

Actitud expectante como tratamiento eficaz en un caso de múltiples lesiones por «Molluscum contagiosum»

S. Galiano¹, M. Valdivielso-Ramos¹, D. Velázquez¹, C. Eguren¹, C. Silvente¹, J.M. Hernanz²
Servicio de Dermatología. ¹Hospital Universitario «Infanta Leonor». ²Hospital Universitario «Madrid Sanchinarro». Madrid

Resumen

El molusco contagioso es una infección cutánea frecuente causada por un virus de la familia de los poxvirus, que afecta principalmente a los niños. La enfermedad puede transmitirse por contacto directo a través de la piel, por fómites contaminados o por autoinoculación. La infección se resuelve habitualmente de forma espontánea en pacientes inmunocompetentes, en un tiempo que puede oscilar entre meses y años. Existe un debate continuo sobre si se debe tratar activamente o mantener una actitud expectante.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Molusco contagioso, infección cutánea

Abstract

Title: Attitude expectant as effective treatment in *Molluscum contagiosum*

Molluscum contagiosum is a common skin infection, caused by a poxvirus, that affect mainly children. The disease can be transmitted by direct contact, fomites, or auto-inoculation. The infection will usually resolve within months or years in people with normal immunity. There has been a continuous discussion about whether physicians should treat *Molluscum contagiosum* actively or not.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Molluscum contagiosum, skin infection

Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 3 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta de dermatología pediátrica debido a la aparición en los últimos meses de múltiples lesiones asintomáticas en el tronco y los miembros superiores, que han ido aumentando en número de forma progresiva.

En la exploración física presenta numerosas pápulas (más de 100) redondeadas, de menos de 5 mm de diámetro, umbilicadas, de coloración blanquecina, localizadas fundamentalmente en el tronco y los miembros superiores (figura 1). Algunas de estas lesiones se encontraban rodeadas por un halo eritematoso (figura 2).

Debido al número de las lesiones, y tras plantear las opciones terapéuticas posibles, se decide—de acuerdo con su familia— adoptar una actitud expectante y realizar una observación periódica de la paciente.

Las lesiones fueron desapareciendo de forma progresiva, dejando una discreta atrofia residual (figura 3), y la paciente fue dada de alta sin lesiones tras 18 meses de seguimiento.

Discusión

El molusco contagioso (MC) es una infección viral con afectación exclusivamente cutaneomucosa, cuya incidencia ha ido en

aumento en los últimos años, llegando a ser una de las infecciones cutáneas más frecuentes en la edad pediátrica.

Se trata de un proceso benigno y autolimitado, causado por el virus *Molluscum contagiosum* (VMC) o *Molluscipoxvirus*, que pertenece a la familia *Poxviridae*. Se han identificado varios genotipos moleculares distintos, siendo el tipo 1 el causante del 75-90% de los casos, y el más frecuente en la edad pediátrica.

Este virus causa infecciones cutáneas esporádicas o endémicas (y más raramente de las mucosas) a través de la infección de los queratinocitos epidérmicos, dando lugar a la aparición de lesiones tumorales cutáneas con inclusiones citoplasmáticas características.

Se transmite por contacto directo cutáneo o a través de fómites contaminados. Existen otros factores menos importantes implicados en su transmisión, como el calor, la humedad y una higiene inadecuada. Es frecuente la autoinoculación, así como el contagio entre familiares, especialmente entre los niños. También se han descrito en la literatura científica casos de transmisión vertical, aunque esta hipótesis no ha sido confirmada. El periodo de incubación desde la exposición a la aparición de las lesiones se estima en unas 2-8 semanas, aunque puede llegar a ser de hasta 26 semanas.

Desde el punto de vista clínico, se observan pápulas firmes, de color blanquecino o eritematosas, brillantes y a menudo umbilicadas. El tamaño varía de 1 a 6 mm de diámetro, aunque en pacien-



Figura 1. Cientos de lesiones por *Molluscum contagiosum* localizados en el tronco y las extremidades



Figura 2. Detalle de la inflamación que se produce alrededor de algunas lesiones de *Molluscum contagiosum*



Figura 3. Detalle de la desaparición total de las lesiones tras 18 meses de seguimiento

tes inmunodeprimidos y en lesiones únicas, en ocasiones llegan a ser mayores de 1 cm de diámetro. Pueden ser lesiones aisladas o manifestarse como cientos de ellas, y esta diseminación es más habitual en pacientes con dermatitis atópica u otras enfermedades crónicas cutáneas y en pacientes inmunodeprimidos.

