



Cad Aten Primaria  
Ano 2009  
Volume 16  
Páx. 176-179

## El molusco contagioso como infección de transmisión sexual

Benigno Monteagudo

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. España.

Miguel Cabanillas

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. España.

Óscar Suárez-Amor

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. España.

Manuel Vázquez-Blanco

Dermatólogo. Xerencia de Atención Primaria. Santiago de Compostela. España.

Víctor Manuel López-Mouriño

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Monforte de Lemos. Lugo. España.

Admitido para publicación en febrero 2009

Sr. Director,

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas infecciones de naturaleza bacteriana, viral, fúngica o parasitaria en las que la transmisión por vía sexual reviste interés epidemiológico, aunque no sea el mecanismo principal de transmisión<sup>1</sup>. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) modifica las manifestaciones clínicas de algunas ITS, que a su vez participan en la mayor transmisión y adquisición de la infección por el VIH<sup>2,3</sup>. El interés de esta carta es destacar el aumento de la incidencia de molusco contagioso en la población adulta sexualmente activa<sup>4</sup>, infección que cuando se localiza en área genital es habitualmente una ITS que, pese a ser "la gran olvidada"<sup>5,6</sup>, precisa unas medidas específicas.

El molusco contagioso es una infección cutánea benigna de origen viral con una incidencia de 2% a 10% en la población total. Está causado por el virus *Molluscum contagiosum* (MCV), de la familia de los poxvirus (*Poxviridae*). Se ha identificado dos tipos principales de MCV, MCV-1 (el 75%-90%, el más frecuente en niños) y MCV-2 (el más habitual en lesiones genitales de pacientes inmunodeprimidos)<sup>7,8</sup>. El período de incubación es de 2 semanas a 6 meses aunque hay casos de recién nacidos con lesiones desde el nacimiento<sup>9</sup>.

Su diagnóstico en la práctica habitual es clínico, basado en su aspecto típico, sólo en casos de duda se recurre a otros métodos como citología o biopsia para estudio histopatológico. Son pápulas hemisféricas, de menos de 1 cm de diámetro, a menudo umbilicadas, de color blanquecino o similar a la piel circundante. Al exprimir las desde la base sale un material blando y granuloso. Pueden afectar cualquier parte de la superficie cutánea, incluido mucosas<sup>10,11</sup>.

Se observa principalmente en 3 grupos poblacionales:

### Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez,  
C/ Alegre, 83-85, 3ªA. 15401 Ferrol.  
benims@hotmail.com

1) La infancia. En niños, a menudo atópicos, habitualmente aparecen menos de 20 lesiones agrupadas en una o dos áreas del cuerpo, fundamentalmente el tronco y las extremidades<sup>12,13</sup>. No son infrecuentes las lesiones genitales por autoinoculación, sin embargo, los clínicos siempre debemos estar alerta por si presentara otros signos que pudieran sugerir un abuso sexual<sup>14</sup>.

2) Los adultos sexualmente activos. Suelen presentar lesiones en pubis, abdomen, nalgas, piel de genitales, región proximal de los muslos (figura 1), mucosa oral o región perioral<sup>15,16</sup>. Supone un 1-3% de los diagnósticos en clínicas de ITS<sup>17,18</sup>.



FIGURA 1

Moluscos contagiosos en ingle derecha de un varón, diagnóstico simultáneo con el de infección por el VIH.

3) Individuos inmunodeprimidos (VIH, lupus eritematoso sistémico, neoplasias, trasplantes, tratamientos inmunosupresores, inmunodeficiencias, etc)<sup>19,20</sup>. Las personas con infección por VIH son especialmente propensas a esta infección, con una incidencia de 3% a 18%, que aumenta a medida que la inmunodeficiencia progresa. Las lesiones se localizan en cara (especialmente la zona de la barba), cuello y región genital. Son extensas y de mayor tamaño, tendentes a confluír formando placas (lo cual dificulta su diagnóstico) y refractarias a los tratamientos habituales. En muchos casos son adquiridos por

transmisión sexual, de hecho son más frecuentes en pacientes con contactos homosexuales que entre usuarios de drogas por vía parenteral<sup>21-23</sup>. Con la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) aparecen formas leves semejantes a las que observamos en pacientes sanos<sup>24,25</sup>.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la transmisión del virus se asocia con calor, humedad ambiental y mala higiene, pero el contacto íntimo es mucho más importante: en el 35% de los casos hay algún otro miembro de la familia afecto, brotes epidémicos relacionados con el uso de piscinas, baños comunales o practicar deportes de contacto y la autoinoculación favorece la propagación. La enfermedad se transmite por contacto con personas infectadas (piel con piel), vía sexual y a través de fómites (objetos contaminados como esponjas, toallas o "corchos" para nadar)<sup>26,27</sup>.

