

MPOX como imitador clínico de molusco contagioso

Óscar Navea^{1,a*}, Jaime Pérez-Wilson^{2,b}, Daniela Calderón^{3,a}, María Belén Navea^{1,a}.

¹Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

²Clínica Alemana, Santiago, Chile.

³Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

^aResidente Dermatología.

^bDermatólogo.

Mpox as a Clinical Imitator of Molluscum Contagiosum

RESUMEN

Paciente masculino de 34 años consultó por lesiones genitales de 2 días de evolución luego de un contacto sexual 8 días antes. El examen físico reveló tres pápulas blanquecinas y umbilicadas en glande, prepucio y pubis; y una úlcera en prepucio. Las pruebas iniciales resultaron negativas, pero una prueba de PCR confirmó infección por MPOX. El MPOX es una enfermedad zoonótica, con alza de contagios desde el 2016 y un brote declarado emergencia de salud pública en 2022. La transmisión principal ocurre a través de contacto directo con secreciones o lesiones, afectando principalmente a hombres que tienen sexo con hombres. Destacamos la posibilidad de confusión diagnóstica con el molusco contagioso, especialmente en etapas iniciales. En Chile, se han reportado 1.441 casos confirmados de MPOX, siendo este uno de los pocos casos reportados en la literatura con presentación inicial de lesiones molusco-contagioso-like en el área genital.

Palabras clave: Molusco Contagioso; Poxviridae; Virus de la mpox.

ABSTRACT

We present the case of a 34-year-old male patient who consulted for genital lesions of 2 days evolution following unprotected sexual contact with his male partner 8 days prior. The physical examination revealed three white and umbilicated papules on the glans, foreskin, and pubis, as well as an ulcer on the foreskin. Initial tests yielded negative results, but a subsequent PCR test confirmed the infection

*Correspondencia: Óscar Navea / ovnavea@miuandes.cl

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 15 de marzo de 2025.
Aceptado: 01 de agosto de 2025.

with MPOX. MPOX is a zoonotic disease caused by an orthopoxvirus, with an increase in cases since 2016 and a declared public health emergency in 2022. The main transmission occurs through direct contact with secretions or lesions, primarily affecting men who have sex with men. The clinical course is similar to smallpox, with a prodromal stage followed by the appearance of cutaneous exanthema. It is important to highlight the possibility of diagnostic confusion with molluscum contagiosum, especially in initial stages. A precise diagnosis and appropriate treatment are crucial to avoid complications. In Chile, 1.441 confirmed cases of MPOX have been reported, with this being one of the few cases reported in the literature with initial presentation of molluscum contagiosum-like lesions in the genital area.

Keywords: Human monkeypox; Molluscum Contagiosum; Poxviridae.

Las infecciones por poxvirus son responsables de múltiples manifestaciones cutáneas^{1,2,3} dentro de ellas encontramos el MPOX, previamente conocido como viruela del mono, la cual es una enfermedad zoonótica causada por un ortopoxvirus. En 1970 fue identificado por primera vez como causa de enfermedad en humanos, manteniéndose como enfermedad endémica en África central y occidental^{1,2,3,4}, con un marcado aumento de casos desde el 2016. El 2022 se confirmó un caso de MPOX en Inglaterra, lo cual desencadenó un brote que luego fue declarado por la OMS como una emergencia de salud pública de interés internacional^{3,4}.

Si bien la forma clásica de transmisión de la enfermedad es a través de humanos o animales infectados, la transmisión humana a humano era descrita como transmisión respiratoria por gotitas^{2,3,4}. En el brote actual el modo de transmisión es principalmente por contacto directo con secreciones corporales o directamente con las lesiones mucosas y cutáneas^{3,5}. Actualmente los pacientes más afectados son hombres que tienen sexo con hombres (HSH)^{3,6}.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente masculino de 34 años que consultó al servicio de urgencias por lesiones genitales de 2 días de evolución. Al interrogatorio dirigido refirió contacto sexual no protegido con pareja masculina 8 días atrás. No presentó historia de fiebre, malestar general, cefalea, mialgias, ni otros síntomas sistémicos previo a la aparición de las lesiones. Al examen físico de urgencias se describían tres pápulas blanquecinas y umbilicadas en glande, prepucio y pubis. Fue derivado a dermatología para realización de curetaje por sospecha de molusco contagioso.

