



ORIGINAL BREVE

Molusco contagioso: estudio descriptivo

B. Monteagudo^{a,*}, M. Cabanillas^a, A. Acevedo^b, C. de las Heras^a, L. Pérez-Pérez^c,
O. Suárez-Amor^a y M. Ginarte^d

^aServicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, A Coruña, España

^bTécnico de Salud, Unidad de Formación Continuada, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, A Coruña, España

^cServicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, España

^dServicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Recibido el 3 de septiembre de 2009; aceptado el 15 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 31 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Dermatitis atópica;
Molusco contagioso;
Piscina;
Poxvirus

Resumen

Introducción: El molusco contagioso (MC) es una infección cutánea viral causa frecuente de consulta. El objetivo de este estudio es evaluar los casos vistos en nuestro Servicio, analizar los datos epidemiológicos y el tratamiento pautado.

Pacientes y método: Estudio descriptivo, entre el 16 de junio de 2008 y el 15 de enero de 2009, de los pacientes que acudieron con MC al Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, España. En cada caso se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, atopia, asistencia a piscina, número de lesiones y tratamiento.

Resultados: Se seleccionó a 140 pacientes con MC. La edad media fue de 10,7 años. El 51,43% de los pacientes presentaba atopia y el 72,1% acudía a la piscina. La media del número de lesiones fue de 13,3, mayor en varones, pacientes con atopia y usuarios de piscina. El tratamiento consistió en legrado en el 86,4% de los casos.

Conclusiones: Los niños con dermatitis atópica y los que acuden a piscina presentan MC con más frecuencia y en mayor número. Aunque la opción terapéutica es individualizada en función del paciente y las capacidades del médico, el legrado es la más empleada.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benims@hotmail.com (B. Monteagudo).

KEYWORDS

Atopic dermatitis;
Molluscum
contagiosum;
Swimming pool;
Poxvirus

Molluscum contagiosum: Descriptive study**Abstract**

Introduction: Molluscum contagiosum is a cutaneous viral infection that often requires assistance. The aim of our study is to review the cases admitted in our clinic, evaluate the epidemiological features and the treatment prescribed.

Patients and methods: We conducted a descriptive survey of the patients diagnosed of molluscum contagiosum in our clinic (Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, Spain) between June 16th 2008 and January 15th 2009. The following dates were recorded in all cases: age, sex, personal history of atopy, swimming pool attendance, number of lesions and treatment prescribed.

Results: 140 cases of molluscum contagiosum were included in the study. Average age was 10.7 years. 51.43% of patients had a personal history of atopy and 72.1% used to attendance swimming-pool. Average number of lesions was 13.3, with a higher number of them in males, atopic and swimming-pool attendants. Curettage was the treatment performed in 86.4% of cases.

Conclusions: Atopic dermatitis and swimming-pool attendance were associated in our study with a higher frequency and number of molluscum contagiosum. Although different therapeutic options must be evaluated depending on the patient and clinical skills, curettage is the most frequent treatment performed by dermatologists.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El molusco contagioso (MC) es una infección cutánea de origen viral causa frecuente de consulta en Pediatría de Atención Primaria y de Dermatología¹ (en un estudio fue el motivo de consulta en el 8,4% de los pacientes de ≤ 16 años)². Está causado por el virus *Molluscum contagiosum*; el tipo uno es el causante del 75–90% de los casos y es el más frecuente en niños³. Su diagnóstico es clínico, basado en el aspecto típico y sólo en caso de duda se recurre a otros métodos⁴.

Afecta principalmente a 3 grupos poblacionales: 1) la infancia; 2) los adultos sexualmente activos, donde las lesiones suelen localizarse en el área genital, y se considera una infección de transmisión sexual⁵, y 3) los individuos inmunodeprimidos de cualquier origen, con cuadros más extensos y lesiones faciales de mayor tamaño refractarias a los tratamientos habituales^{6,7}.

El objetivo de este estudio es evaluar los casos de MC vistos en nuestro Servicio, analizar los datos epidemiológicos y el tratamiento pautado.

Pacientes y método

Estudio descriptivo en el que se seleccionó, entre el 16 de junio de 2008 y el 15 de enero de 2009, a los pacientes que acudieron como primera consulta con MC al Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos (atiende a 192.956 habitantes). En cada caso se recogieron de forma protocolizada los siguientes datos: sexo, edad, asociación a atopia (dermatitis atópica, asma, rinitis, conjuntivitis o alergia a ácaros o a pólenes), asistencia regular a la piscina en los 3 meses previos a la

aparición de las lesiones, número de MC en el momento de la exploración y tratamiento pautado.

