

Verrugas cutáneas

Fecha de la última revisión: **15/09/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Formas clínicas y diagnóstico](#)
3. [¿Cómo tratarlas?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autor](#)

¿De qué hablamos?

Las verrugas son lesiones epiteliales hiperqueratósicas, circunscritas y de naturaleza benigna producidas por una infección de las células epidérmicas por algunos de los genotipos del virus del papiloma humano (VPH), que pueden asentar en cualquier parte de la superficie cutánea.

Afectan con más frecuencia a personas jóvenes y se transmiten por contacto, tanto directo como indirecto (fómites, ropas). También pueden producirse por diseminación a otras áreas en un mismo paciente. La susceptibilidad individual al contagio es muy variable. El período de incubación oscila entre 2 y 20 meses.

En pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor y en pacientes con SIDA pueden aparecer lesiones múltiples y diseminadas de aspecto similar, pero producidas por otros genotipos virales (16, 18, 31 y 33) con potencial evolución hacia carcinoma escamoso (Lowy DR, 2011).

Formas clínicas y diagnóstico

Al diagnóstico se llega habitualmente por la historia clínica y la exploración física, y puede confirmarse con la biopsia de la lesión. Se clasifican en diferentes tipos en función de su aspecto morfológico (Bigby M, 2004):

1. Verruga vulgar. Asociada a los genotipos de VPH 1, 2, 4 y 7. Se presentan como excrecencias circunscritas del mismo color de la piel, con superficie córnea y tacto rasposo. Pueden aparecer en cualquier superficie cutánea y se localizan preferentemente en el dorso de las manos y de los dedos; le siguen en orden de frecuencia: cara, cuello y cuero cabelludo. En algunas localizaciones (párpados, cara y cuello) pueden presentarse como lesiones más pequeñas, blandas y largas (verrugas filiformes). Pueden presentarse como lesiones aisladas o agrupadas en número variable.

Diagnóstico diferencial:

- Queratosis seborreicas. Suelen presentarse como pápulas pigmentadas múltiples y fisuradas, a veces con tapones córneos. Tienen márgenes bien definidos y superficie untosa al tacto. Suelen aparecer en pacientes mayores de 60 años.
- Moluscum contagioso. Se presentan como pápulas umbilicadas de color blanco con 1-3 mm de diámetro. Suelen ser múltiples.
- Queratosis actínicas. Son pequeñas placas eritematosas con superficie hiperqueratósica que aparecen sobre la piel con daño actínico previo. Se detectan fácilmente por su tacto áspero. Suelen aparecer en personas de edad avanzada, a diferencia de las verrugas.
- Carcinoma espinocelular. Es un tumor maligno derivado de los queratinocitos que se presenta inicialmente como un engrosamiento de la piel con descamación o hiperqueratosis y posteriormente adopta forma de costra cutánea o nódulo duro infiltrante. Con frecuencia se ulcera y sangra. Suele aparecer en personas mayores de 50 años en áreas fotoexpuestas o sobre queratosis actínica previa. La aparición de un espinocelular en una persona joven suele ocurrir en enfermos inmunosuprimidos.
- Queratoacantoma. Tumor benigno derivado de queratinocitos de la capa espinosa. Se presenta como nódulo eritematoso con tapón córneo central. Tiene un crecimiento rápido, suele ser único y se presentan con mayor frecuencia en individuos mayores de 50 años. Para muchos autores se trata de una variante de carcinoma espinocelular.
- Nevus melanocíticos verrucosos. Se reconocen por su superficie lisa, consistencia elástica y presencia de pigmento en su interior, aunque este no es un hecho constante.
- Fibromas péndulos (acrocordones), lesiones pedunculadas, de superficie lisa, consistencia blanda y color similar a la piel normal. Tienen un importante componente hereditario, predominan en cuello y axilas y deben diferenciarse de las verrugas filiformes.

