

CASOS CLÍNICOS

Presentación atípica de Molusco Contagioso: Compromiso ocular bilateral en paciente con VIH

Francisca Donoso¹, Mauricio Lechuga²

¹Interna de Medicina,
Pontificia Universidad
Católica, Santiago,
Chile

²Dermatólogo, Jefe de
Servicio Dermatología
Hospital Sótero del
Río, Santiago, Chile

Trabajo no recibió
financiamiento.
Los autores declaran
no tener conflictos de
interés.

Recibido el 25 de
marzo de 2021,
aceptado el 14 de
noviembre 2021.

Correspondencia
autor:
Francisca Donoso
Email:
fdonoso4@uc.cl

RESUMEN

La infección por molusco contagioso (MC) en adultos se asocia frecuentemente a transmisión sexual y/o inmunodepresión, por ejemplo, por VIH. En este grupo, la manifestación clínica suele ser atípica. A continuación, se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de VIH, bajo recuento de CD4 y carga viral elevada que consulta por múltiples MC en genitales, tronco, cara y ojos además de conjuntivitis en ojo derecho. Se mantuvo terapia antirretroviral (TARV) y se indicó tratamiento para conjuntivitis.

La infección por MC en pacientes con VIH se asocia a etapas SIDA con un aumento de los casos a menor recuento de linfocitos CD4, generalmente menor a 200 cel/mL. La pobre respuesta inmune celular de estos pacientes explica su comportamiento clínico atípico. Este grupo presenta una mayor mortalidad que el de pacientes seropositivos sin MC, lo que se explica por la mayor inmunosupresión asociada. El diagnóstico es clínico, aunque podría verse entorpecido cuando hay compromiso ocular por la presencia de lesiones atípicas que hacen necesario considerar diversos diagnósticos diferenciales. El tratamiento es controversial y tiende a existir una baja respuesta y recidiva frente a terapias convencionales en pacientes con VIH cuando la inmunosupresión es marcada por el recuento CD4 muy bajo. La TARV pareciera ser la mejor alternativa para su tratamiento, sin embargo, es importante considerar posibles complicaciones asociadas, como la instauración de síndrome de restauración inmunológica una vez iniciada. Esto podría traducirse en lesiones oculares graves cuando existe compromiso en este órgano.

Palabras claves: Molusco Contagioso, VIH, SIDA, conjuntivitis viral

ABSTRACT

Molluscum contagiosum (MC) infection in adults is frequently associated with sexual transmission and / or immunosuppression, for example by HIV. In this group, the clinical manifestation is usually atypical. Herein we present the case of a patient with a diagnosis of HIV, a low CD4 count and a high viral load who consulted for multiple MC in the genitals, trunk, face and eyes, as well as conjunctivitis in the right eye. Antiretroviral therapy (ART) was maintained and treatment for conjunctivitis was indicated.

MC infection in HIV patients is associated with AIDS stages with an increase in cases with a lower CD4 lymphocyte count, generally less than 200 cells / mL. The poor cellular immune response of these patients explains their atypical clinical behavior. This group presents a higher mortality than that of seropositive patients without MC, which is explained by the greater associated immunosuppression. The diagnosis is clinical, although it could be hampered when there is ocular compromise due to the presence of atypical lesions that make it necessary to consider various differential diagnoses. Treatment is controversial and there tends to be a poor response and relapse to conventional therapies in patients with HIV when immunosuppression is marked by a very low CD4 count. ART seems to be the best alternative for its. However, it is important to consider possible associated complications such as the onset of immune restoration syndrome once it has been started. This could translate into serious eye injuries when this organ is compromised

