

Facultad de Enfermería y Podología



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN PODOLOGÍA

Curso académico 2021/2022

Molusco contagioso a nivel plantar: a propósito de un caso

Noelia Carro de la Iglesia

**Director(es): Dr. Benigno Monteagudo Sánchez
Dr. Abián Mosquera Fernández**

MOLUSCO CONTAGIOSO A NIVEL PLANTAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Director(es):

Dr. Benigno Monteagudo Sánchez

Profesor Asociado al Departamento de Ciencias de la Salud.

Dermatólogo. Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. SERGAS

Dr. Abián Mosquera Fernández

Profesor Contratado Doctor del Departamento de Ciencias de la Salud.

Agradecimientos

A mis tutores, Benigno y Abián por haberme guiado y ayudado en toda la realización de este trabajo

A la Dra. María Teresa Mosquera Martínez del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, por las imágenes histopatológicas.

A mi familia, por haberme estado apoyando incondicionalmente estos 4 años. Sin ellos no habría llegado hasta donde estoy ahora.

A Yelco, por estar a mi lado, guiándome y ayudándome en todos los aspectos de mi vida. Siempre.

A mis compañeros de carrera, sobre todo a mis amigos, por haber hecho de Ferrol y de esta carrera algo más bonito. Nos vemos pronto.

A mis amigas, por animarme y confiar en mí siempre.

Gracias.

ÍNDICE

<i>ÍNDICE</i>	4
<i>Resúmenes</i>	7
Resumen	7
Resumo	7
Abstract	8
<i>Siglas y acrónimos</i>	10
<i>Introducción</i>	11
Definición	11
Prevalencia	11
Etiopatogenia	11
Diagnóstico	12
Clínica	12
Diagnóstico diferencial	13
Tratamiento	14
Pronóstico	15
Justificación	15
<i>Presentación del caso</i>	16
<i>Valoración</i>	16
<i>Plan de actuación</i>	18
Fase diagnóstica	18
Fase de planificación y ejecución	19
Fase de evaluación	19
<i>Discusión</i>	19
<i>Conclusión</i>	18
<i>Bibliografía</i>	19

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Diagnóstico diferencial

Tabla II. Opciones de tratamiento

Tabla III. Casos de molusco contagioso a nivel plantar descritos en la literatura

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dermatoscopia del molusco contagioso. Poro o umbilicación central (1), estructuras amarillas (2) y vasos periféricos en corona (3).

Figura 2. Placas eritematosas en codos

Figura 3. Placas eritematosas en rodillas

Figura 4. Placas eritematosas en talones

Figura 5. Pápulas eritematosas umbilicadas en planta del pie

Figura 6. Imagen histopatológica (hematoxilina-eosina x4)

Figura 7. Imagen histopatológica (hematoxilina-eosina x20)

Resúmenes

Resumen

Presentación del caso: Se describe el caso de una niña de 14 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que fue derivada de Atención Primaria a la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad A Coruña, por lesiones cutáneas no identificadas en la planta del pie izquierdo, y que fue posteriormente remitida al Servicio de Dermatología del Hospital Naval de Ferrol, donde tras establecer el diagnóstico de molusco contagioso se pautó el tratamiento y realizó el seguimiento.

Valoración: Se observan placas eritematosas-edematosas pruriginosas en codos, rodillas, talones, y dorso de dedos de manos y de pies. En la planta del pie izquierdo, se aprecian unas pápulas umbilicadas asintomáticas.

Plan de actuación: Se realiza tratamiento quiropodológico en la Clínica Universitaria de Podología y posteriormente un curetaje de la lesión plantar en el Servicio de Dermatología, cuyo estudio histopatológico confirmó la sospecha de molusco contagioso. Se pautó fluticasona en crema para el resto de las lesiones cutáneas y bilastina oral durante 3 semanas.

