

nados con la dermatomiositis son los de ovario, páncreas y pulmón.

En conclusión, presentamos un caso de dermatomiositis asociada a neoplasia con lesiones ulcerosas reticuladas por vasculopatía livedoide. Queremos resaltar la importancia del despistaje de la neoplasia oculta ante pacientes de edad avanzada con dermatomiositis, especialmente si la clínica cutánea es intensa.

Bibliografía

- Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med*. 1975;13(292 Suppl 7):344–7.
- Sparsa A, Liozon E, Herrmann F, Ly K, Lebrun V, Pascale S, et al. Routine vs extensive malignancy search for adult dermatomyositis and polymyositis. *Arch Dermatol*. 2002;138:885–90.
- Cox NH, Lawrence CM, Langtry JA, Ive FA. Dermatomyositis: disease associations and evaluation of screening investigations for malignancy. *Arch Dermatol*. 1990;126 Suppl 1:61–5.
- Piqué E, Hernández-Machín B, Pérez-Cejudo JA, Hernández-Hernández B, Palacios S, Alfonso JL, et al. Vasculopatía Livedoide (atrofia blanca) generalizada en pacientes adultos con dermatomiositis. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95 Suppl 7: 440–3.
- Yosipovitch G, Feinmesser M, David M. Adult dermatomyositis with livedo reticularis and multiple skin ulcers. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1998;11:48–50.
- Papi M, Didona B, De Pità O, Silvestri L, Ferranti G. M, Gantcheva M, et al. PURPLE (atrophie blanche): clinical, histological and immunological study of twelve patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1997;9:129–33.
- Hairstone BR, Davis MDP, Pittelhow MR, Ahmed I. Livedoid Vasculopathy. *Arch Dermatol*. 2006;142:1413–8.
- Bielsa I. Nuevos autoanticuerpos en la dermatomiositis. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:182–9.
- Valverde R, Sánchez-Camín MP, Calzado L, Ortiz de Frutos FJ, Rodríguez Peralto JL, Vanaclocha F. Dermatomyositis y queratodermia poroqueratósica punctata como síndrome paraneoplásico de un carcinoma ovárico. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:358–60.

F. Vílchez*, E. Camacho, I. Alcaraz, N. López e E. Herrera
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fvilchezm@hotmail.com (F. Vílchez).

doi:10.1016/j.ad.2010.06.026

Tratamiento mediante curetaje de moluscos contagiosos: estudio descriptivo

Curettage for the Treatment of Molluscum Contagiosum: A Descriptive Study

Sr. Director:

El molusco contagioso (MC) es una infección cutánea vírica y causa frecuente de consulta. Afecta principalmente a la infancia, las personas sexualmente activas y a los individuos inmunodeprimidos¹. En inmunocompetentes el MC es una infección autolimitada y la mayoría se resuelven espontáneamente en el transcurso de 6 meses a 4 años, por tanto el tratamiento no siempre es necesario²⁻⁴.

Existen múltiples opciones terapéuticas que podríamos dividir en: a) técnicas quirúrgicas (destrucción física de las lesiones como crioterapia o curetaje); b) agentes tópicos que producen una respuesta inflamatoria local (causan irritación, por ejemplo cantaridina al 0,7-0,9% y ácido salicílico al 5-20%); y c) agentes tópicos modificadores de la respuesta inmunitaria (imiquimod y cidofovir al 0,3-3% en gel o crema). La elección del tratamiento es en función del paciente (edad, número de MC, localización de las lesiones, complicaciones, antecedentes de dermatitis atópica o inmunosupresión, miedo, trabajo, actividades recreativas, distancia al centro médico, etc.) y habilidades del médico (con experiencia, varias modalidades terapéuticas pueden ser resolutivas)⁴⁻⁶.

No hay muchos estudios que analicen los tratamientos más utilizados y promovidos como el curetaje y la crioterapia⁷. El objetivo de este estudio es evaluar los casos

de MC tratados mediante curetaje en nuestro Servicio y los factores que se asocian con un mayor fracaso terapéutico.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo donde fueron reclutados, entre el 16 de junio de 2008 y el 15 de marzo de 2009, pacientes que consultaron por MC y se les curetó todas las lesiones en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Nova Santos, Ferrol, España.

En cada caso se recogieron de forma protocolizada: sexo, edad, asociación con dermatitis atópica, convivientes afectados, número de MC en la primera consulta, localización anatómica de las lesiones (subdivididas en cabeza, cuello, tronco, extremidades superiores, extremidades inferiores y pubis-área anogenital), número de áreas corporales afectas y número de lesiones a los dos meses de ser curetados.

El diagnóstico de MC se basó en su aspecto típico: pápulas a menudo umbilicadas de menos de 1 cm de diámetro. Se consideró curación no tener MC. En casos necesarios se aplicó bajo oclusión un anestésico tópico una hora antes de la intervención (EMLA® crema, mezcla de anestésicos locales, lidocaína y prilocaína).

Se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas, presentándose las cuantitativas como media y desviación típica y las cualitativas como porcentaje. Se utilizaron el test Chi-cuadrado en el análisis de las variables categóricas, mientras que las de tipo cuantitativo se analizaron mediante el test "t"-Student. Los datos obtenidos fueron analizados por el paquete estadístico SPSS 15.0. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Durante los 9 meses del estudio se reclutaron 75 pacientes con MC a los que se curetaron todas las lesiones. Existía diferencia en la distribución por sexo, el 58,66% eran varones y el 41,33% mujeres. La edad media fue de 9,7 años

Tabla 1 Media y desviación típica de edad, número de lesiones y de áreas anatómicas afectas.

