

Tratamiento combinado de verrugas víricas con parches de ácido salicílico y tratamientos de consulta



Natividad López Ibáñez

Dermatóloga. Grupo IHP. Hospital Victoria Eugenia de Cruz Roja. Sevilla.
@nati_lopez_ibanez

RESUMEN

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) y la posterior aparición de verrugas es un proceso muy prevalente, que requiere un tratamiento individualizado según las características de cada paciente. Es especialmente frecuente en niños, pero también pueden aparecer en adultos, llegando a suponer el principal motivo de consulta al dermatólogo en el 9,1-21,7 % de los casos. Existe una amplia variedad de tratamientos utilizados, con resultados variables y no siempre exentos de posibles efectos secundarios, por lo que debemos seleccionar adecuadamente el tratamiento ideal para cada paciente, e insistir en que actualmente no existe ninguno que garantice la erradicación de las lesiones en una sola aplicación.

CONTENIDO

Las verrugas víricas (o, simplemente, «verrugas»), fruto de la proliferación del virus del papiloma humano (VPH) en las células de la piel y de las mucosas, son un motivo de consulta muy frecuente

en dermatología. El VPH es un virus ADN (que posee un genoma de ácido desoxirribonucleico), del que han sido detectadas hasta 151 cepas en el ADN humano¹, dando lugar a una amplia variedad en cuanto a su forma de presentación clínica (verrugas vulgares, plantares, planas, en mosaico..., entre otras). Cuando el VPH entra en contacto con la piel —ya sea por contacto directo o a través de superficies contaminadas—, puede permanecer en modo latente o inactivo o bien desarrollar la infección clínica. Las cepas más comúnmente implicadas en el desarrollo de verrugas vulgares y plantares son las 1, 2 y 4. Aunque de forma excepcional en la infancia, la malignización de las lesiones es un proceso que ha sido descrito en pacientes inmunodeprimidos o en portadores de verrugas genitales.

Las verrugas, además de poder transmitirse a otras personas (situación especialmente frecuente en niños, ya que son uno de los principales focos de infección), pueden provocar molestias locales, dolor, compromiso estético y estigma social, que puede llegar a afectar a la calidad de vida de los pacientes. Además, se calcula que solo un 30 % de las lesiones desaparecen en seis meses, y un 40 %, a los dos años. Teniendo en cuenta que la mayoría de las lesiones

no involucionan a corto plazo y lo anteriormente comentado, en muchos casos, está justificado su tratamiento.

Existe una amplia variedad de terapias para eliminar las verrugas, pero debemos individualizar el tratamiento en función de las necesidades del paciente y su familia (en casos pediátricos o de pacientes dependientes), la extensión o la localización de las lesiones, remarcando siempre que no existe un tratamiento único ni ninguna opción que vaya a garantizar la curación completa de la lesión tras una sola aplicación.

En cuanto a las opciones terapéuticas, no estaría de entrada justificado utilizar métodos agresivos, ya que pueden producir dolor, dejar cicatriz residual y no previenen completamente el riesgo de recurrencia de la lesión. Este aspecto es especialmente relevante en la edad pediátrica, y nuestro deber como médicos es transmitir esta información sobre el tratamiento, dando unas expectativas realistas en cuanto a la posibilidad de persistencia o recurrencia, y basarnos en uno de los principios más importantes de la medicina: *primum non nocere*.

Actualmente, disponemos de una enorme variedad de opciones terapéuticas, con un amplio rango de eficacia, que oscila, según los estudios, entre el 32 y el 93 %².

La localización de las lesiones es un factor importante a la hora de elegir el tipo de tratamiento. En las lesiones localizadas en la región facial, es prioritario seleccionar métodos que minimicen el riesgo de cicatriz, como es el caso de los retinoides tópicos en las verrugas planas faciales.

Otros factores importantes que debemos tener en cuenta son el número de lesiones, su tamaño, o las características del tipo de paciente ante el que nos encontramos. En el caso de lesiones únicas o en un número bajo, de gran tamaño y/o extensión y en pacientes colaboradores, habitualmente, optaremos por tratamientos destructivos como la crioterapia o la electrocoagulación. En múltiples ocasiones, será necesario utilizar varias opciones terapéuticas, de forma independiente o combinada, hasta conseguir un resultado eficaz y, para ello, contamos con otras alternativas como el ácido láctico, la cantaridina, la

candidina, el imiquimod, el sulfato de cinc o el 5-fluorouracilo, entre otros.

En la edad pediátrica y en el caso de pacientes no colaboradores, es prioritario elegir una opción terapéutica eficaz y no dolorosa. En este caso, el tratamiento de elección es la utilización de ácido salicílico, un agente queratolítico englobado dentro de los métodos destructivos, y la única terapia aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento de las verrugas³. Está indicado especialmente en el tratamiento de verrugas vulgares y plantares, tanto en niños como en adultos, mostrando un nivel de evidencia IA en múltiples metanálisis realizados. Disponemos actualmente de concentraciones del producto del 10-40 %, en diferentes vehículos.

