



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



Asociación Española de Pediatría



Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES CUTÁNEAS DE MPOX

Fecha: 2 de septiembre de 2024

Consideraciones previas: El diagnóstico diferencial del mpox (previamente conocida como viruela del mono o *monkeypox*) es distinto según el contexto. En los pacientes con sospecha y procedentes de zonas de riesgo, el diagnóstico diferencial es más amplio, pues incluye otra patología importada. Hoy en día diferenciar entre personas que han viajado a zonas de riesgo o no es necesario principalmente para saber si el paciente ha podido estar expuesto o no a un clado I, ya que el clado II circula actualmente en los países Europeos.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones puede ser complejo, incluyendo enfermedades infecciosas y no infecciosas, por lo que en caso de duda se recomienda solicitar la colaboración de Dermatología y conjuntamente, en caso de viajeros/migrantes de Unidades de Patología Importada, por los cauces establecidos en cada área sanitaria (incluyendo teledermatología). La inmunodepresión también modifica el diagnóstico diferencial.

Existen pruebas especialmente útiles para el diagnóstico rápido de alguna de las enfermedades infecciosas que entran en el diagnóstico diferencial. Recomendamos consultar la documentación existente sobre diagnóstico de mpox y contactar con los servicios de Microbiología y Salud Pública.

A medida que se adquiera más información sobre el cuadro clínico del mpox, este documento puede requerir modificaciones.

CUADRO CLÍNICO:

El periodo de incubación es de 6 a 13 días pudiendo llegar a 21 días. **El diagnóstico es mucho más probable si existe un antecedente de contacto con un caso.**

Mpox ha causado tradicionalmente una enfermedad sistémica que se dividía en 2 periodos¹:

- PERIODO INVASIVO: se caracterizaba por fiebre, dolor de cabeza intenso, mialgia, dolor de garganta, astenia intensa y linfadenopatía. Los síntomas sistémicos eran comunes y podían ocurrir como una etapa prodrómica.

- PERIODO ERUPTIVO: similar a la varicela y que generalmente comenzaba 1-3 días después de la fiebre, en una distribución centrífuga clásica que afectaba: cara (96%), piernas (91%), tronco (80%), brazos (79%), palmas (69%), genitales (68%) y plantas (64%). Las lesiones cutáneas se desarrollaban más o menos simultáneamente y evolucionaban juntas en un transcurso de 2-3 semanas.

Esto era debido, seguramente por la manera en que las personas se contagiaban (vía sistémica o respiratoria)².

Desde el brote de 2022, la mayoría de casos se contagian por vía localizada (inoculación dérmica durante o no las relaciones sexuales). Eso hace que la clínica sea algo variable² pero que también pueda dividirse en 2 fases:

A) PERIODO INVASIVO: Se observan lesiones en la zona de inoculación, únicas o múltiples, frecuentemente en genitales, pero también se han visto en garganta, cara, perianal o periungueales. Estas lesiones son las que podríamos describir como pseudopústulas (no tienen contenido purulento ni acuoso, sino que son duras: parecen pústulas, pero no drenan pus). Son bien delimitadas, profundas, suelen ser umbilicadas y tardan semanas en sanar por completo. Estas lesiones pueden ser más severas y necróticas en pacientes inmunosuprimidos (por ejemplo, VIH <200 CD4/mm³).

Son bastante dolorosas (si afectan a la zona anal pueden causar proctalgia severa y si afectan a la zona faríngea odinofagia severa), comúnmente se acompañan de edema circundante (hinchazón severa, por ej. paraquimosis si afectan a pene) y suele asociarse linfadenopatía regional.

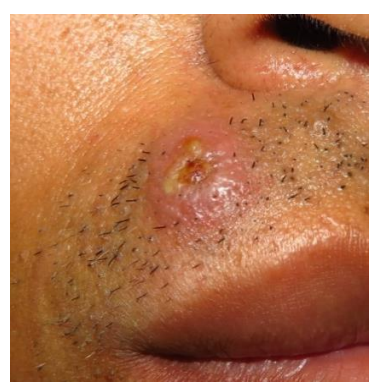
No es infrecuente que la forma de presentación sea únicamente la de pseudopústulas o úlceras con edema asociado propias de la fase invasiva sin llegar a desarrollarse una erupción secundaria.

Se pueden acompañar, no siempre, de clínica sistémica (fiebre 62%, astenia 52%, cefalea 43%, mialgias 39%, artralgias 22%, odinofagia 19%, proctalgia 17%, dolor lumbar 12%, entre otras menos frecuentes) que pueden o no ser en forma de pródromos.

¹ Fuente: Nigeria Centre for Disease Control Monkeypox Public Health Response Guidelines. 2019.

https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/96_1577798337.pdf

² Fuente: Mitjà O. Lancet. 2023 Jan 7;401(10370):60-74





B) PERIODO ERUPTIVO: Pocos días después de la aparición de las primeras lesiones en el área de inoculación, puede producirse una erupción secundaria de pequeñas lesiones.

