¿EXISTE ALGUN TRATAMIENTO EFECTIVO CONTRA EL MOLUSCO CONTAGIOSO EN NIÑOS?

Autor: Dra. Isadora Iglesis H. Residente Medicina Familiar PUC.
Editor: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar PUC
Fecha: 11 de diciembre 2018

Palabras Claves: Molusco Contagioso, tratamiento, APS, Medicina Familiar

Resumen de portada: Existen diversos tratamientos para los niños con molusco contagioso. Su implementación implica uso de recursos y muchas veces la participación de dermatólogos. En este artículo revisaremos la evidencia disponible en relación con esos tratamientos.

GENERALIDADES

El Molusco Contagioso (MC) es una infección viral cutánea benigna, común en los niños, causada por el Virus del Molusco Contagioso, perteneciente a la familia de los Poxvirus. El reservorio de este virus es exclusivamente humano y su contagio ocurre por contacto directo con personas infectadas o fómites contaminados, y suele perpetuarse por la autoinoculación. Su periodo de incubación varía de 1 semana a 6 meses, siendo más frecuente entre 2 a 6 semanas.[1,2, 3, 4]

La enfermedad tiene una distribución etaria bimodal. El primer peak ocurre entre los 2 y 5 años, con transmisión por contacto directo. El segundo peak ocurre entre los 15 y 29 años, como infección de transmisión sexual.[5]

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de MC es clínico[4]

La infección por MC se limita exclusivamente a la piel. Clínicamente se caracteriza por presentar una o varias pápulas cupuliformes de pequeño tamaño (1-15mm), color piel, translucidas, brillantes, con una umbilicación central que expulsa material corneo, blanquecino. Las lesiones pueden aparecer en cualquier ubicación, siendo más frecuente en tórax, axilas, pliegue antecubital, poplíteo y crural. Pueden presentar prurito.[4]

En pacientes inmunocompetentes, las lesiones suelen autolimitarse y desaparecer dentro del primer año.

TRATAMIENTO

El tratamiento del MC es bastante controversial. En pacientes inmunocompetentes la resolución espontanea parece ser una opción. Tratamientos intervencionales estarían dirigidos a acelerar dicho proceso, principalmente en pacientes que tengan razones cosméticas, para aliviar síntomas, para prevenir traumas, cicatrices o infecciones secundarias.[6]

El tratamiento del MC se puede clasificar en 3 grandes grupos:

1. Destrucción física de la lesión
2. Uso de agentes tópicos
3. Uso de tratamientos sistémicos (el cual no se abarcará en este articulo).

Una revisión sistemática Cochrane publicada en 2017, que incluyó 22 estudios clínicos randomizados, con 1650 pacientes inmunocompetentes (niños y adolescentes) con diagnóstico clínico de Molusco Contagioso No Genital, comparó la efectividad de la destrucción física de las lesiones versus el uso de agentes tópicos en un tiempo de intervención de 3-28 semanas.

La tabla 1 resume los resultados encontrados para cura clínica al comparar entre agente tópico v/s placebo; mientras que la tabla 2 lo hace entre distintos agentes de uso tópico y/o destrucción de lesiones.

TABLA 1: COMPARACIÓN AGENTE TÓPICO VS PLACEBO

INTERVENCIÓN	OUTCOME	N° Estudios/ N° Participantes	Estimador Efecto (RR) (IC 95%)	Significancia Estadística	GRADE
IMIQUIMOD 5% V/S PLACEBO	Cura clínica a corto plazo (3m)	4/850	1,33 (0,92-1,93)	**NES**	⊕⊕⊕ **Moderado**
	Cura clínica a mediano plazo (3-6m)	2/702	0,88 (0,67-1,14)	**NES**	⊕⊕⊕ **Moderado**
	Cura clínica a largo plazo (>6m)	2/702	0,97 (0,79-1,17)	**NES**	⊕⊕⊕ **Moderado**
CANTARIDINA 0,7% V/S PLACEBO	Cura clínica a corto plazo (3m)	1/29	2,46 (0,25-24,21)	**NES**	⊕⊕ **Bajo**

**NES: No estadísticamente significativo*
Fuente: Adaptado de Van der Wouden et al, Cochrane 2017. [6]

En resumen, no hay diferencias estadísticamente significativas al comparar Imiquimod Tópico 0.5% y la Cantaridina Tópica 0.7% v/s placebo, independiente del outcome evaluado, con una calidad de la evidencia moderada y baja respectivamente.

