

C

Molusco contagioso en niños y su tratamiento

Molluscum contagiosum in children and their treatment.

Rodrigo Lomelí Valdez,¹ María Guadalupe García Navarrete,³ Carolina Palacios López²

Resumen

ANTECEDENTES: El molusco contagioso es una infección cutánea frecuente en niños, generalmente de alivio espontáneo en sujetos inmunocompetentes, pero más extensa en inmunodeprimidos. Las opciones terapéuticas actuales disponibles son múltiples, por lo que es importante conocer su eficacia.

OBJETIVO: Proporcionar un análisis detallado de la epidemiología, patogenia, diagnóstico, tratamiento y prevención del molusco contagioso en niños.

METODOLOGÍA: Revisión narrativa de la bibliografía actual acerca del molusco contagioso, con insistencia en su manifestación clínica, opciones de tratamiento y medidas preventivas. Se revisaron los artículos publicados en la base de datos de acceso libre de PubMed.

RESULTADOS: El molusco contagioso tiene múltiples opciones terapéuticas en la actualidad. Las bases del tratamiento se dividen en cuatro pilares: mecánicos, químicos, inmunoterapia y antivirales. La elección del método debe individualizarse en cada paciente para elegir la opción más adecuada según varias situaciones: estado inmunológico del paciente, cantidad, tamaño y localización de las lesiones, efectos adversos del tratamiento, el componente económico, cooperación del paciente y expectativas de los padres.

CONCLUSIONES: El molusco contagioso, aunque generalmente benigno, puede causar estigmatización. Es importante conocer la amplia variedad de opciones terapéuticas disponibles para ofrecer la más óptima y adecuada individualizada para cada niño.

PALABRAS CLAVE: Molusco contagioso; virus del molusco contagioso; tratamiento; niños.

Abstract

BACKGROUND: *Molluscum contagiosum* is a common cutaneous infection in children, typically self-limiting in immunocompetent individuals but more extensive in immunocompromised patients. The current therapeutic options are diverse, making it essential to assess their effectiveness.

OBJECTIVE: To provide a detailed analysis of the epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, and prevention of molluscum contagiosum in children.

METHODOLOGY: A narrative review of the current literature on molluscum contagiosum, focusing on its clinical presentation, treatment options, and preventive measures. Articles published in the freely accessible PubMed database were reviewed.

RESULTS: *Molluscum contagiosum* currently has multiple therapeutic options. The treatment modalities are based on four main pillars: mechanical, chemical, immunotherapy, and antiviral therapies. The choice of method should be individualized for each patient to select the most appropriate option, considering various factors such as the patient's immune status, the number, size, and location of lesions, treatment side effects, economic considerations, patient cooperation, and parental expectations.

¹ Médico residente de Dermatología pediátrica.

² Dermatóloga pediatra adscrita al Servicio de Dermatología. Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

³ Médico general, práctica privada, Ciudad de México.

<https://orcid.org/0000-0001-5149-8759>
<https://orcid.org/0000-0003-4860-0163>

Recibido: enero 2024

Aceptado: febrero 2024

Correspondencia

Carolina Palacios López
clindermaped@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Lomelí-Valdez R, García-Navarrete MG, Palacios-López C. Molusco contagioso en niños y su tratamiento. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (2): 204-215.

CONCLUSIONS: Although generally benign, molluscum contagiosum can lead to stigmatization. It is crucial to be aware of the wide range of available therapeutic options to offer the most optimal and individualized treatment for each child.

KEYWORDS: Molluscum contagiosum; Molluscum contagiosum virus; Treatment; Children.

ANTECEDENTES

El molusco contagioso es una infección limitada a la piel, muy frecuente en la población pediátrica en todo el mundo. Es una dermatosis benigna, causada por el virus del mismo nombre, perteneciente a la familia *Poxviridae*, del género *Molluscipox*. Tiene alivio espontáneo en las personas inmunocompetentes, pero cuando existe algún tipo de inmunodepresión suele manifestarse de manera extensa.¹

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de la bibliografía actual acerca del molusco contagioso, con insistencia en su manifestación clínica, opciones de tratamiento y medidas preventivas. Se revisaron los artículos publicados en la base de datos de acceso libre de PubMed.

