

Molusco contagioso e infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Comunicación de dos casos

Sara Pérez Cortés,* Alberto Ramos Garibay,** Edda Bernal Ruiz***

RESUMEN

El molusco contagioso (MC) es una enfermedad viral común de la piel y de las membranas mucosas de niños sanos. Se presenta de una manera diseminada en niños y adultos con inmunodeficiencia incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Presentamos el caso de un paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Palabras clave: Molusco contagioso, virus de la inmunodeficiencia humana.

ABSTRACT

Molluscum contagiosum is a common infection of the skin in healthy children. It may be seen in exuberant form in children and adults with immunodeficiency, including the acquired immunodeficiency syndrome. We present a case of a patient with human immunodeficiency virus.

Key words: *Molluscum contagiosum, human immunodeficiency virus.*

INTRODUCCIÓN

El molusco contagioso (MC) es una enfermedad común de la piel y de las membranas mucosas de niños sanos, causada por un poxvirus. Se presenta de una manera diseminada en niños y adultos con inmunodeficiencia incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.¹

Bateman fue el primero en describir la enfermedad en 1817. En 1841 Henderson y Paterson fueron los primeros en describir las inclusiones intracitoplasmáticas que llevan su nombre.^{2,3} A principios del siglo XX Juliusberg, Wile y Kingery pudieron aislar este virus.¹

El MC es una enfermedad frecuente en Estados Unidos ocupando el 1% de las enfermedades de la piel. La prevalencia en pacientes con VIH es del 5-18% y si la cuenta de CD4 es menor de 100 cel/mm³ es del 33%.

Puede encontrarse con más frecuencia en zonas tropicales donde el clima es cálido y húmedo aunque puede darse en cualquier parte del mundo.²

El virus de MC pertenece a la familia de los poxvirus, tiene un DNA de doble cadena de 200-300 nm de diámetro cuya estructura tiene reiteradas secuencias terminales invertidas, que se repiten en ambos extremos. Está compuesto por una capa externa que contiene

estructuras lipídicas y tubulares, o proteína globular, que encierran uno o dos cuerpos laterales y un núcleo, el cual contiene el genoma y usualmente es bicóncavo con dos cuerpos laterales. El virus se replica en el citoplasma de células epidérmicas infectadas.^{1,3}

En 1996, Senkevich y col. determinaron la estructura primaria y la capacidad de codificación del virus del MC. El genoma del virus del MC codifica aproximadamente 182 proteínas; el análisis de restricción de endonucleasas identificó 4 tipos: el VMC I y el VMC II tienen genomas de 185 kilobases (Kb) y 195 Kb respectivamente. El VMC III y IV son muy raros.²

El VMC I es el subtipo que con mayor frecuencia causa MC en todo el mundo con un porcentaje entre el 75-90%, particularmente en niños; mientras que el VMC II es el subtipo comúnmente encontrado en individuos con VIH.³

Es transmitido por fomites, el contacto físico y la autoinoculación. Es más frecuente en escolares y se ha asociado con deportes de contacto estrecho, especialmente luchas. También se transmite sexualmente.¹

El periodo de incubación del virus es de dos a ocho semanas aproximadamente.

Las lesiones en niños están localizadas generalmente en cara, pecho, cuello, axilas y brazos. En adultos infectados sexualmente, las lesiones generalmente aparecen en cara interna de muslos, piernas, abdomen, genitales y glúteos. Las lesiones en las palmas y en los pies no son frecuentes. Ocasionalmente aparecen en membranas mu-

* Jefe del Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual del CDP.

** Dermatólogo CDP.

*** Residente 4º año de Dermatología CDP.

cosas y nunca son internas. Se han reportado casos donde el MC causa conjuntivitis cuando aparece en párpados.

La lesión del molusco empieza con una pequeña pápula o lesiones de aspecto nodular, umbilicadas, con un tamaño de 2 a 5 mm de diámetro, inicialmente firmes, pálidas, del color de la piel, de aspecto perlado, indoloras; posteriormente se vuelven más blandas, grises y pueden supurar; pueden ser únicas o múltiples. Habitualmente desaparecen en 2 a 3 meses o hasta después de 6 a 18 meses. En personas inmunodeprimidas pueden permanecer por períodos muy largos.³

Las lesiones en individuos inmunocomprometidos son numerosas, diseminadas y de morfología atípica. En pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el molusco contagioso se presenta como un patógeno oportunista.