Discusión: En este caso nos centraremos en el molusco contagioso y su reacción tipo Gianotti-Crosti-*like*. Son escasos los casos de molusco contagioso a nivel plantar y de su reacción tipo Gianotti-Crosti descritos en la literatura por lo que es necesaria la realización de estudios de investigación a mayor escala que nos permitan conocer mejor las características de este, mejorando en el diagnóstico, para poder dar una buena calidad de vida de nuestros pacientes.

Resumo

Presentación do caso: Descríbese un caso dunha nena de 14 anos de idade, sen antecedentes persoais de interese, que foi derivada de atención primaria a Clínica Universitaria de Podoloxía da Universidade da Coruña, por lesións cutáneas non identificadas na planta do pe esquerdo, e que foi posteriormente remitida ao Servicio de Dermatoloxía do Hospital Naval de Ferrol, onde tras establecer o diagnóstico de molusco contaxioso, pautouse o tratamento e realizouse o seguemento.

Valoración: Obsérvanse placas prurixinosas eritemato-edematosas en cóbados, xeonllos, talóns e dorso dos dedos de mans e pes. Na planta do pe esquerdo, aprécianse unhas pápulas umbilicadas asintomáticas.

Plan de actuación: Realizárase tratamento quiropodolóxico na Clínica Universitaria de Podoloxía e posteriormente unha curetaxe da lesión plantar no Servicio de Dermatoloxía, cuxo estudio hitopatolóxico confirmou a sospeita de molusco contagioso. Pautouse fluticasona en crema para o resto de lesións cutáneas e bilastina oral durante 3 semanas.

Discusión: Neste caso centrarémonos no molusco contagioso e a súa reacción tipo Gianotti-Crosti-*like*. Son escasos os casos de molusco contagioso a nivel plantar e da súa reacción tipo Gianotti-Crosti descritos na literatura, polo que é necesaria a realización de estudos de investigación a maior escala que permitan coñecer mellor as características de esta, mellorando no diagnóstico, para poder dar una boa calidade de vida a os nosos pacientes.

Abstract

Case presentation: We describe the case of a 14-year-old girl, with no personal history of interest, who was referred from Primary Care to the University Clinic of Podiatry of the University of A Coruña, due to unidentified skin lesions on the sole of her left foot, and who was later referred to the Ferrol Naval Hospital Dermatology Service, where, after establishing the diagnosis of molluscum contagiosum, treatment was prescribed and follow-up was carried out.

Assessment: Pruritic erythematous-edematous plaques are seen on elbows, knees, heels, and dorsum of fingers and toes. On the sole of the left foot, asymptomatic umbilicated papules can be seen.

Action plan: Chiropody treatment was carried out at the University Clinic of Podiatry and subsequently a curettage of the plantar lesion in the Dermatology Service, whose histopathological study confirmed the suspicion of molluscum contagiosum.

Fluticasone cream was prescribed for the rest of skin lesions and also oral bilastine for 3 weeks.

Discussion: In this case we will focus on the molluscum contagiosum and its reaction Gianotti-Crosti-*like*. There are very few cases of molluscum contagiosum at the plantar level and its Gianotti-Crosti type reaction described in literature, which is why it is necessary to carry out research studies on a larger scale that allow us to better understand its characteristics, improving diagnosis, in order to give our patients a good quality of life.

Siglas y acrónimos

CUP- Clínica Universitaria de Podología

DA- Dermatitis atópica

MC- Molusco contagioso

SGCL- Síndrome de Gianotti-Crosti-*like*

SIDA- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

UDC- Universidad de A Coruña

VIH- Virus de inmunodeficiencia humana

VMC- Virus del molusco contagioso

Introducción

Definición

El molusco contagioso (MC) es una dermatosis infecciosa muy frecuente en consulta, limitada a la epidermis frecuente en la población pediátrica, en adultos sexualmente activos y en individuos inmunocomprometidos, especialmente en aquellos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)^{1,2}.

