

Verruga Umbilical

Lourdes González B¹, Beatriz Di Martino O², Mirtha Rodríguez M³, Oilda Knopfelmacher D⁴, Lourdes Bolla Agüero de Lezcano⁵.

¹Jefe de residentes de dermatología; ²Dermatopatólogo, ³Profesor asistente de dermatología; ⁴Profesor adjunto de dermatología. Jefe de Sala; ⁵Profesor titular de dermatología. Jefe de Cátedra. Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.

Resumen

Las verrugas vulgares son proliferaciones epiteliales benignas, causadas por la infección del virus papiloma humano. Suelen afectar a niños y adolescentes comprometiendo frecuentemente manos y rodillas. Existen múltiples tratamientos pero ninguno infalible, y si bien se preconiza la conducta expectante, existen casos en los que se debe realizar tratamiento.

Presentamos el caso de un escolar de sexo masculino con verruga umbilical, una localización infrecuente, tratada exitosamente con electrocoagulación.

Palabras clave: VPH, verruga vulgar, verruga umbilical.

Summary

Common warts are benign epithelial growths caused by infection with human papillomavirus. They usually affect children and adolescents often compromising hands and knees. There are many treatments but none infallible, and while it is recommended an expectant behaviour, there are cases in which treatment should be performed.

We report the case of a 12 year old white male with an umbilical wart, an unusual localization, treated successfully with electrocoagulation.

Key words: HPV, common wart, umbilical wart.

Introducción

Las verrugas o condilomas son tumores epiteliales comunes, contagiosos, causados por el virus del papiloma humano (VPH)¹. Los VPH están muy extendidos en la naturaleza y la prevalencia de las verrugas cutáneas es de hasta un 10% en niños de 2-12 años de edad; afectan con igual frecuencia a ambos sexos, con regresión espontánea en 1-2 años².

Presentamos el caso de un varón de 12 años de edad con verruga vulgar umbilical al que se le realizó electrocoagulación con resolución del cuadro.

Caso clínico

Escolar de sexo masculino de 12 años de edad, procedente de medio urbano, que consulta por presentar desde hace un año lesión papular en ombligo, asintomática, que aumenta de tamaño y se oscurece progresivamente. No realizó tratamiento.

Antecedentes patológicos personales y familiares: sin datos de valor.

Examen físico

Tumoraciones hiperqueratósicas, verrugosas, hiperpigmentadas, confluentes localizadas en ombligo.

Bajo la lesión se constata solución de continuidad de la pared abdominal en la línea media, sin contenido.

Al presionar el área se consigue eversión del ombligo, constatándose que la lesión asienta sobre la cicatriz umbilical (Figuras 1 y 2).

No se aprecian lesiones similares en dedos de manos ni en región genital.

Diagnósticos clínicos presuntivos

Verruga vulgar.

Queratosis seborreica.

Nevus epidérmico.

Tratamiento: Se realiza *shaving* de la lesión, electrocoagulación del lecho y se remite la muestra a anatomía patológica, fijada en formol neutro tamponado al 10%.

Correspondencia: Beatriz Di Martino O.

Correo electrónico: beatrizdimartino@gmail.com

Histopatología

Macroscópicamente se trataba de una lesión papulosa de superficie verrucosa, sólida, elástica, de 1,5 cm de eje mayor (Figura 3).

Se procesa de manera rutinaria y se colorea con HE, observándose histológicamente una marcada hiperqueratosis y acantosis (Figura 4). Hay papilomatosis epidérmica en forma de delgadas agujas. Las columnas de paraqueratosis recubren las proyecciones papilomatosas observándose hemorragia en estas columnas (Figura 5). Se observa hipergranulosis y las células contienen grupos de densos gránulos de queratohialina. Hay un escaso infiltrado linfocitario en dermis.

Diagnóstico anatomopatológico y final: Verruga vulgar.

