

Verrugas plantares y periungueales de difícil manejo. Presentación de un caso.

RODRÍGUEZ-VIEIRA A¹, DE ARBELOA M¹, PERÉZ- ALFONZO R², ORTIZ-CÁCERES W².

Resumen:

Las verrugas cutáneas constituyen hiperplasias epiteliales benignas causadas por la infección del virus de papiloma humano (VPH). Su prevalencia varía ampliamente entre diferentes grupos de edad, poblaciones y períodos de tiempo, siendo mayor en niños y adultos jóvenes. Se presenta un caso en un adolescente con verrugas plantares y periungueales de difícil manejo tratado con queratolítico e inmunoterapia tópicos, con una respuesta satisfactoria.

Palabras Claves: verrugas plantares, tratamiento combinado, dinitroclorobenceno

Plantar and periungual warts of difficult handling. Presentation of a case

Summary:

Cutaneous warts constitute benign epithelial hyperplasias caused by human papillomavirus (HPV) infection. Its prevalence varies widely among different age groups, populations and time periods, being higher in children and young adults. We present a case of an adolescent with plantar and periungual warts of difficult handling, treated with keratolytic and topical immunotherapy with a satisfactory response.

Key words: plantar warts, combined treatment, dinitrochlorobenzene

1. Médico Residente de post-grado de Dermatología. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

2. Dermatólogo adjunto del Servicio de Dermatología. Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit"

Autor para Correspondencia:
Williams Ortiz:
wortizw70@gmail.com.

Introducción

Las verrugas son proliferaciones benignas de la piel y la mucosa, causadas por la infección del virus de papiloma humano (VPH), del cual se han secuenciado más de 100 tipos¹. Se estima una prevalencia mundial entre 0,8% a 22%, siendo los adolescentes y adultos jóvenes la población más susceptible. Se necesita una abrasión epidérmica y un sistema inmunológico deteriorado de forma transitoria para inocular un queratinocito con este virus².

Se han relacionado diferentes tipos de VPH con cáncer, VPH tipos 16 y 18 están implicados en la aparición de cáncer de cuello uterino y los tipos 5 y 8 con el carcinoma epidermoide que desarrollan los pacientes con epidermodisplasia verrusiforme³.

CASO CLÍNICO

Desde el punto de vista clínico el VPH puede estar presente en piel glabra y mucosas y dependiendo de su localización y forma de presentación se clasifica en verrugas vulgares, planas, periungueales, palmo plantares⁴. En verrugas que afectan las manos y los pies, los subtipos de VPH son típicamente 1, 2, 4, 27 y 57².

Las verrugas plantares están localizadas a menudo en áreas de presión plantar, como los talones y cabeza de los metatarsianos; demuestran una asociación con microtraumas repetitivos en los pies, uso de duchas públicas, y el sudor excesivo. Con frecuencia se puede observar un grupo de pequeñas verrugas satélites alrededor de una verruga más grande (verruga en mosaico)⁵

Existen numerosos tratamientos tópicos, pero ninguno es particularmente eficaz, para verrugas plantares, a menudo dos o más opciones tienen que combinarse para producir un cambio clínico.

A continuación se presenta un caso de verrugas plantares y periungueales de difícil manejo que obtuvo una respuesta favorable al tratamiento tópico combinado. con un queratolítico como el ácido salicílico e inmunoterapia con dinitroclorobenceno (DNCB) al 2%.

Reporte de caso

Se trata de paciente masculino de 14 años de edad, sin antecedentes personales y familiares contributorios; que inicia enfermedad actual hace 2 años con pápula de aspecto verrugoso en región periungueal de cuarto dedo del pie derecho que progresivamente se extiende formando una gran placa hiperqueratósica de color amarillento a marrón con múltiples pápulas verrugosas en su superficie que ocupa la totalidad del tercer espacio interdigital y lámina ungueal de cuarto dedo del pie derecho (figura 1) y con otras pápulas de aspecto verrugoso en superficie plantar de antepié derecho; compatibles con verrugas.(figura 2). Recibe tratamiento con ácido salicílico tópico sin mejoría clínica.



Figura 1. A. Placa hiperqueratósica amarillenta- marrón con pápulas de aspecto verrugoso pie derecho. B. Afecta espacio interdigital y lamina ungueal de cuarto dedo del pie derecho.



Figura 2. Múltiples pápulas verrugosas en región plantar de antepié derecho

Se indicó un tratamiento con limpieza exhaustiva con bisturí (Figura 3) posterior sensibilización con dinitroclorobenceno al 2% en petrolato y luego sesiones sucesivas cada 15 días, con un total de 8 sesiones; además se indicó aplicar ácido salicílico en gel al 27% en el hogar cada 48 horas, durante 4 meses (Figura 4 y 5).



