

Molusco contagioso

El molusco contagioso es una patología viral muy frecuente, especialmente entre los niños. Es causada por el virus del molusco contagioso perteneciente a la familia poxvirus. En pacientes sanos su curso es generalmente autolimitado y relativamente benigno.

Este virus afecta solo a los humanos, ya que se replica solo en los queratinocitos infectados.

Afecta principalmente la piel, pudiendo comprometer más raramente labios, conjuntiva y mucosa oral.

EPIDEMIOLOGÍA

Su distribución es mundial, observándose principalmente en países subdesarrollados o en áreas tropicales.

Afectan en primer lugar a niños y adolescentes sanos, presentando dos picos de incidencia: el primero entre los 2 y 3 años y luego entre los 10 y 12. Se observa también una mayor incidencia entre los niños que concurren a piletas (de agua caliente o fría).

Entre las vías de transmisión se citan el contacto directo con individuos infectados, fomites y la autoinoculación.

También, puede afectar a los adultos aunque menos frecuentemente, ya que la mayoría de los adultos presentan una resistencia relativa a la infección por molusco contagioso ya que este grupo etario por lo general presenta anticuerpos contra los antígenos virales.

Cuando se presenta en los adultos, por lo general, esta infección es adquirida por contacto sexual, comprometiendo principalmente la región inguino genital o en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular, como el HIV, pacientes sometidos a tratamientos inmunosupresores o portadores de enfermedades malignas.

PATOGENIA

El virus del Molusco Contagioso es un virus ADN doble cadena intracelular obligado; tiene forma de ladrillo y contiene 2 membranas, una interna y otra externa, que rodean su núcleo ovalado. Hasta la actualidad se han descubierto 4 subtipos de molusco contagioso: MC I, MC II, MC III, MC IV. Clínicamente estos subtipos son indistinguibles, aunque se describe que los niños presentan más frecuentemente MC I, mientras el resto de los subgrupos predominan en los adultos.

Debido a su alta antigenicidad, este virus ha debido adaptarse naturalmente para perpetuarse, para esto codifica proteínas que alteran la respuesta inmune local del portador. Como primera línea de combate, la inmunidad debe lidiar con la cubierta colágeno lipídica que funciona como una verdadera barrera física y por último el VMC contiene proteínas homólogas de citoquinas celulares y proteínas ligadoras de citoquinas, llevando así a una inhibición de la respuesta inmune.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Luego del contacto, presenta un período de latencia variable, de 1 semana a 6 meses antes de hacerse clínicamente manifiesto.

Comienzan como pequeñas pápulas lisas, suaves, de color piel normal o nacarado y aspecto sólido, con una umbilicación central. En el interior presenta un núcleo blanquecino, sólido, uni o poli lobulado que contiene las partículas virales propiamente dichas.

Las lesiones pueden ser únicas, aunque se caracterizan por ser múltiples (dado su alto grado de contagiosidad por autoinoculación) ubicándose difusamente o agrupándose en racimos.

El tamaño de las lesiones es variable, desde casi imperceptible hasta unos 6mm, pudiendo ser llamativamente más grandes en individuos inmunocomprometidos (hasta 15-20mm).

En un comienzo se caracterizan por su firmeza, volviéndose más flácidas mientras maduran, desapareciendo luego en un período de tiempo variable que va entre 2 meses a 3 años.

En cuanto a su topografía, en los niños se destaca su predilección por tronco y extremidades y principalmente los pliegues (axilar, antecubital y hueco poplíteo) y párpados. Puede afectar también cara, cuello, región glútea y genitales. Generalmente respeta palmas, plantas y cuero cabelludo.

Más raramente puede afectar labios, lengua, mucosa oral o borde libre del párpado.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El diagnóstico clínico de las lesiones típicas de molusco contagioso es sencillo, pero en algunas oportunidades estas lesiones pueden ser confundidas con verrugas vulgares, quistes de millium, pústulas de acné o tumores anexiales entre otros. En los pacientes HIV el diagnóstico del molusco contagioso es más difícil, ya que a los diagnósticos diferenciales previamente citados debe sumarse la patología infecciosa como el criptococo, la Bartonella o la histoplasmosis.

COMPLICACIONES

Por lo general, las lesiones de molusco contagioso son asintomáticas, pero de alta contagiosidad.

