

Molusco contagioso e verrugas

Evolução natural, quando e como tratar no consultório, sinal BOTE, verrugas anogenitais e avaliação de abuso sexual e critérios de encaminhamento

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O molusco contagioso (poxvírus) produz pápulas peroladas umbilicadas, sobretudo entre 2 e 10 anos e em crianças com dermatite atópica; resolve sozinho em 6 a 18 meses. A inflamação de lesões isoladas (sinal BOTE, "início do fim") é resposta imune que antecede a cura, e não infecção bacteriana: não pede antibiótico. As verrugas (HPV) também regredem espontaneamente — cerca de dois terços em 2 anos (SBP). Nenhum tratamento é convincentemente superior à evolução natural no molusco (Cochrane 2017); por isso, a observação é conduta válida e deve ser discutida com a família. Quando tratar, as opções são curetagem, cantaridina (aprovada pela FDA em 2023 a partir de 2 anos), hidróxido de potássio, e, nas verrugas, ácido salicílico (a opção com melhor evidência) e crioterapia. A criança **não precisa ser afastada** da escola nem da piscina. Quase sempre o manejo é ambulatorial (●). Encaminhe ao especialista em imunossupressão, lesões palpebrais ou extensas e verrugas faciais ou refratárias. **Verrugas ou moluscos anogenitais** exigem avaliação cuidadosa de abuso sexual; suspeita de abuso é de notificação obrigatória (compulsória) e, se recente, vai ao serviço de referência no mesmo dia (●).

1. O que é e como se apresenta

Molusco contagioso

- **Agente:** *Molluscum contagiosum virus* (poxvírus); transmissão por contato pele a pele, fômites (toalhas, esponjas) e autoinoculação por coçadura.
- **Faixa etária:** pré-escolares e escolares; mais extenso em crianças com dermatite atópica.
- **Lesões:** pápulas de 1–5 mm, cor da pele ou peroladas, brilhantes, com umbilicação central; agrupadas em tronco, axilas, fossas antecubitais e poplíteas, face e região genital. Disposição linear sugere autoinoculação.
- **Eczema perimolusco:** placas eczematosas ao redor das lesões, frequente em atópicos (SBP); a pápula umbilicada fica "escondida" no meio do eczema.
- **Sinal BOTE (*beginning of the end*):** lesões que ficam vermelhas, dolorosas, com crosta ou pústula, pouco antes de regredirem; descrito em *Pediatrics* (Butler e colaboradores, 2013) como resposta imune, frequentemente confundido com infecção bacteriana.
- **Evolução:** cada lesão dura cerca de 2 meses, mas novas lesões surgem; o quadro costuma durar 6 a 18 meses (AAD, NHS) e pode se prolongar em atópicos e imunossuprimidos.

Verrugas virais (HPV)

- **Verruga vulgar:** pápula queratósica, áspera, com pontos negros (capilares trombosados), em mãos, dedos e joelhos.
- **Verruga plantar:** endofítica, dolorosa à pressão; interrompe as linhas da pele (diferente do calo).
- **Verruga plana:** pápulas pequenas, lisas, na face e no dorso das mãos, frequentemente lineares.
- **Verrugas anogenitais (condilomas):** pápulas ou lesões vegetantes perianais ou genitais.
- **Evolução:** "dois terços das verrugas em crianças regredem em 2 anos e três quartos em 3 anos" (SBP 2020).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança imunocompetente, lesões típicas, poucas ou moderadas, sem prurido importante; verrugas vulgares ou plantares pouco sintomáticas	Observação (conduta de escolha no pré-escolar); medidas para reduzir disseminação; tratamento opcional por decisão compartilhada
● Moderada	Molusco numeroso ou com eczema perimolusco, prurido e coçadura; lesões inflamadas (BOTE) confundidas com infecção; verruga plantar dolorosa ou que limita atividades; verrugas faciais; lesões anogenitais em criança pequena com provável transmissão perinatal	Tratar o eczema; considerar tratamento local; reavaliar em 4–8 semanas; avaliação cuidadosa do contexto nas lesões anogenitais
● Grave	Suspeita de abuso sexual (sobretudo contato recente, < 72 h); celulite extensa ou sinais sistêmicos (febre, mau estado geral) por infecção secundária; molusco gigante ou disseminado em imunossuprimido	Abuso: serviço de referência no mesmo dia e notificação obrigatória (compulsória); infecção sistêmica: pronto-socorro; imunossupressão: especialista com prioridade