RESULTADOS

Epidemiología

En los niños su incidencia anual es del 2 al 10% y su prevalencia del 5.1 al 11.5% de la población pediátrica. Sin embargo, esta tasa varía significativamente según la población estudiada. En México, está entre las 10 dermatosis más frecuentes en niños.² Afecta entre el 5 y el 16%

de los menores de 16 años con aumento en la incidencia en pacientes con dermatitis atópica.³

Patogenia

Son virus ADN de doble cadena que se dividen en cuatro según su genotipo. El genotipo VMC-1 constituye hasta el 96% de los casos en Europa y Estados Unidos en niños. VMC-2 suele aumentar su frecuencia en población adulta, mientras que los genotipos VMC-3 y 4 suelen afectar a pacientes inmunodeprimidos.⁴

La transmisión puede ocurrir por contacto directo con la lesión cutánea, autoinoculación, fómites y por vía sexual. Los principales factores de riesgo son la edad escolar, vivir en climas cálidos o tropicales, asistir a piscinas contaminadas, uso de fómites, como toallas, cepillos, esponjas de baño contaminadas y el contacto directo con pacientes infectados.⁵

El periodo de incubación varía entre 7 días y 6 meses, con promedio de 2 a 3 meses.³ La duración de las lesiones es variable, pero la mayor parte remite en un periodo de seis meses. En pacientes inmunodeprimidos pueden persistir por años y dar lugar a nuevas lesiones, por lo que se convierte en una infección crónica, aunque ya que se alivia no persiste como una infección latente.⁶

Cuadro clínico

En términos clínicos, el molusco contagioso se manifiesta clásicamente por pápulas únicas o múltiples, rodeadas de un halo eritematoso y una umbilicación central. **Figura 1**

Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero se localiza principalmente en la cara, el tronco y zonas intertriginosas (**Figura 2**). No suele afectar las palmas ni las plantas.⁷

En algunos pacientes, las lesiones pueden rodearse de un halo eritematoso, con eccema asociado, lo que se denomina dermatitis por molusco y refleja una reacción de hipersensibilidad al antígeno viral. **Figura 3**

Con frecuencia se manifiesta en los pliegues, sobre todo en los niños con dermatitis atópica. **Figura 4**

Un ensayo clínico que reclutó a 696 niños mostró que un 37.2% tenía antecedentes de dermatitis atópica y, de ellos, el 38.8% tuvo una infección por molusco contagioso.⁸

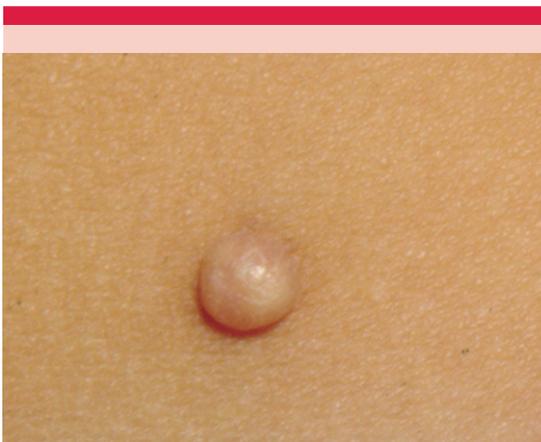


Figura 1. Morfología típica del molusco contagioso.

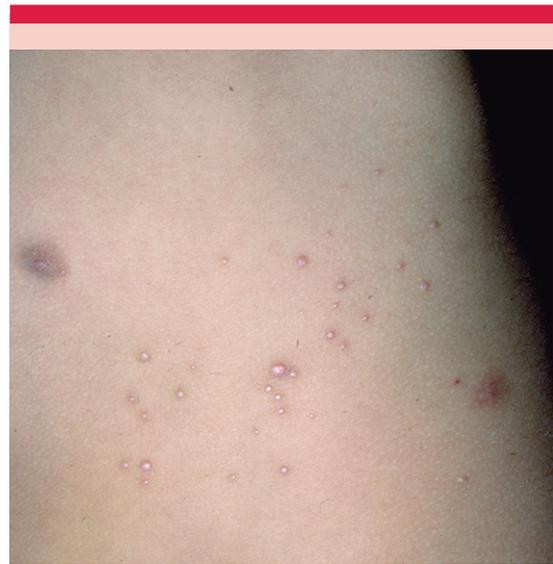


Figura 2. Niña con dermatitis atópica con múltiples moluscos contagiosos en el tronco.



Figura 3. Reacción moluscoide con eritema y descamación alrededor de los moluscos.