El diagnóstico de MC se basó en su aspecto típico: pápulas hemisféricas, de menos de 0,5 cm de diámetro, a menudo umbilicadas, de color blanquecino o similar a la piel circundante.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas. Se utilizó el test Chi-Cuadrado en el análisis de las variables categóricas, mientras que las de tipo cuantitativo se analizaron mediante el test t-Student. Los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 12.0. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados

Durante los 7 meses del estudio se seleccionó a 140 pacientes con MC. No existía diferencia en la distribución por sexo: el 50,7% eran varones y el 49,3% eran mujeres. La edad media fue de 10,7 años con una desviación típica de 11,6 y la mediana fue de 7 años. El 51,43% de los pacientes presentaba algún tipo de atopia (tabla 1). El 72,1% había acudido con frecuencia a la piscina en los 3 meses previos a la aparición de las lesiones.

La media del número de MC fue de 13,3 con una desviación típica de 14,6 y una mediana de 8, con una media más alta en los varones (15,6 lesiones frente a 10,9 en las mujeres). Existió diferencia estadísticamente significativa a favor de que los que tenían atopia presentaban más MC que los que no tenían atopia (15,8 frente a 10,6 lesiones). En los pacientes que acudían a la piscina observamos una media de 13,4 MC frente a los 13 que no lo hacían, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 1 Antecedentes personales de atopia de los pacientes con moluscos contagiosos

Forma de atopia	n	%
No	68	48,57
Sólo dermatitis atópica	42	30
Dermatitis atópica asociada a otra forma de atopia (asma, rinitis, conjuntivitis o alergia a ácaros o a pólenes)	14	10
Asma o rinitis o conjuntivitis o alergia a ácaros o a pólenes; sin presentar dermatitis atópica	16	11,43
Total	140	100

Tabla 2 Tratamiento pautado por un dermatólogo del estudio

Tratamiento	n	%
No	2	1,4
Legrado	121	86,4
Expresión con pinza	8	5,7
Queratolíticos	3	2,1
Legrado y queratolíticos	3	2,1
Legrado y crioterapia	3	2,1
Total	140	100

En la **tabla 2** se recoge el tratamiento pautado por el dermatólogo que consistió en sólo legrado en el 86,4%, mientras que en el 1,4% (2 pacientes) no se realizó tratamiento.

Discusión

Nuestro estudio corrobora parte de lo indicado en la literatura médica:

La infancia es el grupo etario que consulta con más frecuencia por MC, y el número de lesiones es en general menor de 20. A menudo son pacientes con dermatitis atópica y esto se relaciona con un número mayor de lesiones. Posiblemente la diseminación del MC puede favorecerse por la xerosis, el prurito constante (genera rascado y autoinoculación de lesiones), la colonización cutánea por *Staphylococcus aureus*, una barrera cutánea alterada, la disminución de la inmunidad celular o la administración de corticoides e inhibidores de la calcineurina⁸⁻¹⁰.

El antecedente de uso de piscinas es un hallazgo habitual en estos pacientes, ya que facilita la transmisión de la enfermedad por contacto con personas infectadas (piel con piel) a través de fómites (objetos contaminados empleados para nadar, como manguitos o “corchos”, o para el aseo, como toallas o esponjas) y por alteración de la barrera cutánea causada por el agua clorada. Existen

otros factores, como calor, humedad ambiental y mala higiene, pero el contacto íntimo parece más importante en nuestro medio: el 35% de los pacientes tiene algún familiar afectado y brotes epidémicos relacionados con uso de piscinas, baños comunales o deportes de contacto^{9,11,12}. La principal limitación de este estudio es la falta de un grupo control (población sin MC) que permita afirmar que los MC afectan más a los pacientes atópicos y que se asocian al uso de piscinas.

