

Artículo original

Hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, atendidos de diciembre de 2011 a enero de 2012

Pamela Sandoval Mayén,* Ricardo Quiñones Venegas,** María del Rocío Ferrusco Ontiveros,*** Roger Adrián González,¹ Jorge Arturo Mayorga Rodríguez****

RESUMEN

Antecedentes: el molusco contagioso, una infección de la piel causada por *molluscipoxvirus*, afecta comúnmente a niños, a adultos sexualmente activos y a personas con inmunodepresión. Puede ser confundido con otras entidades clínicas. Recientemente se han descrito las características dermatoscópicas del molusco contagioso, y la dermatoscopia representa una herramienta de utilidad, no invasiva y de bajo costo para determinar el diagnóstico.

Objetivos: evaluar los hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso, analizar dichos hallazgos y relacionarlos con el tiempo de evolución de las lesiones.

Material y método: se realizó un estudio transversal en el que se valoró a pacientes con diagnóstico clínico de molusco contagioso; los pacientes fueron atendidos, en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, de diciembre de 2011 a enero de 2012. En cada paciente se evaluó una lesión, que –según el paciente– era la más antigua, debía medir como mínimo 3 mm de diámetro y no debió ser tratada previamente ni tener dermatosis sobre sí o adyacente a ella. Una vez obtenido el material, se evaluó en el microscopio y se determinó la presencia de cuerpos de inclusión de Henderson-Paterson, con lo que se corroboró el diagnóstico de molusco contagioso. Las imágenes dermatoscópicas fueron evaluadas y descritas por un dermatoscopista experto.

Resultados: se evaluaron 40 lesiones, que se encontraron con mayor frecuencia en el tronco (28 [64%]). La media del tiempo de evolución de las lesiones fue de 5 ± 4 meses (límites de 0.3 a 18 meses). Las estructuras evaluadas incluían estructuras no vasculares (imagen de tiro al blanco, amorfas polilobulilladas y orificio) y estructuras vasculares (corona vascular, vasos radiados y vasos puntiformes). Las estructuras no vasculares que se encontraron con mayor frecuencia fueron las estructuras polilobulilladas (21 [53%]), seguidas de orificios y, por último, de imágenes de tiro al blanco. También se hallaron tabicaciones en una lesión. Las estructuras vasculares que se encontraron con mayor frecuencia fueron vasos radiados (18 [45%]), seguidos de corona vascular y, por último, de vasos puntiformes. También se hallaron vasos truncados en una lesión.

Conclusiones: los hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso fueron no vasculares y vasculares; el hallazgo no vascular más común fueron las estructuras polilobulilladas (53%). El hallazgo vascular más común fueron los vasos radiados (45%). No hubo relación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución y los hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso.

Palabras clave: molusco contagioso, dermatoscopia.

ABSTRACT

Background: Molluscum contagiosum, a skin infection caused by *molluscipoxvirus*, commonly affects children, sexually active adults and people with immunosuppression. It can be confused with other clinical entities. Recently dermoscopic features of molluscum contagiosum have been described and dermoscopy is a useful, noninvasive and inexpensive tool to determine the diagnosis.

Objectives: To evaluate the dermoscopic findings of molluscum contagiosum, to analyze these findings and to relate them with the time evolution of the lesions.

Material and method: In a cross-sectional study patients with clinical diagnosis of molluscum contagiosum were evaluated, patients were treated at the Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, from December 2011 to January 2012. In each patient the oldest injury, according to the patient, was evaluated; lesion must be at least 3 mm in diameter and should not be treated previously or have dermatitis on itself or outside but adjacent to it. Once the material was obtained, it was evaluated under a microscope and the presence of inclusion bodies Henderson-Paterson was determined, thereby corroborating the diagnosis of molluscum contagiosum. The dermoscopic images were evaluated and described by an expert dermatoscopist.

Results: We evaluated 40 lesions, which were found most frequently on the trunk (28 [64%]). The mean duration of lesions was 5 ± 4 months (range 0.3 to 18 months). The structures evaluated included nonvascular structures (shooting image, amorphous polylobulated and hole) and vascular structures (vascular ring, irradiated and pinpoint vessels). The most frequently found nonvascular structures were polylobulated structures (21 [53%]), followed by holes and, finally, images of shooting. Septations were also found in an injury. The most frequently found vascular structures were irradiated vessels (18 [45%]), followed by vascular ring and finally pinpoint vessels. Truncated vessels were also found in an injury.

