

Molusco contagioso y SIDA [AIDS and molluscum contagiosum]

Patricia Chang, Edlin Mayté Lizama Auyón

Department of Dermatology, Hospital General de Enfermedades IGSS and Hospital Ángeles, Guatemala

Corresponding author: Dr. Patricia Chang, E-mail: pchang2622@gmail.com

Sir,

Paciente masculino 57 años de edad hospitalizado por un cuadro diarreico sin ningún antecedente familiar de importancia de reciente diagnóstico de infección VIH que es enviado en interconsulta al Servicio de Dermatología por presentar una dermatosis localizada a la cara con predominio en la frente constituida por numerosas neoformaciones blanquecinas de diferentes tamaño algunas umbilicadas (Fig. 1) a la dermatoscopia se observa una lesión blanquecina polilobulada (Fig. 2). Resto del examen dentro de límites normales. Al momento de su diagnóstico el conteo de CD4 fue de 99, carga viral.

Se hace el diagnóstico clínico de moluscos contagiosos se le realiza biopsia de una de las lesiones, la cual mostro los característicos cuerpos del molusco llamados de (Fig. 3).

Se inicio tratamiento con efavirenz 600 mg/día, trimetopin/sulfa 960 mg/d, fluconazol 150 mg/día, tenofovir 300 mg + emtricitabina 200 mg/d cada 24 horas,

El molusco contagioso o molusco sebáceo de Hebra, enfermedad benigna de la piel ocasionada por el virus del molusco contagioso (VMC) perteneciente a la familia de los poxviridae, virus DNA de doble cadena realiza su replicación en el citoplasma de los queratinocitos. En 1817 Bateman fue el pionero en describir la enfermedad, y en el año de 1841 Henderson y Paterson describieron por primera vez las inclusiones intracitoplasmáticas, las cuáles son llamadas por su nombre.

Es de distribución mundial, con una incidencia del 2-8% [1] afecta con mayor frecuencia a tres grupos

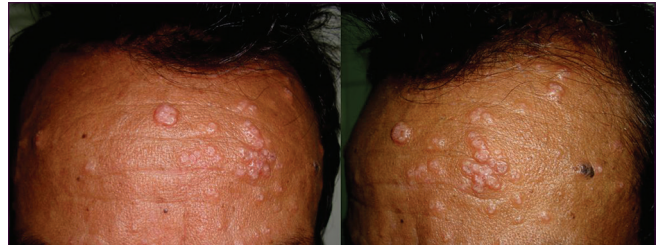


Figure 1: Múltiples moluscos contagiosos en región frontal.



Figure 2: Aspecto dermatoscópico de la lesión.

principales: 1- la infancia con un pico de incidencia de 10-12 años de edad. 2- personas con actividad sexual, posicionándose como una enfermedad de transmisión sexual y 3- pacientes con alteraciones inmunitarias especialmente pacientes con VIH-SIDA donde se reporta una incidencia del 5 al 18% [2], se puede asociar con linfocitos TCD4 menor de 200 u/mL [3].

Hay 4 subtipos principales siendo: VMCI, VMCI, VMCI y VMCI. Entre estos subtipos destacan el VMCI, con mayor prevalencia mundial (75-90%)

How to cite this article: Chang P, Lizama Auyón EM. Molusco contagioso y SIDA [AIDS and Molluscum Contagiosum]. Our Dermatol Online. 2016;7(4):482-484.

Submission: 25.02.2016; Acceptance: 18.04.2016

DOI:10.7241/ourd.20164.132

principalmente en niños; y el VMCII que predomina en pacientes VIH positivos.

En pacientes VIH-SIDA, esta virosis puede aparecer y exacerbarse luego de empezar la terapia antirretroviral, formando parte del síndrome de reconstitución inmunitaria y cuando el recuento de linfocitos TCD4 se encuentre en un rango menor de 100 u/mL [4]. En adultos la aparición del VMC requiere la evaluación del estado de inmunosupresión, ya que se manifiesta en fases avanzadas de la enfermedad, pero en niños rara vez se asocia con él. Se reporta un caso interesante de un niño de 2 años de edad con lesiones de VMC en nalgas. Se revela por prueba de ELISA estado de inmunosupresión intensa confirmando diagnóstico de VIH-SIDA con linfocitos TCD4 120 u/mL y carga viral 200.000 copias/mL [5].

Clínicamente las lesiones son pápulas o lesiones de aspecto nodular, esféricas, brillantes, firmes, elevadas e indoloras y su principal característica es ser umbilicadas en el centro; el color de las lesiones varía, y puede ser de color de la piel, blanca perlada, rosada, o amarilla, de 2 a 5mm de diámetro, y comúnmente los pacientes tienen 1 a 30 lesiones al mismo tiempo [6], se puede localizar en tronco, axilas y extremidades en niños, cara interna de muslos, piernas, abdomen, genitales y glúteos en pacientes infectados por vía sexual

En pacientes con VIH-SIDA la morfología de las lesiones es distinta, pueden ser numerosas (Figs. 4a-4c), grandes (Fig. 5) y si miden más de un centímetro se clasifican como molusco contagioso gigante [7]. Las lesiones suelen ser predominantemente en cara y cuello pero puede verse en cualquier otro sitio del cuerpo (Fig.6)

El diagnóstico es clínico la histopatología muestra la presencia los cuerpos de inclusión Henderson- Paterson [2].