2. Verruga plantar. Asociada al VPH tipo 1, es una lesión dolorosa que aparece en número variable en las plantas de los pies, con aspecto similar a las callosidades. Es común la presencia de múltiples puntos negros en su superficie; si se raspan con bisturí producen un sangrado puntiforme. En ocasiones se agrupan dando lugar a placas engrosadas que se denominan verrugas en mosaico. Son dolorosas a la compresión vertical, pero sobre todo a la presión horizontal o pellizcamiento. Para su prevención se recomienda la utilización de calcetines de plástico en piscinas públicas.

Diagnóstico diferencial:

- Clavo plantar. Hiperqueratosis localizada secundaria a la presión continua, que adopta forma de cono invertido. Carece de puntos negros y el dolor se produce fundamentalmente a la presión vertical.

3. Verrugas planas. Asociadas al VPH 3, se presentan como lesiones ligeramente elevadas, de 2-4 mm de diámetro, coloración amarillenta y difícilmente distinguibles de la piel normal. Su consistencia es blanda y la superficie suave al tacto. Suelen aparecer en cara y dorso de las manos.

Diagnóstico diferencial:

- Liquen plano, presenta una típica localización en superficies de extensión, color violáceo de las lesiones, afectación de mucosas, estrías de Wickman y se acompaña casi siempre de prurito.

4. Verrugas anogenitales. Por sus especiales características en cuanto a tratamiento, implicaciones y variable potencial oncogénico, requieren ser estudiadas en un tema específico.

En general, a la hora de hacer un correcto diagnóstico diferencial también es importante tener en cuenta dos cuadros clínicos cutáneos especiales también producidos por el VPH:

- Epidermodisplasia verruciforme: enfermedad hereditaria que se manifiesta por una erupción diseminada inusual de placas verrucosas eritematosas planas, que evolucionan a carcinoma escamoso en edades tempranas de la vida.
- Papulosis Bowenoide: se asocian a una infección por el VPH 16, y se presentan como lesiones papulosas levemente pigmentadas, que aparecen en piel y mucosa anogenital en individuos jóvenes de ambos sexos.

¿Cómo tratarlas?

No existe ningún tratamiento antivírico específico para el VPH.

Por tanto, el objetivo del tratamiento es eliminar las lesiones cutáneas con una afectación mínima de los tejidos normales. Para lograrlo no siempre es necesaria una intervención terapéutica ya que un porcentaje importante de verrugas desaparece espontáneamente en el transcurso de meses o años, más probable en pacientes con inmunidad intacta.

Teniendo en cuenta estas características, se establece que las condiciones que aconsejan tratar las verrugas cutáneas son las siguientes (Kwok CS, 2012):

- Dudas diagnósticas.
- Verrugas que producen dolor.
- Interferencia con función fisiológica de los diferentes órganos o sistemas.
- Motivos cosméticos.

Una vez decidido su abordaje terapéutico debemos tener en cuenta y advertir al paciente que:

- Ningún tratamiento es 100% efectivo.
- Una respuesta inmunitaria adecuada en el huésped es fundamental para lograr el objetivo terapéutico.
- Los mejores resultados se obtienen en los individuos más jóvenes con menor tiempo de duración de la infección por VPH.
- Es posible la reaparición de las lesiones después de realizado el tratamiento por persistencia de queratinocitos infectados.

Existen pocos estudios controlados y los que hay tienen una metodología variable.

Basándose en ellos puede considerarse beneficioso el tratamiento tópico con ácido salicílico y la crioterapia, probablemente beneficiosa la inmunoterapia de contacto (dinitroclorobenceno) y con efectividad desconocida o pendiente de ser investigada el resto de tratamientos. Existen además numerosas guías elaboradas mediante consenso a partir de las cuales proponemos el esquema terapéutico que aparece en la tabla siguiente por orden de recomendación (Sterling JC, 2014).