En lactantes y niños pequeños las lesiones genitales más frecuentes son por autoinoculación y no deben considerarse un dato de abuso sexual sin otros datos que lo respalden en la historia



Figura 4. Paciente pediátrico con dermatitis atópica y moluscos contagiosos en las mismas zonas que afecta la dermatitis atópica.

clínica o la exploración física (**Figura 5**). En los adolescentes es más frecuente que el molusco contagioso se asocie con contacto sexual y se observa en los genitales y alrededor de ellos.^{1,2} **Figuras 6 y 7**

Entre las variantes clínicas atípicas está el molusco contagioso gigante, que mide más de 5 mm. En pacientes inmunodeprimidos, en particular en sujetos con SIDA, suele tener manifestaciones atípicas, diseminadas y extensas.^{9,10} **Figura 8**

El molusco contagioso eczematoso, también conocido como eczema *molluscorum*, se asocia con dermatitis atópica con eritema, descamación y afecta zonas de localización típica, como los pliegues antecubitales y poplíteos. La forma foliculocéntrica se distingue por la formación de abscesos secundaria a la aparición inicial característica de molusco contagioso.¹¹ La manifestación neonatal, que suele encontrarse en la piel cabelluda, puede ocurrir por contacto



Figura 5. Lactante con moluscos contagiosos en los genitales.

directo durante el trabajo de parto.² La afectación de mucosas es rara, pero puede incluir las zonas conjuntival u oral, sobre todo cuando hay afectación periocular o peribucal.⁷ **Figura 9**

Diagnóstico

El diagnóstico se establece básicamente por la clínica. Por lo general, no se requiere estudio histopatológico para establecer el diagnóstico del molusco contagioso. En casos de duda diagnóstica por manifestaciones atípicas puede tomarse biopsia de una lesión.

En la histopatología, el desarrollo viral comienza en la capa basal de la epidermis y aumenta

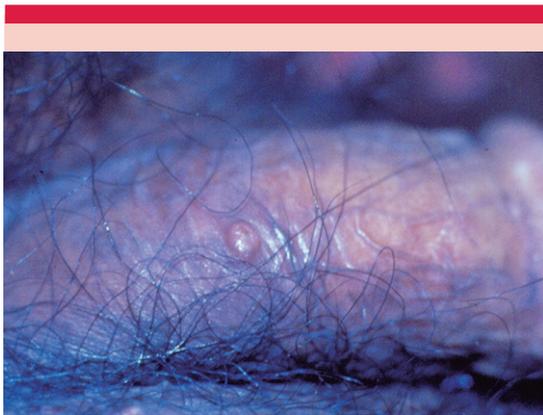


Figura 6. Moluscos contagiosos en el pene de un paciente adolescente.



Figura 7. Moluscos contagiosos en la zona vulvar de una paciente adolescente.

paulatinamente en las capas superiores de la epidermis formando una lesión acantósica e hiperqueratósica. Es clásico encontrar queratinocitos epidérmicos con inclusiones in-



Figura 8. A. Paciente inmunosuprimido con SIDA y moluscos gigantes que confluyen. **B.** Evolución posterior al tratamiento con KOH.

tracitoplasmáticas eosinófilas en los llamados cuerpos de Henderson-Patterson que desplazan y comprimen el núcleo hacia la periferia.³ **Figura 10**

Los diagnósticos diferenciales en pacientes inmunocompetentes incluyen: verrugas vulgares, varicela, foliculitis, siringomas, esteatocitomas, tricoepitelioma, carcinoma basocelular, glándulas sebáceas ectópicas, hidrocistoma, queroacantoma y disqueratoma verrugoso. En pacientes inmunosuprimidos la variabilidad en la manifestación hace que deban tomarse



Figura 9. Paciente pediátrico con moluscos contagiosos en el párpado superior e inferior.

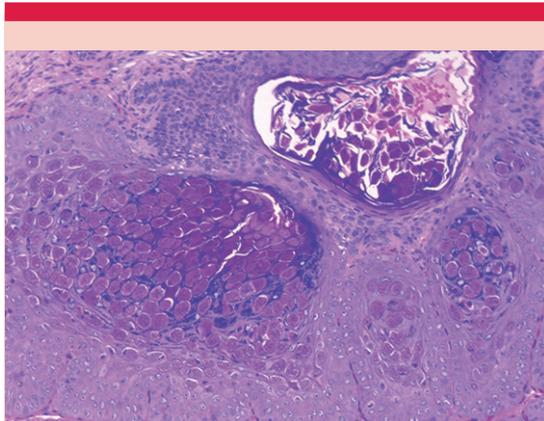


Figura 10. Estudio histopatológico donde sobresalen los cuerpos de Henderson-Patterson.

en cuenta: criptococosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis e infección por *Penicillium marneffe*.¹¹

Tratamiento

Es fundamental platicar con los padres e informarles las expectativas de los tratamientos y el curso de la enfermedad.