Fatores de risco para quadro extenso, prolongado ou atípico

- Dermatite atópica (disseminação por coçadura e eczema perimolusco).
- Imunossupressão: HIV, quimioterapia, transplante, corticoide sistêmico, imunobiológicos.
- Lesões palpebrais (conjuntivite folicular crônica).
- Convivência com irmãos acometidos e banhos compartilhados.
- Lesões anogenitais: exigem avaliação do contexto social e familiar.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico** em ambos. Dermatoscopia, quando disponível, ajuda (molusco: estrutura central amarelada/branca com vasos em coroa; verruga: pontos vermelhos ou pretos).
- **Exames:** desnecessários nos casos típicos. Considerar sorologia para HIV em molusco extenso, com lesões gigantes ou fora da faixa etária habitual (adolescentes com lesões genitais, sem outra explicação). Biópsia em lesão atípica.
- **Molusco inflamado (BOTE):** diferenciar de infecção bacteriana secundária. Na BOTE, a inflamação é localizada, sem celulite progressiva, sem febre, e costuma surgir em várias lesões ao mesmo tempo, às vezes com erupção papulosa tipo Gianotti-Crosti.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Varicela e herpes simples (vesículas, não pápulas umbilicadas firmes); eczema herpético em atópico com vesículas agrupadas e febre (●).
- Foliculite, miliária, acne (em adolescentes).
- Criptococose, histoplasmose ou talaromicose cutâneas no imunossuprimido (lesões moluscoides).
- Calo plantar (não interrompe as linhas da pele); nevo epidérmico; líquen nítido.
- Condiloma plano (sífilis secundária) nas lesões anogenitais.

Verrugas ou molusco anogenitais — avaliação de abuso sexual

- Transmissão perinatal, por autoinoculação a partir de verrugas das mãos (da criança ou do cuidador) ou por contato não sexual é possível, sobretudo nos primeiros anos.
- A idade a partir da qual a suspeita se torna forte varia entre as referências: **> 3 anos** (SBP: "pode ser considerado um indício de atividade sexual" entre 3 e 14 anos), **> 2 anos** (*Pediatria Integral*, SEPEAP) e **> 5 anos** para lesões surgidas pela primeira vez (CDC 2021: "mais provavelmente causadas por transmissão sexual").
- Em qualquer idade: história detalhada (com a criança e com o cuidador, separadamente, quando possível), exame de todo o corpo, pesquisa de outras IST (sífilis, HIV, hepatite B, gonorreia, clamídia) conforme o caso e avaliação de mudanças de comportamento. Menores de 3 anos: examinar a mãe e considerar tipagem do HPV (SBP).
- Lesões anogenitais isoladas não comprovam abuso, mas **a suspeita já basta** para acionar a rede de proteção.

4. Tratamento em casa

Observação é a primeira opção a ser oferecida em crianças imunocompetentes: "a menos que surja melhor evidência de superioridade dos tratamentos ativos, o molusco contagioso pode ser deixado para curar naturalmente" (Cochrane 2017). Tratar é razoável quando há eczema

associado, prurido intenso, lesões genitais, desconforto estético importante ou convivência com imunossuprimido.

TRATAMENTO	USO	FREQUÊNCIA	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Curetagem (molusco)	Remoção mecânica, após anestésico tópico (lidocaína/prilocaína creme sob oclusão, respeitando a dose máxima para idade e área)	Em consultório; repetir se surgirem novas lesões	Resolução imediata das lesões tratadas	"Método de escolha" (SBP); dolorosa, pode deixar cicatriz; difícil em crianças pequenas com muitas lesões
Cantaridina 0,7% (molusco)	Aplicação sobre cada lesão, somente pelo profissional ; lavar após o tempo indicado	A cada 3 semanas	Em geral ≥ 2 sessões	FDA aprovou em julho de 2023 a partir de 2 anos; forma bolha em 24–48 h; não usar na face, perto dos olhos nem em mucosas; disponibilidade no Brasil deve ser verificada
Hidróxido de potássio 5–20% (molusco)	Aplicação tópica sobre as lesões (a 10% é a mais estudada)	1–2x/dia ou dias alternados	Até inflamação das lesões (cerca de 1 semana)	Ardor, hipocromia pós-inflamatória; evidência de baixa qualidade (Cochrane)
Ácido salicílico (verruga)	Solução em colódio (SBP: ácido salicílico 0,20 g/mL + ácido láctico, ou produtos comerciais) após amolecer e lixar a superfície	1x/dia, à noite	2–4 meses	Melhor evidência entre os tópicos (Cochrane: RR 1,56 vs placebo); não usar na face nem em pele sadia
Crioterapia com nitrogênio líquido (verruga; molusco em maiores)	Aplicação em consultório, 1–2 ciclos de 10–20 s	A cada 1–3 semanas	Até resolução	Não superior ao ácido salicílico (Cochrane), mas a combinação é melhor que ácido salicílico isolado; dolorosa, pode formar bolha e hipocromia
Tretinoína creme (verruga plana)	Camada fina à noite	Dias alternados	Semanas	Fotoproteção FPS ≥ 30 (SBP)
Imiquimode 5%	Verrugas anogenitais	Conforme bula	Conforme bula	Aprovado para verrugas anogenitais acima de 12 anos (SBP); no molusco da criança imunocompetente, não é melhor que placebo (Cochrane, evidência de alta qualidade)

