

Molusco contagioso

Molluscum, contagiosum

Marcela Leyva-Sartori¹

RESUMEN

El Molusco Contagioso es una infección viral causada por el Virus del Molusco Contagioso, el cual pertenece al género Molluscipox. Es una de las infecciones virales más frecuentes vistas en Dermatología. Este virus sólo afecta a los seres humanos. Es de distribución mundial pero es más prevalente en los países tropicales. Afecta principalmente a los niños, adultos sexualmente activos y personas con compromiso en su inmunidad celular. La lesión clínica es muy característica; el virus afecta la piel y muy raramente las mucosas. El virus ha desarrollado mecanismos eficientes para desarrollarse en las células bien diferenciadas de la epidermis, al no cruzar la membrana basal evade la respuesta inmune. Luego de un largo periodo puede inducir una respuesta inmunológica local lo cual conlleva a su erradicación.

PALABRAS CLAVE: Molusco, contagioso, virus.

ABSTRACT

Molluscum Contagiosum is a viral infection caused by Virus molluscum contagiosum, which belongs to the genus Molluscipox. It is one of the most frequent viral infections seen in dermatology. This virus only affects human beings. It is worldwide but is most prevalent in tropical countries. It mainly affects children, sexually active adults and people with commitment in its cellular immunity. The clinical lesion is very characteristic; the virus affects the skin and very rarely the mucous membranes. The virus has developed efficient mechanisms to develop in well differentiated epidermis cells, not across the basement membrane evades the immune response. After a long period, it may induce a local immune response which leads to its eradication.

KEY WORDS: molluscum, contagiosum, virus.

INTRODUCCIÓN

El Molusco Contagioso es una de las infecciones virales más frecuentes vistas en Dermatología. Desde la erradicación de la viruela, el molusco contagioso se ha convertido en el principal poxvirus que causa infección en el ser humano⁵⁻⁷. La lesión clínica es muy característica; el virus afecta la piel y muy raramente las mucosas⁸. El virus ha desarrollado mecanismos eficientes para desarrollarse en las células bien diferenciadas de la epidermis, al no cruzar la membrana basal evade la respuesta inmune. Luego de un largo periodo puede inducir una respuesta inmunológica local lo cual conlleva a su erradicación.⁹

DEFINICIÓN

El Molusco Contagioso es una infección viral causada por el Virus del Molusco Contagioso, el cual pertenece al género Molluscipox. Este virus sólo afecta a los seres humanos.¹

1. Dermatóloga Asistente Clínica Jockey Salud, Clínica San Borja y Práctica Privada. Profesor Invitado de Post Grado de Dermatología de la UNMSM.

EPIDEMIOLOGÍA

El virus del Molusco Contagioso es de distribución mundial pero es más prevalente en los países tropicales.

Afecta principalmente a los niños, adultos sexualmente activos y personas con compromiso en su inmunidad celular.

El Molusco Contagioso se presenta con más frecuencia entre los 15 y 29 años. Los dos subtipos principales, Virus del Molusco Contagioso I y II se presentan tanto en las lesiones genitales como en las extragenitales². El virus del Molusco Contagioso tipo I es más prevalente que el tipo II, excepto en pacientes VIH positivo.³

La incidencia de molusco contagioso es dos veces más alta en los niños que frecuentan las piscinas que en aquellos que no lo hacen.⁴

En los niños se presenta generalmente en las áreas expuestas y es causado en la mayoría de casos por el Virus del Molusco Contagioso tipo 1.

En los adultos se presenta en el área genital, ocurriendo la transmisión durante las relaciones sexuales.

En los pacientes HIV positivos se pueden presentar como lesiones abundantes y muy grandes, sobretodo en la cara. Aunque, con los tratamientos antiretrovirales esta situación es cada vez menos frecuente.

ETIOLOGÍA

Virus del Molusco Contagioso tipo 1 y 2, el cual pertenece al grupo de los Poxvirus.

