

# Molusco contagioso

Dr. Julio Magliano

Médico Dermatólogo, Asistente (Grado 2) de la Cátedra de Dermatología Médico Quirúrgica. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo - Uruguay



**Resumen:** El molusco contagioso es una infección viral común, benigna, autolimitada, que afecta piel y raramente las mucosas, causada por el virus del molusco contagioso.

Principalmente se presenta en los niños, con un pico de incidencia entre los 3-12 años. Se transmite principalmente por contacto directo piel a piel, pero son reconocidas varias vías de transmisión, incluyendo en el adulto la transmisión sexual.

Las lesiones suelen curarse después de varios meses o años. Su tratamiento procura también prevenir la transmisión o la autoinoculación.

**Palabras clave:** virus del molusco contagioso, poxvirus, infección viral cutánea, calidad de vida.

**Abstract:** Molluscum contagiosum is a common, benign, self-limited viral infection that affects skin and mucous rarely, caused by the molluscum contagiosum virus.

Mainly it occurs in children, with a peak incidence between 3-12 years. direct skin to skin it is transmitted mainly by contact, but are recognized multiple transmission paths, including sexually transmitted infections in adults.

Lesions usually heal after several months or years. Treatment also attempts to prevent the transmission or self inoculation.

**Key words:** Molluscum contagiosum virus, poxvirus, skin viral infection, quality of life.

## Introducción

Las infecciones de piel por virus se observan con frecuencia tanto en atención primaria como en las consultas de dermatología a nivel mundial. Las más comunes son las causadas por los virus del herpes, virus del papiloma humano y el virus del molusco contagioso.<sup>(1)</sup>

El molusco contagioso (MC) es una infección viral común, benigna, que afecta piel y raramente mucosas, causada por el virus del molusco contagioso.<sup>(2)</sup> La enfermedad afecta principalmente niños, adultos sexualmente activos y a individuos inmunocomprometidos.<sup>(3)</sup>

El MC principalmente se presenta en los niños, con un pico de incidencia entre los 3-12 años. En los adultos sexualmente activos, el pico se correlaciona con el contacto sexual; el mayor número de casos se produce entre pacientes de 20-29 años.<sup>(4,5)</sup> Datos publicados estiman la incidencia del MC en un 22% de la población mundial. La prevalencia del MC entre los individuos infectados por el VIH varía de

5 a 18%.<sup>(3)</sup> En Estados Unidos el 5% de los niños presentan la infección.<sup>(6)</sup>

El virus del MC (VMC) se transmite principalmente por contacto directo piel a piel, además de otras vías de transmisión. En los niños, la transmisión viral se produce por el contacto con una persona infectada, por fomites o por autoinoculación.<sup>(7)</sup> La posibilidad de abuso sexual se debe considerar cuando presentan lesiones de MC a nivel genital o perianal. La infectividad es favorecida en los ambientes de hacinamiento y humedad.

El uso de las piscinas<sup>(8)</sup> también se correlaciona con la infección en la infancia, la infección se facilita por el contacto con personas infectadas (piel con piel), a través de fomites (objetos contaminados empleados para nadar, como manguitos o "corchos", o para el aseo, como toallas o esponjas) y por alteración de la barrera cutánea causada por el agua con cloro.<sup>(2,6)</sup>

En los adultos el VMC es transmitido frecuentemente por vía sexual.<sup>(4)</sup>

El MC se asocia con varias enfermedades con alteración de la inmunidad mediada por células como

Email: juliomagliano@gmail.com

la dermatitis atópica, la epidermodisplasia verruciforme y la infección por VIH.<sup>(9)</sup>

Para la mayoría de los niños el MC repercute mínimamente sobre la calidad de vida, sin embargo, en uno de cada diez niños tiene una repercusión muy importante sobre ella. Olsen et al.<sup>(10)</sup> enfatizan la necesidad de considerar el tratamiento para algunos niños, especialmente los que tienen un mayor número de lesiones y los que tienen afectación importante en la calidad de vida.

