

## Síndrome Moluscoide. Serie de casos

### *Molluscoid Syndrome. Serie of cases*

<sup>a</sup>Evelyn Magalí Cuevas Jara <sup>1</sup>, <sup>b</sup>Beatriz Di Martino Ortiz<sup>1</sup>, <sup>c</sup>Mirtha Rodríguez Masi <sup>1</sup>,  
<sup>c</sup>Oilda Knopfmacher Domínguez<sup>1</sup>, <sup>d</sup>Lourdes Bolla de Lezcano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas,  
Cátedra de Dermatología. San Lorenzo – Paraguay.

#### RESUMEN

El Síndrome moluscoide, así llamado por su semejanza clínica con el molusco contagioso, sobre todo en inmunodeprimidos, se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas y eventuales nódulos umbilicados. Constituido por dermatosis cuya etiología puede corresponder con afecciones infecciosas o no infecciosas.

Se presenta una serie de 4 casos de Síndrome Moluscoide de etiología infecciosa, a fin de repasar los cuadros con esta forma de presentación y con ello brindar ayuda a este grupo importante de pacientes.

**Palabras clave:** *Síndrome moluscoide, histoplasmosis, paracoccidioomicosis, Hansen histioide.*

#### ABSTRACT

The molluscoid syndrome, so called because of its clinical similarity to molluscum contagiosum, especially in immunodepressed patients, is characterized by the presence of small papules and eventually umbilicated nodules. Constituted by dermatosis whose etiology may correspond to infectious or non-infectious conditions.

A series of 4 cases of Molluscoid Syndrome of infectious etiology are presented, in order to review the charts with this form of presentation and thereby help this important group of patients.

**Key words:** *Molluscoid syndrome, histoplasmosis, paracoccidioomicosis, Hansen histioide.*

---

<sup>a</sup> Dermatóloga

<sup>b</sup> Dermatopatóloga

<sup>c</sup> Profesora Titular de la Cátedra de Dermatología

<sup>d</sup> Profesora Titular y Jefa de Cátedra

#### **Autor correspondiente:**

Prof. Dra. Beatriz Di Martino Ortiz

E-mail: [beatrizdimartino@gmail.com](mailto:beatrizdimartino@gmail.com)

**Conflictos de intereses:** Los autores declaramos que no existen conflictos de intereses.



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

## INTRODUCCIÓN

El molusco contagioso es una infección viral de la piel y las mucosas, común en niños de edad escolar y pacientes inmunocomprometidos, aunque recientemente se ha incrementado su aparición en la población sexualmente activa.<sup>1</sup>

El virus responsable de esta infección es un Poxvirus de doble cadena, de 200-300 nm de largo, lo cual le da la característica de ser uno de los virus más grandes que afectan a la piel.<sup>1</sup>

Se presenta como pequeñas pápulas y eventuales nódulos umbilicados de 1-2 mm, del color de la piel y aspecto perlado y brillante; en algunas ocasiones puede observarse eritema perilesional. Los pacientes con VIH tienden a desarrollar lesiones gigantes. Generalmente son asintomáticas.<sup>1,2</sup>

El Síndrome moluscoide, así llamado por su semejanza clínica con el molusco contagioso, sobre todo en inmunodeprimidos, está constituido por dermatosis cuya etiología puede corresponder con afecciones infecciosas (bacterias, hongos, parásitos) o no infecciosas (granuloma anular, histiocitosis de células indeterminadas, xantogranuloma juvenil, reticulohistiocitosis cutánea, xantomas diseminados eruptivos o tuberosos y menos frecuentemente síndrome de Sweet).<sup>1, 2, 3, 4</sup>

Cada día son más frecuentes los pacientes seropositivos, de allí la importancia de repasar detalles de los diversos cuadros infecciosos con esta forma de presentación.

