

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **48**

Número
Number **1**

Enero-Febrero
January-February **2004**

Artículo:

Molusco contagioso en un paciente con
infección por el virus de la
inmunodeficiencia humana

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

Artículo original

Molusco contagioso en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Teodoro Carrada Bravo¹¹ Hospital General de Zona y Medicina Familiar 2, IMSS.**Resumen**

El molusco contagioso (MC) es una virosis cutánea, a veces desfigurante, no rara en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El propósito del estudio es describir las manifestaciones clínicas del MC en un paciente infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y revisar el uso de los métodos de diagnóstico de laboratorio. Es una investigación clínica de un varón homosexual, con lesiones faciales y genitales del MC, en quien se realizó la determinación de los linfocitos T-CD4+. La biopsia de piel demostró los lobulillos de queratinocitos, conteniendo cuerpos de inclusión intracitoplásmicos grandes (de Henderson-Patterson). El diagnóstico etiológico se confirmó con el examen directo y la tinción negativa de las partículas virales, en la microscopía electrónica. La respuesta al tratamiento tópico con nitrógeno líquido, el curetaje y la aplicación del ácido tricloracético fue muy pobre. Hubo cierta mejoría con el uso combinado del indinavir más ritonavir, la carga viral se abatió de 261,100 copias por mililitro a sólo 193,500, y el estado clínico permaneció estable. El MC puede servir como marcador cutáneo de la inmunodeficiencia celular grave.

Palabras clave: *Molusco contagioso, inmunodeficiencia celular grave.*

Summary

Molluscum contagiosum (MC) is a common and at times severely disfiguring cutaneous viral infection in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The purpose of this study is to describe the clinical manifestations of MC in a patient infected with human immunodeficiency virus (HIV) and to review the value of the diagnostic laboratory methods. It is the case of a male homosexual with facial and genital MC lesions and HIV infection, who had T-cell CD4+ subset determinations. A skin biopsy revealed lobules of keratinocytes containing large eosinophilic intracytoplasmic inclusion bodies (Henderson-Patterson bodies). The etiologic diagnosis was confirmed by direct electronmicroscopy ex-

amination and negative stain of viral particles. The patient had a poor response to topical treatments with liquid nitrogen, curettage and skin peeling with trichloroacetic acid. There was some improvement after the use of indinavir plus ritonavir, and the viral load decreased from 261,100 copies per milliliter to 193,500 copies per mL and the clinical status remained stable. MC may serve as a cutaneous marker of severe cellular immunodeficiency.

Key words: *Molluscum contagiosum, diagnosis, treatment, severe cellular immunodeficiency.*

Introducción

El molusco contagioso (MC) es una dermatosis viral frecuente en los niños,¹ y en los adultos la infección se transmite principalmente por contacto sexual.² En los enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se han descrito lesiones papulares desfigurantes del MC distribuidas principalmente sobre la cara y los genitales.³ El propósito de este trabajo es presentar un caso clínico de MC, registrado en un varón con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en quien se pudo completar el estudio clínico-inmunológico y se demostró la presencia del virus del MC por el examen de microscopía electrónica y de tinción negativa.^{4,5}

Resumen clínico

Paciente masculino de 32 años de edad, con antecedentes de promiscuidad sexual intensa, y de haber practicado el sexo anal y oral con otros varones. Tres años antes, su médico familiar solicitó se le hiciera la medición de los anticuerpos séricos específicos para el VIH: la prueba de inmunoanálisis enzimático (ELISA) resultó positiva en dos ocasiones; el diagnóstico serológico se confirmó por la inmunotransferencia (Western blot) que resultó también positiva.

En la consulta del 3 – I – 2003, el enfermo tenía varias docenas de pápulas faciales umbilikadas (figura 1) más o menos esféricas, de 4 a 5 mm de diámetro, pero algunas pocas medían hasta 8 mm incluso. Las lesiones eran tan abun-



Figura 1. Molusco contagioso facial masivo, observado en un varón infectado por el VIH (Foto del autor).