Conclusions: In our study dermoscopic findings of molluscum contagiosum were non-vascular and vascular; the most common nonvascular finding was polylobulated structures (53%). The most common vascular finding was the irradiated vessels (45%). There was no statistically significant relationship between time of evolution and the dermoscopic findings of molluscum contagiosum.

Key words: molluscum contagiosum, dermoscopy.

La infección causada por *molluscipoxvirus*, denominada molusco contagioso, frecuentemente se encuentra en niños; también puede encontrarse en adultos y en pacientes con inmunodepresión.^{1,2}

Las lesiones de molusco contagioso tienen un diagnóstico diferencial amplio; pueden confundirse con verrugas virales, granuloma anular en su variedad papular, xantogranuloma juvenil, tumores anexiales y carcinoma basocelular, así como con histoplasmosis y criptococosis en el contexto de inmunodepresión.

El diagnóstico de molusco contagioso se determina fácilmente por medio de la clínica. En presentaciones atípicas nos podemos valer de diversas herramientas, como la toma de biopsia o realizar un estudio directo del material obtenido con hidróxido de potasio a 10%, al observar cuerpos de Henderson-Paterson. Se han descrito el uso de la microscopía electrónica y la realización de reacción en cadena de la polimerasa.^{1,2-6}

La dermatoscopia es una técnica útil y no invasiva que ayuda a diagnosticar lesiones melanocíticas y no melanocíticas; se ha utilizado como ayuda para el diagnóstico de esta infección viral en reportes de casos aislados.²⁻⁴

En la revisión de la bibliografía médica indexada en Medline y Medscape hasta enero de 2011 (publicada en inglés y español), existen cinco reportes sobre las características dermatoscópicas encontradas en el molusco contagioso. El primer reporte, publicado en el año 2004, describe la corona vascular en 10 de 15 lesiones del mismo.⁷

En el año 2005 se publicaron tres casos de molusco contagioso, en los que se encontraron estructuras amorfas, polilobulilladas y blanco-amarillentas, rodeadas por una corona vascular.³ En 2006 se reportó un caso en el que clínicamente se consideró el diagnóstico de carcinoma basocelular, con hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso, que fueron corroborados histopatológicamente.²

En el año 2008 se describió un caso en el que reportaron imagen de tiro al blanco, con pequeños vasos en horquilla en la periferia.⁴ En ese mismo año se describió, como características dermatoscópicas de molusco contagioso, el poro central o umbilicación, asociado con estructuras blanco-amarillentas, amorfas, polilobulilladas, rodeadas por telangiectasias borrosas o finas, similares a una corona de vasos.⁸

Hasta la fecha de nuestra revisión en la bibliografía médica indexada, la publicación de Vázquez-López y col. es la serie de casos más grande publicada en la que se evalúan lesiones de molusco contagioso. Existen otros reportes en la bibliografía; sin embargo, son principalmente de casos aislados, y se desconoce cuál es la imagen asociada con más frecuencia con molusco contagioso y si estos hallazgos se correlacionan o no con el tiempo de evolución de las lesiones. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio fue evaluar los hallazgos dermatoscópicos en lesiones de molusco contagioso, analizar tales hallazgos y relacionarlos con el tiempo de evolución de las lesiones.

* Residente de cuarto año de Dermatología.

** Médico adscrito a la Consulta Externa de Dermatología y dermatoscopista.

*** Médica adscrita a la Consulta Externa de Dermatología.

**** Biólogo adscrito al Laboratorio de Micología.

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

¹ Médico dermatólogo y dermatoscopista, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Correspondencia: Dr. Ricardo Quiñones Venegas. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio. Av. Federalismo Norte 3102, colonia Atemajac del Valle, CP 45190, Zapopan, Jalisco, México. Correo electrónico: ricardoquiv@gmail.com
Recibido: febrero, 2012. Aceptado: marzo, 2012.

Este artículo debe citarse como: Sandoval-Mayén P, Quiñones-Venegas R, Ferrusco-Ontiveros MR, González RA, Mayorga-Rodríguez JA. Hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, atendidos de diciembre de 2011 a enero de 2012. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(3):162-166.

www.nietoeditores.com.mx

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal en el que se valoraron pacientes con diagnóstico clínico de molusco contagioso, atendidos en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio durante el periodo de diciembre de 2011 a enero de 2012.