**Caso 1:** Varón, 27 años, con granos rojos y color piel de 3 meses de evolución, generalizados. Presenta fiebre, tos y pérdida de peso. Al examen físico: pápulas eritematosas con centro blanco amarillento, umbilicación central, y otras con vesículas en el centro, límites netos, bordes regulares de 0,2-1cm de diámetro, generalizadas (**Figura 1 y 2**). Laboratorio: HIV reactivo, Linfocitos CD4:160/mm<sup>3</sup>. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral. (**Figura 3**). Anatomía Patológica de piel: Denso infiltrado histiocitario en dermis sin afectación epidérmica. Macrófagos cargados de pequeños elementos basófilos rodeados de halo claro, correspondientes a esporos de histoplasma (**Figura 4**). Cultivo de lesión de piel y de esputo: *Histoplasma Capsulatum*. Diagnóstico final: Histoplasmosis

diseminada. Tratamiento: Anfotericina B 2 gr endovenosa con buena evolución (**Figura 5**). Terapia de mantenimiento: Itraconazol 100 mg/día vía oral.



Figura 1 y 2.

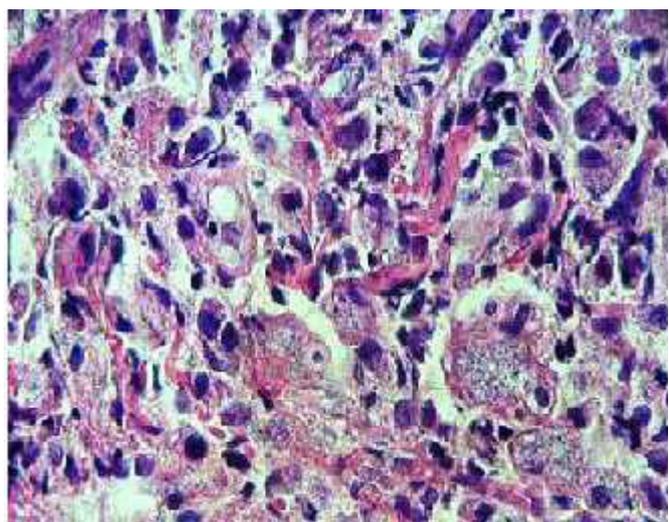
**Clínica. Caso 1.** Pápulas umbilicadas y otras con vesículas, en rostro y tórax anterior, abdomen y miembros superiores.

**Caso 2:** Varón, 45 años, con lesiones sobre elevadas, rosadas, de 6 meses en rostro, cuello, escroto y pie izquierdo, asintomáticas. Al examen físico, pápulas y placas eritematosas y color piel, umbilicadas, algunas erosionadas y con costras hemáticas, límites netos, bordes regulares, de 0,5-2cm de diámetro en rostro, cuello, escroto y dorso de pie izquierdo (**Figura 6**). Laboratorio:

HIV reactivo. Anatomía Patológica de piel: Lóbulos invertidos de epitelio escamoso hiperplásico que expanden la dermis subyacente. Lóbulos separados por finos septos de dermis comprimida. Cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos en células epidérmicas. Estructuras ovoides eosinófilas en las células de los estratos inferiores de la epidermis, por encima de la basal. Dermis con poca o ninguna inflamación (**Figura 7**). Diagnóstico final: Molusco Contagioso. Óbito por falla multiorgánica secundaria a sepsis de foco pulmonar.



**Figura 3. Radiografía de tórax. Caso 1.** Infiltrado intersticial bilateral.



**Figura 4. Histopatología. Caso 1.** Macrófagos cargados de pequeños elementos basófilos rodeados de halo claro, correspondientes a esporos de histoplasma (HE 40X).



**Figura 5. Evolución. Caso 1.** Resolución de lesiones cutáneas con el tratamiento instaurado.



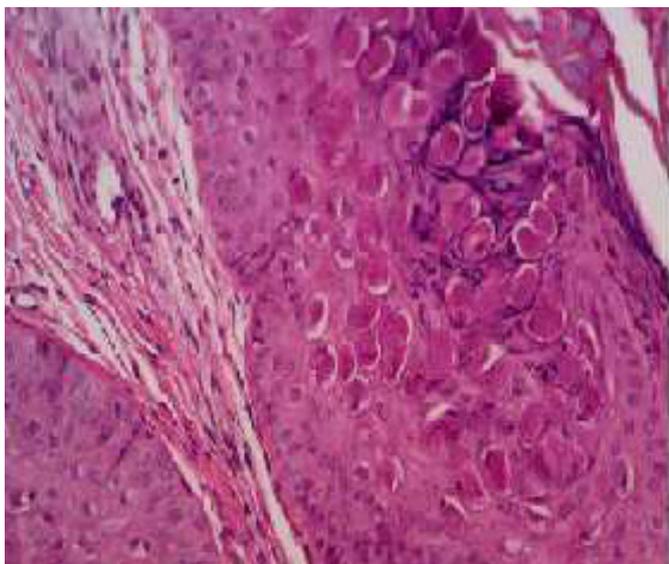
**Figura 6. Clínica. Caso 2.** Pápulas y placas umbilicadas en rostro.