Key words: Molluscum contagiosum, HIV, AIDS, viral conjunctivitis

MC es una dermatosis infecciosa autolimitada producida por el virus ADN de doble hebra que pertenece a la familia de los Poxvirus. Existen 4 genotipos, siendo el MCV- 1 y MCV- 2 los más frecuentes en la población¹ y específicamente el MCV-2 en pacientes con VIH². Es una infección frecuente en niños. Su presencia en adolescentes y adultos se asocia a contacto cutáneo estrecho, transmisión sexual e inmunodepresión. Se transmite por contacto directo con la piel o por fómites y se puede propagar por el afeitado, rascado o curetaje sobre la lesión¹. Su manifestación clínica habitual consiste en pápulas color piel con superficie brillante y umbilicada de habitualmente 3-5 mm de diámetro que se ubican de preferencia en zonas expuestas o genitales en caso de que su transmisión haya sido por vía sexual³. Sin embargo, su manifestación clínica puede ser atípica en pacientes inmunocomprometidos; pudiendo presentarse múltiples lesiones (más de 100), mayores a 1 cm (MC gigante) o en zonas poco habituales como lo son las palmas de las manos o mucosas, incluyendo el compromiso ocular¹.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 30 años, heterosexual con antecedente de VIH, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, de reciente diagnóstico. Actualmente recibiendo Abacavir, Lamivudina, Raltegravir, Cotrimoxazol, Rifampicina e Isoniazida. Tras 2 meses de iniciar tratamiento para ambas patologías consulta por aparición de múltiples lesiones que se generalizaron en el transcurso de 4 meses. Al momento de la consulta presenta carga viral de 94.000 copias y CD4 94 cel/mL. Al examen físico destacan múltiples (más de 100), generalizadas y confluentes pápulas color piel umbilicadas, de 2 a 6 mm de diámetro, ubicadas en cabeza, tronco, genitales y extremidades. En la zona facial destaca compromiso importante con lesiones crateriformes en mejilla izquierda, la conjuntiva bulbar de ojo izquierdo (Figura 1) además de lesiones sobre tatuajes en ambos antebrazos (Figura 2). Se tomó biopsia para estudio histopatológico de lesiones en mejilla izquierda y cuello, las que resultaron compatibles con MC. Se solicitó exámenes de



Figura 1

Molusco contagioso. Múltiples lesiones de hasta 6 mm en ambas mejillas, frente y cuero cabelludo. Molusco contagioso ocular. Pápula perlada en conjuntiva bulbar ojo izquierdo con leve eritema conjuntival asociado. Múltiples MC en párpado inferior y superior. MC en párpados superior e inferior y secreción purulenta en ojo y pestañas derechos.



Figura 2

Molusco contagioso. Más de 100 lesiones en genitales región inguinal e infraumbilical, tronco y sobre tatuajes de ambos brazos.

laboratorio cuyos resultados fueron: VDRL no reactivo; MHA TP, VHB y VHC negativos. Fue evaluado por oftalmología donde se descartó compromiso corneal y destacó agudeza visual conservada. Al examen oftalmológico dirigido se observó escasa secreción en fondo de saco inferior de ojo derecho y múltiples lesiones papilomatosas umbilicadas a la biomicroscopia del mismo ojo. Se mantuvo tratamiento con TARV, tratamiento para conjuntivitis con Tobramicina y Dexametasona ungüento, y posterior evaluación de respuesta a tratamiento.

DISCUSIÓN

La asociación entre MC y VIH se observó por primera vez el año 1983². Su patogenia no está completamente dilucidada aún; no se tiene certeza si en pacientes inmunocomprometidos la infección por MC ocurre de novo o existe alguna reactivación de una infección latente⁴. Sin embargo, existe consenso en que la inmunidad celular juega un rol importante en el curso de esta enfermedad. Tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunocomprometidos, se ha observado presencia escasa de linfocitos T en torno a las células infectadas. En el primer grupo las lesiones son limitadas en número y tienden a mantenerse estables y regresar luego de un período de tiempo. Por el contrario, en pacientes con SIDA éstas tienden a ser múltiples, a persistir en el tiempo o recurrir y frecuentemente se diseminan hacia sitios poco usuales. Esto se explica por lo ineficiente que es la inmunidad celular en este grupo de pacientes.^{5,6}