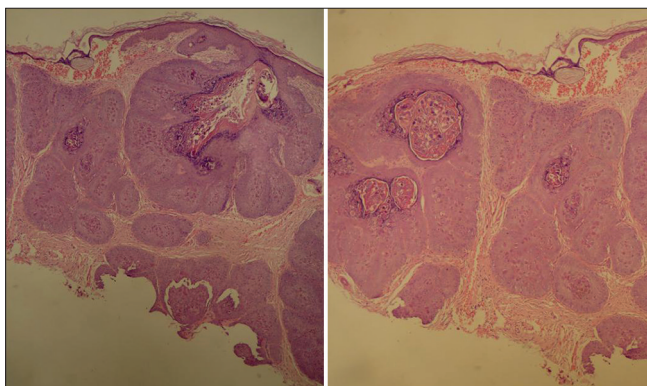


Figure 3: Cuerpos del molusco en biopsia de piel.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con criptococosis, peniciliosis, histoplasmosis, granuloma piógeno, carcinoma basocelular nódulo quístico, carcinoma basocelular superficial, queratoantoma, verrugas vulgares, hidrocistomas, siringomas, tricoepiteliomas, glándulas sebáceas ectópicas, xantoma eruptivo,

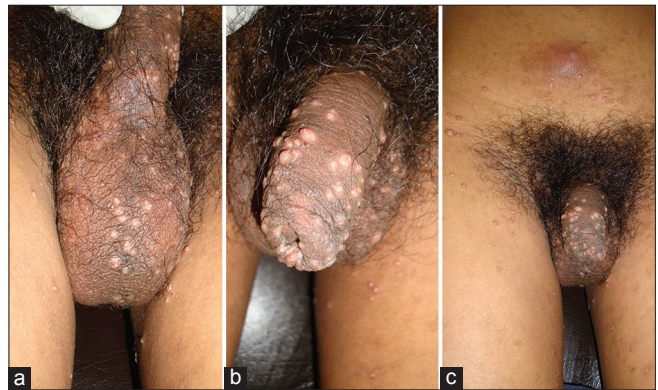


Figure 4: a-c Múltiples moluscos contagiosos en área genital.



Figure 5: Molusco contagioso grande.



Figure 6: Diferentes áreas de localización del molusco.

xantoma diseminado, foliculitis, hiperqueratosis folicular y quistes de millium [8]. Todos estos diferenciales han sido agrupados bajo el término de "síndrome moluscoide" [9].

Para el tratamiento se puede usar extracción, curetaje, crioterapia, podofilina, podofilotoxina, laser, hidróxido de potasio al 15%, cantaridina, electrodesecación e inmunomoduladores como: el imiquimod tópico al 5% el cual ha demostrado ser más eficaz que el ácido salicílico petrolato al 5% [10].

Ciertos antivirales como el ritonavir y especialmente el cidofovir, el cual ha demostrado buenos resultados en pacientes con VIH-SIDA [9].

BIBLIOGRAFÍA

1. Garza R, Gonzáles S, Ocampo J. Manifestaciones cutáneas del VIH. *Gac. Méd Méx.* 2014;150:194-221.
2. Martínez M, Villena M, Villena A. Molluscum contagiosum. *Rev Clín Med Fam.* 2009;2:312-4.
3. Grisel L, Pérez S, Peralta M. Manifestaciones dermatológicas en los pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de linfocitos CD4 en la clínica de infecciones de transmisión sexual del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pacua. *Dermatol Rev Mex.* 2014;58:3-9.
4. Drain P, Mosam A, Gounder L, Gosnell B, Manzini T, Moosa M. Recurrent giant molluscum contagiosum immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) after initiation of antiretroviral therapy in a HIV-infected south african male. *Int J STD AIDS.* 2014;25:235-8.
5. Basu S, Kumar A. Giant Molluscum contagiosum - A clue to the diagnosis of Human Immunodeficiency infection. *J Epidemiol Global Health.* 2013;3:289-91.
6. Imali F, Pritchard J, Edwards S, Grover D. UK National Guideline for the management of Genital Molluscum in adults 2014. Clinical effectiveness group British Association for Sexual Health and HIV. *Int J of STD & AIDS.* 2015;26:687-95.
7. Loyo M, Zapata G, Santana G. Molusco contagioso. Evaluación de diversas modalidades terapéuticas. *Dermatol Venez.* 2003;41:25-8.
8. Vora R, Pilani A, Kota R. Extensive giant molluscum contagiosum in a HIV positive patient. *J Clin Diag Res.* 2015;9:1-2.
9. Aldama A, Acosta R, Pereira J, Arenas R. Síndrome moluscoide. *Rev. Dermatología, cosmética, médica y quirúrgica.* 2014;12:288-92.
10. Theiler M, Kempf W, Kerl K, French L, Hofbauer G. Disseminated molluscum contagiosum in a HIV-positive child. Improvement after therapy with 5% imiquimod. *J Dermatol Case Rep.* 2011;2:19-23.

Copyright by Patricia Chang, et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared.