

Quiz / Verrugas vulgares

Quiz / Vulgar warts

Genaro Briseño Gascón,¹ Rosa María Lacy Niebla,² María Elisa Vega Memije³ y Sonia Toussaint Caire³

¹ Médico pasante de servicio social, Departamento de Dermatopatología.

² División de Dermatología

³ Departamento de Dermatopatología.

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Las verrugas son padecimientos cutáneos frecuentes en niños y adultos, y es el virus del papiloma humano (VPH) el responsable de las mismas. En las manos y en los pies, los subtipos más frecuentes son el 1, 2, 4, 27 y 57.¹ Se ha descrito que el VPH-1 predomina en pacientes menores de 12 años, el VPH-2 en verrugas palmares, y el 27 y 57 en las plantas.^{2,3} Para la proliferación de estos virus se requiere una abrasión epidérmica y un sistema inmune transitoriamente alterado. Estos virus tienen tropismo por las células basales del epitelio.¹⁻³

Cerca de 30% de las verrugas desaparecen espontáneamente, las que permanecen ocasionan molestias cosméticas, dolor o irritación al traumatizarse con algún objeto.⁴ En general las verrugas cutáneas muestran una distribución genotípica similar en pacientes inmunocomprometidos e inmunocompetentes.^{5,6}

Los pacientes inmunocomprometidos se encuentran en un riesgo mayor de infecciones cutáneas por VPH,⁷ lo cual se ha descrito sobre todo en pacientes postrasplantados, en quienes se ha visto que cerca de 80% padece verrugas en los siguientes cinco años tras el trasplante,⁸ así como aquéllos en tratamiento crónico con inmunosupresores, como la azatioprina, por lo que el control puede ser difícil.⁷⁻⁹ Schmook y colaboradores señalan que en pacientes con tratamiento inmunomodulador las verrugas son un reto terapéutico, por lo que de forma automática entran en el grupo de verrugas refractarias a tratamientos convencionales.¹⁰

Clínicamente las verrugas se encuentran como lesiones queratósicas bien circunscritas. Cuando se retira la hiperqueratosis se puede encontrar puntilleo hemorrágico e interrupción de los dermatoglifos, también es característico un collarate de escama. Es posible que haya dolor durante la deambulación o si hay presión lateral.⁴

La mayor parte de las lesiones acrales producidas por VPH se diagnostican por sus características clínicas. Pue-

den existir variantes morfológicas de las verrugas, como la “mirmecia” (frecuentemente por VPH-1), en la que las lesiones están agrupadas, son dolorosas y presentan un collarate particular alrededor; la forma en mosaico (por VPH-2), en la cual se observan varias lesiones que confluyen formando áreas extensas queratósicas y poligonales; las lesiones endofíticas (por VPH-4), con una franca depresión central; y las verrugas de los carniceros (por VPH-7), que se presentan en personas que manipulan cárnicos.⁴

La reacción en cadena de polimerasa de la paciente cuyo caso presentamos, demostró positividad (++) para VPH-11 de bajo riesgo oncogénico.

Durante la exploración por dermatoscopia se observó interrupción franca de los dermatoglifos, múltiples papilas densas agrupadas, las cuales contenían un punto rojo central y estaban rodeadas por un halo blanquecino, que daba un aspecto de “huevo de rana”.⁴

Histopatológicamente las lesiones mostraban hiperqueratosis marcada, en general como columnas por arriba de las proyecciones papilomatosas, había hiperplasia de la capa granular y espinosa donde característicamente se encuentran los coilocitos (queratinocitos con núcleo excéntrico rodeado por un halo claro).

Si la verruga está en fase de regresión, se puede observar trombosis de vasos superficiales, hemorragia y necrosis en la epidermis. Ocasionalmente se presenta infiltrado inflamatorio mixto. En las verrugas pigmentadas puede haber falla de transferencia de melanosomas a los queratinocitos, por lo que los melanocitos presentan mayor número y grosor de las dendritas.¹¹ En pacientes postrasplantados renales se ha observado que expresan citoqueratina 13 en mayor medida que los pacientes inmunocompetentes.¹²

El tratamiento se enfoca en eliminar los signos y síntomas por la infección, ya que es imposible erradicar la

totalidad de dicho virus. Entre los más utilizados están las cremas saliciladas, crioterapia, 5-fluorouracilo tópico, bleomicina, láser o escisión quirúrgica.¹¹⁰

Mrad y colaboradores utilizaron mebutato de ingenol tópico en un paciente postrasplantado renal en tratamiento inmunosupresor con azatioprina y ciclosporina, lograron una remisión completa de las lesiones a las ocho semanas y con un seguimiento durante un año, sin que aparecieran nuevas lesiones.¹³