Figura 3. Limpieza con bisturí



Figura 4. Evolución durante tratamiento combinado. A) Segunda sesión. B) Quinta sesión. C) Séptima sesión



Figura 5. Resultado después de 4 meses de tratamiento

Discusión

Es bien conocido que un porcentaje importante de verrugas involucionan espontáneamente, esta patología representa un motivo de consulta importante en la práctica dermatológica diaria, ya sea por cosmética o por causar síntomas como el dolor. Existen múltiples esquemas de tratamientos para verrugas reportados en la literatura con resultados variables, sin embargo, una revisión sistemática publicada en el año 2012, mostró que el ácido salicílico es el agente mejor estudiado con evidencias suficientemente sólidas que reportan beneficios en el tratamiento de esta entidad frente al placebo¹.

Otra modalidad terapéutica que probó ser efectiva en el tratamiento de las verrugas plantares fue la crioterapia, sin embargo en comparación con el ácido salicílico presenta efectos secundarios más importantes como dolor e inflamación en el sitio de aplicación¹.

Dentro de las otras alternativas en el manejo de esta entidad encontramos los retinoides, podofilina, acidotricloroacético, bleomicina intralesional, terapia fotodinámica, láser dye pulsado, cirugía (electrocauterio y curetaje),^{4,5,6} e inmunoterapia, para esta última se utilizan sensibilizantes como dinitroclorobenceno (DNCB), difenilciclopropeno (DNCP), ácido esvárico dibutil ester (SADBE) que reportan tasas de curación de 91%, 73% y 70% respectivamente, presentando como efectos secundarios reacciones alérgicas de contacto sobre todo en el sitio de aplicación.^{5,7,8}

El paciente reportado no presentó mejoría con el uso de ácido salicílico al 27% como monoterapia por lo que se decidió añadir DNCB a su esquema de tratamiento consiguiendo la curación de la lesión.

DNCB desencadena una respuesta inflamatoria independiente de células T a través de la activación del inflammasoma NALP-3 en queratinocitos y se ha utilizado para tratar las verrugas asociadas con el VPH. En respuesta a la activación por inflammasoma inducida por DNCB, se ha demostrado que los queratinocitos producen una amplia gama de citoquinas proinflamatorias incluyendo IL-6 e IL-1 β , responsables del reclutamiento de polimorfonucleares⁹. A pesar de su eficacia, este producto ha sido relacionado con efectos mutagénicos por lo que su uso es limitado, sin embargo no existen evidencias de que produzca cáncer^{10,11}.

Para su aplicación se induce la sensibilización al medicamento pintando inicialmente todas o la mayoría de las verrugas con DNCB al 2% recristalizado en alcohol y manteniéndose bajo oclusión durante 5 días. El DNCB se administra en las mismas áreas cada 3 semanas bajo oclusión durante 2 días. Las verrugas en áreas peligrosas (cara, particularmente cerca de los ojos o cerca de flexiones) no son tratadas con esta técnica. El DNCB es un hapteno, capaz de inducir hipersensibilidad retardada, forma antígenos dirigidos a verrugas dinitrofenoladas e induce respuesta contra epítopes de verrugas, incluso no tratadas¹¹.

Se han observado resultados interesantes utilizando la combinación secuencial de imiquimod y DNCB en casos en los que las verrugas no respondieron completamente a ninguna de estas sustancias (incluidas las que aparecen en inmunodeprimidos). Esto puede deberse a la mejora de la capacidad de imiquimod para inducir la respuesta a epítopes procesados por células dendríticas y a la larga permanencia de DNCB o sus derivados en sitios de aplicación^{11,12}.

Conclusiones.

Se demostró una evolución satisfactoria en este caso de verrugas plantares y periungueales con el tratamiento combinado de limpieza con bisturí, dinitroclorobenceno al 2% y ácido salicílico. Se reafirma que en verrugas de difícil manejo o recalcitrantes es mejor el uso de tratamientos combinados.