**Caso 3:** Mujer, 21 años, con lesiones sobre elevadas rojas y violáceas de 2 meses de evolución en espalda, rostro, cuello, abdomen y extremidades, asintomáticas. Presenta fiebre, ictericia, disnea, astenia, anorexia y pérdida de peso. Examen físico: pápulas y placas eritematovioláceas, algunas con depresión central y costras hemáticas, límites netos, bordes regulares, de 0,2-1,5 cm

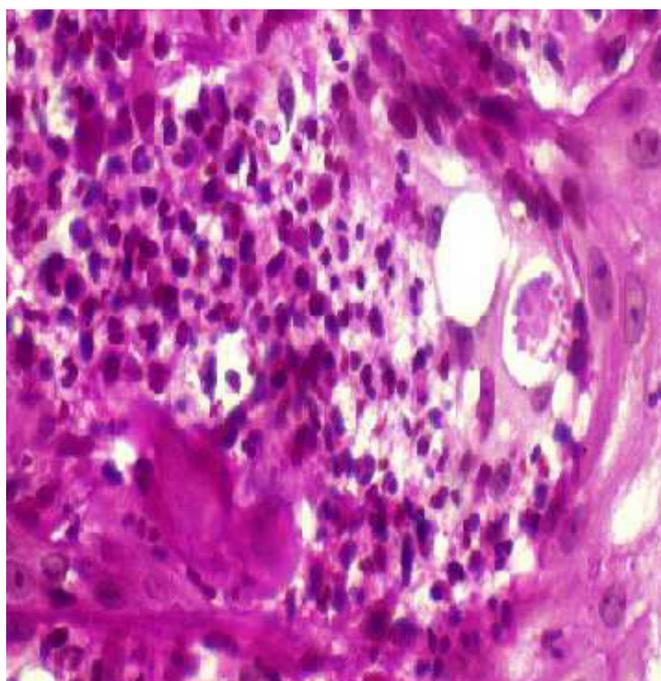
de diámetro, generalizadas (**Figura 8**). Ictericia, ascitis y adenopatías cervicales. Murmullo vesicular abolido en ambas bases pulmonares. Laboratorio: Anemia (Hemoglobina: 7,4g/dl), plaquetopenia (Plaquetas: 124.000), hepatograma y crisis alterados (Transaminasas GOT 127 U/l y GPT 75 U/l, Fosfatasa Alcalina: 4.694 UI/l, Bilirrubina total: 10,1 mg/dl, Bilirrubina directa: 4,8 mg/dl, Bilirrubina indirecta: 6,1 mg/dl, Albúmina: 1,3 g/dl, Tiempo de Protrombina: 50%). Ecografía Abdominal: Hepatomegalia, líquido libre en abdomen y derrame pleural bilateral. Anatomía patológica de piel: hiperplasia pseudoepiteliomatosa y granulomatosis supurativa pandérmica, con células gigantes multinucleadas y esporos micóticos de pared birrefringente y exoesporulación (**Figura 9**). Frotis ganglionar: células gigantes multinucleadas con esporos micóticos compatibles con *Paracoccidioides brasiliensis*. Diagnóstico Final: Paracoccidioidomicosis aguda diseminada. Tratamiento: Anfotericina B 3gr dosis acumulativa, endovenosa e Itraconazol 200mg/día, vía oral, al alta por 6 meses. Mejoría clínica y laboratorial. (**Figura 10**)



**Figura 8. Clínica. Caso 3.** Pápulas y placas eritematovioláceas, algunas con depresión central y costras hemáticas en rostro.