Al consultar en el servicio de dermatología se observaron al examen físico tres pápulas blanquecinas umbilicadas de 2-3 mm de diámetro, sin eritema ni dolor en glande, prepucio y pubis, además de una úlcera única de 2 mm en prepucio (Figura 1). Inicialmente se tomó una prueba de Tzanck y micológico directo los cuales resultaron negativos, y un Gram de las lesiones el cual informó presencia de cocáceas gran positivo, lo cual fue interpretado como contaminación de la

muestra. Se realizó estudio de otras infecciones de transmisión sexual: VDRL, Gram y cultivo de hisopado endouretral, HBsAg, y ELISA de cuarta generación para VIH; descartándose infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* (mediante PCR), hepatitis B y VIH. Ante la sospecha se notificó al instituto de salud pública (ISP) un posible caso de MPOX y dos días después a la consulta en el servicio de dermatología se tomó muestra de las lesiones para realización de PCR en tiempo real con sondas específicas TaqMan para MPOX por parte del ISP el cual resultó positivo.

Posterior al diagnóstico el paciente evolucionó con aumento progresivo del tamaño de las lesiones, las cuales presentaron ulceración. Luego de seis días apareció una erupción maculopapular y placas eritematosas aisladas en cara, tronco y extremidades inferiores (Figura 1). El paciente presentó resolución espontánea de lesiones a las 3 semanas, sin complicaciones.

Se realizó interconsulta a infectología, posterior a la resolución del cuadro y se repitió ELISA VIH el cual resultó negativo nuevamente por lo que se indicó terapia de profilaxis preexposición a VIH por conductas sexuales de riesgo.