- **Fita adesiva (duct tape):** as revisões mais recentes não mostraram vantagem sobre placebo (Cochrane: dois estudos, 193 participantes); pode ser citada à família como opção barata e inofensiva, sem promessa de eficácia.
- **Não usar:** antibiótico para molusco inflamado (BOTE) sem sinais de celulite; imiquimode para molusco em imunocompetente; ácidos fortes ou crioterapia na face e em crianças muito pequenas sem experiência; remoção "caseira" com agulhas ou lâminas.
- **Medidas gerais:** não coçar nem espremer; unhas curtas; não compartilhar toalhas, esponjas e banho; cobrir as lesões com curativo impermeável na piscina e em esportes de contato; hidratação da pele e tratamento do eczema perimolusco com corticoide tópico de baixa a média potência por poucos dias (reduz coçadura e autoinoculação).
- **Escola e piscina:** "não é necessário afastar as crianças da creche, escola ou das atividades esportivas" (SBP); o NHS e a revisão espanhola têm a mesma posição.
- **Prevenção do HPV:** a vacina contra HPV, disponível no calendário nacional para adolescentes, é recomendada pela SBP; não trata verrugas existentes.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Situações de urgência são raras:

- **Suspeita de abuso sexual com contato recente (< 72 h):** serviço de referência para atendimento a violência sexual no mesmo dia (profilaxias, contracepção de emergência na adolescente, coleta de material), com notificação obrigatória (compulsória) e comunicação ao Conselho Tutelar.
- Celulite progressiva, linfangite, abscesso ou sinais sistêmicos por infecção secundária.
- Eczema herpético (vesículas agrupadas, erosões em "saca-bocado", febre) em criança atópica com molusco.

Encaminhamento ambulatorial ao especialista

- **Dermatologia:** imunossupressão com lesões extensas ou gigantes; molusco ou verrugas refratários ou muito numerosos; verrugas faciais, periungueais extensas ou anogenitais; diagnóstico incerto.
- **Oftalmologia:** lesões palpebrais ou na margem ciliar, sobretudo com conjuntivite crônica (SBP; NHS recomenda avaliação de lesões próximas aos olhos).
- **Podologia/dermatologia:** verruga plantar grande e dolorosa.
- **Rede de proteção:** qualquer suspeita de abuso sexual, mesmo sem contato recente (notificação obrigatória (compulsória)).

Como encaminhar (suspeita de abuso)