En pacientes inmunocompetentes es una enfermedad autolimitada, la mayoría se resuelven espontáneamente en el transcurso de 6-9 meses (a veces más de 5 años). En los pacientes con infección por VIH que no reciben tratamiento antirretroviral el cuadro persiste<sup>7,10</sup>.

Las lesiones pueden ser asintomáticas pero en más de un tercio de los casos hay prurito y en el 10% aparece una reacción eczematosa e inflamatoria alrededor de las pápulas llamada dermatitis de molusco. En ocasiones se produce sobreinfección bacteriana, reacción granulomatosa crónica, cicatrices, eritema anular centrífugo, en regiones periorculares puede asociarse a conjuntivitis folicular crónica y queratitis punteada superficial, granuloma piogénico, eritema multiforme, abscesos recurrentes, etc<sup>11</sup>.

Hay un gran número de opciones de tratamiento. De una forma esquemática, la terapia se puede dividir en tres categorías (sólo mencionamos las que se usan con mayor frecuencia):

- a) Destrucción física de las lesiones (técnicas quirúrgicas): el curetaje (el legrado con cucharilla dermatológica sigue siendo el tratamiento más usado. Es el que mejores resultados ofrece en un número menor de visitas. En la actualidad se puede minimizar el dolor aplicando una hora antes, bajo oclusión, el anestésico tópico EMLA), la expresión con pinzas de la lesión, la electrocirugía y la crioterapia superficial (los 2 últimos métodos son dolorosos y pueden dejar alteraciones de la pigmentación). Siempre después de estos procedimientos debe aplicarse algún antiséptico como clorhexidina o povidona yodada<sup>28-30</sup>.
- b) Agentes tópicos:
  - b.1. Producen una respuesta inflamatoria local (causan irritación): la podofilotoxina, los retinoides tópicos, el nitrato de plata, la cantaridina al 0.7%-0.9% (para algunos autores el tratamiento de elección por la ventaja de ser indoloro en el momento de la aplicación pero causa casi siempre vesiculación), ácido salicílico al 5-20%, el hidróxido de potasio

al 10-15% y mezclas de queratolíticos y antisépticos (povidona yodada al 10% junto con ácido salicílico al 50%)<sup>31,32</sup>.

- b.2. Modificadores de la respuesta inmunitaria: el imiquimod (la ventaja de poder aplicarlo en la privacidad de su casa, lo que reduce el estrés, para algunos es el tratamiento de elección en lesiones en área anogenital)<sup>33</sup> y el cidofovir 0.3%-3% en gel o crema (sobre todo utilizado en pacientes VIH)<sup>34,35</sup>.
- c) Tratamiento sistémico (no se utilizan por falta de eficacia): la cimetidina, los fármacos homeopáticos y la griseofulvina. En un estudio prospectivo reciente se señala el curetaje como la opción terapéutica más eficaz y con menor número de efectos secundarios<sup>36</sup>. Uno de los factores que se asocian con un mayor fracaso terapéutico son más de 10 lesiones, esto no hace más que destacar la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz<sup>37</sup>. En todos se deben aconsejar unas medidas de cuidados de la piel, tratar las posibles complicaciones asociadas y explicar que actividades no pueden realizar mientras persistan las lesiones (piscina, deportes de contactos, compartir esponjas o toallas, afeitado si lesiones faciales,...)<sup>28</sup>.

