

Las verrugas vulgares

Pilar Moreno Cano, David Agüero Orgaz y Susana Duce Tello

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Zona Asistencial Centro. Madrid. España.

Puntos clave

- Las verrugas son lesiones generalmente de naturaleza benigna, ocasionadas por diferentes tipos de virus papiloma humano, de los que alguno tiene potencial oncogénico.
- La respuesta inmunitaria del huésped es esencial para su curación, pero el curso natural y la respuesta al tratamiento en cada paciente son variables e imprevisibles.
- No todas las verrugas necesitan tratamiento, ya que un 60-70% tiende a la resolución espontáneamente en meses o años, sin secuelas.
- El objetivo del tratamiento es la desaparición de la verruga y no la eliminación del virus. Su indicación es: dolor, interferencia funcional, motivos estéticos y riesgo de malignización.
- Existen controversias en cuanto al método que debe utilizarse, resultando difícil la evaluación de protocolos terapéuticos.

Palabras clave: Verrugas vulgares • Verrugas genitales • Tratamiento • Ácido salicílico • Crioterapia • Evidencia clínica.

Las verrugas son lesiones ocasionadas por algunos de los genotipos del virus papiloma humano (VPH) que infectan las células epidérmicas a través de erosiones en la superficie cutánea o mucosa¹. Son virus ADN, de los cuales se conocen más de 100 genotipos, generalmente de naturaleza benigna, aunque algunos tienen potencial oncogénico (por ejemplo, 16, 18, 31 y 33).

El período de incubación varía desde los 2 a los 20 meses¹ en verrugas no genitales, y de 1 a 6 meses en las genitales.

La susceptibilidad individual al contagio es muy variable¹. Aparecen a cualquier edad, siendo más frecuente en niños, jóvenes y en pacientes inmunocomprometidos¹. No existe preferencia de sexo², salvo en las verrugas genitales, que son más frecuentes en adultos jóvenes y mujeres.

Estos virus crecen y se propagan en áreas calientes y húmedas. Se transmiten de forma directa (contacto de persona a persona) o indirecta (por fómites y ropas), siendo favorecida por microtraumatismos, manipulación, maceración de la piel, déficit inmunitario y en algunas profesiones (carniceros, pescaderos y veterinarios), sin que se haya demostrado vehiculación por animales³. Las verrugas genitales se transmiten por vía sexual (mayor riesgo por la promiscuidad, las relaciones sexuales precoces y el consumo de alcohol y tabaco).

Las verrugas no genitales afectan a un 7-19% de la población general y constituyen el 10-25% de las consultas, suponiendo un elevado gasto médico, a pesar de su carácter generalmente benigno³.

Presentación clínica

Las verrugas son lesiones epiteliales hiperqueratósicas y circunscritas, que pueden aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea¹. Sus características morfológicas y clínicas vienen determinadas por el serotipo del VPH, la localización, el estado inmunitario del huésped^{1,2} (tabla 1).

Aparecen, de mayor a menor frecuencia: verrugas vulgares, plantares, planas, filiformes y anogenitales (estas últimas, quizá las más frecuentes en nuestros días si tenemos en cuenta los casos de infección clínica, subclínica y latente)³.

Suelen ser asintomáticas, aunque muy dolorosas en la localización plantar y periungueal, y poco aceptadas cuando se localizan en áreas visibles (manos y cara)⁴. Se presentan como lesiones solitarias, múltiples, a veces formando placas o mosaicos. El tamaño varía desde milímetros a 1 cm, normalmente, y a veces en grandes masas.