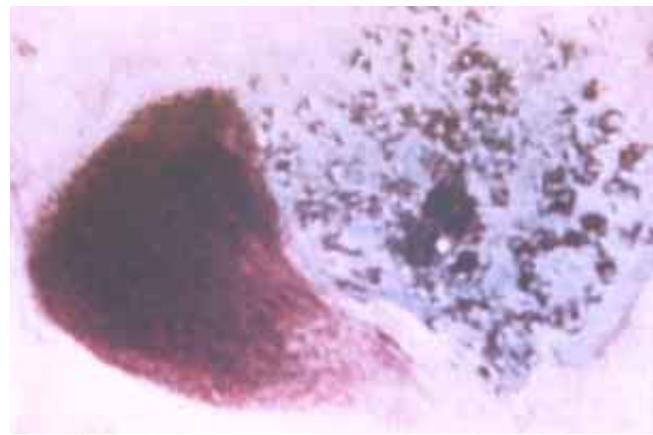


Figura 3. Microscopia del queratinocito aplastado. A la izquierda el núcleo celular oscuro, a la derecha abundantes cuerpecillos intracitoplásmicos violáceos del MC. Tinción de Giemsa x 1,000.



Figura 2. Lesiones confluentes del MC sobre el pene. Obsérvese el sangrado después de exprimir el núcleo de una lesión (Foto del autor).

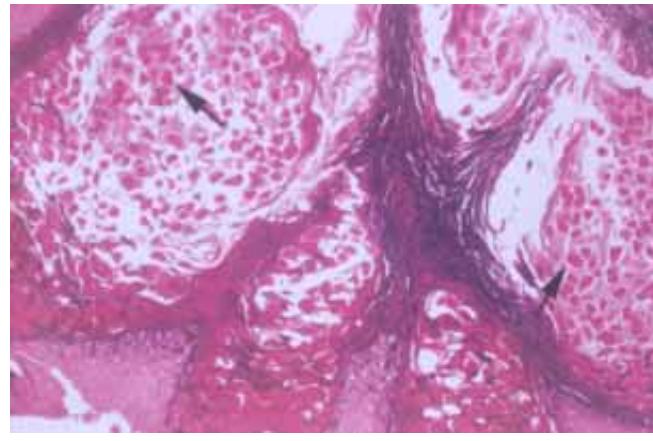


Figura 4. Histopatología del MC. Cuerpecillos eosinófilos con diámetro de $30\ \mu$ agrupados dentro de los lobulillos de queratinocitos (flecha). Tinción HE x 600.

dantes sobre el borde palpebral que le impedían cerrar los ojos, otras de morfología similar estaban distribuidas sobre las ingles, las piernas y las nalgas, con pápulas confluentes del pene (figura 2). Los síntomas sistémicos fueron diarrea acuosa persistente y fatiga.

Estudio citológico e histopatología

Al exprimir las pápulas, se obtuvo un líquido blanco-lechoso y espeso. Se tomó un fragmento de una lesión facial con hoja de bisturí del número 11, el núcleo intralesional blanquecino se depositó sobre un portaobjetos de vidrio desgrasado, se fijó en alcohol metílico y se tñió por la técnica de Giemsa.⁶ En el estudio microscópico con objetivo de inmersión se observó la presencia de abundantes cuerpos intracito-

plásicos de inclusión viral, teñidos de color violeta (figura 3). La biopsia cutánea fue fijada en formaldehído al 10% y los cortes histológicos se incluyeron en parafina y se colorearon con hematoxilina-eosina. Se demostró la existencia de varios lobulillos separados por bandas fibrosas, con abundantes queratinocitos que contenían cuerpecillos eosinofílicos de inclusión (cuerpos de Henderson-Patterson). Esta imagen histopatológica es diagnóstica del molusco contagioso⁵ (figura 4).

Otro fragmento se preparó para microscopía electrónica de transmisión, aplicando la tinción negativa del ácido fosfotungstico.⁷ En la muestra tratada con genitrón, se observaron dos viriones maduros, intactos, recubiertos por estructuras microfilamentosas externas (figura 5). Con la técnica del sombreado de oro-platino se puso de relieve la presencia de fila-

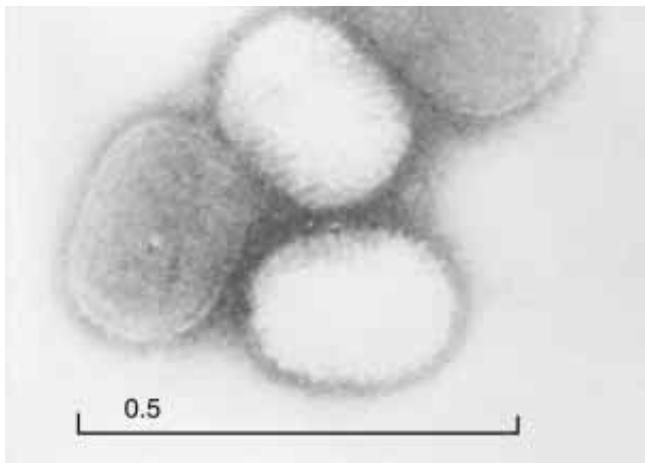


Figura 5. Cuatro viriones característicos de los *Poxviridae*. Los dos centrales y blancos están recubiertos por bandas entretejidas. La partícula de la izquierda lleva una cubierta trilaminar. Tinción de ácido fosfotungstico x 340,000.

mentos del ADN viral de aspecto arroso “en abalorios” que se desplegaban a partir de la superficie viral⁴ (figura 6). El tamaño y la morfología de las partículas es característico de los *Poxviridae*.