**Figura 7. Histopatología. Caso 2.** Cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos en células epidérmicas. Estructuras ovoides eosinófilas en las células de los estratos inferiores de la epidermis, por encima de la basal (HE 40x)



**Figura 9. Histopatología. Caso 3.** Granuloma supurativo con células gigantes multinucleadas y esporos micóticos de pared birrefringente y exoesporulación (HE 40X).



Figura 10. Evolución.  
Caso 3. Mejoría clínica con el tratamiento indicado.

siendo éstas las más frecuentes, se plantearon: Criptococosis, Molusco Contagioso, Histoplasmosis, Paracoccidioidomicosis, Hansen Histioides, Esporotricosis, infección por *Penicillium marneffe*, Aspergilosis, Leishmaniasis, Sífilis, Tuberculosis cutánea.<sup>3</sup>



Figura 11. Clínica. Caso 4. Tubérculos algunos umbilicados, otros erosionados en rostro. Raleamiento de cola de cejas, nariz en silla de montar, boca trombiforme.

**Caso 4:** Varón, 29 años, con lesiones sobre-elevadas rojizas de 4 años, asintomáticas, en rostro y piernas. Cambios de voz, rinorrea, epistaxis, fiebre y parestesia de miembros inferiores. Examen físico: tubérculos eritematosos, redondeados, límites netos, bordes regulares, telangiectasias en la superficie, algunas umbilicadas, otras erosionadas de 0,5-2 cm de diámetro en mejillas, mentón, regiones ciliares, muslos y dorso. Raleamiento de cola de cejas, nariz en silla de montar, boca trombiforme, infiltración de lóbulos de las orejas (**Figura 11**). Anatomía patológica de piel: Acantosis epidérmica. Infiltrado pandérmico histiocitario, con macrófagos espumosos perivasculares, perineurales y perianexiales. Ziehl-Neelsen positivo BAAR 6+. Erosión epidérmica y extrusión de macrófagos intensamente parasitados (**Figura 12**). Diagnóstico final: Hansen Lepromatoso Histioides. Tratamiento Poliquimioterápico de la OMS.

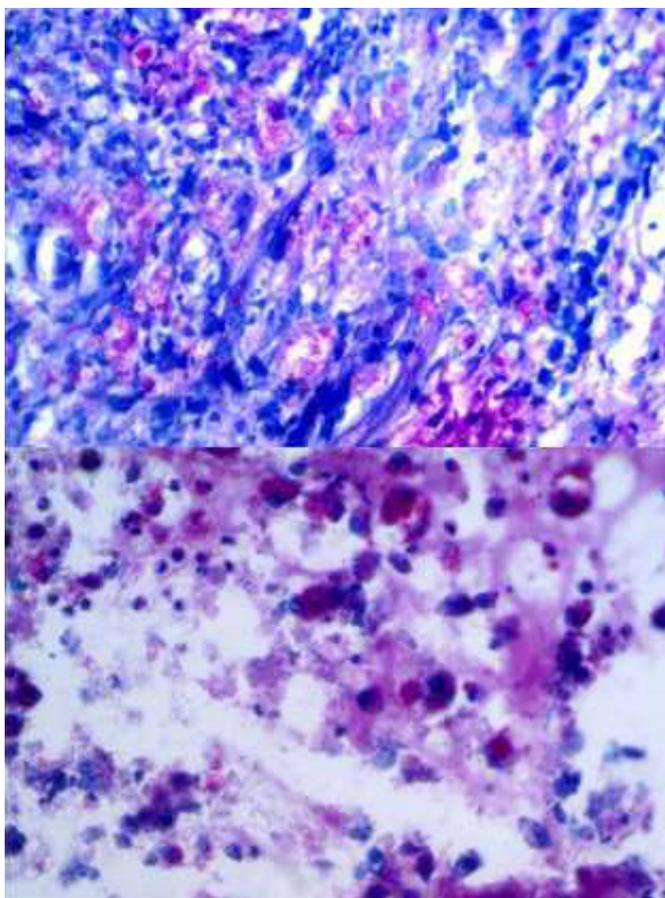
## DISCUSIÓN

La presencia de múltiples lesiones papulares y nodulares, umbilicadas, diseminadas, siendo 3 de los 4 casos, en pacientes inmunodeprimidos (2 con infección por VIH/sida, y 1 con desnutrición), nos llevó a plantear el diagnóstico de Síndrome Moluscoide cuya etiología incluyó varios diagnósticos diferenciales, entre ellos infecciones, tumores y procesos secundarios a infección por VIH y/o a fármacos. Entre las causas infecciosas,