PATOGENIA

La diseminación del virus ocurre por contacto piel a piel, así como la autoinoculación y el contacto con fómites.¹⁰

El periodo de incubación va desde 1 semana hasta varios meses¹¹. En general se estima entre 2 a 8 semanas.¹⁹

El virus se reproduce en la epidermis y la traducción histológica de los millones de viriones maduros son los cuerpos de molusco; éstos se mantienen dentro de una estructura tipo saco formado por lípidos y colágeno, la cual protege al virus de la respuesta inmunológica del huésped¹². Es muy interesante como el virus del Molusco Contagioso produce un tumor benigno en lugar de una lesión necrótica a diferencia de los otros Poxvirus.

En un paciente inmunocompetente las lesiones pueden persistir por más de 6 meses y luego remitir espontáneamente. En pacientes inmunosuprimidos las lesiones pueden persistir por mucho más tiempo y ser resistentes al tratamiento local.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las lesiones clínicas son muy características, típicamente son pápulas pequeñas, brillantes, del color de la piel, redondeadas, umbilicadas, que miden de 3 a 5 mm de diámetro. Generalmente se observan menos de 20 lesiones en pacientes inmunocompetentes. Cuando las lesiones son presionadas se puede observar una sustancia blanco grisácea en el interior. Raramente se presentan en palmas, plantas o membranas mucosas.⁹

La mayoría de casos se presentan en niños y adultos jóvenes Figura del 1 al 6. Los lugares de predilección son las axilas, pliegues antecubitales, huecos poplíteos y muslos. En los adultos la transmisión es por contacto sexual, por lo que las lesiones se presentan en el área genital, ingles, muslos y abdomen inferior.¹

Los pacientes con dermatitis atópica presentan una erupción profusa y diseminada. El daño en la barrera cutánea y los cambios inmunológicos podrían explicar la alta prevalencia y el gran número de lesiones en este grupo de pacientes^{13,14}. En pacientes severamente inmunocomprometidos con infección por HIV, las lesiones por molusco contagioso son numerosas, diseminadas y muy grandes.¹⁵

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de Molusco Contagioso se basa en la observación clínica de las lesiones, las típicas pápulas umbilicadas.

El uso del dermatoscopio puede ayudar a visualizar mejor las vesículas y orificios característicos, contribuyendo al diagnóstico.¹⁶

En los casos en los que la manifestación clínica es atípica se puede requerir del estudio de Dermatopatología de las lesiones.

DERMATOPATOLOGÍA

La lesión consiste en varios lóbulos invertidos de epitelio escamoso hiperplásico que se introducen en la dermis subyacente Figura 7. Los lóbulos están separados por finos tabiques de dermis compacta. En el citoplasma de queratinocitos, justamente encima de la capa basal, hay cuerpos de inclusión eosinófilos, que aumentan progresivamente de tamaño. A nivel de la capa granular los cuerpos se hacen más y más hematoxífilos y ocupan la célula entera. Estos cuerpos de molluscum eventualmente son empujados con detritus de queratina a los ostia dilatados, que conducen a la superficie.¹⁷ Figura 8 y 9.



Figura 1. Formas clínicas clásicas de Molusco contagioso, pápulas perladas y umbilicadas. Cortesía de la Dra. Rosalía Ballona Chamberg, Dermatóloga Pediatra.



Figura 4. Moluscos Contagiosos con aspecto pustular. Cortesía Dra. Rosa Inés Castro, Dermatóloga Pediatra.



Figura 2. Se puede apreciar la lesión crónica del Molusco Contagioso, color piel. Cortesía de la Dra. Rosalía Ballona Chamberg, Dermatóloga Pediatra.



Figura 5. Moluscos Contagiosos en la zona perianal. Cortesía Dra. Rosa Inés Castro, Dermatóloga Pediatra.



Figura 3. Múltiples Moluscos Contagiosos en el mentón de un niño. Cortesía Dra. Rosa Inés Castro, Dermatóloga Pediatra.



Figura 6. Múltiples Moluscos Contagiosos en tórax y abdomen, algunos con color piel. Cortesía Dra. Rosa Inés Castro, Dermatóloga Pediatra.