En pacientes inmunocompetentes el MC es una infección autolimitada y la mayoría se resuelven espontáneamente en el transcurso de 6 meses a 4 años, por tanto, el tratamiento no siempre es necesario¹³. Se deben aconsejar medidas de cuidado de la piel, tratar las complicaciones asociadas y explicar qué actividades no se pueden realizar mientras persisten las lesiones¹⁴. Nuestra actitud fue tratar a casi la totalidad de los pacientes. Esto se debe a: 1) gran parte pertenece a grupos poblacionales (pacientes con dermatitis atópica, pacientes inmunodeprimidos y adultos con lesiones genitales), donde está clara la necesidad de tratar; 2) los niños (o sus padres) no estaban dispuestos a suspender ciertas actividades mientras persistían las lesiones (piscina, deportes de contactos, etc.), y 3) en más de un tercio de los casos hay prurito, en el 10% aparece una reacción eczematosa alrededor de las pápulas, llamada dermatitis de molusco, y en ocasiones hay complicaciones, como sobreinfección bacteriana y cicatrices; en regiones perioculares pueden asociarse a conjuntivitis folicular crónica y a queratitis punteada superficial o a abscesos recurrentes^{15,16}.

La opción terapéutica debe ser individualizada en función del paciente (edad, número de lesiones, localización, complicaciones, antecedentes de atopia, miedo, distancia al centro médico, etc.) y las capacidades del médico (existen varias modalidades terapéuticas que, en manos expertas, son resolutivas)^{15,17,18}. El legrado ha sido la opción terapéutica que hemos empleado en la mayoría de los casos. En un estudio reciente se señala el legrado, frente a la cantaridina, la combinación de ácido láctico y ácido salicílico y el imiquimod, como la más eficaz y con menos efectos secundarios (se puede minimizar el dolor al aplicar una hora antes, bajo oclusión, el anestésico tópico mezcla de lidocaína y prilocaína o sólo de lidocaína)¹⁹. Entre los factores asociados a fracaso terapéutico se incluye la presencia de más de 10 lesiones, hecho que destaca la importancia de un diagnóstico y un tratamiento precoz y la necesidad en estos casos de barajar otras opciones, como los queratolíticos tópicos²⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Plantin P. Molluscum contagiosum. Arch Pediatr. 2007;14: 1157-1159.
2. 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;99:111–8.
3. Nelson KC, Morrell DS. Spreading bumps: Molluscum contagiosum in the pediatric population. *Pediatr Ann.* 2007;36:814–816–8.
 4. González Hermosa MR, Soloeta Arechavala R. Molusco contagioso. *Piel.* 2001;16:322–8.
 5. Monteagudo B, Cabanillas M, Suárez-Amor O, Vázquez-Blanco M, López-Mouriño VM. El molusco contagioso como infección de transmisión sexual. *Cad Aten Primaria.* 2009;16:176–9.
 6. Dave S, Thappa DM, Karthikeyan K. Disseminated and disfiguring molluscum contagiosum in a child. *Pediatr Dermatol.* 2003;20:436–439.
 7. Madan V, August PJ. Facial molluscum contagiosum in a patient with rheumatoid arthritis taking methotrexate. *Clin Exp Dermatol.* 2007;33:347.
 8. 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.
 9. Coloe J, Burkhart CN, Morrell DS. Molluscum contagiosum: What's new and true? *Pediatr Ann.* 2009;38:321–5.
 10. Goksugur N, Ozbostanci B, Goksugur SB. Molluscum contagiosum infection associated with pimecrolimus use in pityriasis alba. *Pediatr Dermatol.* 2007;24:E63–5.
 11. Choong KY, Roberts LJ. Molluscum contagiosum, swimming and bathing: A clinical analysis. *Australas J Dermatol.* 1999;40:89–92.
 12. 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;22:287–94.
 13. 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.
 14. Silverberg NB. Pediatric molluscum contagiosum: Optimal treatment strategies. *Paediatr Drugs.* 2003;5:505–12.
 15. Monteagudo B, Cabanillas M, León-Muiños E, Suárez-Amor O, Vázquez-Blanco M, Corrales A. Molusco contagioso: ¿cuándo se debería iniciar el tratamiento? *Acta Pediatr Esp.* 2009 En prensa.
 16. Scheinfeld NS. Molluscum contagiosum. *Skinmed.* 2008;7:89–92.
 17. Smolinski KN, Yan AC. How and when to treat molluscum contagiosum and warts in children. *Pediatr Ann.* 2005;34:211–221.
 18. Coloe J, Morrell DS. Cantharidin use among pediatric dermatologists in the treatment of molluscum contagiosum. *Pediatr Dermatol.* 2009;26:405–8.
 19. 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;23:574–9.
 20. Simonart T, De Maertelaer V. Curettage treatment for molluscum contagiosum: A follow-up survey study. *Br J Dermatol.* 2008;159:1144–7.