

CASOS CLÍNICOS

Molluscum contagiosum genital

S. Gutiérrez-García^a, J. Casasola^a, P. Sánchez-Sambucety^b y C. González-García^a

^aServicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario de León. León. España.

^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de León. León. España.

ABSTRACT

Genital *molluscum contagiosum* is a viral infection that is becoming increasingly frequent in sexually active young adults. Gynecologists should be familiar with the clinical features of this disease and its treatment. The available treatments are generally safe, effective, painless and easy to administer in patients and their partners.

INTRODUCCIÓN

Las virosis de transmisión sexual que afectan a la piel comprenden un grupo de enfermedades de origen viral que se caracterizan por lesiones genitales. Por su frecuencia destacan los condilomas acuminados producidos por el virus del papiloma humano (VPH), las lesiones del herpes genital y el *molluscum contagiosum* (MC) cuya etiología viral se reconoció en 1905 por Juliusberg.

El MC se ha convertido en un problema creciente entre los adolescentes y adultos jóvenes, dada su vía de transmisión, así como en el grupo de pacientes inmunodeprimidos (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], linfomas, sarcoidosis, inmunodeficiencias) en el que las lesiones son mucho más agresivas y duraderas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años de edad, que acude a consulta por presentar lesiones cutáneas vulvares de reciente aparición. Como antecedentes ginecológicos presenta menarquia a los 12 años, ciclos regulares, un parto eutócico y episodios de candidiasis de repeti-

ción. Sus revisiones periódicas son normales y la última citología se practicó hace 6 meses, y fue normal. En el momento de la exploración presenta lesiones eritematopapulosas de pequeño tamaño, entre 2 y 3 mm, en número de 10, que afectan a vulva y periné (fig. 1), y algunas son sobrelevadas y umbilicadas (fig. 2). La paciente no presenta prurito ni síntomas irritativos, pero refiere la presencia de 2 lesiones similares en las semanas previas, que expirió y de las que surgió un contenido blanquecino. Con el diagnóstico de *molluscum contagiosum* se remite al dermatólogo que realiza legrado de las lesiones. En revisión posterior a las 6 semanas se observa la aparición de nuevas lesiones que requieren repetición del tratamiento ablativo local. En el momento actual la paciente está libre de lesión. La investigación de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la paciente resultó negativa. Su pareja actual no ha presentado lesiones dérmicas sospechosas.

DISCUSIÓN

El MC es una enfermedad viral cutánea que en adultos y adolescentes se encuentra dentro de las ETS¹. La produce el virus del molluscum, perteneciente a la familia Poxviridae, del que se han identificado 3 subtipos, el más frecuente es el subtipo I (76-97%), aunque no se relaciona con localización diferencial o tipo de lesión^{1,2}. Su ultraestructura es similar al virus de la vacuna, con una doble cadena de ADN, y es el último virus de la familia Poxviridae que afecta humanos de forma exclusiva^{3,5}. Este virus tiene distribución mundial y se encuentra más en climas templados y húmedos^{3,5}. Su período de incubación es de 14-50 días^{1,3}, y se transmite por contacto directo del caso afectado, en adolescentes y adultos por contacto sexual o autoinoculación, aunque se ha descrito transmisión por fomites. Afecta fundamentalmente a 3 grupos de población: niños de 2 a 10 años, adultos y adolescentes sexualmente activos e immuno-

Aceptado para su publicación el 29 de mayo de 2006.



Fig. 1. Lesiones papulosas umbilicadas en región vulvoperineal. Distribución típica del *molluscum contagiosum*.



Fig. 2. Detalle de lesión papulosa umbilicada.

