

Verrugas plantares

Por el Dr. HUMBERTO MARTÍNEZ GONZÁLEZ)

Martínez González, H. *Verrugas plantares*. Rev. Cub. Med. 10: 3, 1971.

Se presenta este trabajo como estímulo al estudio de esta afección basado en el incremento que ha tenido en los últimos tiempos -en nuestro medio. Puede ser una enfermedad invalidante presentándose frecuentemente en sujetos jóvenes, estudiantes, etc. No existe una conducta terapéutica única.

El incremento que ha tenido en estos últimos años esta afección, es lo que nos animó a hacer un breve estudio sobre la misma.

Sinonimia y concepto

Papiloma plantar.

Son lesiones hiperqueratósicas circuncritas y profundas, localizada en la planta de los pies y extremadamente dolorosas, siendo en ocasiones invalidantes.

Historia y etiología

La iniecciosidad de la verruga fue demostrada por *Jadasshon* (1896) ¹, transmitiéndola por inoculación directa. *Ciuffo* en el año (1907),² y *Wile y Kingergy* en (1919) transmitieron verrugas de hombre a hombre, después de un período de incubación de 3 a 6 semanas, por inoculación intradérmica de filtrados. Esta observación ha sido adecuadamente confirmada. Se cree que todos los tipos de verrugas son producidas por el mismo virus, sin embargo, *Straussen* en (1950),⁴ y *Lyel y Mylles* (1951),⁵ han señalado la existencia de dos virus diferentes, ambos capaces de provocar las verrugas

plantares. *Coldsmith* observó una epidemia de verrugas plantares sin una sola lesión de otro tipo.

Incidencia por edad y sexo

Cruichanck (1953),³ indicó que las verrugas plantares son más frecuentes en el sexo femenino. Son raras antes de los 5 años de edad. Después de los 20 años, las verrugas plantares ocurren más o menos con la misma frecuencia en ambos sexos. Ellas aumentan en frecuencia en la edad escolar y decrecen en la vejez, no se explica claramente la causa de este incremento, pero es muy probable que se debe a un aumento, en las posibilidades de diseminación de la infección por el número mayor de baños, duchas, piscinas, y de actividades atléticas en las Escuelas. La incidencia de las verrugas plantares realmente parece estar en un gran incremento.

Formas o tipos de verrugas plantares.

Royal Montgomery separa las verrugas plantares en cuatro tipos:

1. El tipo epidémico.
2. El tipo madre e hija.
3. El tipo dolorosa incluida en un callo.
1. El tipo en mosaico.

El tipo epidémico

Se caracteriza por numerosas verrugas discretas habitualmente bilaterales, dolorosas, de las cuales las más recientes simulan vesículas brillantes y de paredes gruesas. Los individuos afectados por este tipo de verruga tienen a menudo una hiperhidrosis concomitante. Esta forma es vista más frecuentemente en instituciones o escuelas en las cuales los niños usan un baño común así con las demás actividades recreativas. Por suerte este tipo responde mejor con la terapéutica-queratolítica. (Fig. 1).

El tipo de madre e hija

También llamada Centinela Satélite. Es menos extensa que la anterior. Aparece predominantemente sobre el trípede de presión del pie, sobre la cabeza de los metatarsianos. Comúnmente hay una verruga grande dolorosa, circundada por discretas verrugas pequeñas

satélites. Son difíciles de tratar, pero también responden a la terapéutica anterior. (Fig. 2).

El tipo unc'uída en el rallo

Son solitarias, dolorosas y están incluidas en un callo preexistente debido a un apoyo anormal, causada por una presión despareja del peso, ocasionada por deformidades ortopédicas de los pies. Este tipo es más frecuente en las mujeres por su hábito de usar zapatos con tacones finos y altos y sin soporte. (Fig. 3).

El tipo mosaico

Es poco común y fue denominada así por H. Montgomery en 1928. Las mujeres son mucho más afectadas que los hombres y en la experiencia de Montgomery la edad de la paciente fue alrededor de 34 años.

Las verrugas individualmente son numerosas y pueden a veces presentar-



1.—Se observan numerosas verrugas.



Fig. 2.—Verruga tipo madre e hija. Nótese la localización selectiva de la misma y su disposición.

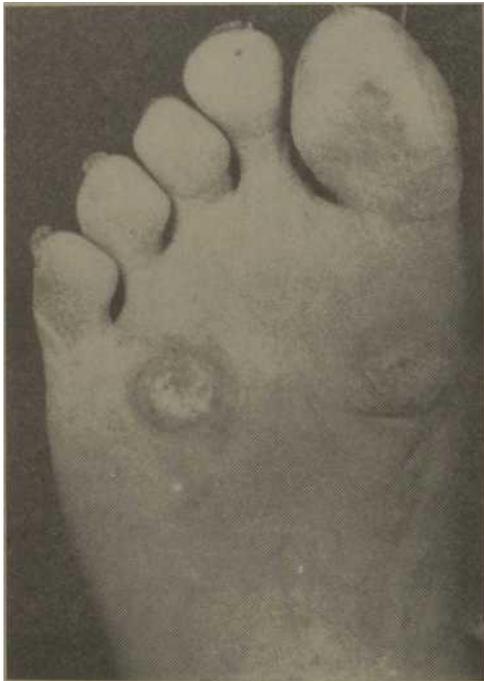


Fig. 3.—Nótese una verruga en la cabeza del 1.º metatarsiano, y otra en el 4.º metatarsiano anómala.

se cómo un patrón en mosaico. Son de límites precisos, en placas con bordes irregulares, dolorosas, y usualmente está localizada sobre la cabeza de los metatarsianos en su porción distal.