### Etiología y patogenia

El VMC es un miembro de la familia Poxviridae (género Molluscipoxvirus).<sup>(11)</sup> Es un poxvirus de doble cadena de ADN y solo infecta a los seres humanos. El VMC se replica en el citoplasma de las células huésped epiteliales, induce hiperplasia y produce inclusiones citoplasmáticas.<sup>(9)</sup>

Han sido identificados 4 tipos diferentes de VMC: VMC-I a VMC-IV (VMC-I es el más frecuente, 75-90%).<sup>(1,2,12)</sup>

El VMC se puede transmitir directamente de persona a persona, o lo que parece ser más común por autoinoculación (ejemplo: al rascarse o tocar una lesión). El período de incubación puede ir de semanas a varios meses.<sup>(13)</sup>

En los adultos, el VMC es de transmisión sexual y por lo general afecta la zona genital. La infección extragenital en adultos se observa con frecuencia en inmunocomprometidos, en particular en la infección por VIH.

En los pacientes con VIH la mayoría de las infecciones son causadas por VMC-II. Las lesiones producidas por cualquiera de los subtipos son indistinguibles.

En muy pocos casos se describe la transmisión vertical, el antecedente materno de la infección con MC ayuda al diagnóstico de la infección en los neonatos con lesiones papulares características.<sup>(14-16)</sup>

La patogenia de las lesiones es incierta, pero se ha postulado en tener un papel importante a un polipéptido de crecimiento epidérmico. En la capa basal de la piel lesionada, la tasa de células en división es dos veces a la de la piel normal. El número de los receptores para el factor de crecimiento epidérmico (EGF) aumenta en las células infectadas, lo cual es una evidencia indirecta de que el VMC sintetiza un factor de crecimiento similar al EGF. Los queratinocitos infectados se mueven más rápidamente que los no infectados a través de la epidermis.

El papel de la inmunidad humoral en esta infección no está claro, se han detectado anticuerpos específicos del virus en un 80% de los pacientes con MC.

La mayoría de los pacientes infectados con VMC producen anticuerpos predominantemente de clase IgG. La inmunidad mediada por células es probablemente la más importante en la patogenia de la enfermedad.

El VMC actúa escapando al sistema inmune a través de unas proteínas virales específicas que inhiben las defensas e incrementan la resistencia de las células infectadas del huésped sin desarrollar latencia.

El VMC tiene la propiedad de inducir la síntesis de una quimiocina que ejerce un efecto inhibitorio sobre la migración de leucocitos y retrasa así la reacción inflamatoria. Estas características explican una cierta tolerancia inmunológica al VMC.<sup>(13)</sup> La respuesta del huésped a la infección es multifactorial y progresiva, y en ella participan los interferones, la vía alternativa del complemento y sobre todo, la inmunidad celular retardada (hipersensibilidad tipo IV).<sup>(3)</sup>

Las reinfecciones son comunes, McCollum et al.<sup>(17)</sup> reportaron 30% de recurrencia.



Típicas lesiones de Molusco contagioso.



Típicas lesiones de Molusco contagioso.

### Presentación Clínica

La lesión típica es una pápula brillante, de color blanco nacarado, semiesférica con umbilicación central y un tamaño de entre 3 a 5 mm.<sup>(1)</sup>

Rara vez el MC puede ser gigante con un tamaño de 1,5-3 cm de diámetro.<sup>(18)</sup> Las lesiones pueden ser color piel, blancas, translúcidas, o amarillo claro (ver Figuras 1 y 2). El número de lesiones es generalmente menor a 20, aunque una sola lesión o varios cientos de ellas pueden presentarse.

Cuando las lesiones son traumatizadas, un material gris-blancuoso, cremoso, puede ser extraído (denominado "cuerpo del molusco").<sup>(1)</sup> Puede haber una reacción eczematosa circundante llamada dermatitis del molusco, que puede dificultar el diagnóstico.<sup>(13)</sup>

Si bien es rara la afectación de mucosas, se describen casos de afectación mucosa oral y la mayoría con un estado inmunitario competente.<sup>(19)</sup>

Los pacientes con MC son generalmente asintomáticos, pero pocos pueden quejarse de prurito o de sensibilidad.

