

## **Manifestaciones dermatoscópicas del Molusco Contagioso.**

Uraga Enrique. Briones María Cecilia, Uraga María Verónica .

### **Resumen**

El molusco contagioso es una enfermedad frecuente en niños cuyo diagnóstico generalmente es clínico. Presentaciones en adultos o formas atípicas pueden dificultar ese diagnóstico. La dermatoscopia aporta datos bastante precisos y propios del cuadro como: conformación central polilobular y patrón vascular ya determinados.

**Palabras clave:** Molusco contagioso. Dermatoscopia .

### **Summary**

Molluscum contagiosum is a frequent disease of children in which the diagnosis is usually clinical. Adult cases or atypical presentations can make the diagnosis more challenging. Dermatoscopy can contribute to the diagnosis with precise and specific patterns such as central polilobular and vascular patterns.

**Key words :** Molluscum contagiosum. Dermatoscopy.

### **Introducción**

El molusco contagioso (MC), es una enfermedad universalmente distribuida con mayor incidencia en zonas tropicales y causada por un virus de la familia poxvirus: el virus del molusco contagioso (VMC)). Es una dolencia común en niños y poco frecuente en adultos, en los cuales se la considera un cuadro de transmisión sexual o induce a buscar una asociación con inmunodeficiencias sobre todo HIV.

Este cuadro fue descrito por Bateman en los comienzos del siglo XIX. En 1841 Henderson y Paterson describen los cuerpos de inclusión citoplasmáticos actualmente conocidos como cuerpos de Henderson – Patterson o cuerpos de molluscum. En los inicios del siglo XX Juliusberg, Wile y Kingery extraen el virus de las lesiones y demuestran su transmisibilidad. (1)

En los últimos años, hemos notado un incremento de la incidencia del proceso en nuestro medio lo que concuerda con reportes de otros países (2). Este incremento puede estar relacionado con el aumento de casos por transmisión sexual y otros concomitantes con HIV (entre 5 a 20 % de los pacientes con HIV tienen VMC sintomático)(3-4). Este incremento en la transmisión sexual puede explicar el hecho que en los adultos haya mayor incidencia en zonas cercanas a los genitales, mientras que en los niños, las lesiones predominan en cara, tronco y extremidades. Se ha reportado mayor incidencia y extensión de las lesiones en pacientes con dermatitis atópica (5-6)

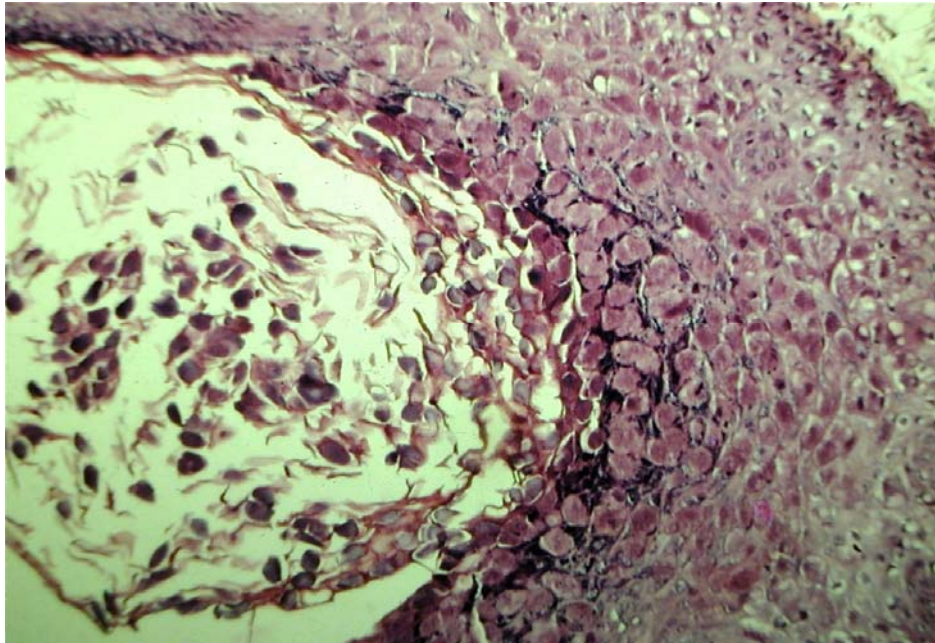
Hay cuatro subtipos principales de molusco contagioso: VMC 1, VMC 2, VMC 3 y VMC 4 (1). Los cuatro subtipos causan las mismas lesiones clínicas. El VMC 1 es el subtipo

que predomina en el 98 % de los casos en Estados Unidos. Los otros genotipos sobre todo el VMC 2, son más comunes en inmunocomprometidos, especialmente por HIV. Igualmente los otros subtipos pueden prevalecer en otros países (5).