La selección del tratamiento depende de:²

1. Evitar el dolor y minimizar el riesgo de secuela cicatricial.
2. La cantidad y localización de las lesiones.
3. La valoración de los potenciales efectos adversos de los diversos tratamientos.
4. Las preferencias de los padres y de la experiencia del médico.
5. El estado inmunológico del paciente.

Los moluscos contagiosos tienden a la remisión espontánea en un periodo variable de meses hasta años, por lo que con frecuencia se adopta una actitud expectante, sobre todo cuando las lesiones son asintomáticas y los padres prefieren esperar el curso natural de la enfermedad. Cuando las lesiones producen molestias, están en áreas muy visibles, ocasionan problemas de exclusión o estigmatización en las actividades escolares o preocupan a los padres se recomienda el tratamiento activo.⁷

Los tratamientos se clasifican en: mecánicos, químicos o destructivos, inmunomoduladores y antivirales. Los métodos mecánicos son muy efectivos, pero más agresivos y poco tolerados por pacientes pediátricos; incluyen la criocirugía y el curetaje. Los métodos químicos destructivos son muy prescritos en la práctica diaria; entre estos agentes están la podofilotoxina, cantaridina, hidróxido de potasio, ácido láctico, ácido salicílico, ácido glicólico, ácido tricloroacético, nitrato de plata y retinoides. Estos tratamientos químicos provocan la destrucción de los queratinocitos infectados por el virus del molusco contagioso. Son procedimientos simples, económicos y, en manos adiestradas, acaban con el problema rápidamente. Los tratamientos inmunomoduladores estimulan la respuesta inmunitaria del paciente contra la infección.^{1,6}

Tratamientos mecánicos

Curetaje

Es un procedimiento fácil y relativamente barato que extrae de manera mecánica la lesión completa. Tiene la ventaja de que, en caso de duda diagnóstica, puede enviarse la muestra a estudio histopatológico y, probablemente, es la técnica más resolutiva, pero requiere cierta destreza y la colaboración del paciente, que no es fácil de lograr, sobre todo en niños pequeños. Siempre debe avisarse a los padres que, después del primer curetaje, debe hacerse una revisión en 15 días y verificar si existen nuevos moluscos en evolución, lo que es muy frecuente, por lo que es muy conveniente el seguimiento estrecho.

Un estudio clínico retrospectivo de 1879 pacientes pediátricos observó que el 70% se curó después del curetaje y el 26% requirió una segunda intervención. Sólo un 4% precisó tres intervenciones con curetaje. La satisfacción fue del 97% en niños y sus padres.

Un ensayo clínico controlado con distribución al azar comparó la eficacia del curetaje, la cantaridina, el ácido salicílico con glicólico y el imiquimod; el curetaje resultó ser el tratamiento más eficaz, con un 80.6% de alivio completo, sin recurrencias a seis meses de seguimiento.^{1,10}

Las desventajas del curetaje incluyen la necesidad de anestesia local, el dolor, el sangrado, el estrés del paciente y el riesgo de cicatrices, aunque rara vez esto sucede porque los moluscos contagiosos se encuentran a nivel superficial en la piel.

La aplicación de un anestésico tópico disminuye el dolor, pero no el temor del niño; además, la anestesia tópica es difícil de aplicar en ciertas localizaciones, como los párpados y genitales. En esos casos puede considerarse sedar al paciente.²

El anestésico tópico *eutectic mixture of local anesthetics* (EMLA) es una mezcla de 2.5% de lidocaína y 2.5% de prilocaína que se aplica frecuentemente en niños para disminuir el dolor del procedimiento. Deben tomarse en cuenta las dosis máximas de EMLA cuando se aplica en una zona extensa, principalmente en lactantes menores de tres meses a fin de evitar complicaciones sistémicas (**Cuadro 1**). Se recomienda aplicar entre 30 y 40 minutos antes del procedimiento.