TABLA 1. Etiología y presentación clínica

	VPH	Características
Verruga vulgar	1, 2, 4 y 7	<p>Pápulas firmes, de color piel o blancas, superficie rugosa y rasposa al tacto con proyecciones filiformes</p> <p>Tamaño entre 1 mm y 1 cm</p> <p>Solitarias o en grupos</p> <p>Localización: cualquier parte de la superficie cutánea, preferente dorso de manos y periungueales, seguidas en cara, cuello y cuero cabelludo; en niños, también en rodillas</p> <p>En forma de verrugas filiformes (pequeñas, alargadas y estrechas) en párpados, cara, cuello y labios</p> <p>Suelen ser asintomáticas salvo las periungueales, que pueden doler y alterar el crecimiento de la uña</p> <p>Benignas</p>
Verruga plantar	1 y 2	<p>Aplanadas por la presión al caminar. Duras y engrosadas, con collarete periférico y puntos negros en su interior, que sangran con el rasurado. Muy dolorosas a la presión y al pellizcamiento. Pueden crecer formando placas o mosaicos</p> <p>Localización: VPH1 en zonas de apoyo plantar y VPH2 como lesiones en placa o mosaico</p> <p>Benignas</p>
Verruga plana	3 y 10	<p>Aparecen en grupos (incluso centenares) de lesiones pequeñas 2-4 mm de diámetro, lisas y suaves al tacto, de color amarillo pardusco, difíciles de distinguir de la piel normal. Es característico el fenómeno de Koebner o isomorfismo (agrupación lineal tras un traumatismo, siguiendo el trayecto del mismo y regresión precedido de prurito y signos inflamatorios)³</p> <p>Localización: cara, dorso de las manos y zonas pretibiales</p>
Verruga anogenital (condilomas acuminados)	6, 11, 16, 18 y 32	<p>Pápulas aplanadas o exofíticas de superficie papilomatosa (aspecto de coliflor o cresta de gallo). Color piel, rosado o marrón de mm - 1 cm o grandes masas</p> <p>Algunos serotipos con potencial oncogénico</p> <p>Transmisión por contacto sexual</p> <p>Localización: vulva, vagina, cérvix uterino, pene y zona anal. Oral</p>

Cuando las verrugas anogenitales aparecen en niños, debemos considerar el abuso sexual (sobre todo, en mayores de 3 años, lesiones intraanales o sobre el esfínter), y la transmisión vertical² o inoculación de los padres o cuidadores (en menores de 3 años o localizadas a más de 3 cm del esfínter anal).

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza por la historia clínica y la exploración física, pudiéndose confirmar los hallazgos en la biopsia^{1,2}, en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta al tratamiento, pacientes con compromiso inmunitario y lesiones pigmentadas, induradas o ulceradas. En las verrugas genitales, puede ser útil la aplicación de ácido acético 5% (con falsos positivos)⁵. Histológicamente, observaremos acantosis, hiperplasia epidérmica con células vacuoladas e inclusiones intranucleares e intracitoplásmicas, así como capilares trombados¹⁻³.

Los VPH no se detectan por técnicas serológicas de rutina, y para demostrar su presencia es necesario el empleo de

microscopía electrónica o técnicas de hibridación de ADN y de inmunohistoquímica³.

Diagnóstico diferencial

Las patologías con las que más frecuentemente debemos diferenciar las verrugas se enumeran en la tabla 2.

Prevención

- El VPH es muy sensible a los cambios de temperatura y un simple lavado con agua caliente y jabón es suficiente para eliminarlo. También se inactiva con éter o alcohol.
- No tocar ni manipular las lesiones.
- No caminar descalzo en sitios públicos (por ejemplo, duchas y piscinas públicas).
- Mantener la higiene y el secado corporal adecuado.
- No compartir objetos personales (toallas, maquinillas de afeitarse, ropa interior, zapatos...).
- Usar preservativo. Las verrugas genitales son enfermedades de transmisión sexual, por lo que debemos ex-