### **Patogenia**

La transmisión se realiza primariamente a través de contacto directo de la piel con un individuo infectado, pero existen otras fuentes de infección como toallas de baño en gimnasios, instrumental de tatuaje, salones de belleza, baños turcos, deportes de contacto con fricción directa y masajes, etc. (1). Se discute la posibilidad de transmisión a través de piscinas que es apoyada por diversos reportes (7). El período de incubación es variable, puede ir de 2 a 7 semanas con un rango que se extiende a 6 meses.

Histológicamente, se observa hiperplasia epidérmica que produce un cráter lleno con cuerpos de moluscum, muy grandes, de más de 35 micrones, inclusiones intracitoplásmicas eosinófilas a basófilas que empujan el núcleo y gránulos de queratohialina hacia un lado (8)( Fig.-1)



Fig,-1 Histopatología del caso de la Fig 2. Presencia de cuerpos de molluscum caracterizado por inclusiones eosinófilas que ocupan las células.

Lesiones intactas no dejan inflamación, pero cuando se rompen, se observa un denso infiltrado inflamatorio consistente en células mononucleares, neutrófilos y células gigantes mononucleadas (8).

Las llamadas factorías virales están ubicadas en las capas de Malpighi y de células granulares (1). Los cuerpos de moluscum contienen gran número de viriones maduros.

Estos se mantienen intracelularmente en un medio semejante a un saco rico en lípidos y colágeno que se piensa, está hecho para evitar la respuesta inmune del huésped. La ruptura y descarga de la células virales empaquetadas se produce en el centro de la lesión.

### **Cuadro Clínico**

Las lesiones se presentan como pápulas elevadas o cupuliformes, lisa, de aspecto redondeado, translúcidas, firmes, de 2 a 5 mm, del color de la piel, rosadas o blanco perlado. Presentan un poro central umbilicado, a través del cual se puede extraer un tapón similar a queso. (Fig.-2)

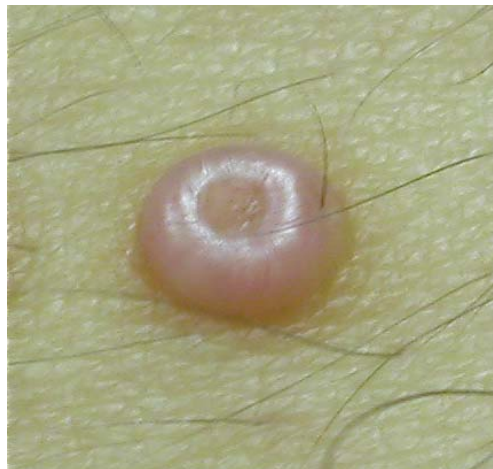


Fig.-2 MC: lesión cupuliforme con centro umbilicado de color rosado.

Alrededor de 10 % de los pacientes desarrollan eccema alrededor de las lesiones (9).

Por lo común se presentan en número moderado (menos de 20) pero pueden llegar a centenas. Raramente alcanzan un gran tamaño (varios cm) constituyendo el llamado molusco gigante (10) (Fig.-3).

Fig.-3 MC solitario gigante. Diferencial con verruga vulgar.

En otras ocasiones, puede desarrollarse una zona eritematosa muy marcada alrededor de la lesión, lo que representa una respuesta inmune del huésped contra el VMC y puede anunciar una involución espontánea (11)(Fig.-4).



Fig.-4. MC: Eritema perilesional

Además de la forma clásica del MC, existen las llamadas formas atípicas (12) por presentación inusual, pérdida de la umbilicación central o localización infrecuente, mientras que en caso de inmunosupresión o del llamado Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (13), se observa un número exagerado de lesiones. **La llamada dermatitis eccematosa del molusco (Fig.-5) que rodea a veces a las lesiones, puede** propagar la infección cuando el paciente se rasca y subsecuentemente autoinocula el virus en otras regiones (14)



Fig.-5 MC: Dermatitis eczematososa del MC.