Se ha observado una relación inversa entre la cuenta celular de CD4 y el número de lesiones en estos pacientes.⁴

Los hallazgos histológicos son característicos: se observa una invaginación de la epidermis que contiene las inclusiones virales, los llamados cuerpos de molusco (cuerpos de Henderson-Paterson) densamente agrupados en estructuras lobulares.

El diagnóstico se realiza por las lesiones clínicas. La biopsia con los hallazgos histopatológicos de los cuerpos de Henderson-Paterson es diagnóstica.

La medición de anticuerpos por fijación de complemento aún no se encuentra estandarizada y usualmente se utiliza en protocolos de estudio.

La reacción en cadena de polimerasa se puede realizar para detectar y clasificar al virus del MC en lesiones de piel.^{1,2}

El diagnóstico diferencial se realiza con verrugas vulgares, acné, granuloma anular, granuloma piógeno, carcinoma basocelular, queratoacantoma, poroma ecrino, quiste epidérmico.¹

En pacientes con VIH el diagnóstico diferencial se realiza con criptococosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis, aspergilosis.⁴

El molusco contagioso no complicado es un problema cosmético. Puede ser fácilmente controlado con métodos destructivos locales como: el ácido retinoico, fenol, ácido salicílico, ácido láctico, cantaridina, ácido tricloroacético, solución de KOH, podofilotoxina, curetaje, crioterapia, electrocauterización, terapia fotodinámica; o bien, con agentes immunomoduladores: Imiquimod aplicado 3 veces por semana.¹⁻³

En pacientes con VIH, la terapia antirretroviral altamente efectiva (HAART) ayuda a mejorar y a disminuir la frecuencia de los brotes.

Se han publicado series de casos tratados con cidofovir (el cual es un inhibidor selectivo de la producción de DNA viral en el citomegalovirus), así como el uso de la radioterapia y del láser colorante pulsado en lesiones de pacientes con VIH con buenos resultados.⁴⁻⁷

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 64 años de edad, originario y residente de México, D.F. que acudió al Centro Dermatológico Pascua por iniciar 4 meses previos a su consulta con una dermatosis diseminada a tronco y extremidades inferiores, de tronco afectaba hipogastrio así como escroto y pene, de extremidades inferiores afectaba cara interna de muslos; bilateral y asimétrica. La dermatosis era de aspecto monomorfo constituida por numerosas neoformaciones hemisféricas, eritematosas de superficie lisa de 2 a 10 mm de diámetro, con umbilicación central en algunas de ellas, con tendencia a confluir, de evolución crónica y asintomática (*Figuras 1 y 2*).

Resto de piel y anexos sin alteraciones. Dentro de sus antecedentes refirió ser soltero, heterosexual, tuvo 4 parejas sexuales sin protección. Negó antecedentes quirúrgicos, transfusionales, alcoholismo y otras toxicomanías, así como enfermedades cronicodegenerativas. Se realizaron exámenes de laboratorio que incluyeron citometría hemática y química sanguínea que se encontraron dentro de parámetros normales, VDRL negativo, ELISA para VIH que fue positivo, el cual se confirmó por Western Blot. Con el diagnóstico presuntivo de probable molusco contagioso se realizó biopsia de piel. En la biopsia se observaron cuerpos de molusco agrupados en estructuras lobulares (*Figuras 3 y 4*).

El paciente no acudió a su cita de control para entrega de sus resultados de laboratorio y biopsia. Al tratar de localizarlo por vía telefónica, se nos informó que el paciente falleció por un cáncer gástrico un mes después de acudir para realización de sus estudios.

COMENTARIO

En pacientes inmunocomprometidos como son los pacientes con infección por VIH, el molusco contagioso es una infección oportunista cuya morfología y topografía tienden a ser atípicos con menor respuesta a los tratamientos y tendencia a la diseminación.