Está causado por el virus del molusco contagioso (VMC), clasificado en la familia de los poxvirus (*Poxviridae*) y formado por una doble cadena de ADN siendo el miembro exclusivo del género *Molluscipoxvirus*. El VMC es el único que afecta exclusivamente a la raza humana^{2,3}

Prevalencia

El VMC afecta a personas de todo el mundo, aunque estudios previos evidencian que es más común en áreas de clima cálido, afectando a personas de cualquier raza, edad o sexo^{4,5}. Los datos sobre su prevalencia del MC son escasos¹. Según Gerzaín Rodríguez *et al.* (2017) el MC afecta al 5%-16% de los menores de 16 años y al 5%-30% de las personas inmunodeprimidas⁶. Es especialmente frecuente en niños usuarios de piscina y con dermatitis atópica (DA)¹.

Etiopatogenia

El MC se produce por un poxvirus de los de mayor tamaño, con una sola molécula de ADN. Es transmisible por contacto directo, pudiendo ser sexual o no sexual, por autoinoculación o por fómites contaminados (objetos inanimados capaces de albergar y transmitir el virus). Éste presenta 4 genotipos, destacar el VMCI que representa el 76%-97% de las infecciones. EL VMCI se presenta solo el adultos o pacientes con SIDA, siendo éste de transmisión sexual^{4,6}.

El virus se replica en el citoplasma de las células epiteliales, observándose un proceso de transformación viral en la parte más baja del estrato de Malpighi, que origina el cuerpo de molusco, el cual contiene partículas virales, también llamadas cuerpos de Henderson-Patterson^{5,6}.El tiempo de incubación oscila entre las 2 y 6 semanas¹.

Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico, pudiéndonos ayudar de la dermatoscopia, siendo directo si posee las características clínicas comunes de la lesión¹. Si no es así, en casos dudosos podemos recurrir al estudio histológico de la muestra obtenida tras la biopsia o el curetaje de la lesión^{1,2}.

Las características dermatoscópicas del MC son un poro o umbilicación central, estructuras polilobulares amorfas blancas o amarillas y vasos periféricos en forma de corona¹ (Fig.1).

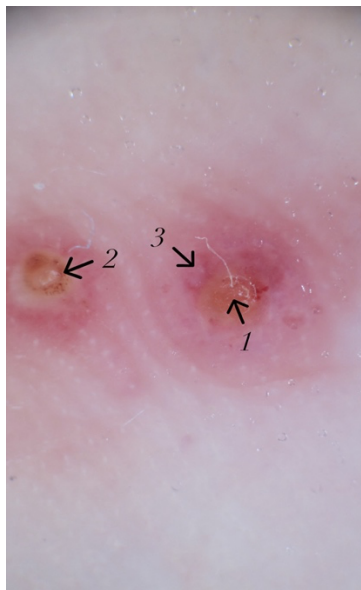


Figura 1. Dermatoscopia de MC. Poro o umbilicación central (1), estructuras amarillas (2) y vasos periféricos en corona (3).

En algunas zonas corporales como las áreas plantar o palmar el diagnóstico puede tener mayor dificultad al carecer de las características clínicas habituales^{7,8}. A nivel plantar el MC se presenta como pápulas o nódulos únicos o múltiples, de coloración variable y superficie hiperqueratósica, verrugosa o costrosa⁸.

El estudio histológico evidenciará una lesión nodular en forma de lóbulos endofíticos de epitelio escamoso con cuerpos de *molluscum* madurando hacia la superficie^{7,9}.

Clínica

Los pacientes infectados por VMC presentan pápulas redondeadas cupuliformes de 3-5 mm de diámetro, de color variable con una superficie brillante y umbilicada. Las

lesiones pueden ser únicas, múltiples o agrupadas, y en ocasiones pueden tener un halo eritematoso o ser pediculadas^{6,7}.

En la edad pediátrica las principales áreas afectadas son áreas de piel expuesta, como la cara y las extremidades, pero también aparecen en otras zonas como el tronco, las regiones intertriginosas y los genitales⁹. En adultos las lesiones son más frecuentes en el abdomen, los muslos, los genitales y el área perianal⁹. En pacientes inmunocomprometidos, como aquellos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las lesiones pueden ser más extensas, apareciendo éstas en sitios atípicos¹. Independientemente de la edad, la ubicación subungueal o interdigital y la afectación de las mucosas y de la región palmoplantar son excepcionales⁷.