Tabla 1. Tratamiento de las verrugas según su tipo y localización.				
	Manos	Pies	Cara	Resto del cuerpo
Verrugas vulgares	• No tratar. ¹ • Crioterapia. • Aplicación local de ácido salicílico. • Glutaraldehído. • Nitrizinc Complex®. • Curetaje y cauterización. • Imiquimod eliminando la hiperqueratosis. ²	• No tratar. • Aplicación local de ácido salicílico en apósito al 40%. • Crioterapia. • Glutaraldehído. • Nitrizinc Complex®. • Curetaje y cauterización. • Imiquimod. ²	• Considerar no tratar. • Imiquimod. ²	• Considerar no tratar. • Curetaje y cauterización. • Crioterapia. • Nitrizinc Complex®. • Imiquimod. ²
Verrugas filiformes	• Crioterapia. • Curetaje y cauterización.			
Verrugas planas ³	• Aplicación local de ácido salicílico (crema). • Crioterapia. • Curetaje y electrodisección. • Imiquimod. ²			
Verrugas plantares	• No tratar. • Aplicación local de ácido salicílico. • Glutaraldehído. • Nitrizinc Complex®. • Crioterapia. • Nitrato de plata. • Imiquimod. ²			

¹ Algunos autores recomiendan la aplicación de una cinta adhesiva en el tratamiento de las verrugas periungueales. El adhesivo se coloca alrededor del dedo tapando la lesión durante 6 días cada semana hasta su resolución. Estos autores plantean que éste debe ser el primer método utilizado en las verrugas periungueales ya es poco agresivo, resulta efectivo en muchos casos y evita el posible daño de la placa ungueal producido por los demás tratamientos.

² Indicación no autorizada en ficha técnica en España.

³ Algunos autores recomiendan el ácido retinoico (**tretinoína** al 0,025%) como primera elección en el tratamiento de las verrugas planas.

Ácido salicílico (20-40%)

Es el único que realmente ha demostrado su eficiencia en estudios controlados. Es un agente queratolítico que actúa destruyendo lentamente las células epiteliales infectadas y que puede tener cierto efecto inmunoestimulante local debido a la reacción inflamatoria que produce. Se aplica localmente sobre la lesión después de haberla lavado con agua y jabón, a diario, durante varias semanas. En días posteriores, se debe raspar la lesión con piedra pómez o lima de uñas antes de la aplicación del producto terapéutico. En ensayos el ácido salicílico demostró que aumentaba significativamente la posibilidad de eliminación de las verrugas frente a placebo, más en las manos que en los pies. Dos ensayos con 328 participantes indicaron que el ácido salicílico y la crioterapia combinados parecieron más efectivos que el ácido solo (Kwok CS, 2014).

Cinta adhesiva impermeable

Se encontraron dos ensayos sobre la cinta adhesiva que sugirieron que este tratamiento no es tan efectivo como se creía en un primer momento.

Crioterapia

La crioterapia pretende lograr la destrucción de las células infectadas por medio de la congelación de las mismas. El nitrógeno líquido puede aplicarse con un apósito de algodón o en forma de pulverización dirigida a la lesión. El enfriamiento se mantendrá hasta que aparece una zona de tejido congelado alrededor de la verruga (sin superar en ningún momento los 30 segundos de aplicación), espera un intervalo de tiempo hasta que la piel recupere la coloración cutánea normal y se repite la maniobra 1 o 2 veces más. Después de la aplicación pueden aparecer vesículas que se deben tratar con un antiséptico. Las cicatrices residuales son raras.

Actualmente están disponibles en farmacia aerosoles de pequeño tamaño que permiten realizar el procedimiento de crioterapia en el domicilio. El contenido se rocía sobre un aplicador que, una vez congelado, se pone en contacto con la verruga durante 10-20 segundos. Debe evitarse en verrugas localizadas en la cara, genitales o en niños menores de cuatro años.

