

Molusco contagioso del párpado: manifestación cutánea de inmunosupresión

Camilo Andrés Morales-Cardona^{1,*}, Mariana Romero-Porras²

Resumen

El molusco contagioso es una infección viral cutánea, usualmente benigna y autolimitada, causada por un virus del género *Molluscipoxvirus*. Es más frecuente en niños, adultos jóvenes sexualmente activos e inmunosuprimidos. La lesión clínica característica es una pápula umbilicada eucrómica o de tono perlado, que se disemina rápidamente y puede afectar cualquier superficie muco-cutánea, aunque la localización en los párpados es atípica. Se presentan dos casos de pacientes jóvenes inmunosuprimidos, con moluscos contagiosos palpebrales, en quienes el diagnóstico clínico inicial fue incorrecto. Se enfatiza la importancia de diagnosticar oportunamente las lesiones papulares que afectan la piel del párpado ya que la presencia de molusco contagioso en esta zona se considera una manifestación cutánea de inmunosupresión.

Palabras clave: molusco contagioso, párpados, conjuntiva, inmunosupresión, *Poxviridae*, infecciones por virus ADN

Eyelid molluscum contagiosum: Cutaneous manifestation of immunosuppression

Abstract

Molluscum contagiosum is a cutaneous viral infection, usually benign and self-limited, caused by the molluscum contagiosum virus, of the genus *Molluscipoxvirus*. It is more common in pediatric population, sexually active young people and immunosuppressed patients. Clinical presentation is characterized by umbilicated white to flesh-colored or pearly papules, which rapidly spread and can affect any muco-cutaneous membrane. Although the eyelid presentation is atypical, we herein present two young, immunosuppressed patients, with diagnosis of palpebral molluscum contagiosum, in which the initial clinical diagnosis was wrong. We emphasize the importance in making a timely diagnosis of papular lesions localized on the eyelids and the correlation of these lesions as a cutaneous manifestation of immunosuppression.

Key words: Molluscum contagiosum, eyelids, conjunctiva, immunosuppression, *Poxviridae*, DNA virus infections

Introducción

El molusco contagioso es una infección cutánea causada por un virus de ADN de doble cadena, de la familia poxvirus, género *Molluscipoxvirus* (virus del molusco contagioso), del cual existen cuatro subtipos¹. El tipo I causa entre el 75 y el 96% de las lesiones y es el más común en los niños; el tipo II predomina en individuos con VIH/SIDA y se le considera de transmisión sexual¹⁻³; los tipos III y IV son infrecuentes. Los cuatro subtipos causan manifestaciones clínicas similares y afectan cualquier área corporal⁴. El tropismo de estos virus por el epitelio epidérmico y del folículo piloso^{4,5} explica la semiología de las lesiones cutáneas y el uso del término "pox" (pústula ó vesícula en inglés antiguo) para nombrar las dermatosis eruptivas que causan.

Desde la erradicación de la viruela, el virus del molusco contagioso (VMC) es el único poxvirus con relevancia clínica para el ser humano⁴⁻⁶. Tiene distribución mundial, con una incidencia del 0,1 al 5% entre la población general⁷, aunque la infección es más común en tres grupos poblacionales: niños con algún trastorno de la barrera cutánea (principalmente dermatitis atópica), adultos jóvenes sexualmente activos e inmunosuprimidos^{1,4,6,8}. En personas mayores de 50 años se ha descrito una prevalencia de anticuerpos hasta del 39%, por lo tanto, se trata de una infección muy frecuente⁷.

El VMC se transmite por contacto directo entre individuos infectados, durante las relaciones sexuales o mediante objetos contaminados, principalmente ropa, toallas, tintas y agujas para tatuar. También se ha descrito transmisión congénita,

1 Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Bogotá, D.C., Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3187-3272>

2 Universidad del Rosario. Bogotá, D.C., Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-9728-3849>

* Autor para correspondencia: camiderm@yahoo.com
Avenida 1 # 13 A - 61. Tel. 2428160 Ext.137

Recibido: 15/10/2021; Aceptado: 21/08/2021

Cómo citar este artículo: C.A. Morales-Cardona, et al. Molusco contagioso del párpado: manifestación cutánea de inmunosupresión. Infectio 2022; 26(2): 189-192

e indirecta a través de piscinas^{1,2}. La autoinoculación es frecuente por manipulación o rasurado. El periodo de incubación promedio es de 14 a 50 días⁴ y las lesiones suelen autolimitarse luego de 6 a 9 meses, aunque en algunos casos pueden persistir hasta 3 ó 4 años².

La lesión típica de molusco contagioso (MC) es una pápula eucrómica o de tono perlado, que mide entre 2 y 5 mm de diámetro², con superficie en forma de cúpula y una depresión central que le confiere su aspecto umbilicado característico⁷. Afecta cualquier superficie muco-cutánea pero el compromiso de las mucosas es infrecuente. Se ha descrito MC en los labios, la región peri-oral y la mucosa genital en adultos sexualmente activos⁸. Cuando las lesiones comprometen los párpados o la piel adyacente a las conjuntivas, pueden causar conjuntivitis crónica^{1,2,9}. Las lesiones palpebrales también afectan a niños atópicos³ probablemente asociadas al rascado y al uso crónico de corticoides tópicos en la zona⁵, sin embargo, se considera una localización atípica en los adultos^{2,5}, donde el MC suele confundirse con diferentes dermatosis infecciosas y tumorales.

En 2018 Rosner y Zloto⁴ propusieron clasificar los moluscos palpebrales en seis variantes clínicas: nodular umbilicada (65% de los casos), conglomerada (14% de los casos), grande (entre 5 y 10 mm) ó gigante (mayor de 10 mm), inflamada (2 casos), eritematosa (1 caso) y pediculada (1 caso). La variante conglomerada del MC fue descrita previamente por Chen y cols. en 2013 bajo la denominación “*strawberry-like*” debido a su aspecto (5), similar a los achenios de la fresa.

A continuación, se presentan los casos de dos adultos jóvenes inmunosuprimidos, con MC palpebrales, en quienes el diagnóstico clínico inicial fue incorrecto. La histopatología permitió hacer el diagnóstico definitivo y ambos pacientes recibieron tratamiento con métodos destructivos, sin complicaciones.

Descripción de los casos

El primer caso es un hombre de 38 años, con antecedentes de dermatitis seborreica y pápulas faciales permanentes de 6 meses de evolución, quien consultó por exacerbación de la descamación en el cuero cabelludo y crecimiento progresivo de una de las lesiones papulares en el párpado inferior izquierdo durante el mes previo a la consulta (Figura 1). Esta lesión inicialmente fue interpretada como hiperplasia sebácea y no había recibido tratamiento. Se realizó una biopsia escisional en la cual se observaron las células típicas del MC (Figura 2). Teniendo en cuenta el tamaño y localización de la lesión, además del diagnóstico de dermatitis seborreica, se solicitó prueba de ELISA para VIH que fue positiva. El paciente no aceptó realizar la prueba confirmatoria y se desconoce su evolución.

El segundo caso es una mujer de 23 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES) en tratamiento inmunosupresor con prednisolona (5 mg/día), hidroxiquina (400 mg/día) y azatioprina (50 mg/día) desde hacía cuatro

años, quien consultó por pápulas asintomáticas de un año de evolución en el párpado izquierdo, con aumento progresivo en número y tamaño (Figura 4). El especialista que la examinó inicialmente interpretó las lesiones como verrugas virales secundarias a su condición de paciente inmunosuprimida, sin embargo, la biopsia de una de ellas confirmó el diagnóstico de MC. Bajo anestesia local se realizó extracción de las lesiones con una pinza hemostática curva. En su último control, la paciente permaneció sin recurrencia del MC, un año después del procedimiento.

Discusión

El diagnóstico de MC es fundamentalmente clínico²⁻⁴. La lesión típica suele ser reconocida fácilmente, sin embargo, las lesiones irritadas, excoriadas o modificadas por tratamientos e intervenciones previas pueden generar duda. En tales casos, la dermatoscopia permite magnificar los detalles semiológicos de la pápula y determinar si se requiere del estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico^{2,3}. Cuando se afectan los párpados, por tratarse de una localización atípica del MC en los adultos, la dificultad diagnóstica puede ser mayor y se convierte en un reto, aún para los especialistas.

En un hospital oftalmológico europeo se reportó que sólo el 60% de los pacientes con MC en los párpados fueron correctamente diagnosticados en su primera consulta, y algunos requirieron hasta siete consultas¹⁰. Los dos pacientes de esta serie habían consultado en varias ocasiones a sus médicos de atención primaria y cada uno de ellos había sido previamente examinado por un dermatólogo, considerando otros diagnósticos como hiperplasia sebácea, verruga viral y chalazión. Los principales diagnósticos diferenciales de MC se ilustran en la tabla 1.

La susceptibilidad de los individuos inmunosuprimidos a la infección por el virus del MC ha sido bien documentada en la literatura^{5,7}. Los pacientes infectados por el virus del VIH tienen una incidencia de MC que varía del 18%^{6,8} al 30%⁷, que



Figura 1. Pápula eucrómica única de 0,8 cm, superficie conglomerada, sin umbilicación central, en el párpado inferior izquierdo.