Criocirugía

Consiste en la aplicación de nitrógeno líquido a -196°C de temperatura, lo que produce la destrucción tisular, a través de la formación de cristales de hielo intra y extracelulares, asociada con la alteración de las membranas celulares y cambios circulatorios en la piel. Puede aplicarse con pistola de nitrógeno, uno o dos ciclos de 10 a 20 segundos, con intervalos de una a tres semanas entre sí. La criocirugía tiene la ventaja de ser rápida y fácil de aplicar, pero muy mal tolerada en los niños pequeños. Otras desventajas son la formación de ampollas, la posibilidad de dejar cicatriz y alteraciones de la pigmentación residuales.¹

Tratamientos químicos

Ácido tricloroacético

El ácido tricloroacético produce destrucción por coagulación química inmediata y necrosis superficial. Se aplica a concentraciones del 20 al 35% por el médico dermatólogo pediatra de forma repetida sobre el centro de la lesión hasta la aparición de blanqueamiento. Los efectos adversos de la terapia incluyen prurito en el área de tratamiento, irritación de la piel circundante, ulceración y cicatrices.¹

Cantaridina

La cantaridina es un compuesto químico inhibidor de la fosfodiesterasa obtenido a partir de un

Cuadro 1. Dosis para anestesia con EMLA (anestésico tópico) en niños

Edad o peso	Dosis máxima total (gramos)	Área máxima de aplicación (cm ²)	Tiempo máximo de aplicación (horas)
0-3 meses o menos de 5 kg	1	10	1
3-12 meses o más de 5 kg	2	20	4
1-6 años o más de 10 kg	10	100	4
7-12 años o más de 20 kg	20	200	4

coleóptero (producido por los escarabajos *Lytta vesicatoria*). Al aplicarse sobre la piel, produce una ampolla intraepidérmica que rara vez deja cicatriz, debido a su ubicación superficial. Se administra a concentraciones del 0.7 al 0.9% y tras aplicarla debe permanecer entre 2 y 4 horas sin ser ocluida y posteriormente se retira con agua y jabón. Otros autores sugieren esperar 5 a 10 minutos hasta que seque y luego ocluir, cuando las lesiones son resistentes. El ciclo puede repetirse con intervalos de una a cuatro semanas.

En un estudio retrospectivo de 300 niños con molusco contagioso tratados con cantaridina, la tasa de curación fue del 90% con un promedio de dos tratamientos. Aunque poco frecuente, pueden ocurrir sobreinfecciones sobre las ampollas y se han informado casos de linfangitis con linfedema después del tratamiento. Por lo tanto, no se aconseja la administración de cantaridina para tratar moluscos contagiosos localizados en la región facial ni anogenital.^{1,6}

Hidróxido de potasio

El hidróxido de potasio (KOH) es un álcali que penetra y destruye la piel disolviendo la queratina. Se aplica a concentraciones de entre 5 y 20% en solución acuosa, una o dos veces al día sobre las lesiones de molusco contagioso. En un estudio clínico de 35 niños con molusco contagioso se evaluó la eficacia clínica del KOH al 10% en solución acuosa, dos veces al día. Al cabo de 30 días de tratamiento se observó la

curación completa de 32 de 35 pacientes; sólo 3 pacientes suspendieron el tratamiento debido a intenso escozor o infección sobreañadida. La eficacia del KOH se ha comparado con otros tratamientos prescritos contra el molusco contagioso.¹³

En un ensayo clínico se comparó la eficacia clínica de la criocirugía contra el tratamiento con KOH al 10% en solución, sin encontrarse evidencia de diferencia significativa en la eficacia.¹⁴ Sin embargo, la criocirugía se asocia con costos más elevados y efectos locales secundarios, lo que favorecería la aplicación del KOH.

Otro estudio comparó el KOH al 10% contra el imiquimod al 5% en crema y ambos agentes fueron igualmente eficaces, pero el KOH tuvo un inicio de acción más rápido.¹⁵ Por último, un tercer estudio comparó el KOH al 10% una vez al día vs la combinación de ácido salicílico y ácido láctico; ambos resultaron igualmente eficaces en el tratamiento del molusco contagioso.

Para muchos autores, el KOH al 10% constituye un tratamiento de primera elección por su bajo costo, accesibilidad, eficacia y aplicación en casa.² En nuestra experiencia en una niña con moluscos contagiosos gigantes en la piel cabelluda y SIDA la aplicación de KOH al 10% fue exitosa; los moluscos contagiosos disminuyeron de tamaño gradualmente, sin dolor, la aplicación fue fácil y en su domicilio, con una preparación fácil y barata.¹⁶ **Figura 8**

Las indicaciones de aplicación de KOH al 10% recomendadas son:

1. Cuando hay gran cantidad de moluscos contagiosos.
2. Localización en zonas complicadas (párpados, genitales).
3. Cuando el niño no colabora en la inmovilización o si los padres son reticentes al curetaje.
4. Cuando existen moluscos contagiosos gigantes.
5. Niños inmunodeprimidos.