En los últimos años gran parte del interés sobre el molusco contagioso se ha centrado en si se debe tratar este proceso infeccioso en la infancia (al ser un proceso autolimitado)<sup>38-41</sup>. Sin embargo en ciertos grupos poblacionales como los pacientes con dermatitis atópica, los individuos inmunodeprimidos y los adultos con lesiones genitales parece que está clara la necesidad de tratar:

- a) Los pacientes atópicos y los inmunodeprimidos deben tratarse por su tendencia a desarrollar cuadros con mayor número de lesiones, más persistentes y asociar inflamación y sobreinfección bacteriana<sup>21</sup>.
- b) El objetivo de la prevención y el control de las ITS es reducir su prevalencia mediante la interrupción de la transmisión, la reducción de la duración de la infección y la prevención del desarrollo de enfermedades y complicaciones (algunos ejemplos son educación sanitaria, estudio de contactos, diagnóstico y tratamiento efectivo de las personas sintomáticas). Por tanto, cuando las lesiones se presentan en área genital de adultos en general se recomienda tratamiento con el fin de reducir la transmisibilidad, evitar la autoinoculación y mejorar la calidad de vida del paciente debido a que pueden producir molestias en las relaciones sexuales y provocar problemas psicológicos<sup>42-44</sup>.

En conclusión, el molusco contagioso es una infección autolimitada en individuos sanos. El tratamiento no siempre es necesario y éste debe ser individualizado en función del paciente y habilidades del médico<sup>7</sup>. Cuando un adulto sexualmente activo presenta moluscos contagiosos debe tratarse para acelerar la resolución de las lesiones, para prevenir la autoinoculación o la transmisión del virus por contacto íntimo<sup>4</sup>. El uso de preservativo limita parte del contacto