Como se ha mencionado anteriormente, en adultos se trata de una infección de transmisión sexual y las lesiones se localizan por lo general en los genitales, la parte inferior del abdomen, la región supero-interna de los muslos y los glúteos.<sup>(4)</sup> Las formas eruptivas, la localización extragenital y en los párpados en adultos se observan con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos, especialmente en la infección por VIH.<sup>(20,21)</sup> En los niños, las pápulas pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero los sitios más comunes son la cara<sup>(22)</sup>, los párpados, el



Lesiones por Molusco contagioso por dermatoscopia.

cuello, las axilas, los codos y los muslos. Se han descrito localizaciones atípicas, como la localización subungueal.<sup>(23)</sup>

Esta describe la localización de lesiones en tatuajes, debido a la transmisión del virus por medio los instrumentos utilizados para tatuar, o a que la tinta haya sido contaminada. Asimismo, se ha sugerido que el pigmento negro puede disminuir tanto la inmunidad celular como la humoral localmente.<sup>(24)</sup>

Las lesiones de MC son a menudo lesiones individuales y de diferentes tamaños, pudiendo presentar simultáneamente hasta varios cientos de lesiones.

Las lesiones pueden cambiar la apariencia en inmunocomprometidos o por la contaminación bacteriana. Las lesiones en los párpados pueden causar conjuntivitis unilateral.<sup>(25)</sup> En los pacientes con VIH, los

La Revista Médica para **TODOS** los Profesionales de la Salud

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Contactenos:

www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com



Lesiones por Molusco contagioso por dermatoscopia.



Lesiones por Molusco contagioso con tinción de hematoxilina y eosina. Lóbulos de epitelio abiertos a la superficie cutánea que penetran en la dermis.

niños con leucemia u otras deficiencias inmunes, que reciben tratamiento con fármacos citotóxicos o glucocorticoides, las lesiones de MC pueden ser grandes y numerosas, especialmente en la cara.<sup>(1,4,26)</sup>

Los pacientes con dermatitis crónicas o dermatitis atópica pueden desarrollar cientos de moluscos.<sup>(5)</sup>

A diferencia de las verrugas vulgares, las palmas y las plantas no se ven afectadas.

Las lesiones de MC pueden presentar regresión espontánea en 6 a 28 meses, pero también pueden persistir por más tiempo.<sup>(7)</sup>

Las complicaciones incluyen la impetiginización secundaria o abscedación. Pueden dejar cicatrices residuales y en pacientes inmunodeprimidos afectar a la dermis, la hipodermis e incluso la fascia muscular.<sup>(9)</sup>

### Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico de MC se hace generalmente con relativa facilidad sobre la base de la presentación clínica.<sup>(9)</sup> Una rápida congelación con nitrógeno líquido puede acentuar su umbilicación distintiva. Los estudios citológicos pueden ser necesarios para confirmar el diagnóstico.

La dermatoscopia mejora la precisión diagnóstica, magnificando la observación de las lesiones cutáneas y facilitando la visualización de microestructuras en la epidermis, unión dermoepidérmica y la dermis papilar, que son apenas visibles a simple vista.<sup>(27)</sup> Ayuda a acentuar la presencia de vasos y la umbilicación central pudiendo ayudar al diagnóstico (Ver Figura 3 y 4).

Las características dermatoscópicas vasculares del MC incluyen vasos en corona, vasos puntiformes y los patrones radiales, además del denominado patrón de "flores mixtas".<sup>(1)</sup>

La biopsia de una lesión es esencial para ver los cuerpos eosinófilos de inclusión viral en la epidermis.

Con la tinción con hematoxilina y eosina, las lesiones de MC muestran lóbulos de epitelio abiertos a la superficie cutánea que penetran en la dermis (Ver Figura 5). Es muy frecuente la afectación del epitelio de los infundíbulos foliculares y en estos casos las lesiones pueden mostrar una configuración quística. En el citoplasma de muchos de los queratinocitos se observan los característicos cuerpos de inclusión (cuerpos de Henderson Paterson)<sup>(12)</sup>, que aumentan de tamaño desde las capas basales a las más superficiales de la epidermis y también aumentan, a medida que ascienden, su grado de basofilia.<sup>(28)</sup>