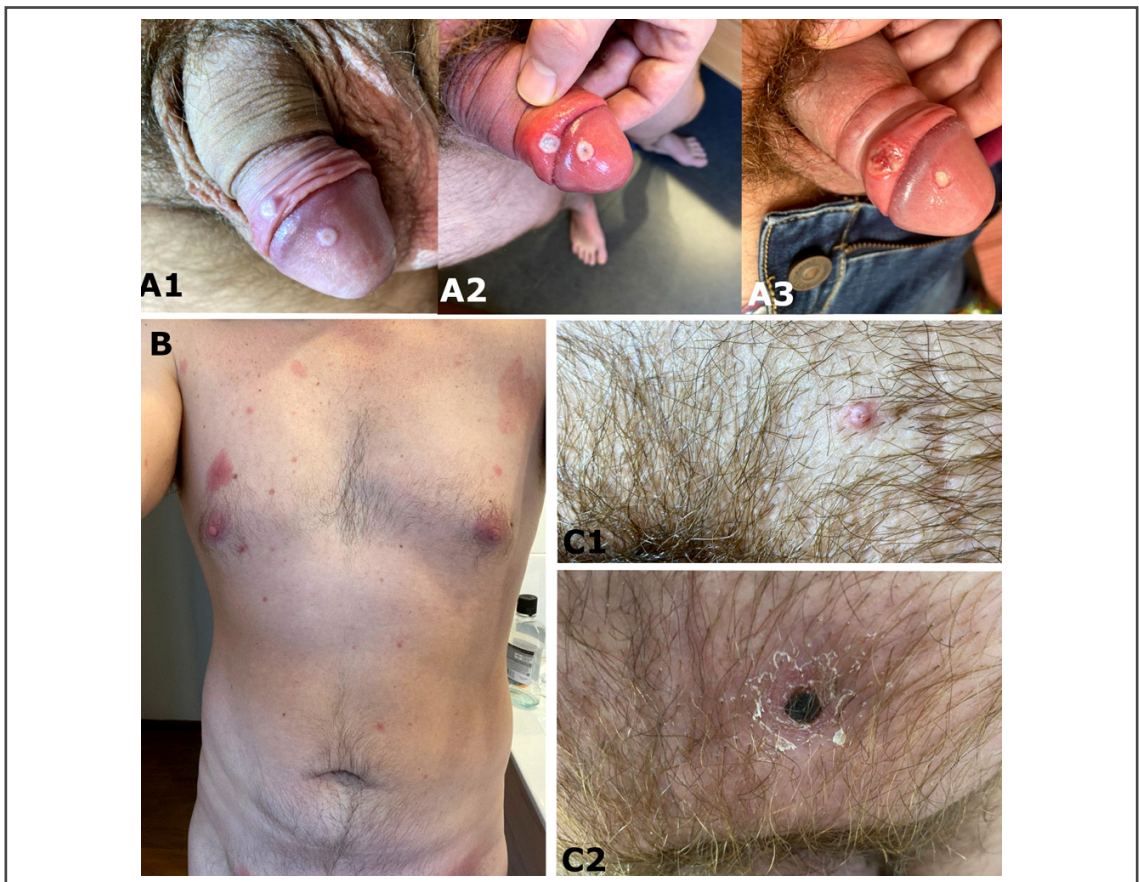


Figura 1: Se observa la evolución de las lesiones descritas del paciente mediante registro y seguimiento fotográfico personal por parte del paciente. (A) (A1) Se observan pápulas umbilicadas en glande y prepucio, (A2) tras 1 semana de evolución aumentan de tamaño y se observa marcada inflamación, (A3) tras 18 días se evidencia ulceración central. (B) Se observa aparición de lesiones maculares y papulares en abdomen y tórax. (C) (C1) Se observa una pápula umbilicada en pubis, que tras 18 días (C2) presenta una ulceración resuelta con costra central.

Discusión

Fisiopatológicamente la infección por MPOX sigue un curso similar a la infección por viruela, comenzando con una exposición al virus, un periodo de incubación de 7-14 días, con un máximo de 21 días. Durante la incubación no hay ninguna manifestación clínica. Luego, en la etapa prodrómica el paciente presenta síntomas inespecíficos que podrían ser confundidos con un resfrío común tales como fiebre, mialgias, cefalea, adenopatías, entre otros. Dentro de la etapa prodrómica las adenopatías cumplen el rol de síntoma diferenciador ya que no es una ocurrencia clásica dentro de las infecciones virales comunes. Algunos pacientes se mantienen asintomáticos durante la fase prodrómica hasta la aparición de lesiones cutáneas. Posteriormente se describe la aparición del exantema cutáneo, el cual clásicamente se describía de aparición en la zona facial y con distribución centrífuga, pero en el actual brote se han observado pacientes que comienzan con lesiones en la cavidad oral y zona anogenital, y potencialmente con propagación de las lesiones^{2,5}.

Las manifestaciones cutáneas de la fase del exantema siguen un patrón definido: Comienza con un enantema y máculas, generalmente en la zona de contacto directo. Luego, se describe la aparición de pápulas y vesículas (que pueden ser umbilicadas), que aumentan de tamaño y se tornan pustulares, para finalmente resolverse con una costra residual. Esta progresión también se aprecia en otras enfermedades por poxvirus, como es el caso del molusco contagioso, que a diferencia de la infección por MPOX posterior a la exposición no presenta sintomatología prodrómica y únicamente se desarrollan las características pápulas umbilicadas, las cuales tienden a ser de menor tamaño (aproximadamente de 1-2 mm), asintomáticas, sin presencia de evolución a pústulas, y con mayor número de lesiones que en la infección por MPOX^{2,5}.

