

Molusco contagioso: ¿cuándo debería iniciarse el tratamiento?

B. Monteagudo, M. Cabanillas, E. León-Muiños¹, Ó. Suárez-Amor, M. Vázquez-Blanco, A. Corrales¹
Servicio de Dermatología. ¹Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol
(A Coruña)

Resumen

El molusco contagioso es una enfermedad vírica común en la infancia, que se presenta como pápulas umbilicadas firmes y pequeñas.

Dado que se considera una enfermedad autolimitada, hay un debate continuo sobre si las lesiones asociadas se deben tratar o esperar a que se resuelvan espontáneamente. Sin embargo, las lesiones tardan entre 6 y 48 meses en curarse, y generan una gran preocupación tanto en los niños (a menudo limitan su asistencia al colegio y su actividad social) como en los cuidadores. El tratamiento puede acortar el curso de la enfermedad, posiblemente reduce la autoinoculación y la transmisión, e incrementa la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Raspado, molusco contagioso, poxvirus, tratamiento

Abstract

Title: Molluscum contagiosum: when should treatment start?

Molluscum contagiosum is a common viral disease of childhood which presents itself as small, firm, umbilicated papules.

Since it is considered a self-limiting disease, debate continues about whether lesions associated with this disease should be treated or allowed to resolve spontaneously. However, the lesions take between 6 and 48 months to resolve and are a source of great embarrassment for both carers and children, often affecting the children's attendance at school and limiting their social activity. Treatment can shorten the disease course, possibly reducing autoinoculation and transmission, and increases the patients' quality of life.

Keywords

Curettage, molluscum contagiosum, poxvirus, treatment

El molusco contagioso es una infección cutánea benigna de origen viral, cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas (un 2-10% en la población general, que puede llegar a un 20% en la infancia)¹⁻⁶. Es una causa frecuente en la consulta de pediatría de atención primaria y en las consultas externas de dermatología⁷ (en dos estudios recientes fue el motivo de consulta en el 8,4% de los pacientes de ≤ 16 años⁸, y en el 4,12% de los < 18 años⁹). Está causado por el virus *Molluscum contagiosum* (MCV), virus ADN de doble cadena de la familia de los poxvirus (*Poxviridae*) que sólo ocasiona infección en la especie humana. Se han identificado dos tipos principales de MCV: MCV-1 y MCV-2¹⁻⁶.

Su diagnóstico en la práctica habitual es clínico, basado en su aspecto típico. Las lesiones están formadas por pápulas cupuliformes, brillantes, de menos de 5 mm de diámetro y a menudo umbilicadas (figura 1). Aparecen agrupadas en una o dos áreas del cuerpo, fundamentalmente en el tronco y las extremidades; en la mayoría de casos el número de pápulas es inferior a 20, aunque en pacientes atópicos e inmunodeprimidos (neoplasias, inmunodeficiencias, trasplantes o tratamientos inmunosupresores) pueden aparecer más de 100³. La enfermedad se observa sobre todo en la infancia (habitualmente en el grupo etario de 2-3 años en los países tropicales y en la edad

escolar en los países desarrollados)¹⁰⁻¹², en los adultos sexualmente activos y en algunos individuos inmunodeprimidos. Las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son especialmente propensas; la prevalencia en esta población es del 5-18%, pero aumenta a medida que progresa la inmunodeficiencia¹³⁻¹⁵.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la transmisión del virus se asocia a determinados factores, como el calor, la humedad ambiental y la mala higiene, aunque parece ser que el contacto íntimo es mucho más importante que los patrones de higiene. La enfermedad se transmite por contacto con personas infectadas (piel con piel), por contacto sexual y a través de fómites (objetos contaminados). La contagiosidad es elevada, y la autoinoculación favorece la propagación y la aparición de lesiones múltiples; además, en el 35% de los casos hay miembros de la familia afectados. Se han descrito brotes epidémicos relacionados con el uso de piscinas (sobre todo públicas y de colegios), baños comunales, toallas, tablas o corchos para nadar, esponjas, materiales de gimnasio, etc. Se han descrito casos por transmisión entre luchadores, a través de la lactancia materna, masajes o tatuajes (igual que las verrugas vulgares)¹⁶⁻²². El periodo de incubación de la infección por el MCV es de 2 semanas a 6 meses, aunque hay casos de recién nacidos



Figura 1. Molusco contagioso localizado en el costado izquierdo de una niña de 5 años

que presentan lesiones desde el nacimiento (lo que sugiere una transmisión vertical)²³.