Algunos autores describen a los cuerpos de inclusión como imagen en "cesta de frutas".<sup>(13)</sup>

La medición de anticuerpos por fijación de complemento aún no se encuentra estandarizada y usualmente se utiliza en protocolos de estudio. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) se puede realizar para detectar y clasificar al VMC en lesiones de piel.<sup>(12,29)</sup>

Si bien la mayoría de las veces el diagnóstico es claro, como diagnóstico diferencial se deben plantear, en lesión única y en adultos: carcinoma basocelular, histiocitoma, tricoepitelioma, nevo intradérmico, siringoma, hidrocistoma apocrino y ecrino, adenoma sebáceo.<sup>(9)</sup> En lesiones múltiples: verrugas, varicela. En los pacientes infectados por el VIH, el MC único debe diferenciarse del carcinoma basocelular y queratoacantoma.<sup>(26)</sup> Por el contrario, en pacientes en etapa SIDA, la criptococosis e histoplasmosis puede imitar al MC.<sup>(5)</sup> Por estas razones, la biopsia de la lesión atípica está justificada.

### Tratamiento

El tratamiento puede ser útil para prevenir la transmisión o la autoinoculación.

La tasa de resolución es extremadamente variable en inmunocomprometidos y presentan mayor riesgo de inflamación y sobreinfección bacteriana.

Además del riesgo de transmisión de sexual, algunos pacientes pueden experimentar dolor y el malestar que afectan negativamente a su calidad de vida.

También pueden asociar malestar emocional y psicológico, particularmente vergüenza cuando las lesiones por el VMC se localizan a nivel genital.<sup>(4)</sup>

Desafortunadamente, no existe una terapia causal. La mayoría de las opciones de tratamiento consiste en métodos destructivos, otros no se basan lo suficientemente en la evidencia científica.

La elección de una opción terapéutica debe ser individualizada, en función del paciente (edad, número de lesiones, localización, complicaciones, etc.) y de la experiencia del médico en determinadas técnicas.<sup>(2)</sup>

### Tratamientos locales

- La criocirugía es una opción terapéutica y no precisa anestesia en la mayor parte de los casos.

- Se aplica pulverizando las lesiones desde una distancia de un centímetro hasta blanquearlas, con un tiempo de congelación de entre 10 y 20 segundos. Con frecuencia, se requiere más de una sesión, a intervalos de 2 a 3 semanas.<sup>(3)</sup>
- El curetaje es un procedimiento relativamente indoloro y fácil de realizar. Es una de las opciones terapéuticas más comúnmente utilizadas. Se emplea cuando las lesiones son recientes y en escaso número. Se utiliza una cureta afilada y se raspa la lesión. En los niños, se realiza aplicando previamente una crema anestésica.<sup>(30)</sup>
- La aplicación de imiquimod al 5% en crema, tres veces por semana es otra opción de tratamiento, pero los efectos secundarios irritantes pueden ser limitantes. El imiquimod es un modificador de la respuesta inmunitaria que produce una respuesta inmune localizada en el sitio de aplicación, estimula a los monocitos/macrófagos y a las células dendríticas para producir interferón alfa, varias interleuquinas y el factor de necrosis tumoral.<sup>(31)</sup>
- La cantaridina es un vesicante obtenido del extracto de escarabajos del orden Coleoptera, en dermatología se ha empleado desde la década de 1950 para el tratamiento de las verrugas vulgares y de las infecciones cutáneas por molusco contagioso (una sola aplicación cada 3 a 4 semanas,

