

Síndrome moluscoide

Molluscoid Syndrome

Arnaldo Aldama Caballero¹, Romina Acosta Sens¹, BC José Pereira Brunelli², Roberto Arenas³

¹ Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Nacional, Asunción, Paraguay

² Bioquímico clínico del Centro de Especialidades Dermatológicas, MSP, Asunción Paraguay

³ Jefe, Sección de Micología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México.

RESUMEN

Agrupar diversos cuadros clínicos en síndromes resulta de utilidad en su diagnóstico y tratamiento. El "síndrome moluscoide", así llamado por su semejanza clínica con molusco contagioso, se caracteriza por pápulas y eventuales nódulos umbilicados, y suele relacionarse con individuos inmunodeprimidos o interpretarse como una patología tropical.

Esta revisión describe patologías infecciosas con dicho aspecto: histoplasmosis, criptococosis, paracoccidioidomicosis, esporotricosis, infecciones por *Penicillium marneffe*, aspergilosis, leishmaniasis, sífilis y tuberculosis, entre otras.

PALABRAS CLAVE: Síndrome moluscoide, lesiones moluscoideas, inmunosupresión, pápulas umbilicadas.

ABSTRACT

Grouping various conditions into syndromes helps their diagnosis and treatment. "Molluscoid syndrome", thus named after its resemblance to molluscum contagiosum, is characterized by papules and eventually umbilicated nodules. Several pathologies present these characteristics, especially those secondary to immunosuppression and various tropical illnesses.

This review focuses on infectious diseases presenting with these characteristics, including histoplasmosis, cryptococcosis, paracoccidioidomycosis, sporotrichosis, *Penicillium marneffe* infections, aspergillosis, leishmaniasis, syphilis and tuberculosis.

KEYWORDS: Molluscoid syndrome, molluscoid lesions, immunosuppression, umbilicated papules.

Introducción

Molusco contagioso es una infección viral benigna ocasionada por un poxvirus y caracterizada por lesiones de aspecto papular, semiesféricas, sésiles y de 1 a 2 mm de diámetro; del color de la piel, brillantes y con una llamativa umbilicación central. Puede tratarse de lesiones únicas, escasas o numerosas y se observan con mayor frecuencia en niños o bien, en individuos con dermatitis atópica o infección por VIH (Figura 1).^{1,2}

El aspecto clínico de las lesiones papulosas umbilicadas puede semejarse al de otras dermatosis, sobre todo en inmunosupresión o las llamadas enfermedades tropicales. Por ello, para describir todas esas entidades, se ha propuesto el término de lesiones moluscoideas; sin embargo, las lesiones también pueden ser tubérculos o nódulos con umbilicación central.³

Las enfermedades que cursan con lesiones moluscoideas incluyen padecimientos micóticos y no micóticos,³⁻¹³ e

incluso algunas son patologías no infecciosas como granuloma anular (Figura 2) y otras dermatosis perforantes,¹⁴ histiocitosis de células indeterminadas, xantogranuloma



Figura 1. Molusco contagioso: Pápulas umbilicadas, algunas con cambios inflamatorios.

CORRESPONDENCIA

Arnaldo Aldama Caballero ■ ARNALDO_aldama@hotmail.com

Mayor Fleitas 447, Asunción 2169, Paraguay. Teléfono: (565) 21 595981-427619.



Figura 2. Granuloma anular papular: Pápulas umbilicadas en dorso de mano.



Figura 3. Xantogranuloma juvenil: Pápulas anaranjadas, algunas umbilicadas.

juvenil (Figura 3), reticulohistiocitosis cutánea y xantomas diseminados eruptivos o tuberosos.¹⁵

Antes del advenimiento de VIH, las llamadas infecciones oportunistas afectaban grupos reducidos de pacientes, pero después se observó un incremento en frecuencia, presentaciones atípicas y coinfecciones, por lo que se impuso una agrupación en síndromes para orientar el diagnóstico.

Uno de los aspectos clínicos observados en los pacientes seropositivos son las lesiones moluscoideas. De allí la importancia de repasar detalles de los diversos cuadros infecciosos graves que presentan este aspecto y que, a la larga, también afectan a individuos inmunocompetentes.