Existen varios tipos de reacciones inflamatorias asociadas al MC. La dermatitis por molusco, dermatitis eccematosa que rodea las lesiones de MC, es más probable que aparezca en pacientes que presentan antecedentes de DA. Según Emily M *et al.* (2012), aparece sobre todo en las extremidades, tanto superiores como inferiores¹⁰⁻¹².

Otra reacción inflamatoria que puede estar presente es el llamado síndrome de Gianotti-Crosti (SGC) descrito por primera vez por Berger *et al.* (2012)¹¹. Se presenta como una erupción de múltiples pápulas liquenoides o vesículas amorfas, edematosas, eritematosas y rojizas, localizada principalmente en superficies extensoras de las extremidades, tanto superiores como inferiores, que tarda días en ceder¹⁰⁻¹².

Diagnóstico diferencial

Es amplio e incluye principalmente otros procesos infecciosos, cuadros inflamatorios o neoplasias. Cuando las lesiones se localizan a nivel plantar la mayor confusión se genera con la verruga plantar, en otras zonas corporales se deben valorar otras posibles opciones diagnósticas (Tabla I) ^{7,13}.

Diagnóstico diferencial	
Verrugas planas	Condilomas acuminados
Siringomas	Xantogranulomas
Granuloma anular papuloso	Lepromas histioides
Tumores diversos	Verruga
Heloma	Carcinoma de las células basales
Foliculitis	Hiperplasia Sebácea

Tabla I. Diagnóstico diferencial

Tratamiento

Actualmente el tratamiento del MC genera bastante controversia. La gran variedad de tratamientos existentes (Tabla II), los pocos estudios comparativos y la falta de evidencia, hace difícil establecer unas directrices claras. Hay consenso en que el tratamiento estaría indicado en pacientes con una enfermedad extensa, con complicaciones secundarias y que le generan afectación de la calidad de vida^{14,15}.

En pacientes sanos, una opción sería no realizar ningún tratamiento al ser el MC una infección autolimitada. Para algunos autores las terapias actuales no aceleran la curación y pueden ocasionar picor, eritema y malestar. Hay que destacar que el tratamiento en la zona palmoplantar no difiere del empleado en otras localizaciones^{8,15}.

Las medidas generales recomendadas para evitar la transmisión del VMC consisten en intervenciones sobre la higiene como el hecho de no compartir toallas o cualquier otro objeto de aseo, y evitar el contacto directo de la piel con superficies donde se practica deporte como las piscinas¹⁶.

Opciones de tratamiento	
Tratamiento tópico, en centro sanitario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nitrato de plata 2. Ácido tricloroacético
Tratamiento tópico, en casa	<ol style="list-style-type: none"> 3. Imiquimod al 5% 4. Peróxido de benzoilo
Inmunoterapia	<ol style="list-style-type: none"> 5. Cimetidina 6. Cidofovir IV
Tratamiento destructivo	<ol style="list-style-type: none"> 7. Crioterapia 8. Legrado
Otros tratamientos	<ol style="list-style-type: none"> 9. Cinta adhesiva 10. Hipertermia

Tabla II. Opciones de tratamiento¹⁴.

Pronóstico

Es favorable, y las lesiones habitualmente son asintomáticas^{2,5}. Su duración es de 6 a 9 meses en la mayoría de los pacientes, aunque en algunos pueden persistir años². A veces asocia prurito, lo que induce el rascado y esto facilita la autoinoculación⁵. En personas con SIDA, el número y el tamaño de las lesiones es mayor⁵.

Justificación

La poca bibliografía que hay centrada en las manifestaciones distales del MC y de su presencia a nivel plantar, fueron factores determinantes a la hora de seleccionar este caso.

Presentación del caso

Se describe el caso de una paciente con MC a nivel plantar y con su reacción tipo síndrome de Gianotti-Crosti-*like* (SGCL). El propósito de dar a conocer el MC en esta localización infrecuente, realizar una revisión de la literatura, y tratar su manejo terapéutico. También se describe la reacción SGCL destacando sus características clínicas.