**Criptococosis:** La incidencia de criptococosis en inmunodeprimidos, generalmente asociado a VIH, es mayor en varones adultos; datos demográficos indican que hasta 82,7% de casos son varones, con edades de 20 a 39 años en 59,4%. A pesar de avances en el tratamiento de la infección por VIH con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la criptococosis aún constituye una patología a considerarse en países occidentales. El diagnóstico se obtiene por aislamiento de *C. neoformans* de al menos un tejido corporal. La criptococosis diseminada requiere al menos la infección de dos sitios corporales no contiguos. La criptococosis cutánea en individuos inmunocomprometidos es en su mayoría un signo de enfermedad diseminada e indica por ello, un pronóstico pobre. La Criptococosis Diseminada presenta compromiso cutáneo (criptococosis cutánea secundaria) de 10 a 20% de casos. La importancia de las lesiones cutáneas radica en el diagnóstico temprano de Criptococosis Diseminada, ya que pueden preceder a otros hallazgos clínicos, al ser el compromiso pulmonar e incluso el neurológico oligosintomáticos

o insidiosos. Muchos señalan que la identificación de *C. neoformans* en la piel es un signo centinela de enfermedad diseminada.

Los sitios más frecuentemente involucrados con la Criptococosis Diseminada son cabeza, cuero cabelludo y cuello, y aparecen muchas veces, como lesiones inadvertidas por el paciente. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, indoloras o dolorosas, y muestran un gran polimorfismo. Se ha demostrado que el *C. neoformans* causa casi todo tipo de lesiones cutáneas, como pápulas, úlceras, pústulas, granulomas, abscesos subcutáneos, nódulos, vesículas, placas induradas eritematosas, lesiones herpetiformes o tipo molusco contagioso, masas tumorales, y lesiones acneiformes. Las formas cutáneas generalizadas se presentan especialmente en pacientes con sida.<sup>2, 3, 5, 6, 7</sup>



**Figura 12. Histopatología. Caso 4.** Tinción de Ziehl-Neelsen positivo BAAR 6+. Erosión epidérmica y extrusión de macrófagos intensamente parasitados (40X)

**Molusco contagioso:** Es una infección común, autolimitada, de la piel y ocasionalmente de mucosas, causada por un poxvirus: el virus del molusco contagioso. Se contagia por contacto directo, por fomites, y por vía sexual; tiene un período de incubación de 14 a 180 días. Las lesiones se presentan como pápulas de 1 a 2 mm de diámetro, pudiendo llegar a medir hasta 3 cm; son cupuliformes, lisas, del color de la piel o perladas, con umbilicación central; de base levemente eritematosa, y consistencia firme. Se localizan en cualquier parte del cuerpo; las lesiones se presentan en niños, usualmente en tronco o pliegues y en adultos jóvenes, si es sexualmente transmitida, en la región genital, pudiendo encontrarse en forma diseminada en casos de infección por VIH/sida, lo cual es un marcador de enfermedad avanzada. En ellos, al igual que en toda inmunosupresión de tipo celular, los moluscos pueden ser diseminados y recalcitrantes al tratamiento. Las lesiones son asintomáticas en casi todos los pacientes, excepto en un 10% en que se asocia a prurito. El diagnóstico se hace clínicamente y en algunos casos dudosos puede efectuarse biopsia con tinción Hematoxilina y Eosina. Clínicamente, si bien no todas las lesiones son umbilicadas, el contexto de lesiones papulares, muchas umbilicadas, en un paciente con VIH/sida no se descarta plenamente este diagnóstico.<sup>1, 3, 6</sup>