Podofilina y podofilotoxina

La podofilina y la podofilotoxina suelen prescribirse en el tratamiento de verrugas y condilomas por VPH. Para el tratamiento del molusco contagioso pueden prescribirse a una concentración del 25%, aplicadas por el dermatólogo pediatra, una vez por semana, con lavado cuatro horas después, con aplicación hasta la remisión de la lesión. Los efectos secundarios locales son dermatitis por contacto y, en casos de aplicación amplia, pueden causar efectos sistémicos: neuropatía periférica, daño renal, íleo adinámico, leucopenia y trombocitopenia. La podofilotoxina tiene menos efectos secundarios que la podofilina y puede aplicarse con más frecuencia.¹⁷

Ácido salicílico, láctico y glicólico

Las concentraciones de ácido salicílico tópico varían desde el 5 hasta el 27% en la bibliografía con aplicaciones diarias; la piel circuncidante debe protegerse con petrolato y enjuagar por la mañana.¹⁸ También se han prescrito tratamientos con ácido láctico a concentraciones del 10 al 30% y el ácido glicólico entre el 4 y el 12% sin encontrar beneficios significativos entre ellos y con promedio de aplicación de seis semanas.¹⁹

Retinoide

Un estudio que comparó la administración de tretinoína al 0.05% contra placebo observó alivio a las cuatro semanas con tasa de éxito del 65 vs 5%, respectivamente. Los efectos adversos reportados fueron mínimos: ardor en el 8% de los pacientes.²⁰

Peróxido de benzoilo

El peróxido de benzoilo al 10% en crema durante seis semanas se comparó contra tretinoína. Con el primero se encontró alivio de las lesiones en un 73 y 33% con peróxido de benzoilo y tretinoína, respectivamente.²¹

Inmunoterapia

Imiquimod

El imiquimod es un agonista del receptor Toll-like (TLR) 7, al unirse a éste produce la activación de la respuesta inmunitaria innata e induce la síntesis de interferón alfa, interleucina (IL) 1, 5, 6, 8, 10 y 12 y antagonista del receptor de la IL-1, entre otros. Los efectos antivirales y antitumorales están mediados por el sistema inmunitario adaptativo e innato. Se aplica al 5% en crema, por la noche, durante ocho horas y se retira con agua por la mañana, tres veces a la semana. Los efectos adversos locales más frecuentes son: eritema, prurito, escozor y dolor que, en algunos casos, pueden ser muy intensos y causar la suspensión del tratamiento.^{3,22}

Candidina

La candidina es una sustancia derivada del extracto purificado de *Candida albicans*. Habitualmente se prescribe para el tratamiento de verrugas, pero algunos autores la consideran una nueva opción de tratamiento contra el molusco contagioso. Se administra pura o diluida al 50% con lidocaína, de forma intralesional. Los efectos

secundarios fueron mínimos, con excepción de dolor en el sitio de la inyección. Las ventajas de la inmunoterapia en el tratamiento del molusco contagioso incluyen la inducción de una respuesta inmunitaria de memoria dirigida al molusco contagioso, el potencial para inducir una respuesta generalizada y así provocar la curación de lesiones no tratadas en lugares anatómicamente distantes y la falta de efectos adversos.¹⁰ Sin embargo, este tratamiento no está comercializado en México.

Antivirales

Cidofovir

Es un análogo nucleósido del monofosfato de desoxicitidina, que tiene actividad antiviral contra virus de ADN; ha sido muy útil en los casos resistentes y con lesiones grandes por molusco contagioso. Un estudio reportó que todas las lesiones tratadas con cidofovir intralesional remitieron y ninguna de las no tratadas tuvo regresión hasta que se aplicó cidofovir intralesional. Aunque su administración sistémica se ha asociado con nefrotoxicidad, su aplicación tópica ha mostrado buena efectividad con una limitante: la accesibilidad por su elevado costo.¹⁸

Otros tratamientos

Hay una variedad de tratamientos que tienen poca evidencia científica y resultan poco eficaces, pero son inocuos y suelen ser bien aceptados por padres y cuidadores. Pueden ser útiles en pacientes con múltiples lesiones resistentes en los que se solicita un tratamiento activo. Entre ellos está la hipertermia local, la oclusión con cinta adhesiva y la administración de *Polypodium leucotomos*.³

El extracto de *Polypodium leucotomos* es un producto farmacológico autorizado y comercializado en España desde hace años y está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica, psoriasis

en adultos y en niños, sin límite de edad.³ Se distingue por tener un efecto inmunomodulador y antiinflamatorio, por lo que se ha estudiado su posible actividad antiinflamatoria en un modelo experimental de inflamación intestinal que intenta simular la enfermedad inflamatoria intestinal que tiene lugar en el humano.