El diagnóstico diferencial cuando se trata de lesiones múltiples se lo hace con verrugas planas, condiloma acuminado, siringoma o hiperplasia sebácea entre otras; cuando es una lesión solitaria, con el carcinoma basocelular, verruga vulgar, queratoacantoma y quiste de inclusión epidérmica (15).

### **Medios de diagnóstico**

El aspecto clínico es generalmente diagnóstico, sin embargo en casos de duda se puede realizar:

- Estudio histopatológico que permite observar lóbulos invertidos de epitelio escamoso conteniendo los cuerpos de inclusión del MC de gran tamaño y con el núcleo marginado hacia la periferia.
- Extendido del material exprimido de la parte central de la lesión, para observar sin tinción o mediante las de Giemsa, Gram, Wright o Papanicolau los cuerpos de inclusión grandes y tabicados (1).
- Técnicas de inmunohistoquímica o de hibridación in situ para DNA que permiten demostrar la presencia del virus.
- Estudio con hidróxido de potasio al 10 % del material triturado entre dos vidrios para observar los cuerpos de inclusión (16)
- Dermatoscopia

### **Manifestaciones dermatoscópicas**

A partir del estudio de Vásquez y col. (17), sobre manifestaciones dermatoscópicas en pacientes con 33 dermatosis no tumorales el molusco contagioso se ubica dentro del grupo de enfermedades con características dermatoscópicas vasculares diagnósticas, las cuales junto con otros signos conforman el patrón del MC (18-19-20):

- Pápulas de formas redondeadas generalmente uniformes (Fig.- 6)

- Imagen en “huevo frito” muy repetitiva con un poro central (Fig.-6)
- Presencia de un material amorfo polilobular, color blanco amarillento dentro del poro central, que corresponde histopatológicamente a hiperplasia epidérmica endofítica lobulada con cuerpos de inclusión intracitoplásmicos (Fig.-7)
- Vasos en horquilla con disposición en corona (llamada corona roja) en la periferia, que pueden corresponder a vasos dilatados en la dermis (Fig.-8)
- Vasos ramificados lineares o curvilíneos que no cruzan el centro de los lóbulos. (Fig.-9)
- A veces puntos rojos rodeando la pápula



Fig.- 6 Estructuras redondeadas con poro central, semejando huevos fritos.

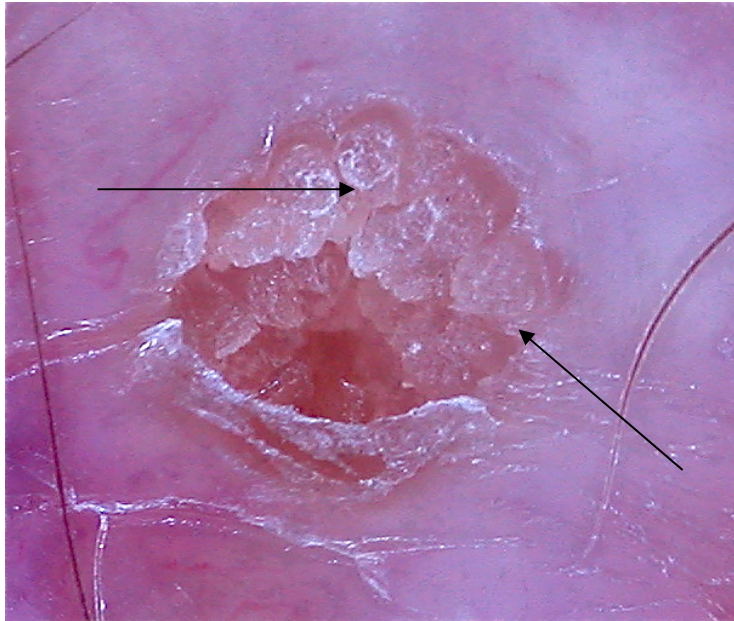
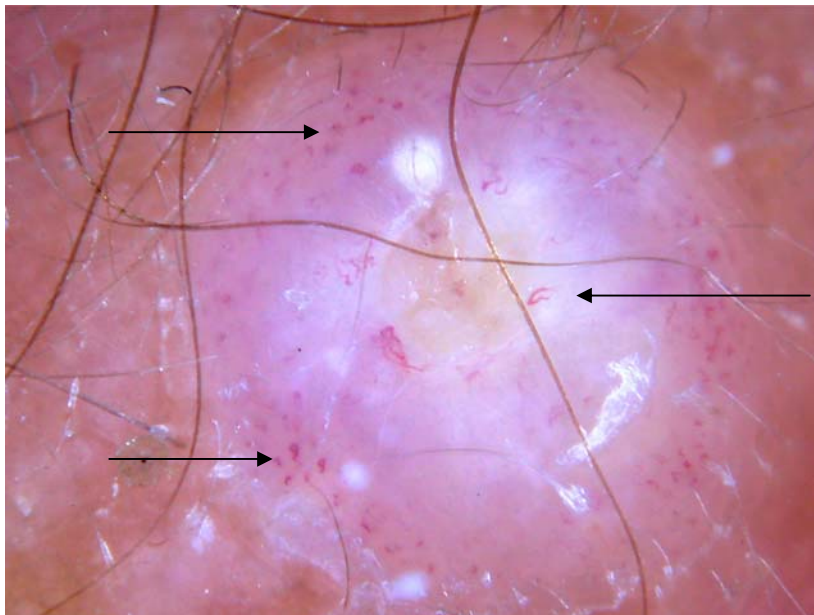


