

Diagnóstico diferencial de las verrugas en pediatría



Laura Padilla España

Especialista en dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

RESUMEN

Las verrugas víricas en la infancia representan un motivo de consulta frecuente. En función de su localización anatómica, tiempo de evolución y el genotipo del virus del papiloma humano responsable de estas, pueden adoptar un aspecto clínico diferente. Existen otros tipos de lesiones cutáneas y dermatosis que pueden presentar similitudes clínicas con las verrugas víricas —especialmente, en la edad pediátrica—, y que pueden plantear un reto en su diagnóstico diferencial; de ahí la importancia de saber reconocerlas para poder adoptar una adecuada actitud terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Las verrugas víricas (o simplemente verrugas) son una infección cutánea muy frecuente en la infancia producida por el virus del papiloma humano (VPH). Se transmiten por contacto directo y pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, incluida la región genital, sin que ello signifique necesariamente que el contagio haya sido por vía sexual¹.

Las verrugas pueden adoptar diferentes formas clínicas según la localización anatómica, y su diagnóstico es predominantemente clínico, siendo la inspección visual de la lesión el método más común¹.

Las verrugas vulgares, o verrugas comunes (VC) se presentan como lesiones abultadas (pápulas, nódulos o

tumor epidérmico) de superficie rugosa, que habitualmente asientan en zonas de roce o fricción por el fenómeno pseudoisomórfico de Koebner, según el cual la aparición de las lesiones responde a la siembra en los tejidos circundantes de agentes infecciosos asociados a la aparición de la lesión primaria. En niños, la zona periungueal es característica, así como las rodillas, las manos y las plantas de los pies (*verrugas plantares* [VP]). Estas últimas son lesiones hiperqueratósicas no excrecentes y dolorosas a la palpación, sobre todo al pellizcamiento. Las *verrugas planas* son lesiones papulosas de pocos milímetros de diámetro, de superficie plana y poco queratósica, de color amarillento, aisladas o reunidas en pequeños grupos, y que afectan, sobre todo, a la cara en los niños. Suelen desaparecer tras varios años, apareciendo eritema y prurito en la zona varias semanas antes. Las *verrugas filiformes* afectan de manera casi exclusiva a las zonas periorificiales de la cara como lesiones afiladas con un extremo queratósico. Las *verrugas genitales* o *condilomas* surgen habitualmente como lesiones excrecentes, con márgenes recortados («crestas de gallo») y suelen ser asintomáticas².

La *epidermodisplasia verruciforme* es una genodermatosis autosómica recesiva con una sensibilidad de la epidermis a la infección por unos tipos concretos de VPH. Las lesiones tienden a transformarse en carcinomas espinocelulares cuando actúan cocarcinógenos como la radiación ultravioleta. Se presentan como una serie de elementos papulosos, similares a las verrugas planas, en la cara y el dorso de las manos³.

Cuando existen dudas clínicas o el diagnóstico de la infección por el VPH tiene repercusión en el manejo terapéutico, o en caso de lesiones mucosas con sospecha de abuso sexual, se puede recurrir a la toma de muestra

para su procesamiento microbiológico y genotipado del virus mediante reacción en cadena de la polimerasa.

El VPH es un virus ADN que pertenece a la familia *Papillomaviridae*, que, a su vez, se integra en el género *Papillomavirus* (PV). Existen al menos 189 cepas diferentes de PV, de las cuales 151 han sido detectadas en el ADN humano¹. En la mayoría de las ocasiones, existe correlación entre las manifestaciones clínicas de las verrugas y el genotipo que las produce¹. Sin embargo, es preciso saber que algunos tipos de VPH se han asociado al desarrollo de procesos epiteliales malignos en pacientes inmunodeprimidos o con verrugas anogenitales, pero esta posibilidad es muy infrecuente durante la infancia⁴.