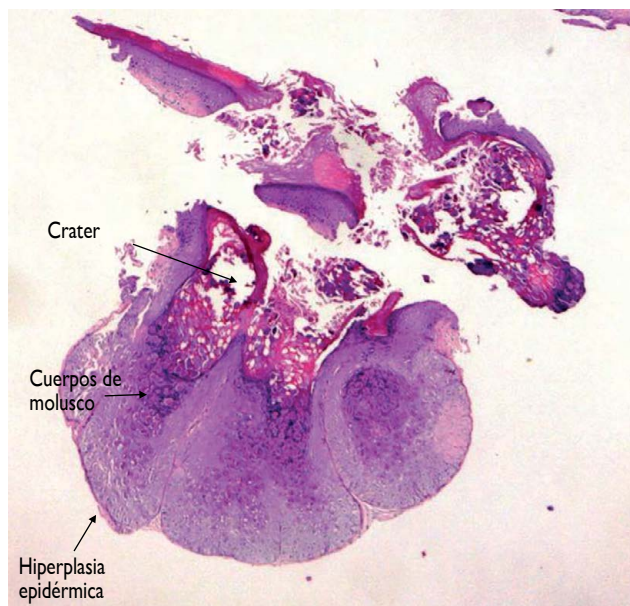


Figura 7. HE 2X: Examen microscópico con HE, aumento 2X: Se observa las 3 principales características del Molusco Contagioso al examen histopatológico. Cortesía Dra. Patricia Álvarez Castillo, Dermatopatóloga.

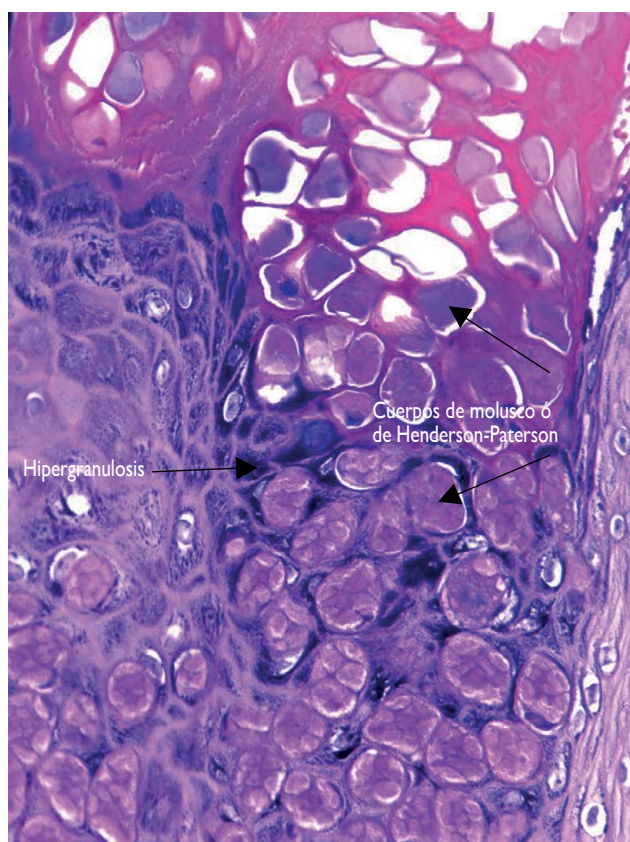


Figura 8. HE 40X: Examen microscópico con HE, aumento 40X: Cuerpos de Molusco en la granulosa. Cortesía Dra. Patricia Álvarez Castillo, Dermatopatóloga.