Entidades micóticas

Histoplasmosis

Cerca de 70% de los pacientes sudamericanos con histoplasmosis y SIDA presenta lesiones cutáneas o de mucosas (Figuras 4 y 5). En Argentina y Paraguay, histoplasmosis es la micosis sistémica más frecuente en individuos con infección VIH.^{17,18}

Las manifestaciones cutáneas habituales son lesiones moluscoideas, varioliformes o papulonecróticas,^{4,6} y la riqueza de parásitos en ellas facilita el diagnóstico por escarificación o biopsia (Figura 6).¹⁶

En pacientes inmunocompetentes, la infección suele ser subclínica o poco sintomática, y si hay alguna lesión dermatológica, predominarán las lesiones ulcerosas en boca, igual que en individuos inmunodeprimidos.⁵ En casos excepcionales puede presentarse histoplasmosis cutánea primaria.¹⁹



Figura 4. Histoplasmosis en SIDA: Lesiones polimorfas, ulceradas, acneiformes y algunas moluscoideas.



Figura 5. Histoplasmosis en SIDA: Lesiones moluscoideas diseminadas en tronco.

Sin embargo, VIH no es la única entidad relacionada con la reactivación de histoplasmosis. Hay otros factores desencadenantes de importancia como diabetes, linfomas, leucemias, tumores sólidos, trasplante de órganos, corticoterapia, alcoholismo y primera infancia.⁵

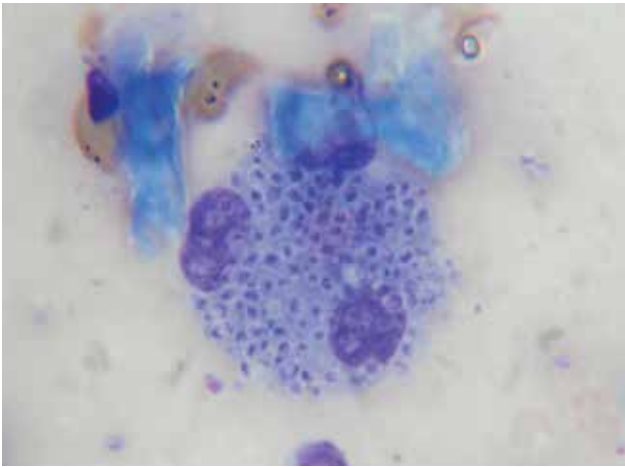


Figura 6. Histoplasmosis: Escarificación directa. Gran cantidad de levaduras intracelulares, en media luna (Giemsa 100x).

Criptococosis

Es otra de las infecciones frecuentes en pacientes con VIH/SIDA. Las lesiones cutáneas son polimorfas, y la presencia de lesiones moluscoideas obliga a pensar en esta micosis (Figura 7) y a establecer un diagnóstico diferencial con otras dermatosis no menos importantes.^{20,21} De hecho, las lesiones moluscoideas pueden ser la primera manifestación de criptococosis.²²

En Perú, un estudio de 259 pacientes con diagnóstico de SIDA y criptococosis reveló que 3.1% (8 individuos) tenía lesiones cutáneas con predominio de umbilicadas y costrosas, seguidas por verrugosas,²³ resultado similar al obtenido en otras series.²⁴

Entre 10 y 15% de los pacientes también desarrollan lesiones cutáneas polimorfas, como lesiones nodulares, pustulosas, ulcerosas y placas eritematosas; sin embargo las lesiones moluscoideas se localizan sobre todo en cara y sugieren enfermedad sistémica.^{20, 21}



Figura 7. Criptococosis: Gran cantidad de pápulas umbilicadas de rápida aparición en paciente inmunocomprometida.

Paracoccidiodomicosis

Es una micosis sistémica endémica de Latinoamérica.^{3,9} Adquiere formas clínicas variables que dependen del estado inmunológico del paciente y abarcan desde cuadros prácticamente asintomáticos (hiperérgicos) hasta agudos o subagudos (anérgicos) y crónicos (inmunidad intermedia).⁹

En las formas agudas, las lesiones mucosas son excepcionales y las cutáneas adoptan la forma de pápulas umbilicadas (Figuras 8 y 9), acneiformes, pápulas-pústulas o úlceras.³ En las formas crónicas –que son las más frecuentes– se observan lesiones mucosas y lesiones cutáneas polimorfas que predominan en cara o cerca de orificios naturales. Son nódulos rojo violáceos ulcerados, cubiertos por costras serohemáticas y con fondo granulomatoso de puntillado hemorrágico.⁹

En pacientes inmunodeprimidos –específicamente VIH/SIDA, con recuento CD4 inferior a 200 cel/ml y sin profilaxis para *Pneumocystis jiroveci* con trimetoprim sulfametoxazol– la enfermedad es más diseminada y se manifiesta con pápulas ulceradas en el centro.²⁵



Figura 8. Paracoccidiodomicosis, forma aguda: Pápulas umbilicadas aisladas y confluentes en joven indígena, con adenopatía cervical.