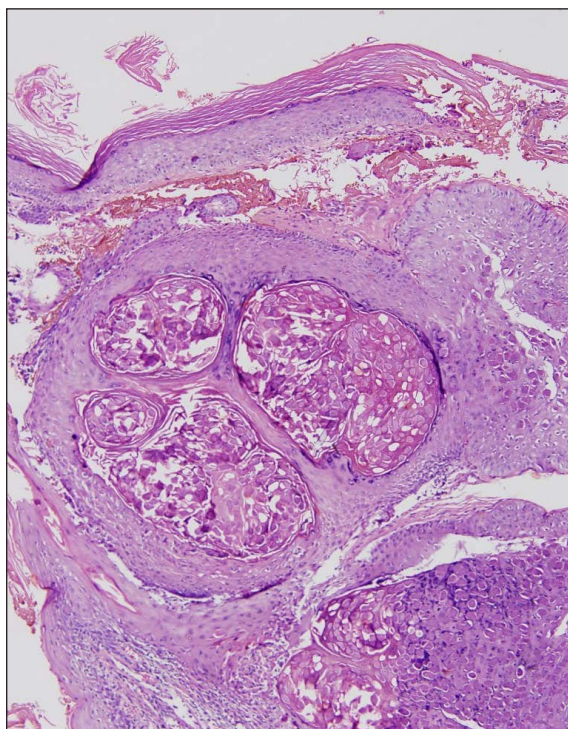


Figura 2. Histopatología del molusco contagioso que muestra los típicos cuerpos de inclusión (Hematoxilina-eosina, x40).

se incrementa a medida que progresa la inmunodeficiencia por disminución de los linfocitos T CD4⁺⁵. Se ha sugerido que lesiones numerosas, localizadas en la cara, que miden más de 0,5 cm de diámetro, o refractarias al tratamiento, son marcadores del avance de la inmunosupresión secundaria a la infección por VIH^{5,6}. En 1999 Pérez-Blázquez y cols. describieron la relación entre MC palpebral en pacientes con VIH y el recuento bajo de linfocitos T CD4⁺¹¹. Se considera que el MC es la infección viral del párpado más común en pacientes con SIDA¹¹ y puede ser la manifestación inicial de la enfermedad¹².

En la biopsia de una lesión típica de MC se observa la pápula formada por lóbulos epidérmicos hiperplásicos con queratinocitos voluminosos que contienen los denominados cuerpos de Henderson-Peterson (inclusiones eosinófilas)^{3,6}. La masa central de células córneas infectadas por el virus conforma la umbilicación central característica del MC³. La presencia de un túnel queratinizado debajo de esta umbilicación sugiere que el origen de la proliferación celular que se observa en el MC son las células epiteliales de la vaina radicular externa del folículo piloso¹³.

En el primer caso de esta serie, el examen histológico de la lesión permitió confirmar el diagnóstico de MC y orientar así la sospecha de infección por VIH. Un estudio colombiano realizado en un centro dermatológico de referencia reportó una prevalencia de infección por VIH de 3,9% en adultos con diagnóstico de MC; todos los pacientes con VIH presentaron lesiones faciales, lo cual sugiere que un adulto que consulta por MC en la cara tiene casi cuatro veces el riesgo de estar infectado por VIH¹⁴.

En el segundo caso ocurrió igual. A pesar de la presentación típica de pápulas umbilicadas y antecedente de LES en tratamiento inmunosupresor, la localización de las lesiones en el borde libre de ambos párpados retardó el diagnóstico hasta el momento de la biopsia.

Según la clasificación clínica de Rosner y Zloto⁴, los dos pacientes que reportamos corresponden a las variantes MC conglomerado (Figura 1) y MC nodular umbilicado (Figura 3), dos presentaciones que han sido descritas en pacientes inmunosuprimidos, y en las que la biopsia no solo es útil para confirmar el diagnóstico, sino que permite descartar otras dermatosis infecciosas graves, que cursan con manifestaciones clínicas similares o pueden coexistir junto a la lesión de MC, como la histoplasmosis y la criptococosis¹².

Teniendo en cuenta que en individuos inmunosuprimidos las lesiones de MC tienden a la diseminación y no involucionan en forma espontánea, los dos pacientes de esta serie fueron tratados con métodos mecánicos: resección quirúrgica en el primero y extrusión con pinza en la segunda. Los principales riesgos de los métodos mecánicos en el tratamiento de las lesiones palpebrales son cicatrización anormal, hipo e hiperpigmentación residual y pérdida de las pestañas⁹. Otras alternativas son: raspado con cureta, drenaje/ aspiración con aguja fina y láser de colorante pulsado².