Mucho se habla acerca de la relación entre el molusco contagioso y la dermatitis atópica dada la alta frecuencia con

la cual las lesiones de molusco se esquematizan. Dado que ambas patologías tienen una muy alta prevalencia entre los niños, es difícil precisar si el virus encuentra en la piel de los atópicos un terreno predispuesto (por las soluciones de continuidad o excoriaciones) o si las lesiones virales producen una respuesta de hipersensibilidad que se manifiestan clínicamente como eczema.

Otra de las complicaciones frecuentes de los moluscos es la impetiginización.

Dado que no es raro que estas lesiones se localicen en la delicada piel de los párpados, pueden encontrarse también complicaciones oftalmológicas como conjuntivitis y queratitis por a la liberación de partículas virales hacia estas estructuras oculares, o pannus vascular.

También se puede considerar complicaciones, las localizaciones no poco frecuentes en la región perianal o genital.

COMPLICACIONES

- Eczematización
- Sobreinfección
- Conjuntivitis o queratitis
- Localización en zona perianal o genital

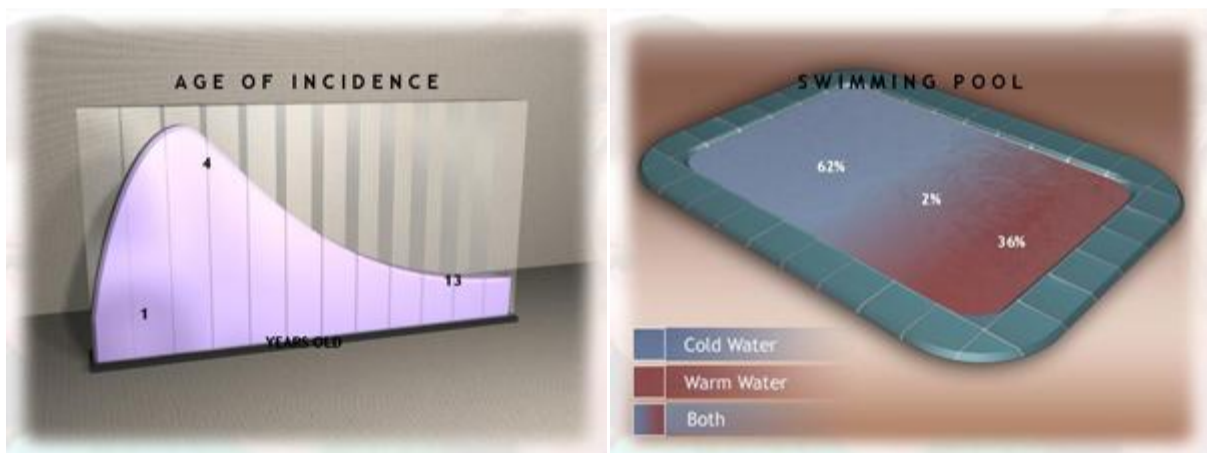
TRATAMIENTO

Si bien se trata de una patología benigna y de curso autolimitado, se recomienda su tratamiento precoz para evitar su diseminación y las potenciales complicaciones previamente citadas.

Las posibilidades terapéuticas son múltiples, basándose la mayoría de ellas en el concepto que la ruptura de la membrana proteica despierta la respuesta inmune facilitando así la erradicación de la lesión.

El procedimiento de elección, tanto en niños como adultos, es el curetaje, ya que se trata de un procedimiento sencillo, rápido y económico. Solo se necesita de una cureta (que puede ser descartable o re-esterilizable) y de la previa colocación de un anestésico tópico.

Entre el resto de las numerosas posibilidades se encuentran el imiquimod al 5%, la tretinoína al 0,05%, el hidróxido de potasio al 10%, la criocirugía, el podofilino o podofilotoxina, la cantaridina, el láser de Co2 o luz pulsada, la cimetidina y el cidofovir, entre otros.





*Realizado en el Depto. de Pediatría Dermatológica del Htal. Ramos Mejia de la Ciudad de Buenos Aires
A cargo de la Profesora Adjunta Dra. Margarita Larralde Matrícula Nacional 45667 y la Dra. Paula Luna
Matrícula Nacional 110753*