Una adolescente de 14 años de edad, sin antecedentes personales de interés, vista inicialmente en la Clínica Universitaria de Podología (CUP) tras ser derivada de Atención Primaria por lesiones pruriginosas a nivel plantar. Allí desconocían el tiempo de evolución de dichas lesiones, y no había recibido ningún tratamiento. Se realizó un tratamiento quiropodológico y se observó que mostraba unas placas eritematosas-edematosas en codos, rodillas, talones y dorso de dedos de manos y pies. Desde la CUP se remitió al Servicio de Dermatología del Hospital Naval de Ferrol donde se pautó tratamiento y se le realizó el seguimiento.

En el desarrollo del caso se respetaron las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de protección de datos de carácter personas (Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre)²⁷ y en la Ley 41/2002, del 14 de noviembre (reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)²⁸. A la menor de 14 años se le hizo firmar el consentimiento de la toma de imágenes, según la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales²⁹.

Así mismo, se declara que no existe ningún conflicto de intereses

Valoración

En la exploración observamos placas eritemato-edematosas bien delimitadas dispuestas de forma bilateral y con cierta simetría en codos, rodillas, talones, y dorso de dedos de manos y de pies (Figs. 2-4). En la planta del pie izquierdo apreciamos varias pápulas eritematosas umbilicadas (Fig. 5).



Figura 2. Placas eritematosas en codos



Figura 3. Placas eritematosas en rodillas



Figura 4. Placas eritematosas en talones



Figura 5. Pápulas eritematosas umbilicadas en planta del pie izquierdo

Plan de actuación

Fase diagnóstica

Decidimos remitir a la paciente al Servicio de Dermatología del Hospital Naval de Ferrol donde se realizó curetaje de las lesiones de la planta del pie. El estudio histopatológico mostró lóbulos invertidos de epitelio escamoso hiperplásico con cuerpos de inclusión eosinofílicos (cuerpos de *molluscum*) con rechazo del núcleo a la periferia (Figs. 6 y 7). Dichos hallazgos confirmaron la sospecha de MC a nivel plantar.

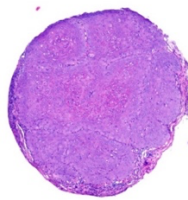


Figura 6. Lóbulos invertidos de epitelio escamoso hiperplásico con cuerpos de inclusión eosinofílicos (hematoxilina-eosina x4).

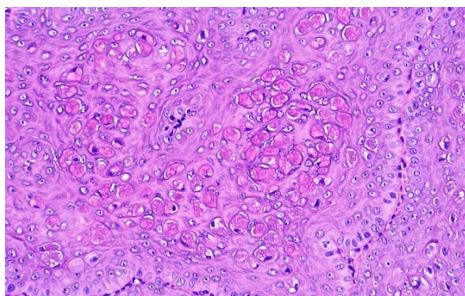


Figura 7. Cuerpos de inclusión eosinofílicos (hematoxilina-eosina x20).

El resto de las lesiones cutáneas fueron diagnosticadas de una reacción al MC tipo Gianotti-Crosti.

Fase de planificación y ejecución

Después de realizar la valoración y tratamiento quiropodológico en la CUP, lo que incluye corte y fresado de uñas.

En el Servicio de Dermatología además de curetaje de algún MC plantar, se pautó fluticasona en crema una aplicación al día (por la noche) durante 3 semanas en las placas eritemato-edematosas, y bilastina oral un comprimido al día para controlar el prurito.

Fase de evaluación

En la revisión realizada a las 3 semanas de iniciar el tratamiento, se apreció resolución de las lesiones cutáneas compatibles con una reacción tipo SGCL. Pocos días después desaparecieron los MC sin necesidad de realizar ningún tratamiento.

Discusión

El SGC clásico es un exantema que puede desencadenarse por infecciones con una amplia variedad de virus como el de Epstein-Barr y la hepatitis B. Cuando están inducido por el MC se denomina reacción tipo SGC o SGCL.