Prevención

Las medidas de prevención en niños con molusco contagioso deben incluir: evitar el baño comunitario y el uso de albercas; limitar el uso de esponjas, cepillos y otros fómites que puedan transmitir el virus. Se recomienda cubrir las áreas donde estén las lesiones para evitar la autoinoculación y diseminación.⁷

CONCLUSIONES

Aunque la infección por molusco contagioso es una de las enfermedades virales cutáneas más comunes en niños, no existe un consenso en cuanto al tratamiento. No existe evidencia científica que favorezca con claridad un tratamiento específico sobre otros contra los moluscos contagiosos. Por lo tanto, en el tratamiento de los moluscos contagiosos debe tomarse en cuenta la técnica menos dolorosa, más tolerada y que deje mínimas secuelas o efectos adversos. Asimismo, es importante individualizar cada caso para elegir el tratamiento óptimo e investigar la fuente de transmisión para evitar nuevos contagios, así como valorar la administración de anestésicos tópicos, que son de gran utilidad en la extirpación con curetaje y otras técnicas dolorosas para retirar los moluscos contagiosos.

REFERENCIAS

1. Gerlero, P, Hernández-Martín Á. Actualización sobre el tratamiento de moluscos contagiosos en los niños. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2018; 109 (5): 408-415. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.01.007>
2. Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. *Moluscum contagiosum*: an update and review of new

- perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2019; 12: 373-381. <https://doi.org/10.2147/CCID.S187224>
3. Rodríguez G, Arenas D. Molusco contagioso. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol* 2017; 25 (4): 304-313. <https://doi.org/10.29176/2590843x.304>
 4. Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, et al. Molusco contagioso: estudio descriptivo. *An Pediatr* 2010. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.09.008>
 5. Peterson AR, Nash E, Anderson BJ. Infectious disease in contact sports. *sports health*. 2019; 11 (1): 47-58. <https://doi.org/10.1177/1941738118789954>
 6. Zawar V, Pawar M, Singh M. Eficacia del tratamiento con cantaridina del molusco contagioso facial en niños pequeños: un estudio prospectivo intervencionista en 67 niños. *Actas Dermo-Sifiligráficas* 2021; 112 (5): 481-483. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.11.013>
 7. Sánchez BM, León-Muñoz E, Piñeyro-Molina F, et al. Dermatoscopia de un molusco contagioso plantar. *Actas Dermo-Sifiligráficas* 2021; 112: 9963-965. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.007>
 8. Berger EM, Orlow SJ, Patel RR, et al. Experience with molluscum contagiosum and associated inflammatory reactions in a pediatric dermatology practice. *Arch Dermatol* 2012; 148: 1257.
 9. Nelson MR, Chard S, Barton SE. Intralesional interferon for the treatment of recalcitrant molluscum contagiosum in HIV antibody positive individuals—a preliminary report. *Int J STD AIDS* 1995; 6: 351-2.
 10. Sławińska M, Hlebowicz M, Iżycka-Świeszewska E et al. Dermoscopic Features of Giant Molluscum Contagiosum in a Patient with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Acta Dermatovenerol Croat* 2020; 28 (7): 233-235.
 11. Álvarez AG. Molusco contagioso: un reto diagnóstico en pacientes inmunosuprimidos. *Dermatol Rev Méx* 2021; 65 (1). <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i1.5058>
 12. Blanco P, Viillard JF, Beylot-Barry M, et al. Cutaneous cryptococcosis resembling molluscum contagiosum in a patient with non-Hodgkin's lymphoma. *Clin Infect Dis* 1999; 29 (3): 683-684.
 13. Romiti R, Ribeiro AP, Grinblat BM, et al. Treatment of molluscum contagiosum with potassium hydroxide: a clinical approach in 35 children. *Pediatr Dermatol* 1999; 16 (3): 228-31. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.1999.00066.x>
 14. Qureshi A, Zeb M, Jalal-Ud-Din M, et al. Comparison of efficacy of 10% potassium hydroxide solution versus cryotherapy in treatment of molluscum contagiosum. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2016; 28 (2): 382-385.
 15. Chathra N, Sukumar D, Bhat RM, et al. A comparative study of 10% KOH solution and 5% imiquimod cream for the treatment of Molluscum contagiosum in the pediatric age group. *Indian Dermatol Online J* 2015; 6 (2): 75-80. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.153005>
 16. Lomelí-Valdez R, Olvera-Suárez A, Gallegos-Marin JA et al. Molluscum contagiosum in a girl with HIV infection. Case report and literature review. *Eur J Pediatr Dermatol* 2024; 34 (1): 33-7. <https://doi.org/10.26326/2281-9649.34.1.2554>
 17. Brown M, Paulson C. Treatment for anogenital molluscum contagiosum. *Am Fam Phys* 2009; 80 (8): 864-865.
 18. Loyo ME, Zapata GP, Santana GK Molusco contagioso: Evaluación de diversas modalidades terapéuticas. *Dermatol Venez* 2003; 41 (2).
 19. Van der Wouden JC, Van der Sande R, Kruihof EJ, et al. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5 (5): CD004767. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004767.pub4>
 20. Mahdi MA, Mukheif TA, Topical retinoid in treatment of molluscum contagiosum in Iraqi patients in Khalis City (placebo control study). *Diyala J Medicine* 2017; 13 (1).
 21. Quintana-Castanedo L, Tarín-Vicente EJ, Chiloches-Fernández C, et al. Recalcitrant molluscum contagiosum successfully treated with intralesional cidofovir in a patient with HIV/AIDS. *Int J Dermatol* 2021; 60 (3): 372-375. <https://doi.org/10.1111/ijd.15210>
 22. Chang, P, Auyón EML. Molusco contagioso y SIDA. *Our Dermatology Online* 2016; 7 (4): 482-484. <https://doi.org/10.7241/ourd.20164.132>