**Histoplasmosis:** Enfermedad altamente infecciosa, aguda o crónica, causada por el hongo *Histoplasma capsulatum var capsulatum*. La infección causada por *H. capsulatum* está ampliamente distribuida en todo el mundo. El *H. capsulatum* es un organismo intracelular que afecta primariamente los pulmones, donde es usualmente asintomático. La infección es contraída generalmente tras inhalación de esporas de tierra seca o excrementos de aves o murciélagos. La mayoría de las infecciones es autolimitada; sin embargo, en individuos inmunosuprimidos, especialmente con infección por VIH/sida, es diseminada. Las lesiones cutáneas de histoplasmosis son inespecíficas; la presentación más frecuente es en forma de úlceras orales (con menos frecuencia nódulos y vegetaciones) y se ve en más de la mitad de los pacientes inmunocompetentes. La histoplasmosis diseminada en inmunosuprimidos, como los infectados por VIH, puede presentar erosiones mucocutáneas y úlceras, pápulas moluscoides eritematosas múltiples o nódulos con descamación o costra secundarias. Otros sitios comprometidos son hígado, bazo, riñones, sistema nervioso central y piel.<sup>2, 3, 8, 9</sup>

**Paracoccidioidomycosis:** Es una micosis sistémica endémica de Latinoamérica. Adquiere formas clínicas variables que dependen del estado inmunológico del paciente y abarcan desde cuadros prácticamente asintomáticos hasta agudos o subagudos y crónicos. En las formas agudas, las lesiones mucosas son excepcionales y las cutáneas adoptan la forma de pápulas umbilicadas, acneiformes, pápulas-pústulas o úlceras. 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. En pacientes inmunodeprimidos específicamente VIH/SIDA, con recuento CD4 inferior a 200 cel/ml y sin profilaxis para *Pneumocystis jirovecii* con trimetoprim sulfametoxazol— la enfermedad es más diseminada y se manifiesta con pápulas ulceradas en el centro.<sup>2, 10</sup>

**Hansen histioide:** Es una variante clínica de la lepra multibacilar que fue descrita por Wade en 1960, quien refirió un aspecto histopatológico singular del infiltrado lepromatoso, formado por células histioides fusiformes, traducido clínicamente como nódulos dérmicos o hipodérmicos. La lepra histioide es una expresión de lepra lepromatosa y lepra dimorfa lepromatosa, aunque fue descrita también en pacientes con lepra dimorfa tuberculoide, lo que llevó a algunos autores a considerar a la lepra de Wade como una forma diferente dentro del espectro leproso y no sólo una variante de lepra lepromatosa. Se presenta con más frecuencia en el sexo masculino, entre los 20 y 50 años y aproximadamente en el 6% de casos de lepra Multibacilar. Puede presentarse en pacientes con tratamientos inadecuados (monoterapia con dapsona) o irregulares, como forma de recidiva, como recaída después de tratamientos adecuados o simplemente de novo. Se cree que podría representar una respuesta inmune aumentada de la enfermedad multibacilar tratando de circunscribir la enfermedad. Clínicamente se observa la presencia de lepromas subcutáneos y dérmicos que pueden asentarse sobre piel normal o confluir en placas duras y abollonadas, que alternan con zonas blandas y duras al tacto, a veces de gran tamaño. Los nódulos subcutáneos son de tamaño variable, los más pequeños son

blandos y los grandes fibróticos. Tales nódulos pueden permanecer subcutáneos indefinidamente o migrar hacia la superficie para fundirse con la dermis. Puede haber lesiones pediculadas que son infrecuentes. Habitualmente se localizan en cara, espalda, glúteos y extremidades; también sobre prominencias óseas como codos y rodillas. En la superficie de extensión y presión suelen ser escamosos e hiperqueratósicos. Se pudo observar en algunas ocasiones el reblandecimiento central de la lesión, ulceración y cicatrización. Puede aparecer engrosamiento de troncos nerviosos, sobre todo del nervio cubital y del nervio ciático poplíteo externo, siendo las deformidades la complicación más frecuente de la neuropatía asociada a la patología. El compromiso mucoso es raro. Aún no se conoce la patogenia de esta variante rara e inusual de la lepra; sin embargo, se ven involucrados factores genéticos, la respuesta inmune del huésped y el tratamiento recibido. Habría una respuesta específica hiperreactiva del huésped que tiende a localizar y circunscribir la infección, siendo insuficiente dicha respuesta para eliminar los bacilos asociados a una deficiencia en la inmunidad mediada por células. El diagnóstico se realiza con la clínica, baciloscopía y anatomía patológica. El tratamiento a instaurar es el recomendado por la OMS para pacientes multibacilares. El pronóstico es similar al de la lepra multibacilar. Estos pacientes presentan una carga bacilar elevada, lo que significa un eventual riesgo para el resto de los convivientes.<sup>11, 12</sup>