A diferencia del SGC clásico, el SGCL asocia mayor prurito (77%), lesiones más localizadas y una mejor respuesta terapéutica con corticosteroides tópicos. Se caracteriza por una erupción simétrica de pápulas, placas, papulovesículas o lesiones urticariformes. Suelen localizarse en superficies extensoras de las extremidades tanto

superiores como inferiores. Un hallazgo peculiar es la afectación de la piel suprayacente del tendón de Aquiles¹⁰⁻¹². A nivel histopatológico se observa un infiltrado perivascular compuesto por linfocitos, histiocitos y eosinófilos dispersos en dermis superficial y media¹⁰⁻¹²

La aparición de SGCL es un signo de buen pronóstico del MC, conociéndose como “*el principio del fin*”, ya que ocurre cuando la fase de regresión comienza. Los MC tienden a ceder de forma espontánea rápidamente, normalmente en 6 semanas, como resultado de una reacción de hipersensibilidad a los antígenos de MC^{3, 10-12}.

En general las lesiones de SGCL se resuelven en una media de 3-4 semanas, seguido de la desaparición de MC unas 5-6 semanas después. Lo que corrobora que la aparición de este síndrome es un signo de inminente curación del MC^{10,11}.

A continuación, se muestra una tabla con una revisión de la literatura mundial^{2,7,8,13,18-25} de los casos de MC a nivel plantar (Tabla III).

Autor/año	País	Edad	Sexo	Nº de lesiones	Tamaño (mm)	Zona anatómica	Tratamiento
Perry GM. / (1964)	Escocia	31	Mujer	1	5	Arco medial pie derecho	Desecación. Escisión 6 meses después por lesión recurrente
Baxter DL. y Carson WE. / (1964)	Estados Unidos	21	Hombre	50-60	6x 6	Dorso pie izquierdo, 1º dedo pie izquierdo	Escisión (lesión más grande). Aplicación de ácido bicloroacético en las lesiones más pequeñas
Strani GF. / (1967) (Caso 1)	Italia	75	Mujer	1	No consta	Dorso del 5º dedo del pie izquierdo	Biopsia
Strani GF. / (1967) (Caso 2)	Italia	7	Hombre	1	No consta	Talón pie derecho	Escisión
Bunney MH. et al. / (1969)	Escocia	21	Mujer	>5	No consta	Planta pie izquierdo	Incisión.
Zichichi D. / (1969)	No consta	23	Hombre	1	15 x 15	4º cabeza mtt pie derecho	Ácido cloroacético 80% y ácido salicílico.
Campanelli M. y DiCenso FA. / (1978)	No consta	17	Mujer	1	12 x 12	Lateral al 5º dedo del pie	Desbridamiento, ácido salicílico 20%. Escisión de una lesión recurrente 3 meses después
Dickinson A. / (1983)	Estados Unidos	21	Hombre	2	10 x 10 3 x 3	Planta pie derecho Segundo dedo pie izquierdo	Escisión en la lesión más grande. Crioterapia en la lesión más pequeña
Ha SJ. et al. / (1998)	Corea	5	Hombre	1	15 x 12	Planta pie izquierdo	Biopsia. Posteriormente curetaje y desecación
Matsuda M. et al. / (2004)	Brasil	21	Hombre	Múltiples	4 – 19	Dorso pie derecho	No consta