A cada paciente con diagnóstico clínico de molusco contagioso se le solicitó que diera su consentimiento informado. Posteriormente, se evaluó una lesión por paciente, la lesión evaluada fue la referida por el paciente como la más antigua; la lesión debía medir como mínimo 3 mm de diámetro, sin tratamientos previos o dermatosis sobre o adyacente a la lesión. Se utilizó un dermatoscopio DermLite II Hybrid M® (3Gen) y se realizó el registro iconográfico con una cámara Cyber-shot® de 10.1 megapíxeles (Sony). Posteriormente, se realizó curetaje de la lesión. El material obtenido se evaluó en el microscopio y se determinó la presencia de cuerpos de inclusión de Henderson-Paterson, con lo que se corroboró el diagnóstico de molusco contagioso. Las imágenes dermatoscópicas fueron evaluadas y descritas por un dermatoscopista experto. Para poder correlacionar las lesiones con el tiempo de evolución, éstas se dividieron en lesiones de menos o de más de seis meses.

En la captura de datos se usó el programa Excel. Se realizaron porcentajes, medidas de tendencia central, desviación estándar y la prueba de la ji al cuadrado o prueba exacta de Fisher, según fue el caso. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se evaluaron 40 lesiones. De los pacientes estudiados, se encontró que 25 eran de sexo femenino (57%) y 19 pacientes del masculino (43%). La edad media de los pacientes fue de 18 ± 17 años (límites de 2 y 65). Las lesiones se encontraron con mayor frecuencia en el tronco, 28 (64%). La media del tiempo de evolución de las lesiones fue de 5 ± 4 meses (límites de 0.3 y 18 meses).

Se evaluaron las estructuras descritas previamente en la bibliografía médica, las cuales incluyen estructuras no vasculares: imagen de tiro al blanco, amorfas polilobulilladas y orificio. También se valoraron estructuras vasculares: corona vascular, vasos radiados y vasos puntiformes (Figura 1).

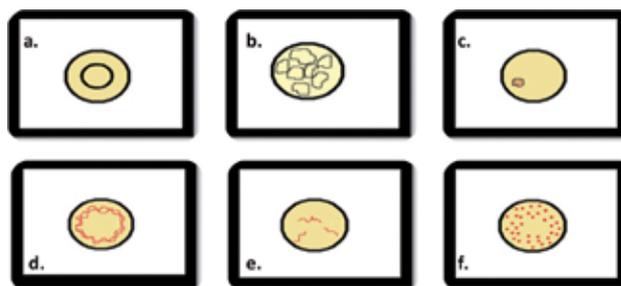


Figura 1. Estructuras no vasculares: a) imagen de tiro al blanco, b) estructuras amorfas polilobulilladas, c) orificio. Estructuras vasculares: d) corona vascular, e) vasos radiados, f) vasos puntiformes.

Estructuras no vasculares

De las 40 lesiones evaluadas, se encontraron con mayor frecuencia estructuras polilobulilladas en 21 (53%), seguidas de orificios y, por último, de imágenes de tiro al blanco (Figura 2). En una lesión (2.5%) se hallaron también tabicaciones (Figura 3).

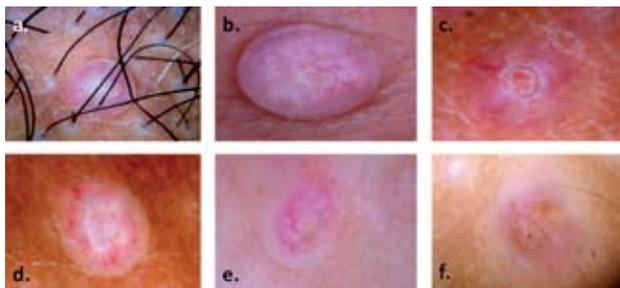


Figura 2. Estructuras no vasculares: a) imagen de tiro al blanco, b) estructuras amorfas polilobulilladas, c) orificio. Estructuras vasculares: d) corona vascular, e) vasos radiados, f) vasos puntiformes.