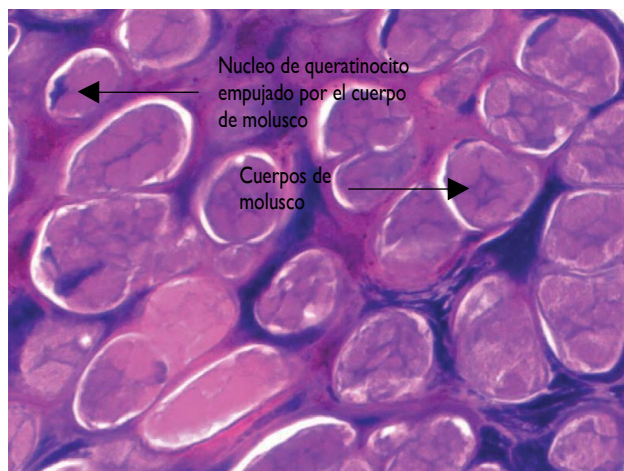


Figura 9. HE 100X: Examen microscópico con HE, aumento 100X: Cuerpos de Molusco a mayor aumento. Cortesía Dra. Patricia Álvarez Castillo, Dermatopatóloga.

EVOLUCIÓN PRONÓSTICO

El Molusco Contagioso es de curso benigno y generalmente autolimitado. El promedio de duración de una lesión aislada es de aproximadamente 2 meses¹⁸; aunque si las lesiones se diseminan fácilmente por rascado o trauma pueden persistir hasta por 8 meses, y en algunos casos un año o más.⁸

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El Molusco contagioso puede ser confundido con Veruugas Vulgares, siringomas, tumores anaxiales, pioderma, granuloma anular papular o Condiloma Acuminado. En pacientes inmunocomprometidos las lesiones de Criptococosis e Histoplasmosis cutánea pueden simular Molusco Contagioso. El Molusco Contagioso solitario gigante puede ser confundido con queratoacantoma, quiste epidérmico de inclusión, carcinoma de células basales o neurilemoma. Una lesión solitaria e inflamada puede simular un forúnculo o granuloma piógeno.¹

TRATAMIENTO

Se debe valorar las complicaciones potenciales del tratamiento de las lesiones de Molusco Contagioso, sobretodo aquellas ocasionadas por tratamientos ablativos como dolor, ardor, hiperpigmentación, hipopigmentación y cicatrices. Las complicaciones que se pueden presentar en lesiones no tratadas incluyen inflamación, prurito, dermatitis infección bacteriana secundaria. En el tratamiento de las lesiones se dispone de métodos ablativos físicos, agentes químicos, inmunomoduladores y antivirales sistémicos.⁹ Tabla 1.

Tabla 1. Tratamientos de Molusco Contagioso⁽⁹⁾

Tratamiento	Protocolo	Efectos secundarios
Procedimientos físicos		
Curetaje	Extracción con cureta luego de usar anestesia tópica	Ansiedad, dolor, sangrado, cicatrices
Crioterapia	Aplicación de nitrógeno líquido con Cryospray	Dolor, ardor, eritema, hipopigmentación
Agentes químicos destructivos		
Fenol 10%	Aplicación directa sobre la lesión	Cicatrices
Ácido Tricloroacético 100%	Aplicación directa sobre la lesión	Eritema e hipopigmentación
Agentes químicos no destructivos		
Cantaridina 0.9%	Aplicar con hisopo en cada lesión y enjuagar luego de 4 horas	Ampolla, eritema y prurito
Podofilotoxina en crema al 0.3-0.5%	Aplicar 2 veces al día por 3 días	Eritema y prurito
Ácido Salicílico 12% en gel	Aplicar en cada lesión una o dos veces por semana por 4 semanas	Punzadas
Peróxido de benzoilo 10% en crema	Aplicar en cada lesión 2 veces al día por 4 semanas	Dermatitis moderada
Ácido Retinoico 0.5% en crema	Aplicar en cada lesión 2 veces al día por 4 semanas	Dermatitis moderada
Hidróxido de potasio 5-10% en solución acuosa	Aplicar con hisopo en cada lesión 2 veces al día hasta notar signos inflamatorios o ulceración	Punzadas, despigmentación
Inmunomoduladores		
Imiquimod 5% en crema	Aplicar en las lesiones por 8 horas (noches) y enjuagar 3 a 5 veces por semana hasta la cura clínica	Eritema, ardor, prurito
Cimetidina	40 mg/kg/día dividido en 2 ó 3 dosis por 2 meses	Potencial reacción al medicamento
Agentes antivirales		
Cidofovir 1-3% en crema *	Cidofovir al 1% en cada lesión una vez al día, 5 veces por semana por 8 semanas. Cidofovir 3% en cada lesión una vez al día, 5 veces por semana por 2 semanas	Eritema, erosión, dolor y prurito
Cidofovir intravenoso *	3-5 mg/kg/semanal por 1-2 semanas seguidas de infusiones dejando una semana.	Nefrotoxicidad y neutropenia