Existen hallazgos clínicos específicos que ayudan a llegar a un diagnóstico de verruga vírica (tabla 1). De hecho, un estudio llevó a cabo el desarrollo de una herramienta de evaluación visual para ayudar a los médicos en la identificación de verrugas cutáneas. La herramienta CWARDS³ se desarrolló para probar la concordancia entre observadores sobre las características clínicas de las verrugas. Se logró una buena concordancia entre observadores e intraobservadores, siendo la presencia de puntos negros dentro de la lesión la que obtuvo la mayor concordancia entre los observadores, y una publicación posterior demostró que es el factor predictivo más potente de la presencia de VPH dentro de una lesión⁵.

En los últimos años se ha incrementado el uso de la dermatoscopia en la valoración y reconocimiento de los tumores cutáneos y de las diferentes dermatosis. Diversos estudios han determinado que los hallazgos dermoscópicos más característicos en las verrugas incluyen la presencia de puntos y glóbulos; estos pueden ser de color rojo, marrón o negro y, probablemente, represen-

tan capilares dilatados⁶. Estos capilares están situados en el centro de halos blancos. En algunas lesiones, la interrupción abrupta de los dermatoglifos naturales es fácilmente observable bajo la luz polarizada del dermatoscopio. El callo, un diagnóstico diferencial común en la planta del pie, carece de los típicos puntos y glóbulos que se observan en las verrugas, y no se acompaña de interrupción en los dermatoglifos naturales. Además, el callo muestra una pigmentación central sin estructura de rojiza a azulada⁶.

Existen otros tipos de neoplasias benignas, dermatosis inflamatorias e infecciones cutáneas que pueden presentar similitudes clínicas con las verrugas víricas, especialmente, en la edad pediátrica, y que pueden plantear un reto en su diagnóstico diferencial y, en consecuencia, en su manejo terapéutico (fig. 1).

A continuación, se plantean los principales diagnósticos diferenciales con las verrugas víricas, clasificándolos de acuerdo con su naturaleza.

TUMORES BENIGNOS

Heloma o clavo plantar

Solo el diagnóstico diferencial de las VP merece atención. El callo o heloma puede ser indistinguible a simple vista de una VP. El callo siempre se localiza en zonas de presión; la VP puede o no hacerlo. El callo es doloroso a la presión, mientras que la VP lo es a la presión lateral o al pellizco. Además de los hallazgos dermoscópicos comentados, una maniobra que puede resultar de gran

TABLA 1. Correlación entre las manifestaciones clínicas de las verrugas y su principal diagnóstico diferencial

Formas clínicas de las verrugas víricas	Claves diagnósticas	Diagnóstico diferencial principal
Verruga común	Pápulas queratóticas	Molusco contagioso
Verruga plana	Micropápulas planas blanquecinas	Liquen nítido
Verruga filiforme	Proyecciones filiformes queratóticas	Fibromas
Verruga plantar	Hiperqueratosis, interrupción de dermatoglifos, punteado hemorrágico	Heloma Tungiasis
Papilomas mucosos	Pápulas blanquecinas irregulares	Fibromas mucosos
Epidermodisplasia verruciforme	Pápulas planas parduzcas e hiperqueratóticas	Liquen plano hipertrófico, queratosis seborreicas