### Bibliografía

- Chen, X, Anstey AV, Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus infection. *Lancet Infect Dis* 2013;13(10):877-888.
- Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, de Las Heras C, Pérez-Pérez L, et al. [Molluscum contagiosum: descriptive study]. *An Pediatr (Barc)*, 2010;72(2):139-42.
- González Hermosa M, Soleta Archavala R. Molusco contagioso. *Piel* 2001;16(7):322-328.
- Tyring SK. Molluscum contagiosum: the importance of early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(3):S12-S16.
- Ferrández-Pulido C, Ferrández C. Molluscum contagiosum. *Piel* 2010;25(4):203-210.
- Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol*, 2006;54(1):47-54.
- Leung AK. The natural history of molluscum contagiosum in children. *Lancet Infect Dis* 2015;15(2):136-137.
- Goodyear H. Infections and infestations of the skin. *Paediatrics and Child Health* 2015;25(2):72-77.
- Godoy Gijón E, Fraile Alonso MC, Unamuno Pérez P. Molluscum contagiosum: valoración terapéutica. *FMC* 2009;16(10):627-633.
- Olsen JR, Gallagher J, Finlay AY, Piguat V, Francis NA. Time to resolution and effect on quality of life of molluscum contagiosum in children in the UK: a prospective community cohort study. *Lancet Infect Dis* 2015;15(2):190-195.
- Birchthistle K, Carrington D. Molluscum contagiosum virus. *J Infect* 1997;34(1):21-8.
- Pérez S, Ramos A, Bernal E. Molusco contagioso e infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Comunicación de dos casos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007;16(1):34-6.
- Plantin P. Molluscum contagiosum. *Arch Pediatr* 2007;14(9):1157-9.
- Bouyahyaoui Y, Meziane M, Gallouj S, Mikou O, Mernissi FZ, Badioui I, et al. [Molluscum contagiosum on the buttocks of neonates]. *Ann Dermatol Venereol*, 2011;138(11):795-7.
- Méndez C, Vicente A, Suñol M, Gonzalez-Enseñat MA. Congenital molluscum contagiosum. *Actas Dermosifiliogr*, 2013;104(9):836-7.
- Mira-Perceval Juan G, Alcalá Minagorre PJ, Betllloch Más I, Sánchez Bautista A. [Molluscum contagiosum due to vertical transmission]. *An Pediatr (Barc)*, 2016.
- McCollum AM, Holman RC, Hughes CM, Mehal JM, Folkema AM, Redd JT, et al. Molluscum contagiosum in a pediatric American Indian population: incidence and risk factors. *PLoS One* 2014;9(7):103419.
- Pérez-Díaz CE, Botero-García CA, Rodríguez MC, Faccini-Martínez AA, Calixto OJ, Benítez F, et al. Giant Molluscum Contagiosum in an HIV positive patient. *Int J Infect Dis*, 2015;38:153-5.
- Singh G, Garg S, Arora R, Kumar D, Nangia A, Sharma G. A rare case of intraoral molluscum contagiosum of the tongue: Case report with review of literature. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2014;26(4):596-598.
- Ficarra G, Gaglioti D. Facial molluscum contagiosum in HIV-infected patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1989;18(4):200-1.

el área que ha sido tratada se debe lavar a las 4-6 h de cada aplicación), es a veces doloroso y conlleva el riesgo de erosiones cutáneas graves.<sup>(32)</sup> Cuando se aplica de una manera controlada y se combina con la educación adecuada del paciente, es una monoterapia segura y muy eficaz para el MC en los niños.<sup>(33)</sup>

- Otras opciones de tratamiento son los retinoides (tretinoína), derivados de la podofilina, nitrato de plata o queratolíticos (ácido salicílico, ácido láctico). En la práctica, estos tratamientos son a veces eficaces, pero son irritantes y a veces es difícil completar el tratamiento.<sup>(13)</sup>
- El cidofovir, análogo de nucleósidos con actividad antiviral, actúa bloqueando la síntesis del ADN viral al interactuar con la ADN polimerasa viral. Puede administrarse en crema al 3% una vez al día durante 7-8 semanas.<sup>(9,34)</sup>
- El ingenol mebutato al 0,015% aplicado 1 vez al día en la parte superior de la lesión durante 3 días, produjo remisión de la lesión por MC.<sup>(35)</sup>

### Tratamientos sistémicos

- La cimetidina, antihistamínico antagonista de receptores H<sub>2</sub>, utilizado por su efecto proliferativo en los linfocitos y por la supresión de los inhibidores de linfocitos T. Se emplea a una dosis

de 40 mg/kg/día durante 2-3 meses. No existen, por el momento, resultados estadísticamente significativos en los estudios que respalden su utilización.<sup>(9)</sup>

- Los pacientes con VIH/SIDA con lesiones de MC diseminadas mejoran con la terapia antirretroviral altamente efectiva.<sup>(36)</sup>