Figura 9. Paracoccidiodomicosis, forma aguda: Pápulas y nódulos umbilicados, algunos con costra central, en un joven.

Esporotricosis

Tanto en la forma fija como la linfagítica pueden presentarse, ocasionalmente, lesiones moluscoides (Figura 10).³

Penicillium marneffe

Infección del sudeste asiático con afectación pulmonar de intensidad variable y múltiples manifestaciones sistémicas. Alrededor de 50% de los enfermos desarrolla lesiones cutáneas múltiples constituidas por pápulas umbilicadas que pueden agrandarse y ulcerarse.¹⁰

Aspergilosis

Alrededor de 5% de los individuos que desarrollan las formas secundarias de afectación cutánea pueden presentar lesiones papulares.⁷

Entidades no micóticas***Leishmaniasis***

Causada por *Leishmania infantum*, leishmaniasis cutánea atípica es una variante encontrada en ciertas regiones de Latinoamérica y caracterizada por lesiones papulares, placas o nódulos que no se ulceran.²⁶ Un caso publicado de esta entidad presentaba lesiones moluscoides (Figura 11).¹¹

Sífilis

Dentro del polimorfismo de la sífilis secundaria es posible observar lesiones umbilicadas (Figura 12).¹²

Tuberculosis cutánea

Tuberculosis miliar es una forma observada en individuos anérgicos. Se manifiesta con lesiones papulares o nodulares, eventualmente umbilicadas.¹³ La tuberculide papulonecrótica se caracteriza por nódulos asintomáticos, de color pardo-marrón y distribución universal (aunque de predominio en superficies extensoras) los cuales, en ocasiones, pueden umbilicarse y ulcerarse en el centro.²⁷



Figura 10. Esporotricosis: Lesiones moluscoides en dorso de pie.

Trombidiasis

Trombiculosis o dermatitis muluscoide es una permatoozoonosis de distribución mundial producida por ácaros de la clase arachnida, que ocasionan una dermatosis diseminada caracterizada por pápulas umbilicadas con centro queratósico de evolución aguda y prurito intenso.³⁰

COMENTARIOS

Al abordar cuadros de dermatosis que comparten características clínicas y etiopatogenia, resulta conveniente englobarlos en síndromes basados en sus características clínicas. Por ello, hemos propuesto el nombre de "síndrome moluscoide" para facilitar el estudio y el tratamiento de las entidades infecciosas que se describen aquí.

REFERENCIAS

1. Yaluk R, Cardozo L. "Virosis cutáneas". En: Aldama A, Rivelli V. *Dermatología*. 2ª Ed. Asunción, Visualmente, 2011: 28-37.



Figura 11. Leishmaniasis cutánea atípica con lesiones umbilicadas.



Figura 12. Sífilis secundaria: Pápulas umbilicadas, algunas excoriadas (VDRL 1:128).

