



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones para el molusco contagioso cutáneo (Revisión)

van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LWA, Koning S

van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LWA, Koning S.
Interventions for cutaneous molluscum contagiosum
(Intervenciones para el molusco contagioso cutáneo).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD004767.
DOI: [10.1002/14651858.CD004767.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004767.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Intervenciones para el molusco contagioso cutáneo

Johannes C van der Wouden¹, Renske van der Sande², Emma J Kruithof¹, Annet Sollie³, Lisette WA van Suijlekom-Smit⁴, Sander Koning²

¹Department of General Practice and Elderly Care Medicine, Amsterdam Public Health Research Institute, VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands. ²Department of General Practice, Erasmus Medical Center, Rotterdam, Netherlands. ³Maison Medical Bel Air, Carpentras, France. ⁴Department of Paediatrics, Paediatric Rheumatology, Erasmus Medical Center - Sophia Children's Hospital, Rotterdam, Netherlands

Contacto: Johannes C van der Wouden, Department of General Practice and Elderly Care Medicine, Amsterdam Public Health Research Institute, VU University Medical Center, PO Box 7057, Amsterdam, 1007 MB, Netherlands. j.vanderwouden@vumc.nl.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Piel.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 5, 2017.

Referencia: van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LWA, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum (Intervenciones para el molusco contagioso cutáneo). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD004767. DOI: [10.1002/14651858.CD004767.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004767.pub4).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El molusco contagioso es una infección común de la piel que es causada por un virus de la viruela y ocurre principalmente en los niños. La infección por lo general se resuelve en meses en los pacientes sin deficiencia inmunológica, aunque puede preferirse realizar el tratamiento por razones sociales y estéticas o para evitar la propagación la infección. No existe una base de evidencia clara que apoye los diversos tratamientos.

Ésta es una actualización de una revisión Cochrane publicada por primera vez en 2006 y actualizada anteriormente en 2009.

Objetivos

Evaluar los efectos de los tratamientos y estrategias de control específicos, incluida la espera para la resolución natural, para el molusco contagioso cutáneo no genital en pacientes sin deficiencia inmunológica.

Métodos de búsqueda

Se actualizaron las búsquedas de las siguientes bases de datos hasta julio 2016: registro especializado del Grupo Cochrane de Piel (Cochrane Skin Group), CENTRAL, MEDLINE, Embase y en LILACS. Se buscó en seis registros de ensayos y se verificaron las listas de referencias de los estudios incluidos y artículos de revisión para obtener más referencias de ensayos controlados aleatorios relevantes. Se contactó con empresas farmacéuticas y expertos en el tema para identificar más ensayos controlados aleatorios relevantes.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios de cualquier tratamiento del molusco contagioso en pacientes sin deficiencia inmunológica. Se excluyeron los ensayos sobre el molusco contagioso de transmisión sexual y en pacientes con deficiencia inmunológica (incluidos los pacientes con infección por VIH).

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los estudios, evaluaron la calidad metodológica y extrajeron los datos de los estudios seleccionados. Se obtuvieron los datos faltantes de los autores de los estudios cuando fue posible.

Resultados principales

Se encontraron 11 nuevos estudios para esta actualización, resultando en 22 estudios incluidos con un total de 1650 participantes. Los estudios examinaron los efectos de las intervenciones tópicas (20 estudios) y sistémicas (dos estudios).

Entre los nuevos estudios incluidos se encontraron los informes completos de los ensayos de tres estudios grandes no publicados, a los cuales hizo referencia un experto en el área. Todos aportaron evidencia de calidad moderada de una falta de efecto del imiquimod al 5% comparado con el vehículo (placebo) en la curación clínica a corto plazo (4 estudios, 850 participantes, 12 semanas después del comienzo del tratamiento, cociente de riesgos [CR] 1,33; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,92 a 1,93), la curación clínica a plazo medio (2 estudios, 702 participantes, 18 semanas después del comienzo del tratamiento, CR 0,88; IC del 95%: 0,67 a 1,14) y la curación clínica a largo plazo (2 estudios, 702 participantes, 28 semanas después de comienzo de tratamiento, CR 0,97; IC del 95%: 0,79 a 1,17). Se encontraron resultados similares aunque más certeros para la mejoría a corto plazo (4 estudios, 850 participantes, 12 semanas después del comienzo del tratamiento, CR 1,14; IC del 95%: 0,89 a 1,47; evidencia de alta calidad). Para el resultado "cualquier efecto adverso", se encontró evidencia de alta calidad de poca o ninguna diferencia entre el imiquimod al 5% tópico y el vehículo (3 estudios, 827 participantes, CR 0,97; IC del 95%: 0,88 a 1,07), aunque las reacciones en el sitio de aplicación fueron más frecuentes en los grupos tratados con imiquimod (evidencia de calidad moderada): cualquier reacción en el sitio de aplicación (3 estudios, 827 participantes, CR 1,41; IC del 95%: 1,13 a 1,77; el número necesario a tratar para un resultado perjudicial adicional [NNTD] fue de 11); la reacción grave en el sitio de aplicación (3 estudios, 827 participantes, CR 4,33; IC del 95%: 1,16 a 16,19; NNTD más de 40).