Fig.- 7 Material amorfo polilobulado (flechas) que ocupa el poro.



Fig,-8 Vasos en horquilla, imagen en corona roja. (Flechas).

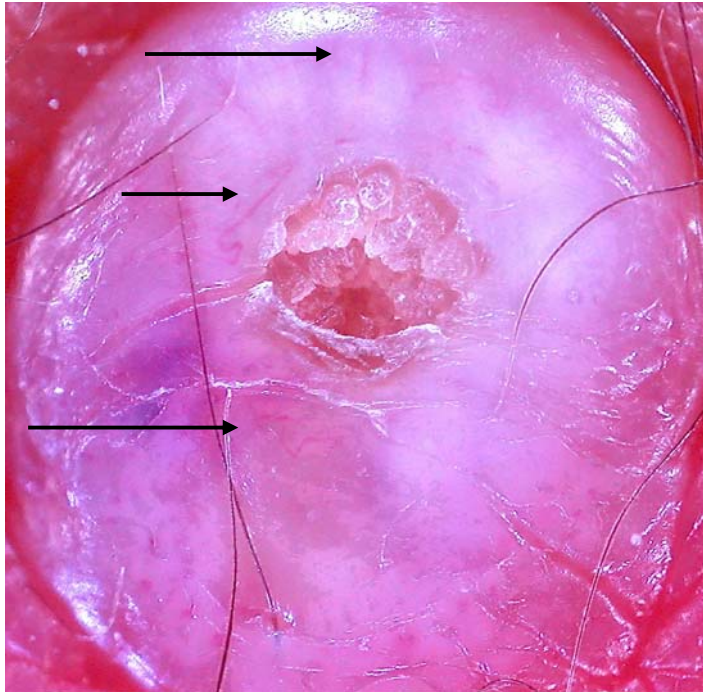


Fig.-9 Vasos lineares y curvos que no cruzan el poro central

En otras ocasiones puede asociarse con otras enfermedades y provocar dudas diagnósticas. La dermatoscopia también puede alterarse y mostrar características escasas o diferentes, como es el caso que se presenta: MC sobre vergetures y asociados a tiñas de abdomen e ingle Se observa ausencia del patrón vascular y poros muy dilatados, tal vez por la ubicación sobre las estrías distensae. (Figs 10-11-12).





Fig.-10 MC de flanco (flecha negra) vergetures y tiña tricofítica de abdomen (flecha roja)