MOLUSCO CONTAGIOSO A NIVEL PLANTAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sáez M. et al. / (2006)	España	44	Mujer	Múltiples	2 - 6	Dorso del 3º dedo pie izquierdo	Curetaje
Kose ÖK y Seçkin D./ (2008)	Turquía	35	Mujer	1	5 x 5	Planta pie izquierdo	Escisión
Cohen P. et al / (2012)	India	23	Hombre	3	8 x 8 (1) 8 x 6 (2)	Planta pie derecho	Imiquimod 5%
Aydogam I. et al. / (2014)	Turquía	26	Hombre	1	5 x 10	3 espacio interdigital pie derecho	Escisión
Gracia T. et al. / (2014)	España	14	Mujer	1	4	Subungueal 5 dedo	No consta
Bahali AG. et al. / (2016)	Turquía	36	Hombre	>10	4 - 2	Pie izquierdo	Nitrógeno liquido
Ozturk M. et al. / (2019)	Turquía	20	Mujer	1	No consta	3 espacio interdigital pie izquierdo	Escisión
Hao X. / (2020)	Estados Unidos	71	Mujer	1	3	Talón izquierdo	Escisión
Faruk O. et al. / (2020)	Turquía	28	Hombre	1	3	Planta pie derecho	Intervención quirúrgica
Monteagudo B. et al. / (2021)	España	10	Mujer	Varias	2	Dorso y planta pie derecho	No consta

Tabla III: Casos de MC a nivel plantar descritos en la literatura.

En la tabla III que recoge los casos de MC en pies, se puede observar que no existen diferencias según sexo (50% varones / 50% mujeres), siendo la edad media 27 años. La zona anatómica más afectada sería la planta del pie (45%), siendo el segundo lugar el dorso del pie (25%). Según la bibliografía el tratamiento más empleado es la escisión (45%)

Conclusión

El MC es una patología benigna, frecuente en niños y muy común en consulta. Se asocia a pápulas redondeadas cupuliformes de color rosa y que en algunos casos asocia reacciones cutáneas a distancia conocidas como SGCL. La aparición de este síndrome este indicador de buen pronóstico, ya que las lesiones de MC desaparecen en menos tiempo cuando aparece, siendo el tiempo de curación de 5-6 semanas.

Son escasos los casos de MC a nivel plantar y de su reacción tipo SGCL descritos en la literatura. Consideramos necesario conocer ambos procesos, sus peculiaridades en determinadas zonas anatómicas, para así realizar un correcto diagnóstico y manejo terapéutico.

Bibliografía

1. Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Cosmet Investig. Dermatol.* 2019; 12: 373-81. doi: 10.2147/CCID.S187224
 2. Firestone L, Mirkin G, Hao X. Molluscum Contagiosum on the sole of the foot in an elderly patient: A case report. *Am J Case Rep.* 2020; 21: e923777. doi: 10.12659/AJCR.923777
 3. Trcko K, Poljak M, Krizmaric M, Miljkovic J. Clinical and demographic characteristics of patients with molluscum contagiosum treated at the University Dermatology Clinic Maribor in 5-year period. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2016; 24: 130-6. doi: 10.1093/ofid/ofy298
 4. Van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smith LW, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5:CD004767. doi: 10.1002/14651858.CD004767.pub4
 5. Guzman R. Molusco contagioso. En: Guzman R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento.* 6e. México: McGraw Hill; 2015. 804-6.
 6. Rodríguez G, Arenas D. Molusco Contagioso. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2017; 25(4): 304-13. doi: 10.29176/2590843X.304
 7. Monteagudo B, León-Muiños E, Piñeyro-Molina F, Vázquez-Bueno JA. Dermoscopia de un molusco contagioso plantar. *Actas Dermosifiliogr.* 2021; 112: 963-65. doi: 10.1016/j.ad.2020.10.007
 8. García P, Serrano R, Ruiz R, Sánchez I. Molusco contagioso palmar, una localización excepcional. *Actas Dermosifiliogr.* 2019; 110(7): 615-7. doi: 10.1016/j.ad.2018.02.043
 9. Trcko K, Hosnjak L, Kusar B, Mark T, Kocjan B, Krizmaric M *et al.* Clinical, histopathological, and virological evaluation of 203 patients with a clinical diagnosis of molluscum contagiosum. *Open Forum Infect Dis.* 2018; 5:ofy298. doi: 10.1093/ofid/ofy298
 10. Berger E, Orlow SJ, Patel RR, Schaffer JV. Experience with molluscum contagiosum and associated inflammatory reactions in a pediatric dermatology practice: the bump that rashes. *Arch Dermatol.* 2012; 148(11): 1257-64. doi: 10.1001/archdermatol.2012.2414
 11. Burgler C, Weibel L, Schwieger-Briel A, Knopf N, Luchsinger I, Theiler M. Gianotti-Crosti syndrome-like reaction to molluscum contagiosum-Clinical characteristics and
- MOLUSCO CONTAGIOSO A NIVEL PLANTAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