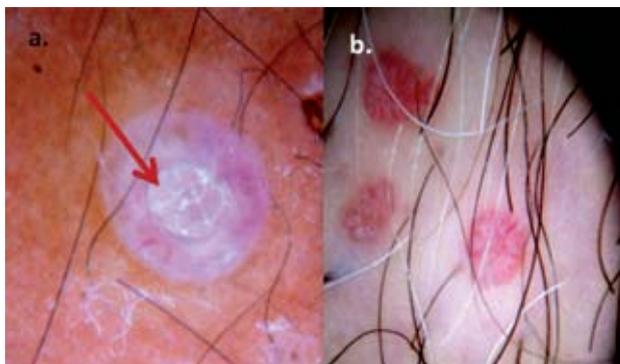


Figura 3. Otros hallazgos: a) imagen tabicada, b) vasos con aspecto truncado.

Estructuras vasculares

En cuanto a las estructuras vasculares, en las lesiones de molusco contagioso se encontraron con mayor frecuencia vasos radiados en 18 (45%), seguidos de corona vascular y, por último, de vasos puntiformes. Asimismo, en una sola lesión se hallaron vasos truncados (2.5%) [Figura 3].

En general, la estructura observada con mayor frecuencia en las lesiones de molusco contagioso fue la estructura polilobulillada en 21 (53%). En el Cuadro 1 se observan los hallazgos vasculares y no vasculares.

Relación con el tiempo de evolución

Se encontró que 23 lesiones (59%) tenían menos de seis meses de evolución y que 17 (40%) tenían más de seis meses de evolución. No se encontró diferencia estadística entre el tiempo de evolución y la presencia o no de estructuras vasculares ($p = 0.48$).

Lesiones de menos de seis meses

Al relacionar el tiempo de evolución de menos de seis meses con las estructuras dermatoscópicas no vasculares se encontró una mayor frecuencia de estructura polilobulillada en 10 (43%), seguida de orificio en ocho (35%) y, por último, de imagen de tiro al blanco en cinco (22%). Respecto a las estructuras vasculares, se encontró en este

grupo mayor frecuencia de vasos radiados en siete (30%), seguidos de vasos puntiformes en cuatro (17%) y, por último, de corona vascular en tres (13%).

Lesiones de más de seis meses

En las lesiones de más de seis meses de evolución se encontró con mayor frecuencia estructura polilobulillada en 11 casos (79%), seguida de orificio en tres (18%) y, por último, de imagen de tiro al blanco en un caso (6%). En este grupo se encontraron con mayor frecuencia, respecto a los patrones vasculares, vasos radiados en 11 (75%), seguidos de corona vascular en dos (12%) y de ausencia de vasos puntiformes (Cuadro 2).

Al realizar el análisis estadístico para determinar el significado de los datos anteriormente descritos no encontramos relación estadística entre el tiempo de evolución y las lesiones dermatoscópicas no vasculares: tiro al blanco ($p = 0.37$), estructura polilobulillada ($p = 0.07$) y orificio ($p = 0.46$). Encontramos resultados semejantes respecto a las estructuras dermatoscópicas vasculares: corona vascular ($p = 1.0$), vasos puntiformes ($p = 0.09$) y vasos radiados ($p = 0.10$).

DISCUSIÓN

Al analizar los hallazgos dermatoscópicos de las lesiones de molusco contagioso observamos con mayor frecuencia estructuras polilobulilladas. Consideramos que esto se debe a la tendencia del molusco contagioso a realizar conglomerados de material viral,⁹⁻¹¹ lo que comúnmente conocemos como “cuerpo del molusco”. Podríamos suponer que a mayor tiempo de evolución serían más evidentes estos múltiples conglomerados o lobulillos; sin embargo, esta relación no tuvo significado estadístico, quizá por el tamaño de la muestra.

Cuadro 1. Estructuras en lesiones de molusco contagioso

Tipo de patrón	Hallazgo	Frecuencia (%)
Patrones no vasculares	Tiro al blanco	6 (15)
	Estructura polilobulillada	21 (53)
	Orificio	11 (28)
	Corona vascular	5 (13)
Patrones vasculares	Vasos puntiformes	4 (10)
	Vasos radiados	18 (45)

Cuadro 2. Patrones según el tiempo de evolución

Patrones dermatoscópicos		Menos de seis meses (n = 23)	Más de seis meses (n = 17)
		n (%)	n (%)
Patrones no vasculares	Tiro al blanco	5 (22)	1 (6)
	Estructura polilobulillada	10 (43)	11 (79)
	Orificio	8 (35)	3 (18)
Patrones vasculares	Corona vascular	3 (13)	2 (12)
	Vasos puntiformes	4 (17)	0
	Vasos radiados	7 (30)	11 (75)

La imagen de tiro al blanco, que podría correlacionarse con un conglomerado de material viral, tendió a manifestarse en lesiones de menos de seis meses de evolución, quizá por el poco tiempo que el virus tuvo para replicarse.