Manejo terapéutico

El paciente había sido tratado durante los cuatro meses previos sólo con zidovulina. Las lesiones del molusco fueron manejadas tópicamente con nitrógeno líquido, raspado (curetaje lesional), aplicaciones de ácido tricloracético y tretinoína, indicados por el dermatólogo, pero el resultado fue malo.

El 15-IV-2003 se solicitó un recuento de los linfocitos CD4: se reportaron 60 células por mm³ de sangre (normal > 500/mm³); por esta razón, se indicó el indinavir 800 mg y ritonavir 100 mg, dos veces al día, con este tratamiento combinado la carga viral sérica inicial de 261,100 copias/mL se bajó a sólo 193,500 copias/mL, mientras las CD4 se incrementaron de 30 a 80 células/mm³. Adicionalmente, la diarrea se resolvió y el estado clínico del enfermo se mantuvo estable hasta el momento del alta el 3-V-2003.

Discusión

Las virosis cutáneas son una causa importante de morbilidad en los pacientes infectados por el VIH-I,^{3,8-10} estas dermatosis han resultado ser más prevalentes en los enfermos de SIDA con cuentas de linfocitos CD4 por abajo de 200, en comparación con quienes tenían los estadios tempranos de la infección y cuentas de 200 linfocitos CD4/mm³ o más.¹¹ En un estudio de 193 enfermos del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León se diagnosticaron sólo



Figura 6. El sombreado de ADN-viral puso de relieve los abalorios sobre la estructura filamentosa. Técnica de Kleinschmidt x 380,000.

10 (2.8%) casos de MC,¹² pero en 46 pacientes estudiados por el Servicio de Dermatología del Hospital General “Manuel Gea González” de México, Distrito Federal el MC ocupó el segundo lugar en frecuencia, con 8 (16.8 %) casos, y se registró una relación estadísticamente significativa entre el estado clínico ($p = 0.157$) y la cuenta de linfocitos CD4 baja.¹³ En otra investigación, Sindrup examinó 150 enfermos con infección temprana por VIH y encontró una incidencia de lesiones cutáneas de sólo 10%.¹⁴ En la casuística de Schwartz veintiséis de los 27 enfermos eran varones que habían tenido relaciones sexuales con otros hombres, veinte de ellos tuvieron menos de 12 pápulas y sólo siete presentaron más de 12 lesiones del MC, la cuenta media de linfocitos CD4 fue de 42 (normal 549 a 1,481), el porcentaje de linfocitos T-CD4 era de 6% (normal 36% a 59%) y la razón CD4/CD8 fue 0.08 (normal 1.0 a 1.68) y se confirmó una relación inversa entre la cuenta de CD4 y el grado de extensión de la dermatosis.³

La propagación del MC en personas inmunocomprometidas había sido observada, antes de la llegada del SIDA. El MC diseminado se había registrado en los enfermos bajo quimioterapia antitumoral¹⁵ o de corticoesteroides a dosis altas;¹⁶ y en aquellos con alteraciones de la inmunidad celular,¹⁷ las recientes observaciones han apoyado la hipótesis de que la respuesta inmune del hospedador es vital para la curación del MC.^{18,19} En un estudio prospectivo observacional con análisis multivariados de 7,300 pacientes con SIDA, se demostró que las infecciones oportunistas fueron tres veces más frecuentes cuando la cuenta de linfocitos CD4 resultó ser menor de 150/mm³, en comparación con quienes tuvieron cuentas arriba de 200/mm³,²⁰ por tanto, el MC diseminado es un marcador cutáneo de la inmunodeficiencia celular grave, junto con otras infecciones oportunistas como la neumonía por *P. carinii*, los citomegalovirus y las infecciones por micobacterias atípicas.²¹ En fecha reciente, se tuvo la oportunidad de

revisar otro enfermo quien usaba de la heroína endovenosa y tenía escasas lesiones de MC en su cara, y más tarde se confirmó era positivo para el VIH.