La prevalencia de MC en pacientes con VIH varía entre un 5 y 18%^{2,7}. Esta proporción sería significativamente mayor en pacientes en etapa SIDA que en aquellos seropositivos no SIDA, lo que la convierte en una manifestación casi exclusiva de esta entidad⁷. Se ha observado una correlación inversamente proporcional entre el recuento de linfocitos CD4 y el MC, que aumenta drásticamente cuando el recuento es menor a 200 cells/ mL^{2,8,9} (Gráfico 1). La supervivencia de pacientes VIH con MC es bastante menor que aquellos que no presentan MC, lo que está dado por la mayor inmunosupresión de este grupo que los condiciona a enfermedades más graves, sin ser la infección por MC un factor que incida en esta mayor mortalidad^{2,4}. Por esto, cobra especial relevancia buscar activamente otras enfermedades tanto cutáneas como extra-cutáneas en pacientes con VIH que se presenten con MC.

Como se mencionó anteriormente, clínicamente el MC en pacientes con VIH tiene una presentación atípica. En este grupo la infección por MC tiene predilección por cara y tronco⁴, lo que se dilucida claramente en el caso recién expuesto. El compromiso ocular es infrecuente y suele presentarse con recuentos de CD4 menores a 80 según lo reportado⁸, cifra inferior a lo encontrado en nuestro paciente que presentaba 94 cel/mL al momento del diagnóstico de

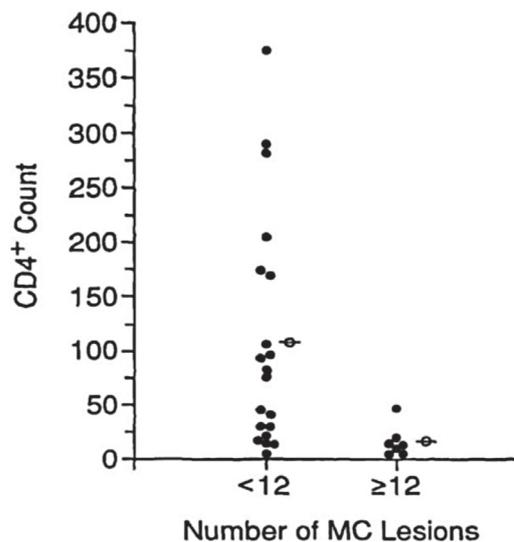


Gráfico 1

(J Am Acad Dermatol 1992; 27:583-8.) Comparación de recuento de CD4 entre pacientes que tienen enfermedad limitada (<12 lesiones) o extensa (≥ 12 lesiones). Círculos abiertos representan la mediana de ambos grupos.

MC. Se han descrito diversas manifestaciones de MC a nivel ocular: ya sea como pápulas en los párpados, conjuntivitis (generalmente unilateral) o con compromiso corneal que se manifiesta generalmente como queratitis punteada. Estas presentaciones atípicas y diversas obligan al clínico a tener un mayor grado de sospecha para diagnosticar esta infección en los ojos.⁶

El diagnóstico es clínico y se basa en las características distintivas de la lesión. La dermatoscopia podría aportar pistas claves como la presencia de un poro central o umbilicación, estructuras amorfas polilobulillares de color blanco a amarillo y vasos periféricos de la corona. Así como también, extraer el cuerpo del molusco con una pinza y hacer una prueba de Tzanck al contenido, permitirían confirmar el diagnóstico. Si aún existen dudas se puede acudir a la histología donde se observan grandes cuerpos eosinófilos de inclusión intracitoplasmáticos conocidos como Cuerpos de Petterson Henderson¹. El diagnóstico diferencial a nivel extraocular puede incluir carcinoma de células basales, quistes de milium, queratoacantoma, poroma ecrino, hiperplasias sebáceas, entre otros. En pacientes con VIH, incluye también criptococosis e histoplasmosis⁹