- response to treatment. *J Dtsch Dermatol Ges, Suppl.* 2021; 19(12): 1746-51. doi: 10.1111/ddg.14608
12. Estébanez A, Silva E, Guillen S, García A, Martín JM. Síndrome de Gianotti-Crosti-like secundario a *Molluscum Contagiosum*. *An Pediatr.* 2020; 93(1): 49-50. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.06.016
13. Elmas OF, Kilitçi A. Plantar molluscum contagiosum with dermoscopic features. *Dermatol Pract concept.* 2020; 10(2):e2020037. doi: 10.5826/dcp.1002a37
14. Gerlero P, Hernández-Martín A. Update on the treatment of *Molluscum Contagiosum* in children. *Actas Dermosifiliogr.* 2018; 109(5): 408-15. doi: 10.1016/j.ad.2018.01.007
15. Harrison P, Franz E, Kelly R, Hsu S, Stephen K. Treatment of *Molluscum Contagiosum* in adult, pediatric, and immunodeficient populations. *J Cutan Med.* 2014; 18(5): 299-306. doi: 10.2310/7750.2013.13133
16. Silverberg NB. Pediatric *Molluscum*: An update. *MDedge.* 2019; 104:301-5
17. Ozturk M, Aktar R, Erten R. *Molluscum Contagiosum* in interdigital area of foot in a pregnant patient. *Indian Dermatol Online.* 2018; 10(6): 755-6. doi: 10.4103/idoj.IDOJ 408
18. Aydogan I, Kuçucakir O, Kavak A, Yildirim U. Interdigital molluscum contagiosum on the foot. *Int J Dermatol.* 2014; 53(9):e396-7. doi: 10.1111/ijd.12402
19. Gracia T, Morales A, Pastushenko I, Grasa M. Molusco contagioso de localización atípica. *An Pediatr.* 2013; 81(5): 330-1. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.12.013
20. Sáez M, Rodríguez-Martín M, Carnerero A, Cabrera R, Guimerá F, García Bustínduy M *et al.* Atypical *Molluscum Contagiosum*. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20: 465-6. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01448.x
21. Ha SJ, Park YM, Cho SH, Cho BK, Song KY. Solitary giant *Molluscum Contagiosum* of the sole. *Pediatr Dermatol.* 1998; 15(3): 222-4. doi: 10.1046/j.1525-1470.1998.1998015222.x
22. Bunney MH, Hunter JA, Ogilvie MM. *Molluscum contagiosum* of the sole. A rare diagnosis or a rare condition? *Br J Dermatol* 1969;81:623-5. Doi:10.1111/j.1365-2133-1969.tb16046.x
23. Matsuda M, David L, Arnone M, Moraes D, Menta M. Giant *Molluscum Contagiosum*: does it affect truly immunocompetent individuals?. *Acta Derm Venereol.* 2004; 85(1): 88-9. doi: 10.1080/00015550410023536
24. Gulsel A, Su O, Biyik D, Sallahoglu K, Yildiz P, Demirkesen C *et al.* Plantar *Molluscum Contagiosum* in an adult patient. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2016; 106(3): 235-6. doi: 10.7547/15-019

25. Kose OK, Seçkin D. Molluscum contagiosum of the sole. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23: 109-10. doi: 10.1111/j.1468-3083.2008.02749.x
26. Monteagudo B, Mosquera A. Infecciones víricas. *Patología cutánea del pie.* 1e. A Coruña: Universidade da Coruña; 2021.
27. Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal. BOE 1999 DIC 14; (298): 12p. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
28. Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002 Nov 15; (274): 7p. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
29. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE 2018 DIC 3; (294): 70p. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>