Si bien en las lesiones clásicas del MPOX y del molusco contagioso son fácilmente diferenciables, al momento de diagnosticar una infección reciente por MPOX las lesiones elementales iniciales son pequeñas y carecen de los atributos secundarios

característicos como lo son la formación de pústulas y/o ulceración, por lo que podrían confundirse con aquellas pápulas umbilicadas del molusco contagioso, es por esto que la sospecha diagnóstica, la anamnesis detallada de los contactos de riesgo y el examen físico completo del paciente toma un rol esencial para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la infección^{2,5}. Además, es importante considerar otras entidades en el diagnóstico diferencial de MPOX, teniendo en cuenta la etapa en que se encuentren las lesiones. Por ejemplo, al enfrentarnos a lesiones vesiculares pequeñas debemos sospechar una varicela; por otro lado, la sífilis primaria podría ser sospechada en casos de lesiones ulceradas, y la sífilis secundaria en caso del cuadro exantemático⁷. Finalmente nos gustaría destacar la criptococosis cutánea, tanto primaria como secundaria; esta se da principalmente en PVVIH en etapa SIDA y se puede presentar tanto como lesiones ulceradas o *chancreiformes* en su forma primaria, o como lesiones que simulan al molusco contagioso en su forma secundaria⁸.

Epidemiológicamente en Chile se describen 1.441 casos confirmados⁹, siendo este uno de los pocos casos reportados en la literatura, además cabe destacar que el signo de presentación inicial fue con lesiones molusco-contagioso-like en el área genital, diagnosticándose finalmente con PCR para MPOX.

Si bien existen tratamientos dirigidos con antivirales³, el tratamiento en casos leves es únicamente sintomático, y se debe cumplir un aislamiento de contacto por 21 días⁴.

En conclusión, es relevante enfatizar la posibilidad de confusión diagnóstica del MPOX con las lesiones de molusco contagioso, principalmente en etapas iniciales de las manifestaciones cutáneas de MPOX, lo que podría llevar a tratamientos inadecuados y a complicaciones.

Referencias

1. Bohelay G. Infections humaines à poxvirus. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2019; 146(5): 387-389.
2. Rajsri KS, Rao M. Poxvirus-driven human diseases and emerging therapeutics. *Infectious Disease*. 2022; 9: 1-18.
3. De Clercq E, Jiang Y, Li G. Therapeutic strategies for human poxvirus infections: Monkeypox (mpox), smallpox, molluscipox, and orf. *Travel Medicine and Infectious*

- Disease. 2023; 52: 102528.
4. Català A, Riera J, Fuertes I. MPOX (antes viruela del mono): Revisión de los aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos más relevantes para el dermatólogo. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2023; S0001731023000029.
5. Hussain A, Kaler J, Lau G, Maxwell T. Clinical Conundrums: Differentiating Monkeypox From Similarly Presenting Infections. *Cureus*. 2022; 14(10): 1-12. [citado 10 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/113445-clinical-conundrums-differentiating-monkeypox-from-similarly-presenting-infections>
6. Pisano L, Lagi F, Turco M, Gaggioli S, Bartoloni A, Pimpinelli N. Monkeypox: A novel pitfall in clinical dermatology. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2022; 50: 102480.
7. Gupta AK, Talukder M, Rosen T, Piguet V. Differential Diagnosis, Prevention, and Treatment of mpox (Monkeypox): A Review for Dermatologists. *Am J Clin Dermatol*. 2023; 24(4): 541-556."
8. Izu Bellosso R, Careaga Alzaga J. M, López Fernández I, Pintos Neyra J. M, Uruñuela Bernedo J. Criptococosis cutánea primaria en un paciente VIH+. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1999; 90(12): 616-619.
9. Reporte Situación Epidemiológica de Viruela del Mono. 2023 [citado 18 junio 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/reporte-situacion-epidemiologica-de-viruela-del-mono/>