

# Eliminación quirúrgica de papilomas con ondas de alta frecuencia

**Carlos Lerma Barragán**

Miembro del Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana. Miembro del Colegio Oficial de Podólogos de Madrid. Miembro de la A.A.S.F y Fellow Member de la misma

Correspondencia:

Carlos Lerma Barragán

Avda. del Cid 7, 7. 46018 Valencia

E-mail: clermab28@enfermundi.com

## Resumen

En el presente trabajo, el autor expone una solución quirúrgica a la eliminación de los papilomas. De destacar el mínimo trauma tisular y por lo tanto mejor recuperación, sencillez del procedimiento y escasa frecuencia de recidivas.

**Palabras clave:** Papiloma. Eliminación quirúrgica. Onda de alta frecuencia.

## Summary

In this work, the author explain a surgical solution for the papiloma elimination. I point out the minimum tisular trauma and there fore a best recovery, simplicity of procedure and less recidives.

**Key words:** Papiloma. Surgical elimination. High frequency wave.

## Introducción

En la práctica diaria nos encontramos frecuentemente en nuestras consultas con pacientes con zonas hiperqueratóticas, redondeadas de bordes bien definidos con puntos negros en la zona central, que son las papilas hipertrofiadas (Figura 1). A la palpación podológica oportuna el dolor se agudiza al pellizcar ligeramente la lesión, siendo este dolor provocado mayor que si presionamos verticalmente. Si se deslaminamos la lesión observamos que sangra con facilidad (Figura 2).

En la anamnesis nos encontramos con un paciente joven de entre 14 y 21 años siendo más frecuentemente mujer y que va o ha ido a gimnasios, piscinas etc. lugar en el que posiblemente se contagio.

En los prodromos el paciente recuerda que fue como si se hubiera clavado una pincha o espina. La localización de la lesión es anárquica dado que responde a la zona de entrada del microorganismo (Figura 3).

Pero es posible que asiente sobre tejido queratolítico pudiendo llevarnos a dudas diagnosticas y de pronostico, ya que vamos a eliminar el papiloma pero no la hiperqueratosis.

El agente etiologico es de tipo vírico siendo de la familia de los papovavirus (existen 50 tipos) perteneciendo al tipo VPH 1y 4 los que producen las verrugas palmoplantares. Sobre este tipo de infecciones y sus posibles conexiones en la etiopatogenia con el cortex cerebral se ha hablado mucho pero todo ello entraría en el mundo del conocimiento empírico ya que la relación entre posibles situaciones de estrés con la aparición de la infección, no esta demostrada con metodología científica rigurosa.

## Indicaciones

Este procedimiento que describo en el presente trabajo lo prescribo en la actualidad como tratamiento de primera elección dado lo ventajoso,



Figura 1. Zonas hiperqueratósicas redondeadas de bordes bien definidos con puntos negros en la zona central, que son las papilas hipertrofiadas



Figura 3. La localización de la lesión es anárquica dado que responde a la zona de entrada del microorganismo



Figura 2. Palpación podológica de la zona hiperqueratósica



Figura 4. Preparación del campo quirúrgico

eficaz y sencillo del procedimiento quirúrgico que a continuación describiré.

Durante años he venido utilizando la bleomicina intralesional, queratolíticos y crioterapia; eligiendo uno u otro tratamiento según diferentes criterios como son la localización, edad del paciente y número de papilomas. Descarté en su día la exéresis quirúrgica y el electrocauterio por el gran riesgo que conlleva una cicatriz hipertrófica a nivel plantar.

El tratamiento debe ser utilizado cuando el diagnóstico es certero. En este punto es fundamental la anamnesis y la exploración podológica y ante duda diagnóstica es de rigor biopsiar la lesión. Con lo que estableceremos el diagnóstico diferencial con el carcinoma cuniculado de la planta del pie. A este respecto es importante biopsiar correctamente. Si la toma de la biopsia se limita a capas superficiales de la lesión es indistinguible de una verruga plantar.