	Media	Desviación típica
Edad del paciente	9,7747	10,33049
Número de moluscos en la primera consulta	11,33	13,699
Número de áreas anatómicas afectas	1,57	0,640
Número de lesiones en la revisión de los dos meses	4,35	7,468

Tabla 2 Comparación de las medias de edad, número de moluscos contagiosos y número de áreas anatómicas afectas entre los pacientes que curan y los que no.

	Curan	No curan
Edad del paciente	11,3448	8,7848
Número de moluscos	10,07	12,13
Número de áreas anatómicas afectas	1,38	1,70

con una desviación típica de 10,3. La media del número de MC fue 11,33 con una desviación típica de 13,699 (tabla 1). El 44% de los pacientes presentaban dermatitis atópica y el 34,6% convivientes afectos. Aproximadamente la mitad de los pacientes tenían más de un área corporal afecta (37 de los 75 pacientes). El tronco y las extremidades superiores fueron las localizaciones más comunes, con 44 (58,6%) y 30 pacientes (40%) respectivamente.

En la revisión de los 2 meses la media del número de lesiones fue 4,35 con una desviación típica de 7,468. La mayoría de los pacientes no habían curado (46 de los 75 casos, el 61,33%). El fracaso terapéutico se relacionó con ser varón, tener menor edad, presentar lesiones en la cabeza, el cuello, el tronco y las extremidades superiores y un número más elevado de MC y de áreas corporales afectas. Estas

diferencias sólo fueron estadísticamente significativas para dos variables, número de áreas afectas y presencia de lesiones en el tronco ($p < 0,05$) (tabla 2).

Como se indica en la literatura médica, el paciente habitual que consulta por MC es menor de 12 años con un número de lesiones inferior a 15. Más de la cuarta parte tiene dermatitis atópica. Alrededor del 35% tiene algún conviviente afecto^{5,8,9}.

El curetaje (legrado con cucharilla dermatológica) es uno de los tratamientos más usados. Se consiguen buenos resultados en un número menor de visitas, y en la actualidad se puede minimizar el dolor aplicando un anestésico tópico. Un estudio señalaba el curetaje, frente a la cantaridina, la combinación de ácido láctico y ácido salicílico y el imiquimod, como la opción terapéutica con menos efectos secundarios y más eficaz con una curación tras una sesión del 80,6% de los pacientes⁵. Sin embargo, nuestros resultados sólo mostraron un 38,66% de los pacientes libres de MC, dato similar al indicado en un trabajo reciente donde fue del 34%¹⁰.

Los factores relacionados en nuestro estudio con un mayor fracaso terapéutico fueron la presencia de lesiones en el tronco, el número de áreas anatómicas afectas y el número de MC en la consulta inicial. En contraste

con otros trabajos la dermatitis atópica no se asoció a recidiva¹⁰.

En definitiva, parece razonable plantear o asociar otras opciones terapéuticas diferentes al curetaje en pacientes con múltiples MC en varias áreas corporales, especialmente cuando una de ellas es el tronco.

Bibliografía

- Godoy Gijón E, Fraile Alonso MC, de Unamuno Pérez P. *Molluscum contagiosum*: valoración terapéutica. FMC. 2009;16:627–33.
- 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.
- Coloe J, Morrell DS. Cantharidin use among pediatric dermatologists in the treatment of molluscum contagiosum. Pediatr Dermatol. 2009;26:405–8.
- Monteagudo B, Cabanillas M, León-Muiños E, Suárez-Amor O, Vázquez-Blanco M, Corrales A. Molusco contagioso: ¿Cuándo debería iniciarse el tratamiento? Acta Pediatr Esp. 2010;68:36–8.
- Hanna D, Hatami A, Powell J, Marcoux D, Maari C, Savard P, et al. 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.
- Al-Mutairi N, Al-Doukhi A, Al-Farag S, Al-Haddad A. Comparative study on the efficacy, safety, and acceptability of imiquimod 5% cream versus cryotherapy for molluscum contagiosum in children. Pediatr Dermatol. 2010;27:388–94.
- van der Wouden JC, van der Sande R, van Suijlekom-Smit LW, Berger M, Butler C, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database Syst Rev. 2009;CD004767.
- Coloe J, Burkhart CN, Morrell DS. Molluscum contagiosum: what's new and true? Pediatr Ann. 2009;38:321–5.
- Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, de las Heras C, Pérez-Pérez L, Suárez-Amor O, et al. Molusco Contagioso: estudio descriptivo. An Pediatr (Barc). 2010;72:139–42.
- Simonart T, De Maertelaer V. Curettage treatment for molluscum contagiosum: a follow-up survey study. Br J Dermatol. 2008;159:1144–7.

B. Monteagudo^{a,*}, M. Cabanillas^a, A. Acevedo^b, C. de las Heras^a, Ó. Suárez-Amor^a, A. Ramírez-Santos^a e J. Labandeira^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Arquitecto Marcide, SERGAS, Fundación Novoa Santos, Ferrol, La Coruña, España

^b Técnico de Salud, Unidad de Formación Continuada, Hospital Arquitecto Marcide, SERGAS, Fundación Novoa Santos, Ferrol

^c Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), SERGAS, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benims@hotmail.com (B. Monteagudo).

doi:10.1016/j.ad.2010.04.017