### Prevención

Las medidas de prevención, una vez que se tiene lesiones de MC, son cubrir las lesiones con ropa y/o vendajes de manera eficaz para evitar la propagación. La higiene de las manos es importante, evitando tocar las lesiones y la desinfección de los potenciales fomites. Evitar compartir toallas con otras personas, con el fin de minimizar los riesgos de transmisión. Los pacientes que no reciben información adecuada sobre los riesgos de transmisión pueden extender la infección a otras partes de su cuerpo o a terceros con los que se tiene contacto (en el hogar, en la escuela, etc.). Por otra parte, el asesoramiento para restringir los niños con MC a la guardería o a la escuela hasta que desaparezca la infección no es práctico ni necesario.<sup>(37,38)</sup>

Recibido: 28/03/2016  
Aprobado: 29/04/2016

### Bibliografía

- Nogueras Flores I, Borbujo J. Molluscum contagiosum en un paciente inmunodeprimido. *FMC* 2005;12(4):255-6.
- del Arco BV. Molusco contagioso. *FMC* 2010;17(3):141.
- Gracia Cazaña T, Morales Moya A, Pastushenko I, Grasa Jordán MP. [Unusual location of molluscum contagiosum]. *An Pediatr (Barc)*, 2014;81(5):330-1.
- Pérez-Barrio S, González-Hermosa MR, Ratón JA, Díaz-Pérez JL. Molusco contagioso sobre tatuaje. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100(2):152-154.
- Falzon K, Scotcher S, Parulekar M. Primary Epibulbar Molluscum Contagiosum in an Immunocompetent Child. *J Pediatr*, 2015;167(4):936.
- Basu S, Kumar A, Giant molluscum contagiosum - a clue to the diagnosis of human immunodeficiency virus infection. *J Epidemiol Glob Health* 2013;3(4):289-91.
- Mun JH, Ko HC, Kim BS, Kim MB. Dermoscopy of giant molluscum contagiosum. *J Am Acad Dermatol*, 2013;69(6):e287-8.
- Requena L, Requena C. Histopatología de las infecciones víricas cutáneas más frecuentes. *Actas Dermosifiliogr* 2010;101(3):201-216.
- Hosnjak L, Kocjan BJ, Kusar B, Seme K, Poljak M. Rapid detection and typing of Molluscum contagiosum virus by FRET-based real-time PCR. *J Virol Methods* 2013;187(2):431-4.
- Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, de las Heras C, Suarez-Amor O, Ramírez-Santos A, Labandeira J. [Curettage for the treatment of molluscum contagiosum: a descriptive study]. *Actas Dermosifiliogr*, 2011;102(2):157-8.
- Skinner RB. Treatment of molluscum contagiosum with imiquimod 5% cream. *J Am Acad Dermatol* 2002;47(4):S221-S224.
- Romero G, Garrido J, Rodríguez-Vázquez M, García-Arpa M, Cortina P, García-Bracamonte B. Tratamiento tóxico con cantaridina de moluscos contagiosos. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95(9):548-552.
- Silverberg NB, Sidbury R, Mancini AJ. Childhood molluscum contagiosum: experience with cantharidin therapy in 300 patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(3):503-7.
- Davies EG, Thrasher A, Lacey K, Harper J. Topical cidofovir for severe molluscum contagiosum. *Lancet* 1999;353(9169):2042.
- Javed S, Tyring SK. Treatment of molluscum contagiosum with ingenol mebutate. *J Am Acad Dermatol* 2014;70(5):e105.
- Koudoukpo C, Atadokpede F, Adegbedi H, Yedomon GH, Padonou F. Molluscum contagiosum: régression totale d'une forme érosive et bourgeonnante sous thérapie antirétrovirale. *Ann Dermatol Venerol* 2011;138(12):A290-A291.
- Hughes CM, Damon IK, Reynolds MG. Understanding U.S. healthcare providers' practices and experiences with molluscum contagiosum. *PLoS One* 2013;8(10):e76948.
- Patient Perspectives: Molluscum Contagiosum. *Pediatr Dermatol* 2015;32(6): p. e-362-7.