Evolución: El paciente acude luego de tres semanas del procedimiento a control y no se constata recidiva.



Figuras 1 y 2

Tumoraciones hiperqueratósicas, verrucosas, hiperpigmentadas, confluentes localizadas en ombligo.

Comentarios

Las verrugas son tumores queratinocíticos (OMS/WHO) (Tabla 1), reconociéndose tres variantes: vulgares, plantares y planas, causadas por los virus del papiloma humano (VPH).

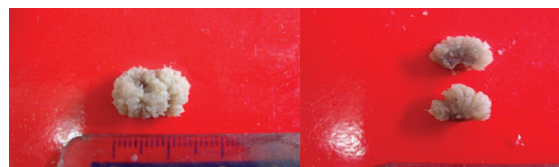


Figura 3

Lesión papulosa de superficie verrucosa, sólida elástica, de 1,5 cm. de eje mayor.

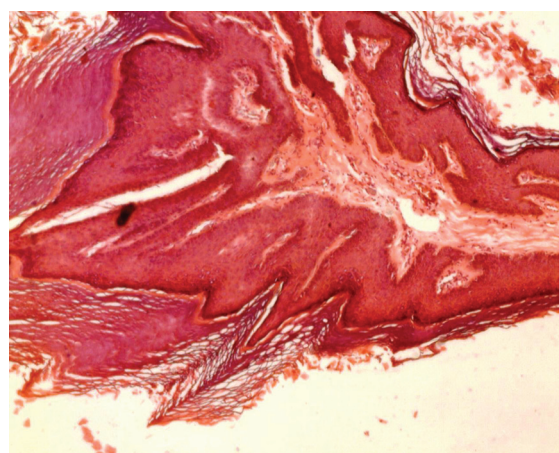


Figura 4

Histopatología. Lesión a menor aumento muestra acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis.

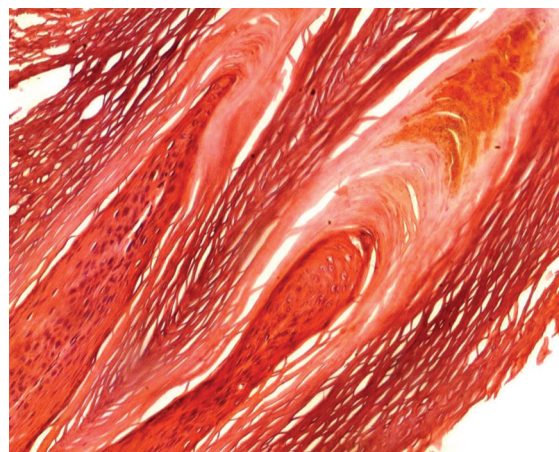


Figura 5

Histopatología. A mayor aumento se observa agranulosis bajo las columnas de paraqueratosis y hemorragia en estas columnas.

Tabla 1

Clasificación de los tumores queratinocíticos de la OMS

1.- Carcinoma basocelular
2.- Carcinoma epidermoide
3.- Enfermedad de Bowen
4.- Queratosis actínica
5.- Verrugas <ul style="list-style-type: none"> • Vulgares o comunes • Plantares • Planas
6.- Acantomas

Los VPH son una gran familia de virus ADN epiteliotropos que inducen tumores epiteliales y mucosos, benignos y malignos. Más de 95 tipos de VPH se han caracterizado completamente hasta la fecha, y secuencias adicionales parciales de ADN de VPH se han obtenido, indicando la existencia de al menos 130 genotipos del VPH (Tabla 2).

Tabla 2

Manifestaciones clínicas y VPH asociados en lesiones cutáneas.

Lesiones cutáneas	VPH frecuentemente detectados	VPH menos frecuentemente detectados
Comunes, plantares, palmares, mosaico	1,2,4	26,27,29,41, 57,60,63,65
Planas	3,10	28,29
De Butcher	2,7	1,3,4,10,28
Epidermodisplasia verruciforme (EV)	3,5,8,10	9,12,14,15,17,19-25,36-38,46,47,49,50
CEC-EV	5,8	14,17,20,47
CEC Periungueal	16	34,35
Otros CECs	Tipos de la EV	Otros tipos cutáneos

CEC: carcinoma de células escamosas.

La infección productiva y la inducción de la hiperproliferación se inician cuando el virus entra en las células epiteliales basales en proliferación, y éste requiere un traumatismo, abrasión u otros traumas menores al epitelio. El ciclo de vida del VPH sólo se completa en epitelios escamosos plenamente diferenciados ya que el programa de la expresión genética viral está íntimamente vinculado con el estado de diferenciación de los queratinocitos.

Las infecciones persistentes son comunes, lo que indica que los VPH tienen mecanismos evolucionados para evadir al sistema inmunológico de vigilancia. No hay fase de viremia, y bajos niveles de las proteínas virales se expresan en las capas de las células basales. Sin embargo, una respuesta inmune exitosa se genera en la mayoría de los casos, ya que dos tercios de verrugas cutáneas sufren regresión espontánea en el plazo de dos años y las lesiones multifocales a menudo regresan en forma concomitante. La respuesta

inmune mediada por células parece ser el principal responsable.

Las verrugas pueden aparecer en cualquier localización de la piel o superficies mucosas. Algunos subtipos de VPH causan determinados tipos de verrugas y tienen especial afinidad por lugares del cuerpo en particular. Los subtipos que causan las verrugas comunes son encontrados en las manos, ya sea en dedos o palmas. Los subtipos periungueales se ven a menudo en mordedores de uñas. La verruga plantar se ve en la planta de los pies.

Las manifestaciones clínicas dependerán del tipo de VPH involucrado, la localización anatómica y el estado inmunológico del huésped.

En general, la clasificación de las verrugas se basa en la morfología y la localización anatómica cutánea. Las verrugas se han clasificado tradicionalmente como vulgares o comunes, palmoplantares, incluyendo las formas superficiales y profundas, planas y la epidermodisplasia verruciforme (EV).

Las verrugas vulgares son típicas de niños y adolescentes. Se cree que hasta un 20% de escolares las presenta. Se desarrollan dentro de unas pocas semanas hasta 18 meses tras la inoculación viral.

Clínicamente pueden ser solitarias o múltiples, y presentarse en áreas expuestas, particularmente dedos y dorso de manos.

Histopatológicamente las verrugas vulgares se caracterizan por:

Marcada hiperqueratosis y acantosis.

Papilomatosis “en espiras de iglesia” en las variantes filiformes o “digitiformes” en otras variantes. Nuestro paciente presentaba papilomatosis en agujas estrechas, por lo que se consideró que se trataba de una variante filiforme.

Columnas de paraqueratosis que recubren las proyecciones papilomatosas.

Hemorragia en estas columnas.

Hipergranulosis en los sitios donde las células contienen grupos gruesos de gránulos de queratohialina.

Coilocitos (grandes células vacuoladas con pequeños núcleos picnóticos) en la capa de Malpighi superior y la capa granular. Pequeñas cantidades de queratohialina pueden estar presentes en el citoplasma de estas células.

Vasos dilatados a menudo en la base de las proyecciones papilomatosas.

Un variable infiltrado linfocitario y puede ser liquenoide en lesiones en regresión⁴.

La mayoría representa solo un problema cosmético. Rara vez una enfermedad de Bowen o un carcinoma epidermoide puede desarrollarse en una verruga vulgar, sobre todo en inmunodeprimidos. La trombosis de vasos superficiales, hemorragia y necrosis de la epidermis se ven raramente en las verrugas comunes en regresión.

La peculiaridad de la lesión presentada radica en su localización. Si bien se han descrito casos de verrugas umbilicales, las mismas se hallaban asociadas a condilomas en localización genital⁵. Nuestro paciente no presentaba lesiones genitales clínicamente discernibles.