Una opción muy cómoda y prácticamente inocua es la utilización de parches de liberación controlada de ácido salicílico al 15 %, que consiguen que el efecto queratolítico se mantenga durante 8 horas, siendo una opción ideal para el tratamiento de las verrugas en niños (a partir de 2 años), al ser indolora y aplicarse una sola vez al día (por la noche, limando y humedeciendo la piel previamente antes de colocar el parche sobre la zona donde presenta la verruga). Es de gran utilidad en verrugas vulgares y, especialmente, en verrugas de manos y pies, aunque no debe usarse en verrugas faciales, genitales o de mucosas. Este parche combina el ácido salicílico con una membrana plástica oclusiva, que sirve como barrera para crear un ambiente óptimo de maceración y queratólisis, que favorece la descamación de la capa córnea en las lesiones hiperqueratósicas y potencia la absorción de los principios activos. El ácido salicílico se absorbe por la piel por diferencia de gradiente entre un área de mayor concentración a una de menor concentración. Es un potente queratolítico, que desprende progresivamente por descamación las células infectadas hasta eliminar la verruga y actúa solamente en las células del estrato córneo, sin alcanzar las capas más profundas del resto de la epidermis. Esta liberación del fármaco progresiva y constante permite un efecto continuado, minimizando los efectos adversos (irritación local) y garantizando, así, la adherencia del paciente al tratamiento.

En los diversos estudios realizados, se ha demostrado que la utilización de parches de liberación controlada de ácido salicílico al 15 % logra la curación de las verrugas en un 40 % de los casos a las cuatro semanas y en un 87 % tras 12 semanas de tratamiento.

Asimismo, en casos en los que no se haya obtenido respuesta en monoterapia, este tratamiento puede usarse en combinación terapéutica, mejorando los tratamientos con láser y crioterapia⁴ en consulta, al favorecer su efecto en mayor profundidad gracias a esta acción queratolítica.

Cuando no se obtiene respuesta con el tratamiento anterior —bien por incumplimiento terapéutico, bien porque las lesiones tengan una mayor extensión y/o profundidad—, podemos plantear utilizar ácido salicílico a una concentración superior para conseguir un mayor efecto.

Otras opciones terapéuticas que se pueden emplear de forma combinada (previamente o tras tratamientos aplicados en consulta) incluyen el ácido láctico, el oxálico, el acético o el nítrico, de los que actualmente se comercializan varios productos en solución⁵. Como recomendación general, el paciente se puede aplicar una de estas opciones a diario durante un período aproximado de un mes y, si no ha obtenido respuesta, se puede plantear tratamiento combinado en consulta.

La crioterapia, que consiste en la aplicación de nitrógeno líquido sobre la zona que deseamos tratar, es uno de los procedimientos más empleados en la consulta. Se realiza, habitualmente, en dos ciclos de congelación-descongelación, para garantizar un mayor daño local y muerte celular por apoptosis y necrosis del tejido tratado. La duración de los ciclos es variable en función de la localización de la lesión⁶. En lesiones faciales, realizamos, por lo general, ciclos

de unos 15 segundos, mientras que, en verrugas plantares, lo aplicaremos durante periodos más prolongados, de unos 40 segundos, dado el mayor espesor de la capa córnea. Antes de aplicarlo, se recomienda realizar curetaje de la lesión para reducir la hiperqueratosis. Tras su aplicación, la zona tratada puede cicatrizar en un período de siete a 21 días, siendo necesarias medidas estrictas de fotoprotección en el caso de las lesiones faciales, para evitar complicaciones como la hiper- o hipopigmentación posinflamatoria. Como se ha comentado anteriormente, en la cara, ante lesiones superficiales, optaremos por opciones menos agresivas como los retinoides tópicos⁷, salvo que sean lesiones filiformes o con mayor relieve, en las que estos tratamientos no serían tan efectivos como la crioterapia. Los principales inconvenientes de esta técnica son el dolor y la posibilidad de aparición de una cicatriz o de recurrencia, siendo los motivos fundamentales para no realizarlos de entrada en niños⁸.

Otra modalidad de tratamiento que podemos realizar en consulta es la electrocoagulación de la lesión. Con ella, aunque no evitamos la posibilidad de recurrencia, obtenemos un resultado muy rápido en cuanto a reducción y/o desaparición completa de la lesión. Al igual que con la crioterapia, el dolor (requiere, además, aplicación de anestesia local previa) y las cicatrices son posibles complicaciones que limitan su utilización⁹.

Existen muchas otras opciones terapéuticas, aunque de uso menos frecuente, como ocurre con las fuentes de luz¹⁰ o antivirales como el cidofovir¹¹.

En la figura 1, se detallan, de forma resumida y básica, las posibles alternativas terapéuticas habitualmente recomendadas en función del tipo de lesión, la extensión y las características del paciente.