Consideramos que la imagen de orificio se observa debido al crecimiento importante del material viral, el cual causa una rotura en la piel.¹¹⁻¹³ Esta imagen se observó con mayor frecuencia en las lesiones de menos de seis meses de evolución que en las lesiones de más de seis meses, aunque este hallazgo tampoco tuvo significado estadístico.

Con respecto a las estructuras vasculares, se encontró una mayor frecuencia de vasos radiados (45%), seguidos de corona vascular y, por último, de vasos puntiformes. Este último hallazgo fue descrito por primera vez en un estudio publicado por Ianhez y colaboradores,¹⁴ en el que se asociaron vasos puntiformes con inflamación. Con respecto al tiempo de evolución, observamos mayor tendencia a manifestarse vasos radiados en las lesiones de más de seis meses. Creemos que esto se debe a la existencia de más vasos que circundan estructuras polilobulilladas, ya que hay mayor tiempo de crecimiento de estas estructuras y de vasos sanguíneos.

Los vasos puntiformes se encontraron en pocas lesiones (10%), llama la atención que estas estructuras se manifestaron en las lesiones de menos de seis meses de evolución y no se encontraron en las de más de seis meses de evolución. Este dato no fue estadísticamente significativo. Desconocemos si este hallazgo se traduce en vasos poco desarrollados que en un futuro, en lesiones de mayor evolución, formarán otra estructura vascular bien definida.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio los hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso fueron vasculares y no vasculares y el hallazgo dermatoscópico no vascular más frecuente fue la estructura amorfa polilobulillada (53%). Las estructuras vasculares observadas con mayor frecuencia fueron los vasos radiados (45%).

En el análisis estadístico no encontramos relación entre los hallazgos dermatoscópicos y el tiempo de evolución de las lesiones de molusco contagioso, tal vez por el tamaño de nuestra muestra, por lo que se requieren estudios que incluyan una muestra con mayor número de pacientes para corroborar nuestros hallazgos y proponer criterios diagnósticos.

REFERENCIAS

1. Diven D. An overview of poxviruses. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:1-14.
2. Zaballos P, Ara M, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of molluscum contagiosum: a useful tool for clinical diagnosis in adulthood. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:482-483.
3. Morales A, Puig S, Malveyh J, Zaballos P. Dermoscopy of molluscum contagiosum. *Arch Dermatol* 2005;141:1644.
4. Panasiti V, Devirgiliis V, Roberti V, Curzio M, Calvieri S. Molluscum contagiosum in a tattoo: usefulness of dermoscopy. *Int J Dermatol* 2008;47:1318-1319.
5. Laxmisha C, Thappa DM, Jaisankar TJ. Clinical profile of molluscum contagiosum in children versus adults. *Dermatol Online J* 2003;9(5):1.
6. Carrada T. Molusco contagioso en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Fac Med UNAM* 2005;48:10-13.
7. Vázquez-López F, Kreuzsch J, Marghoob A. Dermoscopy: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol* 2004;150:226-231.
8. Zalaudeck I, Giacomel J, Cabo H, Di Stefani A, et al. Entodermoscopy: a new tool for diagnosing skin infections and infestations. *Dermatology* 2008;216:14-23.
9. Hanson D, Diven DG. Molluscum contagiosum. *Dermatol Online J* 2003;2:2.
10. Smith K, Skelton H. Molluscum contagiosum. *Am J Clin Dermatol* 2002;3:535-545.
11. Bauer J, Miller F, Peckham S. Medical pearl: confirming the diagnosis of molluscum contagiosum using 10% potassium hydroxide. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:S104-105.
12. Thompson CH. Identification and typing of molluscum contagiosum virus in clinical specimens by polymerase chain reaction. *J Med Virol* 1997;53(3):205-211.
13. Skinner R. Treatment of molluscum contagiosum with imiquimod 5% cream. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:S221-224.
14. Ianhez M, Cestari S da CP, Enokihara MY, Seize MB. Dermoscopic patterns of molluscum contagiosum: a study of 211 lesions confirmed by histopathology. *An Bras Dermatol* 2011;86(1):74-79.