Padilla y colaboradores reportaron el uso de cidofovir tópico en dos grupos: uno con concentración al 1% (niños, una vez al día y oclusivo) y otro al 3% (adultos, dos veces al día, no oclusivo) y obtuvieron resultados similares, con una remisión completa en la mayoría de los pacientes con seguimiento a seis meses, sin recaídas.¹⁴ Lo mismo describen Henrickson y Treat con este producto al 3%¹⁵ y Cleary y colaboradores al 1%.¹⁶

Cuando nos encontramos con un cuadro de verrugas plantares sin respuesta adecuada al tratamiento habitual, debemos considerar ciertos diagnósticos diferenciales como tilosis, molusco contagioso, nevo epidérmico verrugoso, carcinoma epidermoide (subtipo verrugoso) y acroqueratosis verruciforme, por mencionar algunos.⁴¹¹

La descripción de este caso tiene la finalidad de mostrar el reto diagnóstico de las verrugas en el paciente inmunosuprimido, así como la falta de respuesta al tratamiento convencional que presentan y las posibles alternativas para la remisión de las mismas. La paciente de nuestro caso clínico mostró resistencia a la resolución de las lesiones con ácido retinoico al 0.1% tópico (dos veces al día durante cuatro meses), 5-fluorouracilo al 5% tópico (dos veces al día por cuatro meses), imiquimod 5% tópico (tres veces por semana durante cuatro meses), finalmente resolvieron con la combinación de tratamiento quirúrgico con electrorrasurado y crema salicilada al 30%-40% en el transcurso de dos años.

BIBLIOGRAFÍA

- Vlahovic T y Khan M, The human papillomavirus and its role in plantar warts: a comprehensive review of diagnosis and management, *Clin Podiatr Med Surg* 2016; 33:337-53.
- De Planell-Mas E, Martínez B *et al*, Human papillomaviruses genotyping in plantar warts, *J Med Virol* 2017; 89:902-7.
- Bruggnik S, De Koning M *et al*, Cutaneous wart-associated HPV types: prevalence and relation with patients characteristics, *J Clin Virol* 2012; 55:250-5.
- Fierro L, Armas A *et al*, Verrugas plantares recalcitrantes, *Piel* 2017; 32(10):623-8.
- Porro AM, Alchome MM, Mota GR *et al*, Detection and typing of human papillomavirus in cutaneous warts of patients infected with human immunodeficiency virus type 1, *Br J Dermatol* 2003; 149:1192-9.
- King C, Johnston J *et al*, Human papillomavirus types 2, 27 and 57 identified in plantar verrucae from HIV-positive and HIV-negative individuals, *J Am Podiatr Med Assoc* 2014; 104(2):141-6.
- Leiding J, Holland S *et al*, Warts and all: human papillomavirus in primary immunodeficiencies, *J Allergy Clin Immunol* 2012; 130:1030-48.
- Lally A, Casabonne D, Imko-Walczuk B *et al*, Prevalence of benign cutaneous disease among Oxford renal transplant recipients, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25:462-70.
- Timmer M y Van Ooteghem N, Recalcitrant plantar warts during azathioprine therapy for Crohn's disease, *Ann Gastroenterol* 2013; 26(2): 173-4.
- Schmook T, Nindl I, Ulrich C *et al*, Viral warts in organ transplant recipients: new aspects in therapy, *Br J Dermatol* 2003; 149 (Suppl 66):20-4.
- Egawa K, Honda Y, Inaba Y *et al*, Pigmented viral warts: a clinical and histopathological study including human papillomavirus typing, *Br J Dermatol* 1998; 138:381-9.
- Blokx WA, Smit JV, De Jong EM *et al*, Retinoids strongly and selectively correlate with keratin 13 and not keratin 19 expression in cutaneous warts of renal transplant recipients, *Arch Dermatol* 2002; 138:61-5.
- Mrad M, Ayoub N *et al*, Topical ingenol mebutate is effective against plantar warts in immunocompromised patients, *J Am Acad Dermatol* 2018; 4:53-4.
- Padilla L, Del Boz J *et al*, Topical cidofovir for plantar warts, *Dermatol Ther* 2014; 27:89-93.
- Henrickson S y Treat J, Topical cidofovir for recalcitrant verrucae in individuals with severe combined immunodeficiency after hematopoietic stem cell transplantation, *Ped Dermatol* 2016; 34(1):24-5.
- Cleary A, Watson R y McMahon C, Successful treatment of refractory cutaneous warts using topical 3% cidofovir in a child after heart transplant, *J Heart Lung Transplant* 2014; 33:971-2.