EVALUACIÓN

1. ¿Cuál es la lesión cutánea característica de un molusco contagioso?
 - a) mácula eritematosa
 - b) pápula umbilicada
 - c) vesícula umbilicada
 - d) pústula
 - e) úlcera
2. ¿Cuál es la enfermedad más frecuente en niños que predispone a infección por moluscos contagiosos?
 - a) psoriasis

- b) dermatitis atópica
 - c) acné
 - d) varicela
 - e) vitíligo
3. ¿Cuál es una manifestación atípica de molusco contagioso que es frecuente en pacientes inmunosuprimidos?
- a) eccema *molluscorum*
 - b) variante foliculocéntrica
 - c) moluscos neonatales
 - d) molusco gigante
 - e) moluscos orales
4. ¿Cuál es una manifestación atípica de molusco contagioso que es frecuente en pacientes con dermatitis atópica no controlada?
- a) eccema *molluscorum*
 - b) variante foliculocéntrica
 - c) moluscos neonatales
 - d) molusco gigante
 - e) moluscos orales
5. ¿Cuál es el hallazgo histológico patognomónico de molusco contagioso?
- a) cuerpos de Guarnieri
 - b) cuerpos de Civatte
 - c) cuerpos de Mallory-Denk
 - d) cuerpos de Russell
 - e) cuerpos de Henderson-Patterson
6. ¿Cuáles son los tipos de tratamiento más eficaces contra el molusco contagioso?
- a) antivirales
 - b) mecánicos
 - c) oclusivos
 - d) inmunoterapia
 - e) químicos
7. ¿Cuál es un tratamiento clasificado entre los mecánicos para el tratamiento del molusco contagioso?
- a) hidróxido de potasio
 - b) cidofovir
 - c) criocirugía
 - d) oclusión
 - e) imiquimod
8. ¿Cuál es el agente químico más barato, accesible, tolerado y eficaz para el tratamiento del molusco contagioso?
- a) podofilotoxina
 - b) ácido tricloroacético
 - c) hidróxido de potasio
 - d) tretinoína
 - e) ácido láctico
9. ¿Cuál aseveración es correcta acerca del molusco contagioso?
- a) en niños los moluscos contagiosos en los genitales son indicativos de abuso sexual
 - b) un mecanismo de contagio poco frecuente son los fómites
 - c) su periodo de incubación es de 7 a 14 días
 - d) una indicación de tratamiento conservador es la negatividad de tratamiento por los padres
 - e) el curetaje es un procedimiento bien tolerado en pacientes pediátricos
10. ¿Cómo se establece el diagnóstico de molusco contagioso en la mayoría de los casos?
- a) clínico
 - b) serología
 - c) biopsia
 - d) citodiagnóstico
 - e) cultivo viral