratamiento de las verrugas".  
XVI Reunión Anual de la North American Clinical Dermatologic Society, Grecia y Yugoslavia, abril-mayo 1975.  
Dr. K. Fugita. "Tratamiento de las verrucosis" Comunicado 19 de junio de 1970. Tokio.  
Dr. Byron Hyde. "Comunicado sobre el tratamiento de las verrugas". 1973 Ottawa. (Canadá).