TABLA 2. Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial	
Verruga vulgar	Queratosis seborreica
	Moluscum contagioso
	Queratosis actínica
	Carcinoma espinocelular
	Queratoacantoma
	Nevus verrugoso
	Fibroma péndulo (acrocordón)
	Liquen plano
	Exostosis subungueales
	Granuloma anular
Verruga plantar	Callosidades
	Clavo plantar
	Psoriasis plantar
	Carcinoma espinocelular plantar
	Nevus epidérmico verrugoso
Verruga plana	Pápulas de liquen plano
	Eférides (pecas)
	Queratosis seborreica
Verrugas anogenitales	Papulosis bowenoide (VPH 16)
	Verruga vulgar
	Condilomas planos sífilíticos
	Neoplasia
	Papulosis benigna o pápulas perladas del pene

plicar las recomendaciones generales y medidas de protección, recomendar la abstención de relaciones sexuales hasta la completa desaparición de las lesiones y la realización de un examen serológico tanto a ellos como a sus parejas de los últimos 6-9 meses (aunque estén asintomáticos), para descartar otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis y virus de la inmunodeficiencia humana, fundamentalmente)⁵.

- Revisiones citológicas periódicas, según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

- Vacunación contra el VPH, según los programas de prevención en cada comunidad.

Evolución

Es importante la respuesta inmune del huésped en la evolución de las verrugas, pero el curso natural y la respuesta al tratamiento en cada paciente son variables e imprevisibles^{3,4}. Muchas regresan espontáneamente y otras pueden progresar, recurrir o persistir con cualquier tratamiento. No debemos

olvidar la posible evolución oncogénica de algunos serotipos (sobre todo, en localización genital).

Tratamiento

Dado el buen pronóstico y la tendencia a la curación espontánea (60-70% autoinvolucionan en 2-4 años)², el tratamiento nunca debe ser desproporcionado. Inicialmente, debemos ser conservadores, es decir, no tratar. En el caso de la verruga periungueal, algunos autores recomiendan cubrir con cinta adhesiva 6 días a la semana hasta su resolución, siendo éste un método poco agresivo (evita dañar la placa ungueal) y efectivo¹. Una excepción son las verrugas anogenitales, que deben ser tratadas para evitar complicaciones y diseminación⁵.

Las indicaciones para el tratamiento son: dolor, interferencia funcional, motivos estéticos y riesgo de malignización². Trataremos con base en: morfología de la verruga, número, tamaño, localización, experiencia del médico, preferencia del paciente, evidencia científica^{2,4}, teniendo en cuenta el coste y los posibles efectos adversos.

Una vez decidido el abordaje terapéutico, debemos advertir al paciente que: no existe un tratamiento 100% específico ni definitivo; el objetivo es eliminar las lesiones cutáneas con una afectación mínima del tejido sano y no la eliminación del virus²; la mayoría de las medidas pretenden destruir las células infectadas o estimular el sistema inmunológico para que el propio individuo las elimine, aunque no es raro que persistan algunas células y, con frecuencia, recidivan; los mejores resultados se obtienen en jóvenes con verrugas de corta evolución, más que en adultos o inmunocomprometidos, en los que son más resistentes^{1,2,4}.

Tratamiento farmacológico

Existen controversias en cuanto al método que debe utilizarse en verrugas no genitales^{2,4}, resultando difícil la evaluación de protocolos terapéuticos³, debido a la escasez de estudios controlados y metodología apropiada (tabla 3). En el caso de las verrugas genitales, no existe evidencia en la actualidad que demuestre que un tratamiento sea superior a otro⁵.

En atención primaria son los agentes tópicos los más usados: ácido salicílico y podofilina (en mucosas), seguidos de la crioterapia disponible en aerosol. Debemos ser cautos a la hora de usar estos productos o de instruir en su uso a los pacientes (siempre bajo supervisión médica).

Disponemos de (tabla 4):

Tratamientos tópicos

- Los queratolíticos son de primera elección. Destruyen lentamente las células epiteliales infectadas y tienen efecto inmunoestimulante local debido a la reacción inflamatoria que