deprimidos. El aumento mayor se ha observado en el grupo de población de entre 15 y 29 años^{1,2}. En los casos de transmisión sexual las lesiones se encuentran en el área genital, perianal y abdomen inferior, como en nuestro caso, y en raras ocasiones afectan a zona peri o intraoral. Las lesiones son rosadas, blanquecinas o del propio color de la piel (fig. 1), sobrelevadas y papulosas. La presencia de umbilicación es el signo más característico (fig. 2), aunque en ocasiones forman placas. El tamaño de las lesiones es habitualmente de 2 a 5 mm, y no suelen hallarse en número mayor de 30^{1,3}. Al comprimir las lesiones por la base en ocasiones sale un material de consistencia blanda lleno de granulaciones o «corpúsculos del molluscum»⁶, como refirió nuestra paciente. Un 10% de las pacientes presenta eccema subyacente y signos de atopia^{3,5}. Eventualmente, las lesiones se inflaman, pasan a fase costrosa y desaparecen espontáneamente⁷. En general, las lesiones suelen ser asintomáticas, y la mayoría se autolimitan en 6-9 meses, aunque ocasionalmente se mantienen 3-4 años. El diagnóstico se hace por examen clínico de las lesiones, y en casos dudosos se utiliza la biopsia. En la biopsia presentan balonización de los queratinocitos y cuerpos de inclusión eosinófilos en la epidermis⁷. Se debe realizar diagnóstico diferencial con condilomas lata, papulosis bowenoide, carcinoma de células basales, micosis fungoide y otras entidades dermatológicas vulvares^{3,7}. Tras llegar al diagnóstico se deben descartar otras ETS y hacer un estudio de la pareja o parejas sexuales. La necesidad de tratamiento en estas pacientes está muy cuestionada. Dado que la enfermedad se autolimita, en ocasiones tras un largo período, el tratamiento podría ser expectante. Sin embargo, el tabú y

el miedo que provocan las ETS hacen que sea adecuado plantearse el tratamiento en estas pacientes, sobre todo si asocian eccema o infección². Como medidas preventivas se aconsejará evitar las piscinas, las saunas, los baños, los deportes de contacto y el uso del preservativo, que si bien no protege la totalidad de la piel, disminuye la zona de contacto. El tratamiento de las lesiones puede ser ablativo local con electrocauterio, escisión, diatermia, láser, crioterapia o raspado, como en nuestro caso. Estos procedimientos no suelen dejar cicatriz pero pueden causar dolor o irritación. El raspado, usado en nuestro caso, resulta muy eficaz ya que la lesión presenta una zona de retracción que lo separa de la estroma y facilita el tratamiento⁵. Los tratamientos de ablación química se basan en el uso tópico de fenol diluido, ácido salicílico, ácido retinoico, cidofovir tópico, hidróxido potásico, crema de óxido nítrico y podofilotoxina, entre otros. Son tratamiento menos eficaces y más tóxicos. El uso de moduladores de la respuesta inmunitaria, como imiquimod crema, estimula la actividad antiviral y la respuesta inmunitaria de los tejidos y ofrecen la privacidad de administración a domicilio^{1,5}, con una eficacia aceptable. En cualquier caso, se debe reexaminar a la paciente a las 6 semanas de tratamiento, buscando nuevas lesiones pasado el período de incubación.

Ya que los tratamientos son seguros y efectivos, no dolorosos y evitan el estrés que las ETS crean en las pacientes y sus parejas, se considera que debería ser suficiente para que los ginecólogos tratásemos estas lesiones, haciendo más tolerable a nuestras pacientes esta afección, por otra parte benigna y evitando así su extensión en la población.

RESUMEN

El *molluscum contagiosum* genital es una infección viral que se está incrementando en jóvenes sexualmente activos. El ginecólogo debe de conocer sus características y los tratamientos que se aplican sobre las lesiones, que en general son efectivos, seguros, indoloros y convenientes para la tranquilidad de los pacientes y sus parejas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tying SK. Molluscum contagiosum: The importance of early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:S12-6.
2. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology*. Vol. 2. 7th ed. Oxford: Blackwell Science; 2004. p. 25.11-4.
3. Gottlieb SL, Myskowski PL. Molluscum contagiosum. *Inter J Derm*. 1994;33:453-9.
4. Myskowski PL. Molluscum contagiosum. New insights, new directions. *Arch Dermatol*. 1997;133:1039-41.
5. Smith KJ, Yeager J, Skelon H. Molluscum contagiosum: its clinical, histopathologic and immunohistochemical spectrum. *Inter J Derm*. 1999;38:664-72.
6. Armijo Moreno M, Camacho Martínez F, editores. *Tratado de dermatología*. Vol. II. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 817-9.
7. Bunker CB. *Male genital skin disease*. Philadelphia: Elsevier Limited; 2004. p. 190-1.