En cuanto al tratamiento se habla de autoresolución del cuadro en un tiempo promedio de dos años⁶, pero cuando las lesiones son múltiples y exuberantes o las mismas provocan en el paciente complejos por estética, deben ser tratadas.

No existe un tratamiento cien por ciento eficaz, por lo que la elección deberá hacerse según lo requiera cada paciente. La terapia incluye: agentes queratolíticos (ácido salicílico⁷ o ácido láctico tópico⁷), terapia con ablativos (crioterapia⁸, electrofulguración², extirpación quirúrgica², terapia fotodinámica², láser CO₂² y vacunas terapéuticas²), inmunomoduladores (Imiquimod tópico⁹, levamisol¹⁰ o metronidazol vía oral¹¹, cantaridina intralesional¹²) y citotóxicos (ácido tricloroacético, 5-fluorouracilo tópico² o intralesional¹³, interferón intralesional¹⁴, bleomicina intralesional¹⁵); en muchos de los casos se requiere de terapias combinadas.

Referencias bibliográficas

1. Keratinocytic tumors. Verrucas. En: Pathology & Genetics. Skin Tumours. WHO Classification. IARC/Press. 2006; pp 35-38.
2. Azulay R, Azulay D, Azulay L. Infección por el papilomavirus humano: Dermatología. 4ª Ed. Río de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A. 2006. 19:277.
3. Bilenchi R, Poggiali S, Pisani C, De Padova LA, Fimiani M. Umbilical warts. G Ital Dermatol Venereol. 2010;145(4):555.
4. Viral diseases. Papillomaviridae. En: Weedon's skin pathology. 3ª ed. Elsevier. 2010. pp 619-625.
5. Nathan M. Umbilical warts: a new entity?. Genitourin Med. 1994; 70(1): 49-50.
6. Massing AM, Epstein WL. Natural history warts, a two-year study. Arch Dermatol. 1963; 87:306-310.
7. Gibbs S, Harvey I, Stark R. Local treatments for cutaneous warts: systematic review. BMJ. 2002; 325: 461-9.
8. Trujillo I, Castillo C, Rodríguez M, Collazo S. Criocirugía en Dermatología. Experiencia en el hospital clínico quirúrgico universitario "HERMANOS AMEJEIRAS". Dermatol Perú. 2007; 17(3): 161-169.
9. Festa C, Guerra C. Uso de imiquimod en infantes. Dermatol Pediatr Lat. 2006; 4(3): 232-239.
10. Moncada B, Rodríguez ML. Levamisol therapy for multiple warts. J Am Dermatol. 1993; 28(5): 794-796.
11. Briceño I, Ranalli M, Trujillo B, Maldonado M, Pacheco A, Cabrera A. VERRUGAS VULGARES. Uso de Metronidazol vía oral. Dermatol Venezolana 1990; 28(2): 62-64.
12. Cruz D, Padilla M, Alonso L, Palma A, Peralta M. Tratamiento con candidina de pacientes con verrugas vulgares resistentes. Dermatología Rev Mex. 2011; 55(1): 9-16.
13. Zaninni M, Santos C. 5-fluorouracil intralesional. Uma opção teraputica para verrugas virais periungueais recalcitrantes. Med Cutan Lat Am. 2004; 32(5): 201-204.
14. Uso del interferón alfa en las verrugas vulgares y rebeldes a otros tratamientos. Rev. Cuba Med. 1990; 29(2): 190-195.
15. Agüero F, Nazer R, Di Martino B y col. Tratamiento de las verrugas vulgares refractarias con bleomicina intralesional. Act Terap Dermatol. 2007; 30: 310-312.

Neolucid®

Dermolimpiador facial y corporal sustituto del jabón tradicional libre de detergentes y sustancias que secan e irritan la piel.