Para las 11 comparaciones siguientes, hubo evidencia limitada para mostrar qué tratamiento fue superior para lograr la curación clínica a corto plazo (evidencia de baja calidad): imiquimod al 5% menos efectivo que el criospray (1 estudio, 74 participantes, CR 0,60; IC del 95%: 0,46 a 0,78) y el hidróxido de potasio al 10% (2 estudios, 67 participantes, CR 0,65; IC del 95%: 0,46 a 0,93); aceite de mirto limón australiano al 10% más efectivo que el aceite de oliva (1 estudio, 31 participantes, CR 17,88; IC del 95%: 1,13 a 282,72); crema de peróxido de benzoilo al 10% más efectiva que la tretinoína al 0,05% (1 estudio, 30 participantes, CR 2,20; IC del 95%: 1,01 a 4,79); nitrito de sodio al 5% coaplicado con ácido salicílico al 5% más efectivo que el ácido salicílico al 5% solo (1 estudio, 30 participantes, CR 3,50; IC del 95%: 1,23 a 9,92); e yodo más aceite del árbol de té más efectivo que el aceite del árbol de té (1 estudio, 37 participantes, CR 0,20; IC del 95%: 0,07 a 0,57) o el yodo solo (1 estudio, 37 participantes, CR 0,07; IC del 95%: 0,01 a 0,50). Aunque hay algunas dudas, el hidróxido de potasio al 10% parece ser más efectivo que la solución salina (1 estudio, 20 participantes, CR 3,50; IC del 95%: 0,95 a 12,90); la calcárea carbónica homeopática parece ser más efectiva que el placebo (1 estudio, 20 participantes, CR 5,57; IC del 95%: 0,93 a 33,54); la solución de hidróxido de potasio al 2,5% parece ser menos efectiva que la de 5% (1 estudio, 25 participantes, CR 0,35; IC del 95%: 0,12 a 1,01); y la solución de yodo de povidona al 10% más emplasto de ácido salicílico al 50% parece ser más efectiva que el emplasto de ácido salicílico solo (1 estudio, 30 participantes, CR 1,43; IC del 95%: 0,95 a 2,16).

No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa para otras comparaciones (la mayoría de las cuales consideró dos tratamientos tópicos diferentes). No se halló evidencia de ensayos controlados aleatorios sobre la expresión de las lesiones ni sobre el peróxido de hidrógeno tópico.

Las limitaciones de los estudios incluyeron la falta de cegamiento, muchos abandonos y ningún análisis de intención de tratar. Excepto por las reacciones graves en el sitio de aplicación del imiquimod, ninguno de los tratamientos evaluados descritos anteriormente se asoció con efectos adversos graves (evidencia de baja calidad). Entre los eventos adversos más comunes se encontró dolor durante la aplicación, eritema y picazón. Los estudios incluidos de las siguientes comparaciones no informaron efectos adversos: calcárea carbónica versus placebo, yodo de povidona al 10% más emplasto de ácido salicílico al 50% versus emplasto de ácido salicílico y peróxido de benzoilo al 10% versus tretinoína al 0,05%.

No fue posible juzgar el riesgo de sesgo en la mayoría de los estudios debido a la información insuficiente, especialmente con respecto a la ocultación de la asignación y al posible informe selectivo. Se consideraron cinco en bajo riesgo de sesgo.

Conclusiones de los autores

Ninguna intervención ha demostrado ser convincentemente efectiva en el tratamiento del molusco contagioso. Se encontró evidencia de calidad moderada de que el imiquimod al 5% tópico no fue más efectivo que el vehículo en cuanto a la curación clínica, aunque dio lugar a más reacciones en el sitio de aplicación, y evidencia de alta calidad de que no hubo diferencias entre los tratamientos en cuanto a la mejoría a corto plazo. Sin embargo, la evidencia de alta calidad mostró un número similar de efectos secundarios generales en ambos grupos. Debido a que la evidencia encontrada no estuvo a favor de ningún tratamiento, la resolución natural del molusco contagioso sigue siendo un método fuerte para tratar la afección.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamientos para el molusco contagioso, una infección viral común de la piel en los niños

Pregunta de la revisión

Se examinó la evidencia del efecto de cualquier tratamiento sobre la infección viral común de la piel, molusco contagioso. Se excluyó a los pacientes con un sistema inmunológico reprimido o con molusco contagioso de transmisión sexual.