1. Garantir a segurança imediata da criança; não confrontar o suposto agressor na consulta.

2. Registrar de forma objetiva o relato (com as palavras da criança) e o exame.
3. Contatar o serviço de referência antes de enviar; não repetir exame genital desnecessariamente.
4. Notificar e comunicar o Conselho Tutelar; relatório por escrito.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O molusco e a verruga são causados por vírus e saram sozinhos, mas demoram: o molusco, de 6 meses a 1 ano e meio; a verruga, até 2 anos."
- "Quando uma bolinha do molusco fica vermelha e inflamada, geralmente é sinal de que está começando a sarar; não precisa de antibiótico."
- "A criança pode ir à escola e à piscina; cubra as lesões com curativo à prova d'água e não compartilhe toalhas."
- "Não esprema, não arranque e não use produtos caseiros; isso espalha as lesões e pode deixar cicatriz."
- Com ácido salicílico: "Use à noite, só sobre a verruga; se a pele ao redor ficar vermelha e doer, pare por alguns dias."
- Retornar se: vermelhidão que se espalha, dor forte, pus, febre; lesões perto dos olhos com olho vermelho persistente; aumento rápido do número de lesões; lesões na região genital ou anal.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Molusco — conduta inicial	Individualizar e discutir com a família; autolimitado	Sinal BOTE como marcador de cura, não infecção (<i>Pediatrics</i> 2013)	Sem guideline NG; NHS: resolve em até 18 meses, em geral sem tratamento	Segue o NICE	Observação no pré-escolar (<i>Pediatria Integral</i> , SEPEAP)
Molusco — tratamento	Curetagem como escolha; KOH 5–20%	Cantaridina 0,7% aprovada pela FDA (2023, ≥ 2 anos); berdazimer gel (≥ 1 ano, AAD)	Tratamento não rotineiro; especialista se imunossupressão	Segue o NICE	Curetagem, crioterapia, cantaridina, KOH
Escola/piscina	Não afastar	—	Não afastar; curativo impermeável	Segue o NICE	Não afastar; curativo
Verrugas — tratamento	Ácido salicílico como opção de melhor evidência; crioterapia	—	Tópicos de farmácia e crioterapia; dermatologia se face/genital	Segue o NICE	Observação; ácido salicílico, crioterapia
Anogenitais e abuso	Indício de atividade sexual > 3 anos	CDC 2021: lesões novas > 5 anos mais provavelmente sexuais	Avaliar lesões genitais	Segue o NICE	Pensar em abuso > 2 anos
Encaminhamento	Lesões oculares à oftalmologia; abuso à rede de proteção	—	Olhos, genitais, imunossupressão	Segue o NICE	Casos extensos, imunossuprimidos, atípicos

Leitura: todas as referências concordam que molusco e verrugas são autolimitados, que a observação é aceitável e que a criança não deve ser afastada da escola ou da piscina. A SBP é a mais intervencionista, colocando a curetagem como método de escolha, enquanto a revisão Cochrane, o NHS e a referência espanhola favorecem a espera no molusco. Nos EUA, a novidade regulatória é a aprovação de tratamentos específicos (cantaridina em 2023, berdazimer em 2024). Nas verrugas, há consenso de que o ácido salicílico tem a melhor

evidência e de que a fita adesiva não supera o placebo. A maior divergência é a idade de corte para suspeita de abuso sexual nas lesões anogenitais (2, 3 ou 5 anos), o que reforça que a avaliação deve ser feita em qualquer idade. AAP e NICE não têm diretriz formal sobre o tema; a AEP não tem protocolo acessível, e utilizou-se a revisão de *Pediatria Integral* (SEPEAP, 2021).

PONTOS PRÁTICOS

1. Observar é tratamento: molusco e verrugas regredem sozinhos; ofereça essa opção explicitamente.
2. Molusco inflamado (sinal BOTE) é sinal de cura, não de infecção; não prescreva antibiótico sem celulite.
3. Trate o eczema perimolusco com emoliente e corticoide tópico por poucos dias para reduzir a autoinoculação.
4. Nas verrugas, prefira ácido salicílico por 2–4 meses; crioterapia é alternativa em crianças maiores.
5. Não afaste da escola ou da piscina; oriente curativo impermeável e não compartilhar toalhas.
6. Lesões anogenitais exigem avaliação de abuso em qualquer idade; a suspeita é de notificação obrigatória (compulsória). Encaminhe lesões palpebrais, faciais extensas e pacientes imunossuprimidos.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Dermatologia. Dermatoviroses — Verrugas e Molusco Contagioso (Documento Científico), 2020. [PDF](#)
- van der Wouden JC et al. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017 — resumo. [cochrane.org](https://www.cochrane.org)
- Kwok CS et al. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012 — resumo. [cochrane.org](https://www.cochrane.org)
- Butler DF et al. Molluscum BOTE sign: a predictor of imminent resolution. Pediatrics, 2013. publications.aap.org
- American Academy of Dermatology. Molluscum contagiosum: diagnosis and treatment. [aad.org](https://www.aad.org)
- FDA approves topical treatment for molluscum contagiosum (Ycanth), 2023. [healthday.com](https://www.healthday.com)
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 — Sexual assault or abuse of children. [cdc.gov](https://www.cdc.gov)

- NHS. Molluscum contagiosum. [nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- NHS. Warts and verrucas. [nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- Infecciones cutáneas de etiología vírica. Pediatría Integral (SEPEAP), 2021. pediatriaintegral.es

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.