

Caso clínico

Verrugas vulgares “corticoestropadas”

Brenda Bengoa Inzunza,* Martín Nava Estrada,** Alberto Ramos Garibay***

RESUMEN

Las verrugas vulgares son neoformaciones epidérmicas benignas causadas por diversos isotipos del virus del papiloma humano (VPH). Se comunica el caso de un paciente de 58 años de edad con tres placas verrugosas en el dorso de las manos, producidas por la aplicación de corticoesteroides de mediana potencia.

Palabras clave: verrugas vulgares, corticoesteroides.

ABSTRACT

Warts are benign proliferations of skin and mucosa caused by the human papilloma virus. We present the clinical case of a 58 year old male who had three verrucous plaques on the back of both hands and history of having applied mid potency topical corticosteroids.

Key words: vulgar warts, corticosteroids.

Las verrugas vulgares son neoformaciones exofíticas de consistencia dura, superficie anfractuosa, áspera y queratósica producidas por el virus del papiloma humano (VPH). En la actualidad se han identificado más de 100 isotipos,¹ algunos con afinidad por áreas anatómicas específicas, aunque pueden afectar cualquier región corporal. La infección está circunscrita al epitelio, por lo que no ocurre diseminación sistémica del virus.^{1,2}

Las verrugas vulgares aparecen como lesiones solitarias y con tendencia a formar grupos o placas confluentes de diversos tamaños. La región anatómica con mayor afección suele ser el dorso de las manos; sin embargo, pueden aparecer en cualquier otra zona, principalmente en áreas expuestas a traumatismos. No producen síntomas, pero son dolorosas cuando se fisuran, sobre todo en la

región periungueal. Son contagiosas y transmisibles por inoculación, contacto directo o indirecto, y su periodo de incubación es de 1 a 20 meses. Predominan en la población pediátrica (su inoculación ocurre por microtraumatismos); en los adultos se relacionan con algunos ambientes laborales, como carniceros y veterinarios. Los pacientes con riesgo elevado de contraer el virus del papiloma humano son aquellos con inmunosupresión sistémica o local, enfermedades subyacentes o que reciben corticoesteroides sistémicos o tópicos. Los isotipos encontrados, en orden de frecuencia, en las verrugas vulgares son: el 2, 4, 1, 3, 7, 10, 26 a 29 y 41.²⁻⁴

El tratamiento depende de la edad del paciente, número y extensión de las lesiones, estado inmunológico y si coincide con el embarazo. Los queratolíticos tópicos son el tratamiento de elección; entre éstos, el ácido salicílico y el ácido láctico se prescriben con mucha frecuencia. La sugestión y el placebo también son efectivos. La crioterapia con nitrógeno líquido es otra alternativa. En los pacientes con resistencia al tratamiento convencional puede recetarse: cantaridina, ácido tricloroacético, 5-fluoracilo, bleomicina intralesional, electrodesecación o intervención láser.^{5,6}

El diagnóstico es, generalmente, clínico. Con el examen histopatológico se confirma el diagnóstico, fundamentalmente en los casos que se modificó el tratamiento. Los principales hallazgos son: hiperqueratosis paraqueratósica, acantosis epidérmica, papilomatosis, elongación de las

* Dermatóloga.

** Residente de dermatooncología y cirugía dermatológica.

*** Dermatopatólogo.
Centro Dermatológico Pascua.

Correspondencia: Dr. Alberto Ramos Garibay. Av. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, 06780, México, DF.

Recibido: febrero, 2008. Aceptado: marzo, 2008.

Este artículo debe citarse como: Bengoa IB, Nava EM, Ramos GA. Verrugas vulgares “corticoestropadas”. *Dermatol Rev Mex* 2008;52(3):138-40.

papilas dérmicas y células vacuolizadas con cuerpos de inclusión basófilos, compuestos por coilocitos (partículas virales e inclusiones eosinófilas de queratina anormal en las capas superficiales de la epidermis).⁷

CASO CLÍNICO

Hombre de 58 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, dedicado a la hojalatería. Acudió a la institución con dermatosis diseminada en las extremidades superiores: afección en el dorso de las manos y la articulación interfalángica proximal del dedo índice, era bilateral y con tendencia a la simetría. La dermatosis se constituía por tres placas eritematoverrugosas, con superficie anfractuosa, áspera y queratósica, de bordes netos y puntillero hemorrágico central; la mayor medía 6 x 6 cm y la menor 1 cm (figuras 1 y 2).