## Material y Métodos

Creo importante antes de comenzar a describir propiamente el procedimiento definir y explicar las características del aparataje con el que se realiza la disección de la lesión. Es un generador de corriente de alta frecuencia (1,8MHz.), lo que permite obtener un corte de gran calidad con coagulación. La consola central del aparato consta de un mando de potencia con el que podemos aumentar o disminuir el corte en función del tejido a diseccionar y del electrodo a emplear. El segundo mando es para regular la coagulación. Este aparato consta de un mecanismo de retroalimentación (Feed-back) en virtud del cual dejando los mandos a cero según la densidad del tejido se autocalibra.

Para la realización del corte este aparato emplea onda de alta frecuencia (HF) esto hace que la disección del espécimen sea atraumática.

### Descripción del procedimiento quirúrgico

1. Preparación del campo quirúrgico (Figura 4). Limpieza primero con agua oxigenada y después con Povidona yodada (Figura 5).
2. Se le realiza un bloqueo papular sublesional. Si el papiloma asienta en la planta utilizo mepivacaina con adrenalina y si es en los dedos sin adrenalina, con 3-4 ml es suficiente (Figuras 6 y 7).
3. Colocación de la placa neutra. Pedimos al paciente que se siente sobre ella.
4. Introducimos el electrodo de excisión en el terminal (Figuras 8, 9 y 10).
5. Utilizo el electrodo circular que nos va a permitir excavar en la epidermis. Hacemos una primera incisión que nos facilita con unas pinzas de Adson traccionar, con la finalidad de ir disecando la lesión, enucleando el papiloma. Buscando en todo momento preservar la dermis (Figuras 11, 12 y 13).
6. Una vez extirpada la lesión debemos observar el fondo limpio sin papilas hipertróficas, lo que nos garantiza que el papiloma a sido



Figura 5. Limpieza primero con agua oxigenada y después con Povidona yodada



Figuras 6 y 7. Bloqueo papular sublesional



Figuras 8, 9 y 10. Introducción del electrodo de excisión en el terminal



Figuras 11, 12 y 13. Utilización del electrodo circular



Figuras 14 y 15. Fondo limpio sin papilas hipertróficas



Figura 16. Pomada antibiótica para evitar fibrosis

diseccionado en su totalidad (Figuras 14 y 15).

7. El proceso de cicatrización es por segunda intención para lo cual son preferibles curas con pomada antibiótica, evitando una posible fibrosis en el proceso reconstructivo (Figura 16).
8. El paciente se curara con esta pomada antibiótica diariamente hasta que haya epitelizado en su totalidad la herida (Figuras 17 y 18).

## Conclusiones

1. De los 35 casos hasta la fecha de transcribir el presente trabajo:
  - No ha habido ninguna recidiva.
  - No ha habido ningún caso de cicatriz retráctil o hipertrófica.
2. A la segunda semana se les daba el alta clínica aunque se les ha hecho un seguimiento quincenal hasta los tres meses.



Figura 17. Foto a la semana de la intervención



Figura 18. Foto a las 2 semanas de la intervención

3. Las molestias post-operatorias son mínimas
4. Inconvenientes del procedimiento expuesto:
  - El aparataje es caro.
  - En los pacientes que llevan marcapasos el oscilador H.F. puede interferir con las oscilaciones de baja frecuencia del marcapasos. Más bien sería una contraindicación de la técnica
5. El procedimiento expuesto destaca por su:
  - Sencillez.
  - Fácil ejecución.
  - Pronta recuperación.

### Bibliografía recomendada

- Champion RH. *Textbook of Dermatology*. Ed.: Blackwell Science, 1998
- XXI Congreso Nacional de Podología. *Cirugía en Podología 1989*.
- Butteworth R, DockerY GL. *Cirugía del antepie*.