

## Molluscum contagiosum congénito

### Congenital Molluscum Contagiosum

Sr. Director:

La infección por *molluscum contagiosum* es muy frecuente en la población infantil y es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría ambulatoria y hospitalaria<sup>1</sup>. La infección se produce por contacto directo con la piel infectada de persona a persona, por contacto con fómites o por autoinoculación<sup>2</sup>. En la adolescencia y en la edad adulta la infección se puede producir por contacto sexual. Su aparición en el periodo neonatal es excepcional.

Caso 1: Niña de 12 meses, sin antecedentes de interés, nacida a término por parto vaginal. Consultan por presentar 3 lesiones congénitas en la región occipital izquierda. La madre refería antecedente de infección en la región inguinal y en los labios mayores por *molluscum contagiosum* durante la gestación, confirmándose con biopsia. En la exploración se observaban 2 pápulas traslúcidas umbilicadas de 1 y 2 mm de diámetro y una de 4 mm con superficie costrosa. Se realizó raspado de las lesiones confirmándose la presunción clínica de *molluscum contagiosum* (fig. 1).

Caso 2: Niño de 2 años, sin antecedentes de interés, que fue traído a la consulta por presentar en los 4 primeros días de vida una lesión en el hombro derecho que había crecido en los últimos meses. El niño había nacido a término, por parto vaginal. La madre estaba sana sin antecedentes de lesiones cutáneas. En la exploración presentaba en el hombro derecho una única pápula con bordes bien definidos, del color de la piel normal, con centro ligeramente umbilicado de 6 mm (fig. 2). Bajo la sospecha clínica de *molluscum contagiosum* se realizó raspado de la lesión tras la aplicación de crema anestésica. El procedimiento se realizó con facilidad, desprendiéndose la lesión en su totalidad. El estudio anatomopatológico fue compatible con *molluscum contagiosum* (fig. 3).

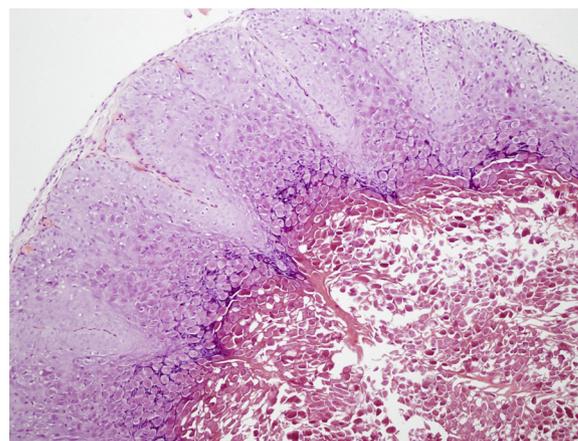
El *molluscum contagiosum* pertenece al grupo de los *Poxvirus* y clínicamente se presenta como una pápula perlada del color de la piel normal o traslúcida con centro umbilicado de 1 a 5 mm de diámetro<sup>3</sup>. Las áreas afectadas con mayor frecuencia son el tronco, las extremidades y el cuero cabelludo. El diagnóstico es clínico. Solo ocasionalmente,



**Figura 1** Tres *molluscum contagiosum* en un recién nacido. Región occipital.



**Figura 2** Pápula umbilicada en el hombro derecho de un neonato de 4 días.



**Figura 3** Histopatología: *molluscum contagiosum*. Se observan cuerpos de inclusión en los queratinocitos. Hematoxilina-eosina  $\times 10$ .

cuando existen dudas diagnósticas, se realiza estudio anatomopatológico. En la histología se observa una lesión bien delimitada, hiperplasia epidérmica a veces con un cráter central y típicamente se aprecian cuerpos de inclusión eosinófilos dentro de los queratinocitos que se van haciendo basófilos a medida que ascienden en el epitelio<sup>4</sup>. La infección por *molluscum contagiosum* da lugar a lesiones benignas que tienden a la resolución espontánea, aunque esta se puede demorar de meses a años<sup>5</sup>. Su tratamiento es discutido. Una opción es la abstención terapéutica, dado su carácter autorresolutivo. El objetivo del tratamiento activo sería evitar el contagio y la autoinoculación. Existen múltiples opciones de tratamiento, todas discutidas y no exentas de riesgo, entre las que se encuentran tratamientos tópicos (cantaradina, hidróxido potásico 5%, ácido salicílico, imiquimod, tretinoína, podofilinotoxina, cidofovir tópico, tintura de yodo, ácido tricloroacético) y la terapéutica física con crioterapia, raspado, electrocirugía o láser<sup>6,7</sup>.