En pacientes inmunocompetentes, el molusco contagioso es una enfermedad autolimitada. Tras un traumatismo, o de forma espontánea después de varios meses, los cambios inflamatorios dan lugar a la producción de pus, formación de costras y destrucción final de las lesiones. Mientras las lesiones individuales tienen pocas probabilidades de persistir durante más de 2 meses, tienden a aparecer nuevas lesiones por autoinoculación. Aunque la mayoría de los casos desaparecen espontáneamente y se resuelven en el transcurso de 6-9 meses, a veces persisten durante mucho tiempo, incluso más de 5 años¹⁻⁶.

Las lesiones pueden ser asintomáticas, pero en más de un tercio de los casos aparece prurito. En el 10% aparece una reacción eczematosa e inflamatoria muy pruriginosa alrededor de las pápulas (especialmente en las personas atópicas), llamada dermatitis de molusco. En ocasiones se produce una sobreinfección bacteriana, inflamación, reacciones de hipersensibilidad, reacción granulomatosa crónica, cicatrices y eritema anular centrífugo; en las regiones perioculares puede asociarse a conjuntivitis folicular crónica y queratitis punteada superficial, osificación metaplásica, celulitis eosinofílica, granuloma piogénico, eritema multiforme, abscesos recurrentes, etc.^{1-6,10-12}.

Hay diversas opciones de tratamiento que, de forma esquemática, pueden dividirse en tres categorías²⁴⁻²⁶:

1. Destrucción física de las lesiones. El método preferido por la mayoría de los autores es el raspado (el legrado con cuchara dermatológica sigue siendo el tratamiento más usado). Es el que mejores resultados ofrece en un número menor de visitas, con una eficacia elevada y pocas secuelas físicas, pero presenta secuelas psíquicas ya que es una técnica dolorosa. En la actualidad se puede minimizar el dolor aplicando 1 hora antes, bajo oclusión, el anestésico tópico EMLA (prilocaína 5% + xilocaína 5% + crema O/W) y/o realizando

una incisión en la lesión con una aguja²⁷. Los métodos más empleados son la expresión con pinzas de la lesión, la electrofulguración, el láser, la terapia fotodinámica y la crioterapia (estos cuatro últimos métodos son dolorosos y pueden provocar alteraciones de la pigmentación). Siempre después de estos procedimientos debe aplicarse algún antiséptico, como clorhexidina o povidona yodada²⁴⁻²⁶.

2. Agentes tópicos:

- Producen una respuesta inflamatoria local (causan irritación local, ardor y, en ocasiones, cambios pigmentarios): podofilotoxina, fenol, peróxido de benzoilo, tretinoína tópica al 0,025%, nitrato de plata, adapaleno²⁸, ácido tricloroacético, ácido láctico, cantaridina al 0,7-0,9% (para muchos autores el tratamiento de elección, por la ventaja de ser indoloro en el momento de la aplicación, cuando el niño llega a casa; causa casi siempre vesiculación y no se deben tratar más de 20 lesiones por sesión)^{29,30}, nitrito de sodio al 5% junto con ácido salicílico al 5%, ácido salicílico al 5-20%, hidróxido de potasio al 10% y mezclas de queratolíticos y antisépticos (povidona yodada al 10% junto con ácido salicílico al 50%).
- Modificadores de la respuesta inmunitaria: imiquimod³¹, inmunoterapia intralesional con el antígeno de *Candida albicans*³² y cidofovir (0,3-3% en gel o crema una vez al día durante 5-15 días, sobre todo en pacientes infectados por el VIH).