Antecedentes

El molusco contagioso en los pacientes sanos es una infección viral de la piel relativamente inocua que se resuelve de forma espontánea. Afecta principalmente a niños y adolescentes y es poco frecuente en adultos. Ocurre en todo el mundo, aunque parece mucho más frecuente en las zonas geográficas con climas cálidos. El molusco contagioso se presenta por lo general como granos únicos o múltiples llenos de una sustancia aceitosa. Los pacientes pueden buscar tratamiento por razones sociales y estéticas y debido a las inquietudes relacionadas con la transmisión de la enfermedad a otros. El tratamiento está orientado a acelerar el proceso curativo.

Características de los estudios

Se hicieron búsquedas en la literatura hasta julio 2016. Se incluyeron 22 ensayos (total de 1650 participantes). Veinte de los estudios evaluaron el tratamiento tópico, y dos estudios evaluaron el tratamiento administrado por vía oral. Las comparaciones incluyeron fisioterapias, así como tratamientos tópicos y orales. La mayoría de los estudios se realizaron en ámbitos hospitalarios ambulatorios o de urgencias y fueron llevados a cabo en Norteamérica, el Reino Unido, Asia, o América del Sur. Los participantes eran de ambos sexos y eran principalmente niños o adultos jóvenes. La duración del seguimiento varió de tres a 28 semanas después de la asignación al azar. Sólo cinco estudios tuvieron más de tres meses de seguimiento.

Cinco estudios informaron el financiamiento comercial, tres estudios obtuvieron medicación de forma gratuita por parte de compañías farmacéuticas, 12 estudios no mencionaron la fuente de financiamiento, un estudio informó financiamiento de organizaciones benéficas y un estudio informó que no había recibido apoyo económico.

Resultados clave

Se encontró que muchos tratamientos comunes para el molusco, como la destrucción física, no se han evaluado de forma adecuada. Algunos de los tratamientos incluidos no son parte de la práctica estándar.

Se encontró evidencia de calidad moderada de que el imiquimod al 5% tópico probablemente no es más efectivo que el vehículo (es decir la misma crema pero sin imiquimod) para lograr la curación clínica a corto, a medio y a largo plazo. La evidencia de alta calidad (y por lo tanto más certera) indicó que el imiquimod al 5% tópico no es mejor que el placebo para mejorar el molusco hasta tres meses después del comienzo del tratamiento.

La evidencia de alta calidad indicó que el imiquimod al 5% difirió poco o nada en el número de efectos secundarios en comparación con el vehículo. Sin embargo, la evidencia de calidad moderada indica que probablemente hay más reacciones en el sitio de aplicación al utilizar imiquimod al 5% tópico en comparación con el vehículo.

La evidencia de baja calidad, basada en uno o dos estudios principalmente pequeños, reveló los siguientes hallazgos para el resultado de la curación clínica a corto plazo: imiquimod al 5% menos efectivo que el criospray o que el hidróxido de potasio al 10%; aceite de mirto limón australiano al 10% más efectivo que el aceite de oliva; crema de peróxido de benzoilo al 10% más efectiva que la tretinoína al 0,05%; nitrito de sodio al 5% coaplicado con ácido salicílico al 5% más efectivo que el ácido salicílico al 5% solo; e yodo más aceite del árbol de té más efectivo que el aceite del árbol de té o el yodo solo. Se encontró más evidencia incierta (de baja calidad) que indicaba que el hidróxido de potasio al 10% es más efectivo que la solución salina; la calcárea carbónica homeopática es más efectiva que el placebo; la solución de hidróxido de potasio al 2,5% es menos efectiva que la solución de hidróxido de potasio al 5%; y la solución de yodo de povidona al 10% y el emplasto de ácido salicílico al 50% son más efectivos que el emplasto de ácido salicílico solo.

Excepto por las reacciones graves en el sitio de aplicación del imiquimod, ninguno de estos tratamientos dio lugar a efectos adversos graves (evidencia de baja calidad). El dolor durante la aplicación del tratamiento, el enrojecimiento y la picazón estuvieron entre los efectos adversos más informados.

No se encontraron diferencias entre los tratamientos evaluados en las otras comparaciones.

No se encontró ningún ensayo aleatorio para varios tratamientos utilizados comúnmente, como la expresión de las lesiones con un palillo de naranjo o el peróxido de hidrógeno tópico. Debido a que la mayoría de las lesiones se resuelve en meses, a menos que surja evidencia de mejor calidad sobre la superioridad de los tratamientos activos, se puede dejar que el molusco contagioso sane naturalmente.

Calidad de la evidencia

Para el imiquimod tópico, la calidad de la evidencia para la curación clínica, la mejoría a corto plazo y los efectos adversos fue moderada a alta. Para todas las otras comparaciones, la calidad de la evidencia para la curación clínica a corto plazo y los efectos adversos fue baja. Las limitaciones comunes de los estudios incluidos fueron que los números de participantes fueron reducidos, no se realizó el cegamiento de los investigadores, y los participantes que no finalizaron el estudio (numerosos en algunos estudios) no se incluyeron en los análisis.