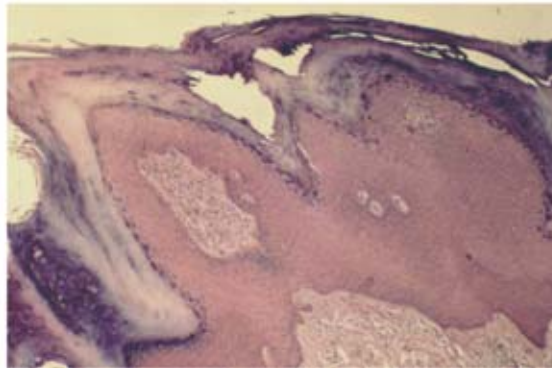


Caso para diagnóstico. Neoformación en región plantar

Dr. Julio Enríquez Merino,* Dra. Ana Martha Caballero Centeno,** Dra. Gisela Navarrete F***



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figuras 2 y 3. Acantosis irregular y células vacuoladas (HE).

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 54 años de edad, obrero, originario y residente México D.F.

Presenta una dermatosis localizada a extremidad inferior izquierda de la que afecta falange distal de 4º dedo en su región plantar.

Está constituida por una neoformación exofítica, de forma cupuliforme, la cual mide 1.5 cm x 1 cm, de color de la piel, discretamente queratósica y marcación notoria de dermatoglifos, consistencia firme, no dolorosa, de evolución crónica y asintomática.

El paciente refiere haber notado la presencia de «una bolita» en el pie desde hace 10 años. Resto de piel y anexos sin alteraciones aparentes. (Figura 1).

Se realiza una exéresis de la lesión, la cual mostró epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica compacta, a nivel de capa granulosa se observan escasas células vacuoladas con inclusiones intracitoplasmáticas poco evidentes y acantosis irregular marcada a expensas de los procesos interpapilares. En dermis superficial se advierte un infiltrado linfocitario discreto perivascular y algunos vasos dilatados y congestionados (Figuras 2 y 3).

Con estos datos ¿qué diagnóstico propone?

* Jefe de Servicio de Cirugía del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 2º año de Dermatología, CDP.

*** Dermatopatólogo, CDP.

Verruga plantar

Infección cutánea por Papovavirus (PV)

Son proliferaciones benignas de la piel y las mucosas que se producen por la infección de papilomavirus (PV). Éstos afectan del 7 al 10% de la población.¹

Los papovavirus son virus DNA bicatenario circular; no poseen envoltura, por lo que son resistentes al medio externo. Existen aproximadamente 90 tipos detectados mediante técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

En el momento de la infección, la partícula completa formada por DNA alcanza el núcleo, la replicación del virus tiene lugar en las células suprabasales, donde se sintetizan varias copias. Pueden tener periodo de latencia de 2 meses a 1 año. Cada tipo de papilomavirus tiene un tropismo particular, así los PV pueden clasificarse en una de las siguientes categorías: Tropismo cutáneo, tropismo cutáneo de la epidermodisplasia verruciforme y virus con tropismo mucoso, sean o no oncogénicos.²

Cuadro clínico. Verrugas vulgares. Son las más frecuentes en un 56%, asociada a los tipos 2 y 4 de PV principalmente, se han reportado casos de verrugas vulgares gigantes, considerando el tamaño promedio de 2 a 10 mm de diámetro, pudiendo crecer hasta 1 cm aproximadamente.⁴ Verrugas palmares o plantares: lesiones endofíticas gruesas e hiperqueratósicas, dolorosas en puntos de apoyo. Asociadas al tipo 1 de PV. Verrugas en mosaico: son verrugas más superficiales, más extensas, indoloras. Producidas por coalescencia de V. plantares, por lo general no se localizan en puntos de apoyo, asociadas a PV.

Verrugas planas: son pequeñas neoformaciones de 3 ó 4 mm de superficie lisa, color rosa pálido, asociado a tipos 3, 10 y 28.

Verrugas en mosaico: son verrugas más superficiales, más extensas, indoloras. Producidas por coalescencia de V. plantares, por lo general no se localizan en puntos de apoyo, asociadas a PV.

Otras: se han reportado artículos en los cuales existen lesiones verrugosas en las que son evidentes los dermatoglifos para los cuales se ha asociado el PV 60.⁴⁻⁶

La imagen histológica característica de las verrugas es la vacuolización de los queratinocitos de la capa granulosa y de las capas superiores de la epidermis, asociada con inclusiones basofílicas compuestas por las partículas víricas y a inclusiones eosinofílicas que contienen queratina normal. Las verrugas plantares son tumores en los que se encuentra acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis muy marcada, con abundante paraqueratosis, con presencia de voluminosas inclusiones citoplasmáticas eosinofílicas.

El tratamiento depende del tamaño y del número de lesiones, así como del compromiso inmunitario que presente el paciente; se debe tener presente el porcentaje de regresión espontánea que se puede presentar.⁷

En el presente artículo únicamente se mencionan los tipos de tratamiento tópicos como son: ácido salicílico, láctico, ácido retinoico otros: bleomicina, 5-fluorouracilo, crioterapia, quirúrgico, electrocoagulación, láser de CO₂.⁸

En este caso, considerando que se trata de una neoformación con base ancha se consideró realizar extirpación con diseño de huso en torno a la base de la lesión y posterior cierre directo. Por la naturaleza de la lesión el seguimiento postquirúrgico será de 6 meses para control de posibles recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Enciclopedia médico-quirúrgica*. Elsevier SAS, Paris, 2003.
2. Lowy D, Androphy EW, Fitzpatrick's T. *Dermatology in General Medicine*. 6th ed. 2003: 2119-29.
3. Sönmez S, Özlem Su. Giant verruga vulgaris. *Dermatol Surg* 2004; 30(3): 459-62.
4. Honda AI. Human Papillomavirus Type 60-Associated Plantar Wart. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1413-17.
5. Kashima M, Makoto A. A case of peculiar plantar Warts. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1418-20.
6. Egawa K, Inaba Y. «Cystic papilloma» in humans? *Arch Dermatol* 1990; 126: 1599-03.
7. Steffen C, Markman J. Spontaneous disappearance of molluscum contagiosum. *Arch Dermatol* 1980; 116: 923-24.
8. Sterling JC, Handfield-Jones. Guidelines for the management of cutaneous warts. *Br Dermatol* 2001; 144: 4-11.