Debe ser utilizada con precaución en:

- Pacientes con dudas diagnósticas o lesiones malignas.
- En zonas distales de las extremidades en pacientes con Raynaud, enfermedad vascular periférica o neuropatía periférica.
- En lesiones que asienten sobre tendones o próximas a nervios superficiales.

Glutaraldehído

Disponible en farmacias como fórmula magistral en forma de gel al 10% o solución acuosa al 5-10%.

Utilizando un bastoncillo de algodón empapado en la solución, se aplicará sobre la lesión una vez al día. Es conveniente rodear la lesión con vaselina para evitar la afectación de tejidos sanos ya que puede dejar una pigmentación marrón en la piel. Antes de aplicar las siguientes sesiones, se eliminará el tejido necrótico para lograr un efecto máximo. La aplicación se mantendrá hasta la desaparición de las lesiones. No se debe utilizar para el tratamiento de lesiones en la cara o genitales.

Nitrizinc Complex®

Es una solución acuosa de ácidos orgánicos (láctico, oxálico y acético), ácidos inorgánicos (nítrico), sales de cobre y zinc, que viene envasada en 4 ampollas de vidrio con capilares para su aplicación. Se abre la ampolla y se recoge el líquido con el capilar aplicándolo sobre la verruga. En verrugas palmoplantares puede ser necesario renovar la aplicación 1 o 2 veces en la misma sesión según el tipo y grosor de la verruga. Se debe limpiar la zona tratada con alcohol 70º dos veces al día. En verrugas muy queratinizadas puede ser necesario limar o raspar la lesión antes de la aplicación. No se debe aplicar en mucosas ni verrugas planas, cara, ni niños menores de 6 años, ni con otros antiverrugas de aplicación tópica. Debe conservarse a temperatura ambiente y usarse antes de 24 horas de abrir la ampolla.

Imiquimod

No existen publicados estudios controlados con imiquimod al 5% en crema, y además en la ficha técnica del preparado no aparece autorizado su uso en esta patología. En algunos estudios no controlados, el uso de la crema en las verrugas comunes cutáneas, aplicándose una vez al día 5 días a la semana y lavándose con agua y jabón a la mañana siguiente se consiguió la desaparición de las verrugas en 16 semanas en un 30% de los pacientes, apareciendo efectos secundarios en el 31% de los mismos, efectos que fueron transitorios y de poca importancia.

El tratamiento con imiquimod es muy costoso y largo ya que es necesaria la aplicación al menos 9 semanas para obtener buenos resultados (Grussendorf-Conen EI, 2002).

Retinoides tópicos

La tretinoína al 0,025-0,05% ha mostrado utilidad en el tratamiento de las verrugas en algunos estudios y algunos autores los recomiendan como opción terapéutica para las verrugas planas. La aplicación será diaria.

Nitrato de plata

Se aplicará diariamente sobre la lesión hasta conseguir la destrucción de la verruga. Puede producir una cicatriz pigmentada residual en el lugar de aplicación del producto.

Cantaridina

En algunos casos resistentes una solución de cantaridina al 0,7% en colodión puede ser de gran efectividad.

Termocauterización/Curetaje y cauterización

La resección quirúrgica de las lesiones es un método muy utilizado, pudiendo ser particularmente útil en las lesiones filiformes. Métodos para resecar las lesiones: bisturí y resección eléctrica con asa.

Cirugía

La resección quirúrgica de las verrugas puede ser utilizada en algunas ocasiones, bien cuando hayan fallado los tratamientos anteriores o bien cuando el paciente la acepte como terapia alternativa.

Las lesiones más susceptibles de ser tratadas con este método son las verrugas con base de implantación pequeña y sobre todo las verrugas filiformes múltiples.

No debería utilizarse en dedos dada la vascularización y la contraindicación del vasoconstrictor en esas zonas.