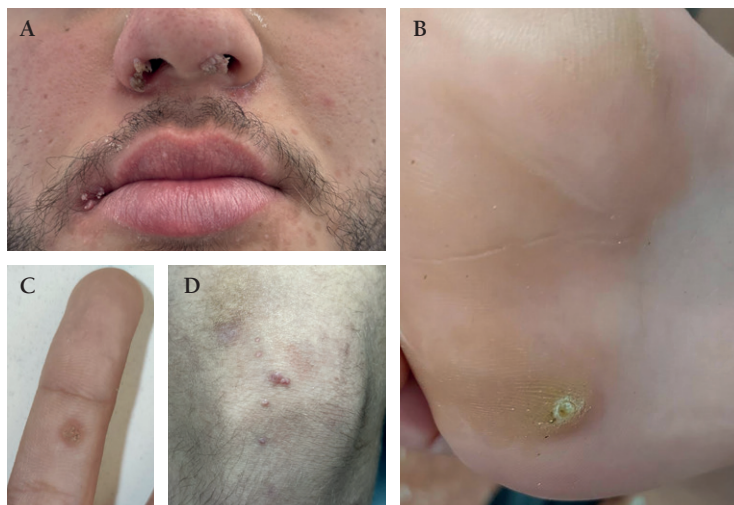


FIGURA 1. Formas clínicas frecuentes de verrugas víricas y lesiones cutáneas de diferente naturaleza que plantean diagnóstico diferencial. **A)** Verrugas filiformes en localización periorifical. **B)** Heloma plantar en zona de apoyo del metatarsiano con hiperqueratosis circundante. **C)** Verruga vulgar con punteado hemorrágico característico. **D)** Molusco contagioso en la rodilla, con centro umbilicado.

utilidad para diferenciar uno de otro consiste en el raspado mediante bisturí de la lesión. Si se aprecian zonas puntiformes negruzcas (hemorragias en capa córnea), se trata de una VP. Si aparece la imagen de una cebolla partida por la mitad, en anillos concéntricos, se trata de un callo.

Queratosis seborreica

Son tumores epidérmicos benignos poco frecuentes en la edad pediátrica, pero que, en ocasiones, pueden estar presentes en pacientes adolescentes y que presentan unos signos dermoscópicos muy característicos como son los bordes netos en sacabocados y el patrón cerebriforme o en criptas y fisuras.

Nevo epidérmico

Son hamartomas originados en la epidermis y/o en las estructuras anexiales de la piel y que se manifiestan en forma de placas de superficie verrucosa o aterciopelada, color marrón o gris, a menudo, siguiendo las líneas de Blaschko⁷.

Fibroma

Son lesiones pedunculadas de color carne o ligeramente pigmentadas que suelen localizarse en los pliegues del cuello, las axilas, las ingles o submamarlos. Pueden ser únicos o múltiples, de tamaño variable, desde 1 mm a varios centímetros.

OTRAS INFECCIONES

Molusco contagioso

El principal diagnóstico diferencial en la edad pediátrica se plantea con la infección por molusco contagioso. A diferencia de las verrugas, pertenece al grupo de los poxvirus y clínicamente se presenta como una pápula perlada del color de la piel normal o traslúcida, con centro umbilicado, de 1 a 5 mm de diámetro. Las áreas afectadas con mayor frecuencia son el tronco, las extremidades y el cuero cabelludo.

Tungiasis

Se adquiere en localizaciones arenosas y establos, siendo una enfermedad cutánea parasitaria olvidada, causada por la penetración permanente de la pulga hembra. Las lesiones se caracterizan por ser redondeadas, costrosas y queratósicas del tamaño de la cabeza de un clavo, de predominio plantar, con un centro elevado negruzco.

OTRAS DERMATOSIS

Granuloma anular papular

Se trata de una dermatosis que en ocasiones se ha descrito en forma de lesiones papulosas circunscritas y con un aspecto más queratósico, que puede plantear dudas en cuanto al diagnóstico⁸.

Liquen nítido

Se caracteriza por la presencia de numerosas micropápulas brillantes distribuidas en los genitales, el abdomen y las flexuras de las extremidades. Suele respetar las palmas y las plantas, y ser asintomático. Generalmente descrito en jóvenes y niños, en estos la edad media de aparición es de 5 años⁹.

Liquen plano hipertrófico

La forma hipertrófica de liquen plano se caracteriza por la presencia de placas hiperqueratósicas de aspecto verrucoso, gruesas y muy pruriginosas, localizadas principalmente en las extremidades inferiores¹⁰.