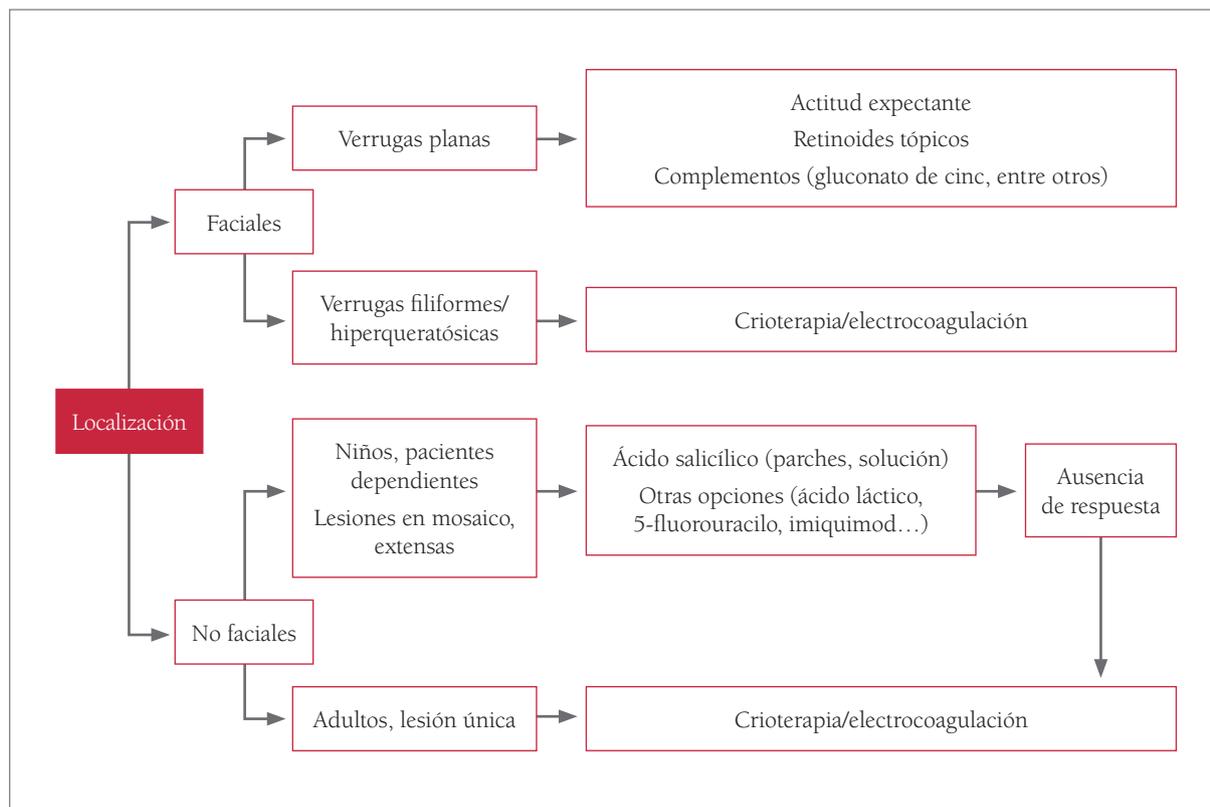


FIGURA 1. Esquema básico de tratamiento de las verrugas víricas.

BIBLIOGRAFÍA

- Jaled M, Moreno HC. Virus papiloma humano (HPV). Parte II - clínica y terapéutica. *Rev Dermatol Argent.* 2010;16(1):102-8.
- Friedman PC. Management of difficult-to-treat warts: traditional and new approaches. *Am J Clin Dermatol.* 2021;22(3):379-94.
- Kowk CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(9):CD001781.
- Cockayne S, Hewitt C, Hicks K, Jayakody S, Kang'ombe AR, Stamuli E, et al.; EVERT Team. Cryotherapy versus salicylic acid for the treatment of plantar warts (verrucae): a randomized controlled trial. *BMJ.* 2011;342:d3271.
- Giacaman A, Granger C, Aladren S, Bauzá A, Alomar Torrens B, Riutort Mercant M, et al. Use of topical nitric-zinc complex solution to treat palmoplantar and periungual warts in a pediatric population. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2019;9(4):755-60.
- Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaijer K, Assendelft WJJ, De Waal MWM, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial. *CMAJ.* 2010;182(15):1624-30.
- Kubeyinje EP. Evaluation of the efficacy and safety of 0.05% tretinoin cream in the treatment of plane warts in Arab children. *J Dermatolog Treat.* 1996;7(1):21-2.
- Boull C, Groth D. Update: treatment of cutaneous viral warts in children. *Pediatr Dermatol.* 2011;28(3):217-29.
- 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.
- Boroujeni NH, Handjani F. Cryotherapy versus CO2 laser in the treatment of plantar warts: a randomized controlled trial. *Dermatol Pract Concept.* 2018;8(3):168-73.
- Padilla España L, Del Boz J, Fernández Morano T, Arenas Villafranca J, De Troya Martín M. Topical cidofovir for plantar warts. *Dermatol Ther.* 2014;27(2):89-93.