En el decenio 1988-1997 en México se registraron 26,999 muertes por SIDA (códigos B-20 a B-24 de la CIE-10) con un predominio absoluto del sexo masculino 23,354 (86.5%). Comparativamente, en el año 2001 hubo 3,615 muertes en los varones, tasa de mortalidad ajustada de 8.1 x 100,000 y sólo 701, tasa ajustada de 1.5 en las mujeres, esto es, la pandemia mortífera no ha declinado, por ello, cabe esperar un incremento del MC y de otras enfermedades oportunistas, mientras no se mejore la calidad de la atención que se otorgue a las personas afectadas.^{22,23}

Referencias

1. Magaña-García M. Guía de Dermatología Pediátrica. Bogotá: Edit Med Panamericana, 1988: 101-103.
2. Douglas JM. Molluscum contagiosum. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ, Cates W, Lemon SM y cols. Sexually Transmissible Diseases, 2^a ed, Nueva York: McGraw-Hill 1990: 443-447.
3. Schwartz JJ, Myskowski PL. Molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 583-588.
4. Janis B. Molusco contagioso. En: Hoeprich PD. Tratado de Enfermedades Infecciosas. Barcelona: Salvat, 1982: 767-796.
5. Cotell SL, Roholt NS. Molluscum Contagiosum in a Patient with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. N Engl J Med 1998; 338: 888.
6. Swain RHA, Dodds TC. Clinical Virology. Edinburgh y London: Livingstone Ltd, 1967: 9 y 118-120.
7. Sutton JS, Burnett JW. Ultrastructural changes in dermal and epidermal cells of skin infected with molluscum contagiosum virus. J Ultrastr Res 1969; 26: 177-196.
8. Nelson JA, Ghazal P, Wiley CA. Role of opportunistic viral infections in AIDS. AIDS 1990; 4: 1-10.
9. Coldiron BM, Bergtresser PR. Prevalence and Clinical spectrum of Skin Diseases in Patients Infected with Human Immunodeficiency Virus. Arch Dermatol 1989; 125: 357-361.
10. Johnson RA, Dover JS. Cutaneous Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Disease. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freeberg IM, Austen KF eds. Dermatology in General Medicine. 4^a ed, vol II. Nueva York, N. Y: McGraw-Hill Inc, 1993: 2637-2689.
11. Matis WL, Triana A, Shapiro R. Dermatologic findings associated with human immunodeficiency virus infection. J Am Acad Dermatol 1987; 17: 746-751.
12. González-Benavides J, González-González S, Elizondo-Elizondo A. Manifestaciones cutáneas en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estudio de 183 pacientes. Dermatología Rev Méx 1994; 38: 46-49.
13. Vick R, Vargas-Avilés AS, Castro G, Córdoba VH, Fabián MG, Arenas R. Manifestaciones dermatológicas en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estudio de 46 pacientes. Dermatología Rev Mex 1995; 38: 197-201.
14. Sindrup JH, Weisman K, Petersen CS. Skin and oral mucosal changes in patients infected with human immunodeficiency virus. Acta Derm Venereol (Stockh) 1988; 68: 440-443.
15. Rosenberg EW, Yusk JW. Molluscum contagiosum: eruption following treatment with prednisone and methotrexate. Arch Dermatol 1970; 10: 439-441.
16. Hellier FF. Profuse molluscum contagiosum of the face induced by corticosteroids. Br J Dermatol 1971; 85: 398.
17. Cotton DWK, Cooper C, Barret DF. Severe atypical molluscum contagiosum infection in an immunocompromised host. Br J Dermatol 1987; 116: 871-876.
18. Hong MC, Steuer ME, Levy A. Lack of host cellular immune response in eruptive molluscum contagiosum. Am J Dermatopathol 1989; 11: 248-254.
19. Steffen C, Markman J. Spontaneous disappearance of molluscum contagiosum. Arch Dermatol 1980; 116: 923-924.
20. Miller V, Mocroft A, Reiss P. Relations among CD4 lymphocyte count nadir, antiretroviral therapy, and HIV-I disease progression: results from the EuroSIDA study. Ann Intern Med 1999; 130: 570-577.
21. Orozco-Topete R. Manifestaciones dermatológicas en el paciente con SIDA. Dermatología Rev Mex 1992; 36: 236-246.
22. Hernández-Girón C, Tovar-Guzmán V, del Río C. AIDS mortality trends in Mexico, 1988-1997. Salud Pública Mex 2002; 44: 207-212.
23. Secretaría de Salud de México. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2001. Salud Pública Mex. 2002; 44: 573-577.