El tratamiento de MC es todavía motivo de controversia incluso en pacientes inmunocompetentes. Existen múltiples alternativas que incluyen métodos mecánicos (curetaje), químicos, físico láser de CO₂ o terapias inmunomoduladoras, sin embargo, estos tienden a fallar en pacientes con VIH y bajo recuento de CD4, ya que recidivan y el mismo curetaje de las lesiones puede inducir mayor propagación del virus y peor respuesta a los otros tratamientos convencionales^{1,2,8}. Lo que pareciera ser una alternativa eficaz es el uso de Cidofovir administrado de manera tópica o intravenosa.^{1,2} Una revisión sistemática reciente concluye que no se puede hacer recomendaciones a cerca del tratamiento de MC en estos pacientes más que el inicio de la TARV, debido a la mala calidad en la evidencia existente para el resto de las terapias estudiadas. Se ha evidenciado que el uso de la TARV, al aumentar el recuento de CD4 y restaurar la inmunidad celular, permitiría controlar la duración y severidad de esta patología en pacientes con VIH¹⁰ permitiendo su resolución espontánea o, que en su defecto, el resto de las terapias sean más efectivas para la resolución definitiva de MC^{2,5}. No obstante, es importante considerar el riesgo de que al iniciar la TARV que se produzca un síndrome de restauración inmunológica que podría llevar incluso a ulceración corneo- escleral en el caso de que existan lesiones oculares⁵.

CONCLUSIÓN

La presencia de MC en pacientes con VIH refleja una marcada inmunodeficiencia celular que se traduce en una menor sobrevida de estos pacientes, sin ser los MC en sí los responsables de este aumento en la mortalidad. Clínicamente se presentan de manera atípica pudiendo incluso existir compromiso ocular. Su tratamiento es controversial, tortuoso y limitado siendo la TARV la con mejor evidencia, aunque no se encuentra exenta de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Meza-Romero, R., Navarrete-Dechent, C., & Downey, C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2019; 12, 373-381.
2. Czelusta, A., Yen-Moore, A., Van der Straten, M., Carrasco, D., & Tyring, S. K. An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2000; 43(3), 409-436.
3. Chen, X., Anstey, A. V., & Bugert, J. J. Molluscum contagiosum virus infection. *The Lancet Infectious Diseases*, 2013; 13(10), 877-888.
4. Husak, R., Garbe, C., & Orfanos, C. E. Mollusca contagiosa bei HIV-Infektion. *Der Hautarzt*, 1997; 48(2), 103-109.
5. Schulz, D., Sarra, G.-M., Koerner, U. B., & Garweg, J. G. Evolution of HIV-1-related conjunctival molluscum contagiosum under HAART: report of a bilaterally manifesting case and literature review. *Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 2004; 242(11), 951-955.
6. Charteris, D. G., Bonshek, R. E., & Tullo, A. B. Ophthalmic molluscum contagiosum: clinical and immunopathological features. *British Journal of Ophthalmology*, 1995; 79(5), 476-481.
7. Matis, W. L., Triana, A., Shapiro, R., Eldred, L., Frank Polk, B., & Hood, A. F. Dermatologic findings associated with human immunodeficiency virus infection. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1987; 17(5), 746-751.
8. Pérez-Blázquez, E., Villafuella, I., & Madero, S. Eyelid molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. *Orbit*, 1999; 18(2), 75-81.
9. Kolokotronis, A., Antoniadis, D., Katsoulidis, E., Kioses, V. Facial and perioral molluscum contagiosum as a manifestation of HIV infection. *Australian Dental Journal* 2000;45(1):49-52
10. Martin P. Interventions for molluscum contagiosum in people infected with human immunodeficiency virus: a systematic review. *International Journal of Dermatology*. 2016; 55(9):956-66.