TABLA 3. Tratamiento en verrugas no genitales

1. Tratamiento conservador		
2. Cinta adhesiva		En verrugas subungueales
3. Tratamiento farmacológico		Indicación
Primera elección	Ácido salicílico	Verrugas vulgares de manos, verrugas planas y verruga plantar. Evitar en cara
	Crioterapia	Verrugas vulgares de la cara (donde está contraindicado el ácido salicílico)
	Glutaraldehído	Verruga plantar en mosaico
Segunda elección	Crioterapia	Cuando no es efectivo el tratamiento tópico
	Inmunoterapia	Verrugas plantares
	Laserterapia de colorante pulsado	
	Retinoides tópico	Verrugas planas
Tercera elección	Cirugía	Verrugas resistentes a otras terapias
	Curetaje	
	Electrocoagulación	
	Laserterapia de colorante pulsado	
	Bleomicina intralesional	
	Imiquimod 5% (no autorizado en ficha técnica en España para el tratamiento de verrugas)	

producen. De ellos, el ácido salicílico (20-40%) es el único que ha demostrado su eficacia y seguridad en estudios controlados, y comparándolo con otras monoterapias ha demostrado ser el más efectivo⁴, no existiendo evidencia que demuestre una ventaja de otras terapias en cuanto a sus elevadas tasas de curación (75%) y escasos efectos adversos en el tratamiento de verrugas no genitales⁴.

Existen preparados comerciales con ácido salicílico a diferentes concentraciones o combinados con ácido láctico 16% en base de colodión (los más usados), y pocos estudios que los comparen^{2,4}. Las verrugas plantares y en mosaico son más resistentes y deben tratarse con ácido salicílico al 40-50%² y oclusión¹, con mejores resultados.

Recomendado como primera elección en verrugas vulgares y planas de las manos y verrugas plantares^{2,4}, no son aconsejables en verrugas vulgares faciales por el riesgo de quemadura; en caso de usarlos, se recomiendan a bajas concentraciones 2-4%.

• Otros tratamientos tópicos¹ usados son: solución de canтарidina al 0,7% en colodión; glutaraldehído, como gel o solución acuosa al 10%; nitrato de plata; 5 fluorouracilo; retinoides tópicos; imiquimod (sin estudios controlados, los existentes hablan de desaparición de las verrugas en un 30% de los pacientes tras 16 semanas de tratamiento); resina de podofilino 15-25%, solución de podofilotoxina 0,5% y ácido bi o tricloroacético 80-90% en verrugas anogenitales.

Crioterapia con nitrógeno líquido

Consigue la destrucción celular al congelar rápido el tejido y descongelarse lentamente. Es un método muy empleado y con buenos resultados, no más efectivo que los tratamientos tópicos de elección⁴, aunque existen pruebas razonables de que su eficacia es equivalente al ácido salicílico y cinta adhesiva⁶. Existen controversias en cuanto al intervalo de uso, aplicándose, en la práctica, cada 3 semanas con buenos resultados².

Recomendado como primera elección en verrugas faciales, en las que los tratamientos tópicos están contraindicados, y como segunda línea donde éstos no han sido efectivos^{2,4,6}.

Las tasas de curación se elevan cuando la crioterapia es combinada con ácido salicílico, aunque no existe evidencia clínica².

Inmunoterapia intralesional

El sistema inmune, a través de una reacción de hipersensibilidad tardía, reconoce antígenos de VPH y los elimina.

Recomendado como tratamiento de segunda línea en el tratamiento de verrugas plantares, y de tercera línea en verrugas vulgares y planas⁴.