Las técnicas utilizadas son:

- Resección con bisturí: con una hoja de bisturí del 21 y una pinza se procede a la resección de la lesión con un afeitado en la base de la misma, previa infiltración con anestesia, a ser posible con vasoconstrictor para evitar el sangrado excesivo. Posteriormente se procede a la cauterización con barras de nitrato de plata, que dejarán una costra que terminará desprendiéndose sin dejar cicatriz.
- Resección con bisturí eléctrico: con asa o con hoja, en las lesiones pediculada o con base poco amplia, en las que no hace falta la utilización de anestesia local dada la rapidez del acto quirúrgico. Se realiza el corte de forma similar que con un bisturí normal pero con la temperatura se produce la cauterización instantánea, dando lugar a una costra que se desprenderá al cabo de unos días.

En lesiones de base amplia puede ser necesaria la aplicación de anestesia local.

Esta técnica no puede ser empleada en pacientes con marcapasos (interferencias con el aparato) y debe evitarse la exposición solar para evitar alteraciones de la pigmentación en el lugar de la exéresis.

Láser

Existen varios tipos de láser para el tratamiento de las verrugas cutáneas. Los más usados son: el de dióxido de carbono, el colorante pulsado, el NY:YAG y Er:YAG, con los que se llegan a obtener un éxito terapéutico entre un 47%-100% dependiendo de la lesión, del tipo de duración y sesiones aplicadas. Estudios clínicos realizados sugieren que el láser colorante pulsado tiene una efectividad similar a la crioterapia, sin embargo hay pocos estudios en los que se comparen las distintas terapias lo cual limita mucho los resultados. De todos los láseres, este último es el que menos efectos adversos produce en la piel.

De todas maneras, el uso del láser en el tratamiento de las verrugas no genitales está limitado por la falta de indicaciones claras en las distintas guías clínicas (Nguyen J, 2016).

Cuándo derivar al dermatólogo:

- En las verrugas faciales.
- Cuando el diagnóstico sea incierto.
- En verrugas múltiples recalcitrantes y en personas inmunocomprometidas.
- En áreas extensas afectadas y cuando responden mal a tratamiento con ácido salicílico y/o crioterapia.

Bibliografía

- Bigby M, Gibbs S, Harvey I, Sterling J. Warts. Clin Evid. 2004;(11):2209-23. PubMed [PMID: 15652108](#)
- Grussendorf-Conen EI, Jacobs S. Efficacy of imiquimod 5% cream in the treatment of recalcitrant warts in children. Pediatr Dermatol. 2002;19(3):263-6. PubMed [PMID: 12047649](#)
- Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(9):CD001781. PubMed [PMID: 22972052](#)
- Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD001781. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD001781/tratamientos-topicos-para-las-verrugas-cutaneas>
- Lowy DR, Androphy EJ. Warts. En: Irwin M. Freedberg, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2011. Disponible en: <http://accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=505>
- Nguyen J, Korta DZ, Chapman LW, Kelly KM. Laser Treatment of Nongenital Verrucae: A Systematic Review. JAMA Dermatol. 2016;152(9):1025-34. PubMed [PMID: 27119270](#). [Texto completo](#)
- Sterling JC, Gibbs S, Haque Hussain SS, Mohd Mustapa MF, Handfield-Jones SE. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of cutaneous warts 2014. Br J Dermatol. 2014;171(4):696-712. PubMed [PMID: 25273231](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Finley C, Korownyk C, Kolber MR. What works best for nongenital warts? Can Fam Physician. 2016;62(12):997. PubMed [PMID: 27965335](#). [Texto completo](#)
- Lynch MD, Cliffe J, Morris-Jones R. Management of cutaneous viral warts. BMJ. 2014 May 27;348:g3339. PubMed [PMID: 24865780](#)
- Sterling JC, Gibbs S, Haque Hussain SS, Mohd Mustapa MF, Handfield-Jones SE. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of cutaneous warts 2014. Br J Dermatol. 2014;171(4):696-712. PubMed [PMID: 25273231](#). [Texto completo](#)

Autor

- Ricardo García Sieiro Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de Cambre. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