La localización es variable, y las lesiones pueden aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea, aunque en pacientes pediátricos lo más frecuente es que aparezcan en el tronco y las extremidades, con predilección por los pliegues (antecubitales, poplíteos y axilares).

Las lesiones son asintomáticas o levemente pruriginosas en la mayoría de los casos. En ocasiones, se observan áreas de eritema y descamación rodeando a las lesiones, que son de aspecto eccematoso y reciben el nombre de molusco-dermatitis o moluscoide. Si se hacen eritematosas e inflamatorias, se interpreta como una respuesta inmunitaria a la infección, lo que suele determinar la desaparición de las lesiones.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en su aspecto típico y, en caso de duda, la dermatoscopia puede ayudarnos a confirmar la presencia de una lesión papulosa con un cráter central característico.

Aunque en la actualidad no existe una terapia antiviral específica, disponemos de múltiples opciones terapéuticas. Cada paciente debe ser valorado individualmente para establecer el tratamiento más adecuado de forma personalizada, teniendo en cuenta la edad, el número de lesiones, la localización de las mismas y el estado inmunitario del paciente. Conviene recordar que la Biblioteca Cochrane concluyó en el año 2009 que ningún tratamiento individual ha demostrado ser eficaz de forma convincente para el tratamiento del MC.

Entre los tratamientos físicos se han utilizado diversas técnicas, como el raspado, la crioterapia, la electrocoagulación, el láser de CO₂, el láser de colorante pulsado y la terapia fotodinámica. También son útiles los tratamientos tópicos con cantaridina, podofilotoxina, ácido tricloroacético, hidróxido de potasio al 3-5%, ácido salicílico al 2-5%, cidofovir tópico e imiquimod. Se ha comunicado la utilidad de los tratamientos

sistémicos, como cimetidina, inmunomoduladores orales o interferón alfa subcutáneo.

La infección en huéspedes inmunocompetentes sigue un curso autolimitado, resolviéndose sin tratamiento en un plazo variable, que oscila entre los 6 meses y los 4 años. Por este motivo, una de las opciones básicas que debe ofrecerse a los padres es la abstención terapéutica. No debemos olvidar que los tratamientos tópicos que se emplean son agresivos, producen inflamación de la piel en mayor o menor grado, y en algunos niños no son bien tolerados. Además, en ocasiones podemos observar la presencia de cicatrices residuales, sobre todo en forma de hipo/hiperpigmentaciones. El raspado de los MC es un procedimiento cruento y doloroso, que requiere la colaboración del niño, y en los casos con cientos de lesiones suele requerirse la sedación del paciente. También hay que tener en cuenta que en ocasiones se necesitan varios actos quirúrgicos para eliminarlas por completo. Esto genera ansiedad en los padres y en los niños, junto con un gasto sanitario importante, y una pérdida de horas de clase y de trabajo no desdeñables. Por todos estos motivos, y teniendo en cuenta que las lesiones cutáneas tienden hacia la autorresolución, en los casos con un número tan elevado de lesiones como el que se presenta en este artículo, o con lesiones masivamente localizadas en la cara con afectación de los párpados, una buena opción terapéutica es la actitud expectante, llevando a cabo una observación clínica periódica de las lesiones. ■

Bibliografía

- Ferrándiz Pulido C, Ferrándiz C. *Molluscum contagiosum*. Piel. 2010; 25: 203-210.
- González Hermosa MR, Soloeta A. Molusco contagioso. Piel. 2001; 16: 322-328.
- Smolinski KN, Yan AC. How and when to treat *Molluscum contagiosum* and warts in children. *Pediatr Ann*. 2005; 34: 211-221.
- Vanhooetghem O, Henrijean A, De la Brassinne M. Epidemiology, clinical picture and treatment of *Molluscum contagiosum*: literature review. *Ann Dermatol Venereol*. 2008; 135: 326-332.
- Van der Wouden JC, Van der Sande R, Van Suijlekom-Smit LW, Berger M, Butler C, Koning S. Interventions for cutaneous *Molluscum contagiosum*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 4: CD004767.