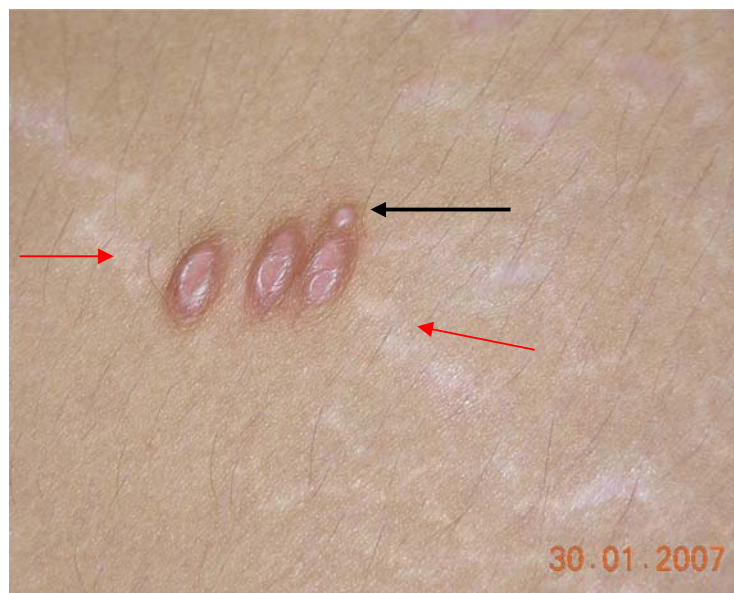


Fig.-11 Las lesiones del flanco con mayor acercamiento. Presencia de 4 lesiones alargadas ubicadas sobre vergetures (flechas rojas) y una redondeada sobre piel normal (flecha negra).



Fig.-12 La dermatoscopia muestra la presencia de poros centrales muy dilatados. El material amorfo se observa homogéneo y con ausencia de patrón vascular.

### **Conclusiones**

Si bien el MC es una infección frecuente y de sencillo diagnóstico en niños, en algunos casos las presentaciones atípicas y el aumento de la infección en adultos pueden dificultar un correcto diagnóstico. La presencia de lesiones en pacientes inmunocomprometidos, provoca exuberancia lesional con pérdida de las características clásicas. El molusco contagioso gigante y solitario provoca dudas diagnósticas en algunos casos.

La dermatoscopia permite identificar rápidamente los patrones dermatoscópicos de estas lesiones permitiendo un diagnóstico rápido y bastante seguro.

### **Bibliografía**

1. Hanson D, Diven DG. Molluscum contagiosum. *Dermatol Online J* 2003; 9:2.
2. Becker TM, Blount JH, Douglas J, Judson FN. Trends in molluscum contagiosum in the United States, 1966-1983. *Sex Transm Dis* 1986;13(2):88-92
3. Schwartz JJ, Myskowski PL.: Molluscum Contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol* 1992;27: 583.
4. Nakahigashi K, Tanioka M, Araki E, Sawatake T, Miyachi M, Utani A. Case of AIDS disclosed by refractory pruritic xerosis and molluscum contagiosum. *J Dermatol* 2007;34:668-670.
5. Dohill 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

6. Sterling JC. Virus infection. Chapter 25 In: Rook's Textbook of Dermatology , seventh edition Blackwell Publishing 2004;vol 2:25.11-25.15.
7. Choong KY, Roberts LJ. Molluscum contagiosum, swimming and bathing: A clinical analysis. *Australas J Dermatol* 1999; 40:89-92.
8. Rapini RP. Molluscum contagiosum en: *Practical Dermatopathology*. Elsevier Mosby 2005: 197-198.
9. Graham –Brown R, Savin J, Milner J. Churchill Livingstone 2004. *Dermatology*. In clinical practical series. 69-72.
10. Harris PS, Saag MS. Dermatologic Manifestations of human Immunodeficiency Virus infection. *Curr Probl Dermatol*. 1997; 9:217-222.
11. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology Third edition Elsevier Saunders 2006; Chapter 15 Viral Diseases of the Skin :397-422
12. Sáez M, Rodríguez M, Carnerero A, et al. Atypical molluscum contagiosum. *J EADV* 2006;20: 465-466.
13. Pereira B, Fernandes C, Nachiambo N, Catarino C, Rodrigues A, Cardoso J. Exuberant molluscum contagiosum as a manifestation of the immune reconstitution inflammatory syndrome. *Dermatol Online J* 2007; 13(2):6.
14. Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum *International Journal of Dermatology* 2006; 45 :93-99
15. Severson JL, Tyring SK. Viral Disease Update. *Curr Probl Dermatol* 1999; 11(2):59-60.
16. Bauer JH, Miller OF, Peckham SJ. Confirming the diagnosis of molluscum contagiosum using 10% potassium hydroxide. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56:104-5
17. Vázquez-Lopez F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol* 2004; 150:226-231.
18. Zaballos P, Ara M, Puig S, Malhevy J. Dermoscopy of molluscum contagiosum: a useful tool for clinical diagnosis in adulthood
19. Marghoob AA, Braun RP, Kopf AW. *Atlas of Dermoscopy*. Taylor & Francis. 2005 Chapter 11 : 299-306.
20. Cabo H. *Dermatoscopia Ediciones Journal* 2008 Cap 12: 277-285.