* Estos tratamientos han sido reportados en pacientes con HIV o inmunocompetentes pero con gran número de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diven Dayna G. An overview of poxviruses. *Journal American Academy of Dermatology*, January 2001; vol 44 N 1: 1-14.
2. Becker TM, Blount JH, Douglas J, Judson FN. Trends in molluscum contagiosum in the United States, 1966-1983. *Sex Transm Dis* 1988; 13:88-92.
3. Yamashita H, Uemura T, Kawashima M. Molecular epidemiologic analysis of Japanese patients with molluscum contagiosum. *International Journal of Dermatol* 1996; 35: 99-105.
4. Niizeki K, Kano O, Kondo Y. An epidemic study of molluscum contagiosum. *Dermatologica* 1984; 169: 197-8.
5. Bugert JJ. Genus Molluscipoxvirus. In: Mercer AA, Schmidt A, Weber O, eds. *Poxviruses*. Basel: Birkhäuser Basel, 2007; 89-112.
6. Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus. In: Mahy BWJ, Van Regenmortel MHV, eds. *Encyclopedia of virology*. Oxford: Elsevier-Academic Press, 2008. 319-24.
7. Smith KJ, Skelton H. Molluscum contagiosum: recent advances in pathogenic mechanisms, and new therapies. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 535-45.
8. Gottlieb SL, Myskowski PL. Molluscum contagiosum. *Int J Dermatol* 1994; 33: 453-61.
9. Xiaoyin Chen, Alex V Anstey, Joachim J Bugert. Molluscum Contagiosum virus infection. *Lancet Infect Dis* 2013; 13: 877-878.
10. Billstein SA, Mattaliana VJ. The "Nuisance" sexually transmitted diseases: molluscum contagiosum, scabies, and crab lice. *Med Clin North Am* 1990; 74:1487-1505.
11. Brown ST, Nalley JF, Kraus SJ. Molluscum Contagiosum. *Sex Transm Dis* 1981; 8: 227-234.
12. Burgert JJ, Darai G. Recent advances in molluscum contagiosum virus research. *Arch Virol* 1997; 13(Suppl): 35-47.
13. Kakourou T, Zachariades A, Anastasiou T, Architectonidou E, Georgala S, Theodoridou M. Molluscum contagiosum in Greek children: a case series. *Int J Dermatol* 2005; 44: 221-23.
14. Osio A, Deslandes E, Saada V, Morel P, Guibal F. Clinical characteristics of molluscum contagiosum in children in a private dermatology practice in the greater Paris area, France: a prospective study in 661 patients. *Dermatology* 2011; 222: 314-20.
15. Fivenson DP, Weltman RE, Gibson SH. Giant molluscum contagiosum presenting as basal cell carcinoma in an acquired immunodeficiency syndrome patient. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19: 912-14.
16. Ianhez M, Cestari SCP, Enokihara MY, Seize MBPM. Dermoscopic patterns of molluscum contagiosum: a study of 211 lesions confirmed by histopathology. *An Bras Dermatol* 2011; 86: 74-79.
17. Weedon D. *Piel Patología*. Marban Libros; 2002, Capítulo 26 – Enfermedades Virales, pag. 585.
18. Hawley TG. The natural history of molluscum contagiosum in Fijian children. *J Hyg* 1970; 68: 631-32.
19. Butala Niraj, Siegfried Elaine, Weissler Anne. *Pediatrics* 2013; 131: e1650-e1653.

Correspondencia:
Dra. Marcela Leiva Sartori
Email: marcelals94@yahoo.es

Recibido: 15-06-17
Aceptado: 24-07-17