El paciente refirió haber iniciado con "granitos en las manos" siete meses antes de acudir a consulta. Decidió automedicarse corticoesteroides tópicos de mediana po-

tencia (10 tubos) durante un mes; notó que los "granitos" se "juntaron" y aumentaron de tamaño. El resto de la piel y los anexos se encontraron sin alteraciones.

Con base en la forma de inicio y región anatómica, se emitió el diagnóstico de verrugas vulgares en placa, pero la morfología dejaba dudas para éste. Se obtuvo una biopsia incisional, en la que se observó a la epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica compacta, focos de paraqueratosis lineal, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, proyecciones en la superficie y papilomatosis; en la capa granulosa se observaron células de aspecto vacuolizado con inclusiones citoplasmáticas. En la dermis superficial y media había infiltrado linfocitario moderado que rodeaba los vasos; estos últimos estaban dilatados y congestionados (figuras 3 y 4).



Figura 1. Placas verrugosas bilaterales con tendencia a la simetría.



Figura 2. Mayor detalle del aspecto verrugoso.

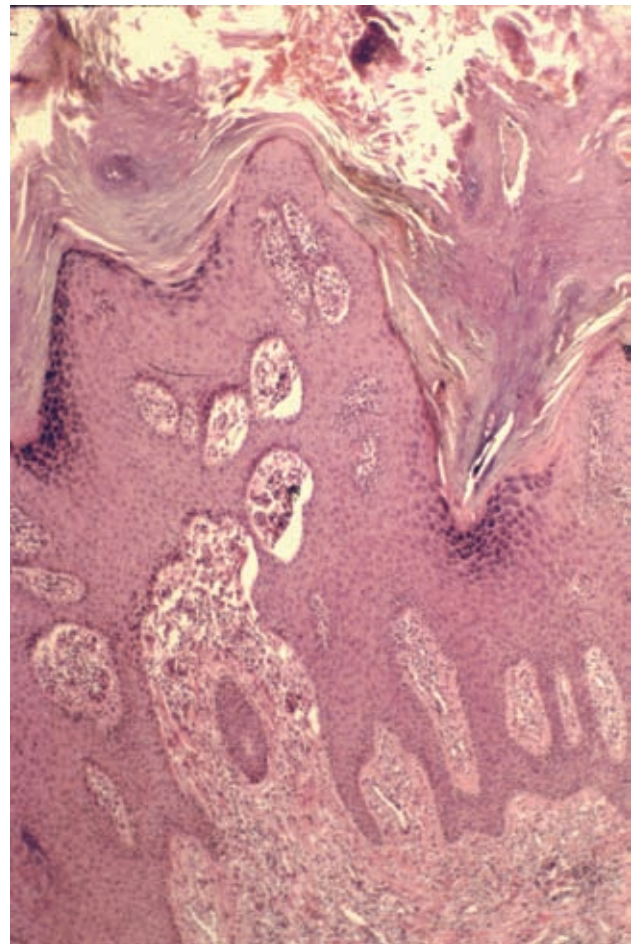


Figura 3. Epidermis hiperqueratósica con paraqueratosis focal; acantosis irregular que alterna con papilomatosis (tinción con hematoxilina y eosina 4x).