En conclusión, se presentan dos pacientes jóvenes inmunosuprimidos con moluscos contagiosos palpebrales, lesiones de difícil reconocimiento clínico, debido a su amplio diagnóstico diferencial. En el primer caso, a pesar de tratarse de una pápula única, el tamaño de la misma (0,8 cm), así como los antecedentes de exacerbación de la dermatitis seborreica,



Figura 3. Pápulas entre 0,2 y 0,5 cm en el borde libre del párpado izquierdo. Nótese la relación con los folículos pilosos (párpado superior) y la umbilicación (párpado inferior).

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales de MC en los párpados

Dermatosis infecciosas
Verruga viral, foliculitis, absceso cutáneo, ectima, tracoma, demodicidosis, criptococosis, histoplasmosis, leishmaniasis cutánea, paracoccidioidomicosis, esporotricosis, sífilis secundaria, tuberculosis cutánea, lepra histioide
Tumores
Hiperplasia sebácea, quiste miliar, quiste epidermoide, fibroma laxo, pilomatrixoma, xantoma, siringoma, lipoma, triquilemoma, nevus sebáceo, xantogranuloma, carcinoma basocelular, fibromixoma, hidrocistoma ecrino, leucemia cutis
Dermatosis inflamatorias
Chalazión, conjuntivitis folicular, canaliculitis lagrimal, ectropión, rosácea ocular, eczema, granuloma anular papular, sarcoidosis papular, prurigo nodular, liquen <i>nitidus</i> , acné agminata, hiperplasia angioliinfoides, mucositis linfoplasmocelular idiopática

sugerían infección por VIH-SIDA, sin embargo, no se sospechó inicialmente el diagnóstico de MC. En el segundo caso se conocían los antecedentes de tratamiento inmunosupresor, pero las lesiones fueron confundidas con verrugas. Por lo tanto, todas las pápulas localizadas en los párpados demandan una aproximación semiológica precisa y detallada, que permita identificar oportunamente la presencia de MC, particularmente en individuos inmunosuprimidos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos que permitan la identificación del paciente. El paciente otorgó consentimiento para publicación y la autorización reposa en poder del autor para correspondencia.

Conflictos de interés. Los autores declaran que no existen conflictos de interés de ninguna índole.

Contribución de los autores. Los autores contribuyeron equitativamente en la elaboración del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

Financiación y conflicto de intereses. Ninguno

Agradecimientos. Al doctor Samuel David Morales Naranjo, médico patólogo, por la fotografía histológica (figura 3)

Referencias

- Bohelay G, Duong TA. Infecciones por poxvirus en humanos. EMC – Dermatología. 2017;51:1-9.
- Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2019;12:373-8.
- Rodríguez G, Arenas D. Molusco contagioso. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2017;25:304-13.
- Rosner M, Zloto O. Periocular molluscum contagiosum: six different clinical presentations. Acta Ophthalmol. 2018;96:e600-5.
- Chen X, Anstey AV, Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus infection. Lancet Infect Dis. 2013;13:877-88.
- Sanclemente G, Correa LA. Poxvirus que causan enfermedad en los seres humanos. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2010;18:67-7.
- Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus. En: Mahy BWJ, Van Regenmortel MHV, eds. Encyclopedia of virology. Oxford: Elsevier – Academic Press, 2008. 319-24.
- Monteagudo B, Cabanillas M, Suárez O, Vázquez M, López VM. El molusco contagioso como infección de transmisión sexual. Cad Aten Primaria. 2009;16:176.
- Serin S, Bozkurt-Ofiaz A, Karabagli P, Gedik S, Bozkurt B. Eyelid molluscum contagiosum lesions in two patients with unilateral chronic conjunctivitis. Turk J Ophthalmol. 2017; 47:226-30.
- Charteris DG, Bonshek RE, Tullo AB. Ophthalmic molluscum contagiosum: clinical and immunopathological features. Br J Ophthalmol. 1995;79:476-81.
- Pérez-Blázquez E, Villafuella I, Madero S. Eyelid molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. Orbit. 1999;18:75-81.
- Massa AF, Borges-Costa J, Soares-Almeida L, Sacramento-Marques M. Molluscum contagiosum eyelid lesions in an HIV-patient. Dermatol Online J. 2013;19:10.
- Almeida HL Jr, Abuchaim MO, Schneide MA, Marques L, Castro LA. Scanning electron microscopy of molluscum contagiosum. An Bras Dermatol. 2013;88(1):90-3. doi: 10.1590/s0365-05962013000100011.
- Porras de Quintana L, Tamayo-Buendía M, Sánchez-Vanegas G. Prevalencia de infección por VIH en pacientes con patología dermatológica en un Centro de Referencia Nacional 2005-2006. Rev. salud pública. 2009;11:613-9.