piel/mucosa con piel/mucosa, pero no evita su transmisión por lesiones situadas a otro nivel. Muchos de estos pacientes presentan comportamientos sexuales de riesgo y por tanto deberíamos considerar que la aparición de moluscos contagiosos puede indicar la presencia de otra ITS o generar una alteración de la barrera cutánea que lo facilite<sup>18</sup>. Las autoridades sanitarias de algunos países recomiendan la notificación y visita rutinaria a las parejas, pero otras recomiendan ésta sólo si tienen sintomatología<sup>19</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rius C, Binefa G, Casabona J. Epidemiología de la infección por el VIH/sida y su relación con otras infecciones de transmisión sexual. Perspectivas de futuro. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:419-29.
- Monteagudo B, López Mouriño VM, Ordóñez P, Durana C, de las Heras C, Cacharrón JM. Úlceras herpéticas perianales en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana no diagnosticado previamente. *Actas Dermatosifiliogr*. 2006;97:479-80.
- Monteagudo Sánchez B, Rodríguez González L, León Muiños E, Ortiz Rey JA. Sífilis secundaria en paciente infectado por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:175-6.
- Vázquez F, Otero L, Ordás J, Junquera ML, Varela JA. Actualización en infecciones de transmisión sexual: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:392-411.
- Savall R. Enfermedades de transmisión sexual. *Aten Primaria*. 2005;36:278-9.
- Rodríguez Mayo MD, Veiga Tuimil M, Mariño Callejo A, García Rodríguez JF, de las Heras Sotos C, Monteagudo Sánchez B, Rodríguez Alonso A, Grandal Amor C, García Fernández E, López Rodríguez JM. Protocolo de diagnóstico y tratamiento das infecciones de transmisión sexual. Área Sanitaria de Ferrol. 2008.
- González Hermosa MR, Soloeta Arechavala R. Molusco contagioso. *Piel*. 2001;16:322-8.
- Stulberg DL, Hutchinson AG. Molluscum contagiosum and warts. *Am Fam Physician*. 2003;67:1233-40.
- 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;25:553-6.
- Vilata Corell JJ, Rodríguez Cerdeira MC, Zaragoza Ninet V, Hernández Bel P. Dermatitis víricas. En: Vilata Corell JJ. *Manual de Dermatología y Venereología*. Atlas y texto. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008;627-51.
- Scheinfeld NS. Molluscum contagiosum. *SKINmed*. 2008;7:89-92.
- Torrel A. Infecciones víricas. En: Torrel A. *Dermatología en Pediatría General*. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L., 2007;85-111.
- Fernández Chico N, Domingo Herranz H, Ribera Pibernat M. Los motivos de consulta dermatológica más frecuentes en pediatría (II). *FMC*. 2007;14:343-53.
- Rojo JM, Gil J, Escudero J. Manifestaciones cutáneas del abuso sexual en la infancia. *Piel*. 2003;18:70-7.
- Tariq A, Ross JDC. Viral sexually transmitted infections: current management strategies. *J Clin Pharm Ther*. 1999;24:409-14.
- de Boni Crotti D, Monsálvez Honrubia V, Valverde Garrido R, Guerra Tapia A, Llamas Martín R, Rivera Díaz R. Dermatitis causadas por virus. En: Guerra Tapia A. *Manual y atlas de las enfermedades de los genitales del varón*. Barcelona: Editorial Glosa, S.L., 2008;75-103.
- Al-Multairi N, Joshi A, Nour-Eldin O, Sharma AK, El-Adawy I, Rjhwani M. Clinical patterns of sexually transmitted diseases, associated sociodemographic characteristics, and sexual practices in the Farwaniya region of Kuwait. *Int J Dermatol*. 2007;46:594-9.
- Handsfield HH. ETS. 2ª Edición. Madrid: Marban, 2002.
- Tan HH, Goh CL. Viral infections affecting the skin in organ transplant recipients: epidemiology and current management strategies. *Am J Clin Dermatol*. 2006;7:13-29.
- Madan V, August PJ. Facial molluscum contagiosum in a patient with rheumatoid arthritis taking methotrexate. *Clin Exp Dermatol*. 2007;33:337-55.
- Chaudhary M, Kulkarni M. Molluscum contagiosum in human immunodeficiency virus infected patients. *Indian J Dent Res*. 2008;19:155-9.
- Nogueras Flores I, Borbujo J. Molluscum contagiosum en un paciente inmunodeprimido. *FMC*. 2005;12:255-6.
- Palit A, Inamadar AC. Papulonodular genital growths in an HIV-infected woman. *Clin Infect Dis*. 2004;38:1585,1633-4.
- Sen S, Bhaumik P. Resolution of giant Molluscum contagiosum with antiretroviral therapy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74:267-8.
- Almagro Sánchez M, García Silva J, Fonseca Capdevila E. Manifestaciones cutáneas actuales de la infección por el VIH. *Piel*. 2002;17:57-67.
- 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.
- Choong KY, Roberts LJ. Molluscum contagiosum, swimming and bathing: a clinical analysis. *Australas J Dermatol*. 1999;40:89-92.
- Silverberg NB. Pediatric molluscum contagiosum. Optimal treatment strategies. *Pediatr Drugs*. 2003;5:505-12.
- Macaya Pascual A. *Guía de Tratamientos Dermatológicos*. 3ª Edición. Madrid: Jarpyo Editores, 2007.
- Maestro Saavedra FJ, Méndez Baliñas JA, López de los Reyes R, Vázquez Blanco M, Veleiro Tenreiro MJ, Puime Montero P. Grupo de Cirugía Menor de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria. *Cad Aten Primaria*. 2007;14:68-70.
- 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;95:548-52.
- 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.
- Hengge UR, Cusini M. Topical immunomodulators for the treatment of external genital warts, cutaneous warts and molluscum contagiosum. *Br J Dermatol*. 2003;149 (Suppl. 66):15-9.
- Calista D. Topical cidofovir for severe cutaneous human papillomavirus and molluscum contagiosum infections in patients with HIV/AIDS. A pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14:484-8.
- Baxter KF, Hight AS. Topical Cidofovir and Cryotherapy – combination treatment for recalcitrant molluscum contagiosum in a patient with HIV infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18:230-1.
- Hanna D, Hatami A, Powell J, Marcoux D, Maari C, Savard P, Thibeault H, McCuaig C. 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.
- Simonart T, De Maertelaer V. Curettage treatment for molluscum contagiosum: a follow-up survey study. *Br J Dermatol*. 2008;159:1144-7.
- Goodyear HM, Taibjee SM. Warts and molluscum. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2007;92:199.

39. Lio P. Warts and molluscum. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2007;92:119-24.
40. Smolinski KN, Yan AC. How and when to treat molluscum contagiosum and warts in children. Pediatr Ann. 2005;34:211-21.
41. van der Wouden JC, Menke J, Gajadin S, Koning S, Tasche MJ, van Suijlekom Smit LW, Berger MY, Butler CC. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database Syst Rev. 2006;19:CD004767.
42. Tying SK. Molluscum contagiosum: the importance of early diagnosis and treatment. Am J Obstet Gynecol. 2003;189 (3 Suppl):S12-6.
43. Ting PT, Dytoc MT. Therapy of external ano genital warts and molluscum contagiosum: a literature review. Dermatol Ther. 2004;17:68-101.
44. Vall Mayans M. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Piel. 2005;20:205-7.