Knuckle pads o nódulos de Garrod

Aparecen a cualquier edad, aunque son más frecuentes entre los 15 y los 30 años, en ambos géneros. Clínicamente se presentan como unos nódulos o pápulas ligeramente hiperqueratósicos que se localizan en la superficie extensora de las articulaciones interfalángicas y/o metacarpofalángicas, del color de la piel.

LESIONES EN LA MUCOSA ORAL O GENITAL

Fibromas linguales por irritación o traumáticos

El fibroma por irritación o fibroma traumático es una lesión sobreelevada que aparece en la cavidad oral como respuesta a un estímulo traumático crónico o repetitivo de baja intensidad. Suele tener un tamaño inferior a 15 mm, base sésil o pediculada, forma redondeada u ovoide y, en general, es asintomático.

Hiperplasia epitelial focal de Heck

Es una afección benigna consistente en la aparición de lesiones papilomatosas en los labios, la lengua y la mucosa oral, que crecen lentamente y van confluyendo. Se asocia mayoritariamente a los serotipos 13 y 32 del VPH, predominando en población pediátrica, sexo femenino e inmunodeprimidos. La mayoría de los casos regresan

espontáneamente en meses o años, por lo que solo se tratan si existe gran afectación estética o traumatismos de repetición.

Xantoma verruciforme

Clínicamente, suele ser una lesión asintomática, de crecimiento lento, coloración amarillenta, rojiza o grisácea, de superficie rugosa, de aspecto granular o papilomatoso, con base sésil o pediculada y tamaño de hasta 2 cm. La localización más frecuente es la mucosa oral, aunque también puede aparecer en los genitales.

Existe un extenso diagnóstico diferencial bajo el término *verruga*, que es ampliamente utilizado por la población general para referirse a lesiones que «cuelgan» o «crecen» sobre la piel. Sin embargo, es importante conocer las diferentes manifestaciones clínicas de las verrugas víricas y saber que existen diferentes lesiones cutáneas que pueden tener similitud clínica para plantear un correcto diagnóstico diferencial y, consecuentemente, el mejor abordaje terapéutico posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boull C, Groth D. Update: treatment of cutaneous viral warts in children. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(3):217-29.
2. Gerlero P, Hernández-Martín Á. Treatment of warts in children: an update. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(7):551-8.
3. Sánchez-García VP, Sanz A, Eloy C, Vera Á, Martín T, Sánchez-Fajardo F. Epidermodisplasia verruciforme. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96(8):531-3.
4. Wright CA, Taylor L, Cooper K. HPV typing of vulvovaginal condylomata in children. *S Afr Med J*. 1995;85(10 Suppl):1096-101.
5. Hogendoorn GK, Bruggink SC, Hermans KE, Kouwenhoven STP, Quint KD, Wolterbeek R, et al. Developing and validating the Cutaneous WARTS (CWARTS) diagnostic tool: a novel clinical assessment and classification system for cutaneous warts. *Br J Dermatol*. 2018;178(2):527-34.
6. Al Rudaisat M, Cheng H. Dermoscopy features of cutaneous warts. *Int J Gen Med*. 2021;14:9903-12.
7. Atzmony L, Ugwu N, Hamilton C, Paller AS, Zech L, Antaya RJ, et al. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus (ILVEN) encompasses a spectrum of inflammatory mosaic disorders. *Pediatr Dermatol*. 2022;39(6):903-7.
8. Gurioli C, Misciali C, Robuffo S, Baraldi C, Boling LB, Piraccini BM. Papular granuloma annulare mimicking viral warts. *Dermatol Pract Concept*. 2023;13(4):e2023207.
9. Garín Montañez M, Del Boz González J, Fúnez Liébana R, Álvarez Aldean J. Micropápulas generalizadas en una niña de ocho años. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(4):261-2.
10. Bordel Gómez MT. Liquen plano hipertrófico infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(4):396-7.