2. Gutiérrez M, García J. "Dermatosis por virus y rickettsias". En: Conejo Mir J, Moreno J, Camacho F. *Tratado de Dermatología*. Barcelona, Océano Ergon, 2012: c765-804.
3. Aldama A. *Dermatología Tropical. Atlas y manejo*. Asunción. Visualmente. 2010:15-34.
4. Negroni R. Manifestaciones cutáneo-mucosas de la histoplasmosis diseminada (histoplasmosis clásica o histoplasmosis capsulati)". *Dermatol Argent* 2008;14(2): 104-112.
5. Sánchez-Saldaña L, Galarza C, Cortéz Franco F. "Infecciones micóticas sistémicas o profundas: Histoplasmosis". *Dermatol Perú* 2010; 20(1): 139-152.
6. Negroni R, Arechavala I, Maiolo E. "Histoplasmosis clásica en pacientes inmunocomprometidos". *Med Cutan Iber Lat Am* 2010; 38(2): 59-69.
7. Arenas R. *Micología*. 5º ed. México, Mc Graw Hill, 2014: 261-69, 227-233.
8. Revenga F, Paricio J, Nobreda T. "Criptococosis". *Piel* 2001; 16: 329-334.
9. Pili F, Salinas V, Piccirilli G, Chorzepa C, Grossi G, Kantor B, et al. "Paracoccidioidomicosis. A propósito de 2 observaciones". *Arch Argent Dermatol* 2009;59:205-210.
10. Hay R. "Micosis profundas". En: Freedberg I, Eisen A, Wolff K, Austen K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. 6º Ed. Buenos Aires, Panamerican, 2005: 2283-2300.
11. Aldama A, Guglielmo C, Rivelli V, Mendoza G, De Paula N, Almeida F, Roselino AM. "Leishmaniasis cutánea atípica por *L. infantum* (Chagasi)". *An Fac Cienc Med* 2013;46(1):61-67.
12. Aldama A, Martínez L, Aquino N, Aldama F, Mendoza G. "Sífilis secundaria. Presentación de casos con llamativas lesiones cutáneas". *Gac Dermatol* 2014; 9(1):30-34.
13. Martín-Ezquerria G, Pujol Vallverdú R. "Tuberculosis cutáneas". En: Conejo Mir J, Moreno J, Camacho F. *Tratado de Dermatología*. Barcelona, Océano Ergon 2012: 721-738.
14. Rivelli V, Aldama A. "Lesiones papulosas umbilicadas en las extremidades". *Piel* 2010; 25(5): 270-272.
15. Moreno M, Quijano N, Cortéz F, Manrique H, Carayhua D. "Pápulas umbilicadas diseminadas asociadas a infección por VIH-SIDA". *Dermatol Perú* 2008; 18(2): 130-138.
16. Trombetta L, Bava A. "Diagnóstico de la histoplasmosis diseminada asociada al SIDA". *Rev Cubana Med Trop* 2013; 65(1): 137-143.
17. Pietrobon D, Negro L, Kilteín J, Galindez J, Greca A, Battagliotti C. "Histoplasmosis diseminada y SIDA en un hospital argentino: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento". *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(3): 156-159.
18. Leiva M, Cubilla E, Guzmán A, Mendoza G, Aguilar F. "Histoplasmosis diseminada aguda en paciente con infección VIH". *Dermatología CMQ* 2012; 10(1): 28-32.
19. Naoto M, Oliveira A, Matos M, Silva F, Wanke B, Lazera M. "Histoplasmosis cutánea primaria: relato de caso em paciente inmunocompetente e revisao de la literatura". *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2008; 41(6): 680-682.
20. Carrada T. "Criptococosis cutánea y SIDA. Reporte de un caso y revisión de la literatura". *Med Int Mex* 2004; 20(5): 392-395.
21. Jones-Caballero M, Fernandez-Herrera J, Fernandez-Peña P, Fraga-Fernandez J, Garcia-Diez A. "Criptococosis cutánea imitando Molluscum contagiosum en paciente con SIDA". *Actas Dermosif* 1992; 1:24-26.
22. Picon L, Vaillant L, Doung T, Lorette G, Baco Y, Vencer JM et al. "Cutaneous Cryptococcosis resembling molluscum contagiosum: a first manifestation of AIDS". *Actas Derm Vereneol* 1989; 69: 365-367.
23. Hinojosa W. *Criptococosis cutánea en pacientes con el virus de la Inmunodeficiencia Adquirida del Hospital Nacional Dos de Mayo. Periodo 2000-2010*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Tesis. 2012.
24. Dimino-Emma L, Gurevitch A. "Cutaneous manifestations of disseminated cryptococosis". *J Am Acad Dermatol* 1995; 32(5): 844-845.
25. Paniago A, De Freitas A, Aguiar E, Da Cunha R, Castro A, Wanke B. "Paracoccidioidomycosis in patients with human immunodeficiency virus: Review of 12 cases observed in endemic región in Brazil". *J Infect* 2005; 51: 248-252.
26. Lizardo G, Ponce C, Ponce E, Sierra M. "Características de pacientes con Leishmaniasis cutánea atípica". *Rev Med Hondur* 2008; 76: 101-107.
27. Bravo F. "Tuberculides en el siglo XXI". *Folia Dermatol Perú* 2009;20(2): 61-62.
28. Márquez-Moreno A, Jimenez-Martín J, Miranda-Fernandez B, Ortega-Jimenez M, Matilla-Vicente A. "Criptococosis y Leishmaniasis: coinfección cutánea en un paciente VIH positivo". *Rev Esp Patol* 1998; 31(3): 317-320.
29. Lancela R, Mendez P, Padilla M, Novales J, Colma S, Gonzalez G. "Criptococosis cutánea diseminada y Sarcoma de Kaposi en paciente con SIDA. Reporte de un caso". *Rev Cent Dermatol Pasqua* 2005; 14(1): 26-30.
30. Arenas R. *Dermatología, atlas diagnóstico y tratamiento*. México. McGraw-Hill, 2013: 580-582.