En el caso de nuestro paciente, las características clínicas de sus lesiones eran sugestivas de un estado de inmunosupresión por lo que se solicitaron los exámenes de laboratorio que reportaron ELISA para VIH positivo que se confirmó por Western Blot. No fue posible establecer al paciente debido a que no hubo oportunidad de realizar determinación de carga viral y CD4 debido a que el pa-



Figura 1. Numerosas neoformaciones hemiesféricas, eritematosas y umbilicadas que tienden a confluir.



Figura 2. Obsérvese a mayor detalle la morfología de las lesiones.

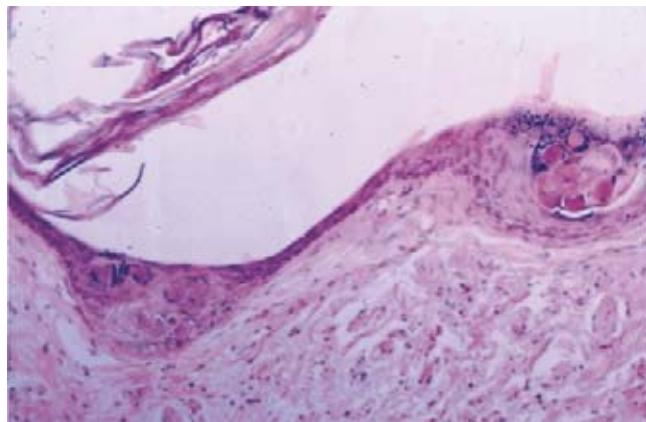


Figura 3. Se observan queratinocitos con grandes cuerpos de inclusión que corresponden a molusco. (H-E 25x)

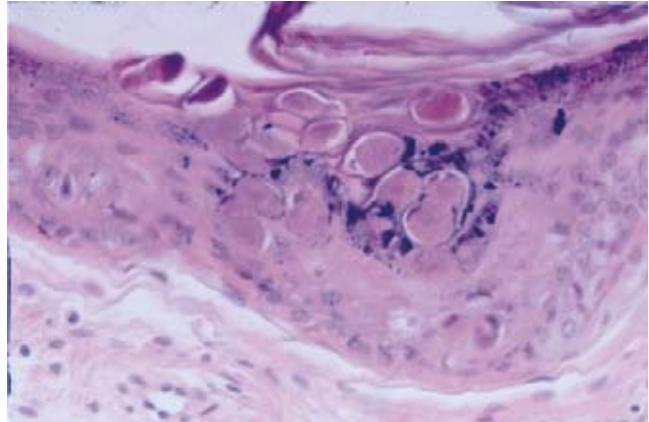


Figura 4. Se observa eliminación de cuerpos eosinofílicos de molusco (H-E 40x)

ciente falleció. El informante que se negó a decir el parentesco que tenía con el paciente mencionó que la causa de la muerte había sido cáncer gástrico, sin embargo esto no se pudo corroborar, pero de acuerdo a los resultados de laboratorio donde tanto la biometría hemática y la química sanguínea se encontraban dentro de límites normales, lo cual no refleja la presencia de algún padecimiento crónico-generativo o neoplásico, inferimos que la muerte del paciente pudiera haber sido consecuencia de alguna complicación secundaria a su estado de inmunodeficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Wiederkehr M, Schwartz RA. Giant hyperplastic molluscum contagiosum. *Acta Derm Venereol* 2002; 11: 101-105.
- <http://www.eMedicine.com/moluscocontagioso>.
- Bello V, Osorio J, Guerra M, Tovar V. Molusco contagioso infección oportunista del VIH/SIDA. *Acta Odontol Venezolana* 2005; 43(2): 101-106.
- Katzman M, Carey TJ, Elmets AC, Jacobs HG, Lederman MM. Molluscum contagiosum and the acquired immunodeficiency syndrome: clinical and immunological details of two cases. *Br J Dermatol* 1987; 116: 131-138.
- Martins RC, Kouba D. Molluscum contagiosum. *HIV Guide* 12-14-2006.
- Albini T, Rao N. Molluscum contagiosum in an immune reconstituted AIDS patient. *Br J Ophthalmol* 2003; 87: 1427-1428.
- Scolaro JM, Gordon P. Electron-Beam therapy for AIDS-related molluscum contagiosum lesions: preliminary experience. *Radiology* 1999; 210: 479-482.