Laserterapia de colorante pulsado

Por el calor, colapsa los vasos sanguíneos produciendo ne-

TABLA 4. Tratamiento

Indicaciones. Forma de aplicación. Ventajas y desventajas	
Ácido salicílico	Indicado en verrugas vulgares de las manos, verrugas planas (a baja concentración) y verrugas plantares Forma de aplicación: tras lavar con agua y jabón y proteger la piel que rodea la verruga con vaselina, se aplica cada 24-48 h, retirando el material necrótico con lima o bisturí. Ocluir en verruga plantar Ventajas: método barato, puede ser aplicado por el paciente previamente instruido y es de uso muy cómodo en niños Desventajas y contraindicaciones: dolor e inflamación local. No usar si hay problemas circulatorios, en embarazadas, recién nacidos, sobre rostro, genitales, mucosas, nevus o piel irritada o infectada
Cantaridina 0,7%	Vesicante usado en verrugas plantares resistentes, con buenos resultados, pero su uso no ha sido aprobado por la FDA para esta patología
Glutaraldehído 10%	Indicado en verrugas plantares en mosaico y manos Aplicación diaria con un bastón, protegiendo la piel sana previamente con vaselina Desventajas: pigmentación y necrosis cutánea (con dosis de 20%). Contraindicado en cara y genitales
Nitrato de plata	Aplicación diaria hasta la desaparición de la verruga Desventajas: pigmentación residual
Imiquimod 5%	No autorizado en la ficha técnica en España para el tratamiento de las verrugas Forma de aplicación: en verrugas no genitales, aplicado 1 vez al día, durante 5 días a la semana; en verrugas anogenitales, 3 noches alternas semanales, durante 16 semanas. Lavar con agua y jabón tras 6-10 h de la aplicación Ventajas: puede ser aplicado por el paciente, efectos adversos irritativos locales de poca trascendencia Desventajas: tratamiento caro y largo (9-16 semanas)
Retinoides	Indicados en verrugas planas Aplicación. Tópicos: tretinoina 0,025-0,05% diario, aumentando la concentración y tiempo de exposición según la tolerancia. Sistémicos: etretinato 1 mg/kg/día durante 3 meses Desventajas: irritante y fotosensibilizante
Resina de podofilina	Indicado en: verrugas anogenitales menores de 10 cm ² , y menos efectivo en no genitales por su pobre penetración en el estrato córneo de la piel Aplicación diaria o días alternos, 30 minutos, lavando posteriormente la zona; aumentar el tiempo de exposición según la tolerancia. Es más efectivo aplicado con oclusión Desventajas: contiene componentes mutagénicos. Irritación y dolor local leve moderado. Contraindicado en embarazadas y recién nacidos Alternativa: solución de podofilotoxina 0,5%, 2 veces/día/3 días a la semana hasta un máximo de 4 semanas. Autoaplicable. Menos irritante y tan efectivo como la podofilina. No recomendado para lesiones mayores de 10 cm ²
5 FU, crema 5%	Aplicación: 1-3 días a la semana durante 4 semanas
Ácido biotricloroacético 80-90%	Indicado en verrugas anogenitales Aplicación en pequeña cantidad, y posterior secado al aire hasta que se torna blanco; intervalos semanales hasta la curación Muy usados, pero sin estudios controlados
Crioterapia	Indicado en verrugas vulgares de la cara cuando está contraindicado el tratamiento tópico, y/o cuando los tratamientos tópicos no han sido efectivos Aplicación: torunda de algodón: 2-3 aplicaciones de unos 10-15 segundos (nunca más de 30 min), sobrepasando un halo de 2 mm los bordes de la verruga, aplicado a intervalos de 3 semanas. Método económico, sencillo y eficaz en lesiones pequeñas y superficiales con escasas complicaciones. En contra, tiene escasa capacidad de congelación, evaporación rápida, lento, poco útil en lesiones profundas, múltiples y extensas. Como pulverización de la lesión: a una distancia de 1 cm y en posición vertical, siguiendo los mismos pasos que con la torunda. Cómodo y más efectivo. Más doloroso y puede provocar quemaduras, cambios de la pigmentación y onicodistrofia en lesiones periungueales. Con pinza.
Láser de colorante pulsado	Indicado en verrugas resistentes
Inmunoterapia intralesional	Indicada en verrugas plantares, vulgares y planas, resistentes a otras terapias
Cirugía, curetaje y electrocoagulación	Indicados en verrugas resistentes a otros tratamientos y verrugas de gran tamaño. Útiles en verrugas filiformes con base de implantación pequeña Precisan anestesia de la zona y presentan riesgo alto de cicatriz residual dolorosa, por lo que se recomienda evitar su uso

(Continúa en pág. siguiente)

TABLA 4. Tratamiento (continuación)