A causa de la hiperqueratosis que la cubre a veces es confundida con callosidades. Son radiorresistentes. (Fig. 4).

Infeciosidad e inmunología

Uno de los conceptos establecidos de la medicina popular es que las verrugas son contagiosas. Hallazgos informados sobre la aparición de una epidemia de verrugas entre los empleados de una fábrica que tomaban con los dedos goma de pegar proveniente del mismo recipiente, la producción de verrugas subunguales por usar las uñas para rebanar una verruga plantar. La inoculación aparente de la verruga en un rasguño lineal de la piel (fenómeno



Fig. 4.—Nótese grupos (le verrugas bien delimitadas y separadas por septo de las vecinas.

de *Kosbner*) y la transmisión venérea de las verrugas genitales (condilomas acuminados) son muestras adicionales de la naturaleza contagiosa de la enfermedad.

Poco se sabe con certeza acerca de las respuestas inmunológicas del hombre a las verrugas. Su predominio en los niños, su remisión espontánea y la aparente inmunidad subsecuente en muchos adultos sugiere la producción de anticuerpos como respuesta a la infección. *Brain* en 1936 no pudo demostrar la existencia de anticuerpos en el suero, aunque *Fiddlays* (1930) comprobó que había quedado inmune a inoculaciones adicionales después de tres inoculaciones sucesivas de material verrucoso, y que su suero desarrolló propiedades neutralizantes del virus que no poseía antes de las hiperinmunizaciones.

Diagnóstico diferencial de toda forma de verruga plantar:

Hay que establecerla con: a) Las callosidades, b) Los clavos plantares, c) Cuerpos extraños, d) Me' tatarsalgia de *Morton*, e) Cicatrices plantares dolorosas.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos la valiosa colaboración de los siguientes autores:

Dr. Guillermo Fernández Baquero: Profesor de Dermatología Esc. de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de la Habana, 1er. Tte. de las F.A.R. Jefe Servicio Dermatología Hosp. Militar. Escuela. "Dr. Carlos J. Finlay". Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

Dr. Rafael Grillo Martínez: Especialista de Dermatología. Hospital Militar. Escuela "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Raúl Gómez de la Rosa: Especialista de Dermatología. Hospital Militar. Escuela "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Juan A. Cantillo Valdés: Especialista de Dermatología Hospital Militar Escuela "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Asdrúval de la Vega Galardi: Residente 2do. Año. Tte. Médico de las FAR. Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. José V. Fragüela Rangel: Residente 2do- Año. Tte. Médico de las FAR. Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Humberto Pérez Acuña: Residente 2do- Año. Tte. Médico de las FAR. Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Miguel Bolívar Puisseau: Residente de 1er. Año. Tte. Médico de las FAR. Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Emelino Consuegra Pino: Residente de 1er. Año. Tte. Médico de las FAR. Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Jorge R. Delgado Camacho: Jefe del Dpto. de Genética del Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Pablo Inguanzo Fuentes: Tte. Médico Máxilo-Facial y del Dpto. de Dermato-Cirugía. Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Armando Torras de la Luz: Tte. Médico Pediatra y Jefe del Dpto. Inmuno-Alergia de Dermatología. Hospital Militar Escuela. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Sonia Goitesolo Larrondo: Interno Vertical de Dermatología del Hosp. Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

Dr. Severo Hernández Medina: Interno Vertical de Dermatología del Hospital Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay".

SUMMARY

Martínez González, H. *Plantar IVurts*. Rev. Cub. Med. 10: 3, 1971.

This work is presented as an encouragement for the study of this affection, based in the increase which has had in our country during the last years. It can be an invalidant disease, being present frequently in young people, students, etc. There do not exist a unique therapeutical approach.

Martínez González, H. *Verrues plantaires*. Rev. Cub. Med. 10: 3, 1971.

On présente ce travail comme une stimulation pour l'étude de cette affection, étant basée dans l'accroissement qui a présente pendant les derniers temps dans notre pays. Elle peut être une maladie invalidante, étant présente fréquemment chez des sujets jeunes, des étudiants, etc. Il n'existe pas une conduite thérapeutique unique.

РЕЗЮМЕ

MapTHHe3 ПoH3aJie3. noflOUCBeHHHe OoposaBKE. tfev. uud. Mea. 10: 3,

ΠοKa3HBaK)T 3Ty παόoTy KaK k H3yveHpo 3Toro nopaxeHza, 0CH0BaH0 Ha yBejmeHEH, EMeBiuero ero b nocJie^Hpa jchhx b aaineii epejie. MoryT eTaTB HHBajmjemckHM 3ai5ojieBaHiiem, *KBmmñ* y Mojxojua ^ejiobek, y CTyjeHTOB TeraaeBTiqecK.oro ejjihcT3eHHoro noBeaeHHHeT.

BIBLIOGRAFIA

1. — *Judasshon J.* Veril. Dtch. Derm. Ges. 5: 497.
2. — *Ciuffo G.* (1907), Inneste Positiv Confiltrate di Verruga vulgares Gier, Ital Mal, 48: 12.
3. — *Gruickshank H.* 1953. The Epidemiology of some Skin Infections. Brit. M. J.
4. — *Lyell and Mylles.* Euf. por Virus y Rickettsia. 1955, 1: 183.
5. — *Montgomery K.* The Palm and Soles in Medicine.

1967.

NOTA: Agradecemos la eficiente colaboración que han brindado a este trabajo los compañeros del Dpto. Fototécnico del Hosp. Militar. Esc. "Dr. Carlos J. Finlay", y la compañera Soldado del Dpto. de Personal de dicho Hospital.

Rev. Cub. Med. 10: 315-330. Mayo-Junio 1971