**Esporotricosis:** Tanto en la forma fija como la linfangítica pueden presentarse, ocasionalmente, lesiones moluscoideas.<sup>2, 8</sup>

**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.<sup>2, 3, 8</sup>

**Aspergilosis:** Alrededor del 5% de los individuos que desarrollan las formas secundarias de afectación cutánea pueden presentar lesiones papulares.<sup>2, 3, 8</sup>

**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.<sup>2, 3, 8</sup>

**Sífilis:** Dentro del polimorfismo de la sífilis secundaria es posible observar lesiones umbilicadas.<sup>2,6</sup>

**Tuberculosis cutánea:** Tuberculosis miliar es una forma observada en individuos anérgicos. Se manifiesta con lesiones papulares o nodulares, eventualmente umbilicadas. La tuberculide papulonecrotica 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.<sup>2,6</sup>

## CONCLUSIÓN

Antes del advenimiento del VIH, las infecciones oportunistas afectaban grupos reducidos de pacientes, pero luego se observó un incremento de frecuencia de presentaciones atípicas y coinfecciones, entre ellas, las lesiones moluscoideas, por lo que se decidió agrupar en síndromes para orientar el diagnóstico. Debemos conocerlas a cabalidad para poder brindar ayuda a este grupo importante de pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cañarte C, Collantes J, Valencia N, Montenegro L, Tello S. Presentación inusual de molusco contagioso. Comunicación de un caso. Dermatol Pediatr Lat. Ecuador 2010; 8(1):21-24.
2. Aldama A, Acosta R, Pereira Brunelli J, Arenas R. Síndrome Moluscoide. Dermatología CMQ 2014; 12(4):288-292
3. Moreno M, Quijano E, Cortéz F, Manrique H, Carayhua D. Pápulas umbilicadas diseminadas asociadas a infección por VIH-sida. Dermatol Perú 2008; 18(2):130-138
4. Bubna A; Rangarajan S. Molluscoid pseudovesicles: An unusual presentation of sweet syndrome. Indian Journal of Dermatology 2015; 60 (6) DOI:10.4103/0019-5154.169151
5. Contreras-Steyls M, Vílchez F, Moyano B, Herrera E. Lesiones cutáneas moluscoideas en paciente con VIH no conocido. Med Cutan Iber Lat Am 2014; 42 (1): 65-67

6. Garza-Garza R, González-González S, Ocampo-Candiani J. Manifestaciones cutáneas del VIH. Gac. Méd. Méx. 2014 ;150(2):194-221
7. Barbosa-Zamora A, De la Herrán-Millán P, Bonifaz A. Criptococosis cutánea: una revisión. DermatologíaCMQ2016; 14(4):330-340
8. Navarrete-Dechent C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. Rev. chil. infectol. Chile 2015; 32(1): 57-71
9. Landau D, Zalazar M, Mainardi C, Kurpis M, Ruiz Lascano A. Histoplasmosis cutánea: a propósito de un caso. Med Cutan Iber Lat Am 2018; 46 (3): 194-197
10. Diez MB et al. Paracoccidioidosis cutánea. Comunicación de un caso. Arch. Argent. Dermatol. 2016; 66 (6): 178-181
11. De los Ríos R, Anzorena J, Saadi M, Cartagena N, Espíndola A, Romano S, Garlatti M. Lepra histioide de Wade: a propósito de 2 casos. Arch. Argent. Dermatol. 2015; 65(4):133-136
12. Mendes Schettini A, Da Costa Eiras J, Souza Cunha M, Miranda Tubilla L, Gomes Sardinha J. Hanseníase históide de localização restrita. An Bras Dermatol 2008; 83(5):470-472.