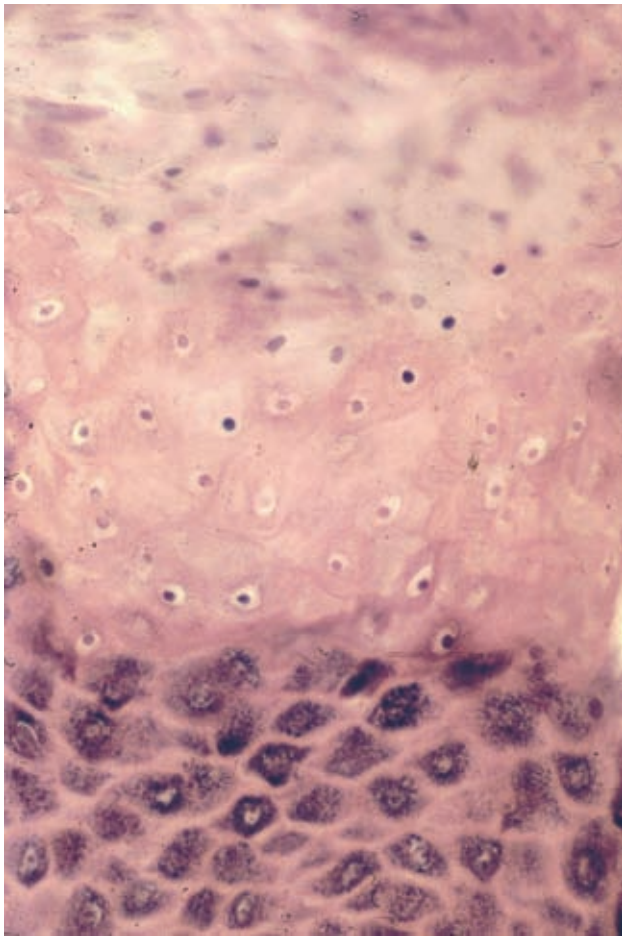


Figura 4. Coilocitos en la capa granulosa (tinción con hematoxilina y eosina 25x).

El diagnóstico definitivo fue: verrugas vulgares “corticoestropadas”. Se inició tratamiento con agentes queratolíticos; la reacción fue lenta, pero desaparecieron las lesiones.

DISCUSIÓN

La función de los corticoesteroides consiste en efectos antiinflamatorios, inmunosupresores, antiproliferativos y vasoconstrictores.

La acción antiinflamatoria e inmunosupresora se debe al efecto sobre los macrófagos (inhiben la expresión de antígenos clase II, liberación de IL-1, IL-6 y el FNT- α), neutrófilos (inhibe su adhesión con células endoteliales y disminuye su acumulación en los tejidos), células endoteliales (inhibe su activación), fibroblastos (inhibe la proliferación y suprime los factores de crecimiento y síntesis de colágeno) y linfocitos (producen leucopenia de células T por cambios en las moléculas de adhesión e inhibición de la producción de citocinas).

Los corticoesteroides tópicos suelen causar inmunosupresión local. Este factor es responsable de mayor riesgo de sufrir infecciones o exacerbar las preexistentes.⁸

El caso aquí reportado decidió comunicarse por lo atípico de su morfología. Las lesiones se modificaron por la aplicación de corticoesteroides de mediana potencia, por lo que se acordó clasificarlo como “corticoestropado”. El diagnóstico diferencial de las lesiones verrugosas se realiza con: tuberculosis cutánea verrugosa, cromoblastomycosis, esporotricosis de placa fija y algunas micobacteriosis atípicas.

REFERENCIAS

1. Jaén P, Guerra A, Río R. Dermatitis por virus y rickettsias. En: Iglesia DL, editor. Tratado de Dermatología. 2ª ed. Madrid: McGraw Hill, 2004;pp:141-58.
2. Androphy EJ. Human papillomavirus. Current concepts. Arch Dermatol. 1989;125:683-5.
3. Baker GE, Tyring SK. Therapeutic approaches to papillomavirus infections. Dermatol Clin 1997;5:131.
4. Bellew SG, Quartarolo N, Janniger CK. Childhood warts: an update. Cutis 2004;73:379-84.
5. Gibbs S, Harvey I, Starling J, Stark R. Local treatments for cutaneous warts: systematic review. BMJ 2002;31:461.
6. Rivera A, Tyring SK. Therapy of cutaneous human papillomavirus infections. Dermatol Ther 2004;17:441-8.
7. Rapini RD. Practical Dermatopathology. 1ª ed. Philadelphia: Elsevier-Mosby, 2005;pp:193-202
8. Sáez de Ocariz GM. Esteroides tópicos. Dermatología Rev Mex 1997;41:184-90.