En la literatura se han descrito pocos casos de lesiones por *molluscum contagiosum* congénitas o en el periodo neonatal. En la revisión en Pubmed realizada solo hemos encontrado 9 casos de *molluscum contagiosum* que presentaron las lesiones de forma congénita o en los primeros días de vida. Las lesiones se localizaron en 6 pacientes en el cuero cabelludo, en el resto de los casos en el pie, en el

muslo y en el sacro<sup>3,8-10</sup>. Únicamente en el último caso publicado se recogía en la historia clínica que la madre tuviera antecedentes de infección por *molluscum contagiosum*<sup>10</sup>.

En los casos anteriores todos los autores coinciden en que el contagio podría haber sido por transmisión vertical en el momento del parto. Este mismo mecanismo de contagio se produce en otras infecciones virales como el herpes virus y el papilomavirus humano. El papilomavirus humano tiene un periodo de latencia prolongado desde la infección a la clínica, de forma que puede dar lugar a papilomatosis laríngea o a verrugas vulgares tras años de la infección; en cambio el periodo de incubación del *molluscum contagiosum* es muy corto (2 a 8 semanas), lo que provocaría que las lesiones aparecieran en el periodo neonatal<sup>5</sup>.

Presentamos 2 nuevos casos de *molluscum contagiosum* congénito, el primero de ellos con infección genital materna durante el embarazo y el parto. Este caso es el segundo descrito en la literatura con lesiones de *molluscum contagiosum* durante la gestación que fueron tratadas y estudiadas histológicamente confirmándose el diagnóstico. Este hecho apoya firmemente la teoría de infección vertical del virus en el momento del parto. En el segundo caso las lesiones estaban en el hombro, localización no descrita anteriormente. Es probable que en aquellos casos donde no se ha objetivado la infección en la piel genital materna la transmisión se haya producido por una infección vaginal no diagnosticada, ya que este virus puede afectar también a las mucosas.

Es importante tener presente esta posibilidad diagnóstica ante una o varias pápulas umbilicadas en el neonato.

## Bibliografía

1. Vanhootehem O, Henrijean A, de la Brassinne M. Épidémiologie, clinique et traitements du *molluscum contagiosum*: revue de la littérature. Ann Dermatol Venereol. 2008;135:326-32.
2. Braue A, Ross G, Varigos G, Kelly H. Epidemiology and impact of childhood *molluscum contagiosum*: a case series and critical review of the literature. Pediatr Dermatol. 2005;22:287-94.
3. Bouyahyaou Y, Meziane M, Gallouj S, Mikou O, Mernissi FZ, Badioui I, et al. *Molluscum contagiosum* interfessiers néonataux. Ann Dermatol Venereol. 2011;138:795-7.
4. Requena L, Requena C. Histopatología de las infecciones víricas cutáneas más frecuentes. Actas Dermosifiliogr. 2010;101:201-16.
5. Husar K, Skerlev M. *Molluscum contagiosum* from infancy to maturity. Clin Dermatol. 2002;20:170-2.
6. Romero G, Garrido J, Rodríguez-Velázquez M, García-Arpa M, Cortina P, García-Bracamonte B. Tratamiento tópico con cantaradina de moluscos contagiosos. Actas Dermosifiliogr. 2004;95:548-52.
7. Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, de las Heras C, Suárez-Amor O, Ramírez-Santos A, et al. Tratamiento mediante curetaje de moluscos contagiosos: estudio descriptivo. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:157-8.
8. Mandel M, Lewis R. *Molluscum contagiosum* of the newborn. Br J Dermatol. 1971;84:370-2.
9. O'Connell C, Oranje A, Van Gysel D, Silverberg N. Congenital *molluscum contagiosum*: report of four cases and review of the literature. Pediatr Dermatol. 2008;25:553-6.
10. Luke JD, Silverberg NB. Vertically transmitted *molluscum contagiosum* infection. Pediatrics. 2010;125:e423-5.

C. Méndez, A. Vicente\*, M. Suñol  
y M.A. González-Enseñat

Sección de Dermatología y Anatomía Patológica, Hospital  
Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Avicente@hsjdbcn.org](mailto:Avicente@hsjdbcn.org) (A. Vicente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.10.011>