De esta manera, la inmunoterapia tópica en contraste con la mayoría de las modalidades destructivas es menos dolorosa con buena cicatrización, además, no interfiere con las actividades diarias y prácticas deportivas que requieran esfuerzos. En pacientes correctamente seleccionados, la inmunoterapia es una excelente modalidad para el tratamiento de ciertos tipos de verrugas resistentes, particularmente en regiones plantares y periungueales●

Referencias

1. Kwok C, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 12;9

- Vlahovic T, Khan M. The Human Papillomavirus and Its Role in Plantar Warts: A Comprehensive Review of Diagnosis and Management. Clin Podiatr Med Surg. 2016;33:337-353
- Sterling J, Handfield S, Hudson P. Guidelines for the management of cutaneous warts. Br J Dermatol. 2001;144(1):4-11
- Gibbs S, Harvey I, Sterling J, Stark R. Local treatments for cutaneous warts: systematic review. BMJ. 2002; 325(7362):461
- Micali G, Dall'Oglio F, Nasca M, Tedeschi A. Management of cutaneous warts: an evidence-based approach. Am J Clin Dermatol. 2004;5(5):311-7.
- Loo S, Tang W. Warts (non-genital). BMJ Clin Evid. 2014 ;06:1710
- Nofal A, Salah E, Nofal E, Yosef A . Intralesional Antigen Immunotherapy for the Treatment of Warts: Current Concepts and Future Prospects. Am J Clin Dermatol 2013; 14:253-260
- Naylor M, Neldner K, Yarbrough G, Rosio T, Iriondo M, James Y. Contact immunotherapy of resistant warts. J Am Acad Dermatol. 1988;19:679-83.
- Tran le S, Bergot A, Mattarollo S, Mittal D, Frazer I. Human papillomavirus e7 oncoprotein transgenic skin develops an enhanced inflammatory response to 2,4-dinitrochlorobenzene by an arginase-1-dependent mechanism. J Invest Dermatol. 2014 Sep;134(9):2438-46
- Alió A. El dinitroclorobenceno y sus aplicaciones. Dermatol venez. 1998; 36(1):39
- Goihman-Yahr, M, Goldblum, M. Immunotherapy and warts: a point of view Clin Dermatol. 2008;26(2):223-5
- Goihman-Yahr M. Combined immunotherapy of recalcitrant warts. Int J Dermatol 2006;45(5):627.

Pertenecer a la Sociedad Venezolana de Dermatología Médica Quirúrgica y Estética es Importante.

Si eres dermatólogo y aun no estás inscrito a la Sociedad te invitamos a convertirse en miembro:

Requisitos

Para Ingresar como miembro ACTIVO a la Sociedad

- Haber realizado Curso de Postgrado en Dermatología, de 3 años de duración en una Universidad nacional o extranjera.
- Llenar planilla respectiva (descargar en svderma.org)
- Carta de Solicitud por escrito para el ingreso.
- Carta de Presentación por tres Miembros Titulares.
- Copia de Título de Médico.
- Copia de Título de Dermatólogo
- Currículum
- Copia de Cédula de Identidad
- Soporte de los documentos referidos en el currículum. (Anexar Artículo 8)

Para Ascensos de Miembro Activo a Miembro Titular

- Carta solicitando ascenso e indicando la fecha de ingreso como Miembro Activo.
- Llenar planilla respectiva (descargar en svderma.org)
- Currículum Vitae actualizado. (Anexar Artículo 8)

CV. Cumplir con una de las siguientes pautas

- Haber publicado dos trabajos sobre la especialidad como autor principal, o
- Haber publicado tres trabajos como coautor, o
- Haber presentado cuatro trabajos como autor principal en diferentes Reuniones Anuales
- Haber cumplido 100 horas crédito – dermatológicas en 3 años consecutivos.
- Presentar un trabajo de ascenso – Anexar el trabajo científico que será presentado en una Reunión Mensual

Para ingresar como miembro Titular

Llenar planilla respectiva. (descargar en svderma.org)

- Solicitud por escrito para el ingreso como Miembro Titular, especificando que ingresa presentando un trabajo científico y el título del mismo.
- Presentación por tres Miembros Titulares
- Haber realizado Curso de Postgrado en Dermatología, de 3 años de duración en una Universidad Nacional o Extranjera.
- Currículum Vitae actualizado. (Anexar Artículo 8)
- Copia del título de médico.
- Copia del título de Dermatólogo.
- Soporte de los documentos referidos en el currículum
- Anexar trabajo científico de ingreso que será presentado en una Reunión Mensual de la Sociedad Venezolana de Dermatología.

Beneficios de ser miembro

- Seguro de Mala Praxis Profesional sin costo alguno.
- Suscripción a la revista Dermatológica Venezolana.
- Precios especiales en Jornadas y Congresos.
- Posibilidad de aplicar a Becas, Pasantías extramuro, AAD, Congreso Mundial de Estética y otros.
- Derecho a voz y voto en las Reuniones de la Asamblea de la SVDMQE (Miembros Titulares).
- Pertenecer a las Comisiones de Trabajo.