3. Tratamiento sistémico: cimetidina (40 mg/kg al día, sin eficacia estadísticamente significativa), fármacos homeopáticos y griseofulvina. En un reciente estudio prospectivo se señala el raspado como la opción terapéutica más eficaz y con menor número de efectos secundarios (frente a la cantaridina, la combinación de ácido láctico y ácido salicílico y el imiquimod). La frecuencia de curación tras una sesión oscila entre el 34 y el 80,6%. Los factores que se asocian con un mayor fracaso terapéutico son la presencia de más de 10 lesiones, el número de áreas anatómicas afectadas, la presencia concomitante de dermatitis atópica y el diámetro de la lesión mayor, lo que revela la importancia de establecer un diagnóstico y un tratamiento precoces^{33,34}.

En los últimos años gran parte del interés sobre el molusco contagioso (igual que en las verrugas vulgares) se ha centrado en si se debe tratar ese proceso infeccioso y, en caso afirmativo, cuándo hacerlo y qué terapia emplear³⁵⁻⁴⁰.

Muchos autores creen que es necesario tratar el molusco contagioso por los siguientes motivos:

- Alivio de los síntomas, incluido el prurito, que en ocasiones limita la asistencia escolar u otras actividades sociales.
- Razones cosméticas y estigma social asociado con muchas lesiones visibles.
- Reduce el curso de la enfermedad impidiendo su propagación a otras áreas del cuerpo (autoinoculación) y el contagio a otras personas^{4,5}.
- Previene la formación de cicatrices, la inflamación, la hemorragia de las lesiones, la reacción granulomatosa crónica y la infección secundaria¹².

- Evita la exclusión durante meses o años de actividades físicas, como la natación y los deportes de contacto. No tratar la enfermedad implica que en casa no se podrían compartir toallas, esponjas o algunas prendas de vestir, así como bañarse con los padres o los hermanos (lo que genera estrés a los padres y los niños)³⁷.
- El tratamiento sólo de los pacientes con muchas lesiones, de años de evolución o que desarrollan complicaciones, no parece adecuado, ya que representan precisamente algunos de los supuestos en que el cuadro es más resistente a los distintos procesos terapéuticos^{33,34}.
- La dermatitis atópica infantil se ha convertido en un problema de salud pública en los países desarrollados, con una prevalencia del 20-30%⁴¹. Estos pacientes presentan cuadros más extensos¹⁶, y muchos autores lo consideran un criterio para iniciar el tratamiento¹⁰. La intensa xerosis, el prurito constante, la frecuente colonización cutánea por *Staphylococcus aureus*, una barrera cutánea alterada, la disminución de la inmunidad celular y la administración de corticoides e inhibidores de la calcineurina tópicos (pimecrolimus y tacrolimus, que también se asocian a prurito-quemazón local) pueden favorecer la diseminación del molusco contagioso; por ello, retrasar el inicio del tratamiento dificulta el control posterior^{42,43}.

Algunos clínicos señalan las siguientes razones para no tratar:

- En pacientes con el sistema inmunitario conservado, la resolución de la enfermedad es espontánea y no suele dejar cicatriz³⁸. Recordemos que esa resolución puede tardar 5 años, y en un tercio de los casos presenta complicaciones, entre las que se incluyen las cicatrices.
- Hay muchos tratamientos disponibles, pero algunos de ellos son dolorosos (generan estrés psíquico a los padres y los niños) y pueden dejar cicatrices. En la actualidad se puede minimizar el dolor con anestésicos tópicos, así como las cicatrices eligiendo la opción terapéutica más adecuada. Los pacientes no tratados presentan estrés al no poder realizar las mismas actividades que sus compañeros u hermanos.
- En una revisión reciente de la Cochrane Database se concluye que no se ha demostrado que ninguna intervención sea convincentemente efectiva para tratar el molusco contagioso. Pocos estudios evalúan la eficacia y la seguridad de los tratamientos para el molusco contagioso (incluido el raspado o la crioterapia). En general, son series con un tamaño muestral pequeño y, a menudo, con grandes pérdidas durante el seguimiento⁴⁴. Esta revisión recoge estudios realizados hasta marzo de 2004, y finaliza mencionando que se necesitan más estudios prospectivos que evalúen las opciones de tratamiento más utilizadas, como el raspado, algo que ha sucedido en estos últimos 4 años^{29,30,42,43}.