TABLA 2: COMPARACIÓN ENTRE DISTINTOS AGENTES TÓPICOS Y/O DESTRUCCIÓN DE LESIONES

INTERVENCIÓN	OUTCOME	N° Estudios/ N° Participantes	Estimador Efecto (RR) (IC 95%)	Significancia Estadística	GRADE
IMIQUIMOD 5% VS KOH 10%	Cura clínica a corto plazo (3m)	2/67	0,65 (0,46-0,93)	NES	⊕⊕ **Bajo**

PEROXIDO BENZOILO 10% VS TRETINOINA TÓPICA 0,05%	Cura clínica a corto plazo (3m)	1/30	2,20 (1,01-4,79)	A FAVOR PEROXIDO DE BENZOILO	⊕⊕ **Bajo**
HIDROXIDO DE POTASIO 10% VS CURETAJE	Cura clínica a corto plazo (3m)	1/34	0,93 (0,71-1,24)	NES	⊕⊕ **Bajo**
HIDROXIDO DE POTASIO 10% VS CRIOTERAPIA	Cura clínica a corto plazo (3m)	1/30	0,93 (0,73-1,18)	NES	⊕⊕ **Bajo**
POVIDONA IODADA 10% VS AC. SALICÍLICO	Cura clínica a corto plazo (3m)	1/15	0,86 (0,38-1,95)	NES	⊕⊕ **Bajo**

**NES: No estadísticamente significativo*
Fuente: Adaptado de Van der Wouden et al, Cochrane 2017. [6]

En resumen:

- Al comparar distintos preparados tópicos sólo se observan diferencias estadísticamente significativas entre Peróxido de Benzoilo 10% y Tretinoina Tópica 0.05%, a favor del primero. RR 2.20 IC $_{95\%}$ (1.01-4.79) y una calidad de la evidencia baja.
- La RS Cochrane evaluó 2 estudios que incorporaban curetaje, uno de los cuales, dada su calidad metodológica y la presentación de resultados, no fue incluido en los resultados finales de la RS. El segundo estudio se presenta en la Tabla n°2, y compara su efectividad v/s Hidróxido de potasio 10%, sn encontrar diferencias estadísticamente significativas, con calidad de la evidencia baja.

Existen algunos estudios observacionales retrospectivos que evalúan curetaje con resultados controversiales. Un estudio encontró que, en una cohorte de 1.878 pacientes, 70% de los pacientes tratados con una única sesión de curetaje, presentaron cura inmediata.[8] En contraste, un estudio prospectivo de 73 niños y adultos tratados con curetaje mostró que el 66% no presentaron cura luego de una sesión y cerca del 50% no quiso continuar la terapia por los efectos adversos de esta. Cabe recordar que el curetaje es un procedimiento doloroso y molesto para el paciente, y que no está exento de efectos adversos. [9]

RESUMEN

El Molusco Contagioso es una infección viral cutánea benigna, causada por el Virus del Molusco Contagioso de la familia de los Poxvirus. Clínicamente se caracteriza por presentar una lesión cupuliforme con umbilicación central que suele resolverse espontáneamente dentro de 1 año.

El tratamiento del MC es controversial, por cuanto no existe evidencia que respalde el uso de terapias tópicas ni la destrucción de lesiones para mejorar la cura clínica de estos pacientes. Frente a esto es razonable plantear un seguimiento clínico y esperar a la resolución espontanea de las lesiones, dejando la elección del curetaje para casos particulares y evaluándolo de paciente en paciente.

REFERENCIAS

1. B. Monteagudo et al. (2010). Molusco contagioso: ¿cuándo debería iniciarse el tratamiento? Acta Pediatr Esp. 2010; 68(2): 91-94.
2. Berger EM, Orlow SJ, Patel RR, Schaffer JV. (2012). Experience with molluscum contagiosum and associated inflammatory reactions in a pediatric dermatology practice: the bump that rashes. Arch Dermatol 2012; 148:1257.
3. Hayashida S, Furusho N, Uchi H, et al. (2010). ¿Are lifetime prevalence of impetigo, molluscum and herpes infection really increased in children having atopic dermatitis? J Dermatol Sci 2010; 60:173.
4. R. Jiménez Alés, I.M. Coronel Pérez, I.C. Sánchez Fuentes. (2016). Enfermedades víricas de la piel. Pediatría Integral; XX (3): 169-178.
5. Stuart N Isaacs. (2017). Molluscum contagiosum. Up To Date
6. Van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LWA, Koning S. (2017). Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD004767. DOI: 10.1002/14651858.CD004767.pub4.
7. Olsen JR, Gallacher J, Finlay AY, Piquet V, Francis NA. Time to resolution and effect on quality of life of molluscum contagiosum in children in the UK: a prospective community cohort study. Lancet Infectious Diseases 2015;15 (2):190–5. [PUBMED: 25541478]
8. Harel A, Kutz AM, Hadj-Rabia S, Mashiah J. To Treat Molluscum Contagiosum or Not-Curettage: An Effective, Well-Accepted Treatment Modality. Pediatr Dermatol 2016; 33:640.
9. Simonart T, De Maertelaer V. Curettage treatment for molluscum contagiosum: a follow-up survey study. Br J Dermatol 2008; 159:1144.