Indicaciones. Forma de aplicación. Ventajas y desventajas	
Bleomicina intralesional	Indicada en verrugas resistentes a otros tratamientos Aplicación: inyección intralesional cada 3-4 semanas hasta que la verruga desaparezca Precisa anestesia previa. Método muy doloroso. Produce cicatriz, cambios de la pigmentación, fenómeno de Raynaud y lesión ungueal. Contraindicada en embarazadas por su elevada absorción inmediata
Interferón intralesional	Eficacia similar a otras opciones terapéuticas y no recomendado de rutina por sus efectos secundarios sistémicos
Vacunas	Indicadas en la prevención de verrugas anogenitales y cáncer de cérvix. Bivalente (VPH 16 y 18) y tetravalente (VPH 6, 11, 16 y 18), aprobado su uso por la FDA para tratamiento de mujeres entre 9 y 26 años, en 3 dosis (1, 2 y 6 m). En revisión para valorar su eficacia en mujeres de 27-45 años. En algunos países como Nueva Zelanda se usa también en el sexo masculino. Escasos efectos secundarios. Evitar la vacunación durante el embarazo

FDA: Food and Drug Administration; VPH: virus de papiloma humano.

crisis de las verrugas muy vascularizadas. Recomendada como tratamiento de segunda línea en verrugas plantares, y de tercera línea en verrugas vulgares y planas⁴.

Retinoides sistémicos^{2,4}

Actúan induciendo una dermatitis irritativa, de modo que alteran la queratinización y aceleran la eliminación epidérmica. Algunos estudios indican que el uso de etretinato 1 mg/kg/día durante 3 meses muestra una regresión en un 20% de los pacientes.

Cirugía, curetaje y electrocoagulación

Precisan anestesia previa y pueden dejar cicatriz, por lo que no se recomienda su uso.

Bleomicina intralesional^{2,4,6}

Inhibidor de la síntesis de ADN, antitumoral. Una revisión de la Cochrane expone que no existe evidencia significativa, y otras la recomiendan como tratamiento de tercera línea en verrugas comunes de manos y verrugas plantares recurrentes.

Otros tratamientos

Remedios caseros (no evaluados), homeopatía (no muestran beneficios sobre el placebo).

Tratamientos combinados

No existe evidencia de que el uso de más de una terapia a la vez mejore la eficacia⁵.

Derivación a especializada

Debemos derivar a especializada cuando:

- Existan dudas diagnósticas.
- Exista riesgo de malignización.

- Se trate de verrugas muy dolorosas o que interfieran con la actividad diaria.
- Se trate de verrugas rebeldes a los tratamientos habituales.
- Por motivos estéticos.
- Se trate de verrugas genitales.

Errores frecuentes

- Tratar una lesión sin un diagnóstico de sospecha o sin tener en cuenta la posible resolución espontánea de la misma.
- Recomendar a los pacientes el uso de tratamientos tópicos sencillos como el ácido salicílico o la crioterapia en aerosol sin instruirlos previamente desde las consultas de atención primaria o sin supervisión médica.
- Asumir pacientes con verrugas genitales y no descartar otras enfermedades de transmisión sexual.
- Derivar a dermatología todas las verrugas, independientemente del tiempo de evolución, sintomatología y localización.

Bibliografía

1. García-Sieiro R, Fernandez-Obanza E. Verrugas cutáneas. Guías clínicas. 2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/verrugas.asp>
2. Sterling JC, Handfield-Jones S, Hudson PM; British Association of Dermatologists. Guidelines for de management of cutaneous warts. Br J Dermatol. 2001;144:4-11.
3. Jaén-Olasolo P, Pérez-García L. Dermatitis por virus y rickettsias. Tratado de dermatología. Dermatología. 1994;193-220.
4. Bacelieri R, Johnson SM. Cutaneous warts: an evidence-based approach to therapy. Am Fam Physician. 2005;72:647-52.
5. Henry W, Buck JR. Warts (genital). Clin Evid (Internet). 2007;1602. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943795/?tool=pmcentrez>
6. Gibbs S, Harvey I. Tratamientos tópicos para las verrugas cutáneas (Revisión Cochrane traducida). En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 3. (Acceso 1/4/2011). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001781>