En conclusión, cabe mencionar que el molusco contagioso es una infección autolimitada en individuos sanos. Es muy útil explicar a los padres las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones terapéuticas²⁷. El tratamiento no siempre es necesario, pero muchas veces debe pautarse para acelerar el

proceso de resolución de las lesiones y prevenir la autoinoculación o la transmisión del virus por contacto íntimo⁴⁵. En todos los casos se aconseja adoptar medidas de cuidados de la piel, tratar las posibles complicaciones asociadas a las lesiones del molusco contagioso y explicar las actividades que no se pueden realizar mientras aquéllas persistan²⁴. El tratamiento habitual es el raspado y la expresión de las lesiones con pinza o cantaridita; sin embargo, cuando las lesiones son múltiples, se deben barajar otras opciones, como los queratolíticos tópicos³³. En cualquier caso, el tratamiento debe ser individualizado en cada paciente, según la edad, el número de lesiones, la localización, las complicaciones, los antecedentes de atopia, el miedo, la distancia al centro médico..., y las habilidades del médico (existen varias modalidades terapéuticas que, en manos expertas, pueden ser resolutivas)^{9,40,45,46}.

Bibliografía

1. Sterling JC. Virus infections. En: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's. Textbook of dermatology*, 7.ª ed. Londres: Blackwell Publishing, 2004; 1-83.
2. Lowy DR, Androphy EJ. Molusco contagioso. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. *Fitzpatrick. Dermatología en medicina general*, 6.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005; 2.391-2.394.
3. Fonseca Capdevila E. Infecciones cutáneas más frecuentes en la infancia. En: Fonseca Capdevila E, ed. *Dermatología pediátrica*. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L., 2005; 1.649-1.713.
4. González Hermosa MR, Soloeta Arechavala R. Molusco contagioso. *Piel*. 2001; 16: 322-328.
5. Stulberg DL, Hutchinson AG. Molluscum contagiosum and warts. *Am Fam Physician*. 2003; 67: 1.233-1.240.
6. Torrelo A. Infecciones víricas. En: Torrelo A, ed. *Dermatología en pediatría general*. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L., 2007; 85-111.
7. Fernández Chico N, Domingo Herranz H, Ribera Pibernat M. Los motivos de consulta dermatológica más frecuentes en pediatría (II). *FMC*. 2007; 14: 343-353.
8. Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí RM, Font A. Dermatitis infantiles en la consulta de dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 111-118.
9. Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de dermatología pediátrica (1990-1999). *Actas Dermosifiliogr*. 2002; 93: 369-378.
10. Hanson D, Diven DG. Molluscum contagiosum. *Dermatol Online J*. 2003; 9: 2.
11. Molino AC, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Patient demographics and utilization of health care services for molluscum contagiosum. *Pediatr Dermatol*. 2004; 21: 628-632.
12. Scheinfeld NS. Molluscum contagiosum. *SKINmed*. 2008; 7: 89-92.
13. Madan V, August PJ. Facial molluscum contagiosum in a patient with rheumatoid arthritis taking methotrexate. *Clin Exp Dermatol*. 2007; 33: 337-355.
14. Chaudhary M, Kulkarni M. Molluscum contagiosum in human immunodeficiency virus infected patients. *Indian J Dent Res*. 2008; 19: 155-159.
15. Noguera Flores I, Borbujo J. Molluscum contagiosum en un paciente inmunodeprimido. *FMC*. 2005; 12: 255-256.

16. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 54: 47-54.
17. Braue A, Ross G, Varigos G, Kelly H. Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: a case series and critical review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2005; 22: 287-294.
18. Manzini AJ, Bodemer C. Viral infections. En: Schachner LA, Chan- sen R, eds. *Pediatric dermatology*. Nueva York: Mosby, 2003; 1.059-1.092.
19. Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum. *Int J Dermatol*. 2006; 45: 93-99.
20. Choong KY, Roberts LJ. Molluscum contagiosum, swimming and bathing: a clinical analysis. *Australas J Dermatol*. 1999; 40: 89-92.
21. Pérez Gala S, Alonso Pérez A, Ríos Buceta L, Aragües Montañés M, García Díez A. Molluscum contagiosum on a multicoloured tattoo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006; 20: 221-222.
22. Monteagudo B, León Muiños E, Suárez I, Antón Badiola IM. Verrugas en tatuaje. *Piel*. 2004; 19: 527-528.
23. O'Connell C, Oranje A, Van Gysel D, Silverberg NB. Congenital molluscum contagiosum: report of four cases and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2008; 25: 553-556.
24. Silverberg NB. Pediatric molluscum contagiosum. Optimal treatment strategies. *Pediatr Drugs*. 2003; 5: 505-512.
25. Smith KJ, Skelton H. Molluscum contagiosum: recent advances in pathogenic mechanisms, and new therapies. *Am J Clin Dermatol*. 2002; 3: 535-545.
26. McKenna DB, Benton C. Molluscum contagiosum. En: Lebowitz M, Heymann WR, Berth Jones J, Coulson I, eds. *Treatment of skin disease. Comprehensive therapeutic strategies*. Madrid: Mosby, 2002; 398-400.
27. Martín García RF, García ME, Rosado A. Modified curettage technique for molluscum contagiosum. *Pediatr Dermatol*. 2007; 24: 192-194.
28. Scheinfeld N. Treatment of molluscum contagiosum: a brief review and discussion of a case successfully treated with adapelene. *Dermatol Online J*. 2007; 13: 15.
29. Romero G, Garrido JA, Rodríguez Vázquez M, García Arpa M, Cortina P, García Bracamonte B. Tratamiento tópico con cantaridina de moluscos contagiosos. *Actas Dermosifiliogr*. 2004; 95: 548-552.
30. Cathcart S, Coloe J, Morrell DS. Parental satisfaction, efficacy, and adverse events in 54 patients treated with cantharidin for molluscum contagiosum infection. *Clin Pediatr (Phila)*. 2008.
31. Myhre PE, Levy ML, Eichenfield LF, Kolb VB, Fielder SL, Meng TC. Pharmacokinetics and safety of imiquimod 5% cream in the treatment of molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol*. 2008; 25: 88-95.
32. Maronn M, Salm C, Lyon V, Galbraith S. One-year experience with candida antigen immunotherapy for warts and molluscum. *Pediatr Dermatol*. 2008; 25: 189-192.
33. Simonart T, De Maertelaer V. Curettage treatment for molluscum contagiosum: a follow-up survey study. *Br J Dermatol*. 2008; 159: 1.144-1.147.
34. Hanna D, Hatami A, Powell J, Marcoux D, Maari C, Savard P, et al. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol*. 2006; 23: 574-579.
35. Goodyear HM, Taibjee SM. Warts and molluscum. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2007; 92: 199.
36. Roberts S. Warts and molluscum: an impractical guide. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2007; 92: 199.
37. Lio P. Warts and molluscum. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2007; 92: 199-200.
38. Fox GN. Molluscum contagiosum. *Pediatr Dermatol*. 2007; 24: 334.
39. Lio P. Warts and molluscum. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2007; 92: 119-124.
40. Smolinski KN, Yan AC. How and when to treat molluscum contagiosum and warts in children. *Pediatr Ann*. 2005; 34: 211-221.
41. Conde Taboada A, González Barcala FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 690-700.
42. Goksugur N, Ozbostanci B, Goksugur SB. Molluscum contagiosum infection associated with pimecrolimus use in pityriasis alba. *Pediatr Dermatol*. 2007; 24: 63E-65E.
43. Bordel Gómez MT. Molluscum contagiosum relacionado con el uso de pimecrolimus en dermatitis atópica. *Piel*. 2008; 23: 586-587.
44. Van der Wouden JC, Menke J, Gajadin S, Koning S, Tasche MJ, Van Suijlekom Smit LW, et al. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 19: CD004767.
45. Valentine CL, Diven D. Treatment modalities for molluscum contagiosum. *Dermatol Ther*. 2000; 13: 285-289.
46. Macaya Pascual A. *Guía de tratamientos dermatológicos*, 3.ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2007.