Las lesiones evolucionan:

- **Mácula eritematosa:** lesión eritematosa, no palpable, mancha, de pocos milímetros.
- **Pápula:** lesión bien delimitada, palpable de pocos milímetros.
- **Vesícula:** lesión sobreelevada, bien delimitada, de contenido líquido claro, menor de 1cm, en muchas ocasiones se umbilican, deprimen, en el centro.
- **Pústula:** lesión sobreelevada, bien delimitada de contenido purulento.
- **Costra:** producida por desecación de un exudado o secreción y más pequeña que la lesión inicial.

Se describen como pruriginosas y tardan días en sanar por completo. Pueden aparecer en la cara, cuero cabelludo, brazos, piernas, palmas, plantas y tronco. Con frecuencia, no todas las lesiones se encuentran en la misma etapa de desarrollo.



Por tanto, la presentación clínica varía mucho según las etapas de la infección por mpox en el momento en el que paciente acude a valoración, siendo diferente si el paciente se encuentra en la fase invasiva o en la fase eruptiva. La evolución completa del cuadro dura de 2 a 4 semanas desde del inicio de los síntomas.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el tipo de lesiones:

En el primer estadio, el diagnóstico incluye cuadros muy frecuentes como picaduras o molusco contagioso. Si las lesiones contienen líquido, el diagnóstico diferencial incluye fundamentalmente varicela y otras infecciones por herpes y foliculitis. Si las lesiones se erosionan y se cubren con costras el diagnóstico diferencial principal incluye varicela, impétigo y picaduras.

Según la localización de las lesiones:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES EN GENITALES

- **Herpes simple:** Frecuentemente precedido de escozor, aparecen vesículas agrupadas, con imágenes policíclicas agrupadas, que rápidamente se erosionan y pasan a úlceras de 1-2 mm. con borde eritematoso y dolorosas, que evolucionan a costra. Con frecuencia hay historia previa de lesiones similares que aparecen en el mismo sitio y curan solas. Puede cursar con adenopatías e incluso con dolor importante en las primoinfecciones, pero habitualmente de menor tamaño y menos dolorosas que mpox.



- **Sífilis primaria:** La lesión característica es el chancro duro. Consiste en una pápula que progresivamente va aumentando de tamaño y se convierte en una lesión ulcerada de aproximadamente 1-2 cm de diámetro con bordes infiltrados. La lesión se suele localizar en el surco balano-prepucial pero también puede aparecer en la zona perianal, en la mucosa oral o en la vulva. Característicamente se trata de una lesión poco o nada dolorosa, que aparece en el plazo de 2-4 semanas tras el contacto sexual de riesgo y desaparece espontáneamente.



- **Sífilis secundaria:** Consiste en un exantema maculo-papular que afecta a tronco y extremidades y con una importante afectación palmoplantar. Las lesiones palmoplantares son eritematodescamativas, con un collarite epidérmico característico, mientras que la erupción del de tronco y raíz de extremidades suele ser macular o maculopapular y puede pasar desapercibida. De forma infrecuente producen una gran inflamación o lesiones pustulosas. En este estadio son muy frecuentes las lesiones papulares (a veces maceradas o erosivas) en área genital o perianal (sífilides mucosas), en ocasiones como única presentación clínica del secundarismo.



- **Chlamydia Trachomatis /LGV:** La clínica más frecuente es la de proctitis poco específica que ocasionalmente puede ir acompañada de lesiones ulceradas únicas o múltiples perianales y en algunos casos adenopatías inguinales e incluso afectación sistémica en forma de malestar general o fiebre. Más del 95% de los casos descritos en Occidente son en HSH con un elevado porcentaje de coinfección por VIH y VHC.



- **Sarna nodular:** En el contexto de escabiosis, es frecuente que la afectación de los genitales tenga una morfología distinta: con pápulas induradas o nódulos ubicados en escroto, glúteos o periareolar, muy pruriginosas, de unos milímetros de diámetro y en ocasiones escoriadas. Habitualmente se trata de un cuadro de evolución más prolongada, asociado a mucho prurito y no tiene síntomas sistémicos. El raspado de algunas de las lesiones y visualización directa con KOH pueden facilitar el diagnóstico mediante la visualización del ácaro.



- **Molusco Contagioso:** Lesiones sólidas (no contienen líquido), de color piel o blanquecina, umbilicadas, miden pocos milímetros. Si se aprietan puede salir un contenido blanquecino, similar al que aparece al apretar un grano de acné. En ocasiones puede inflamarse la piel que las rodea. No se acompañan de linfadenopatía ni clínica general.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES EN OTRAS ZONAS

- **Varicela:** Erupción que comienza en zona alta de espalda y se extiende hacia cabeza y extremidades. Las lesiones son pápulas que evolucionan a vesículas y a costras. Lo característico es que haya varios brotes de lesiones, por lo que las lesiones no están todas en el mismo estadio, encontrándose en un mismo paciente pápulas, vesículas y costras. Suele ir acompañado de malestar general y fiebre.



- **Infección herpética diseminada:** Parecida a la anterior, pero más propia de pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades de la piel.
- **Foliculitis:** Las lesiones de foliculitis son pápulas eritematosas o pústulas (vesículas con pus de pequeño tamaño de 1-2 milímetros). Lo más característico es que están distribuidas de forma regular, y en muchas de ellas se aprecia el folículo o están centradas por un pelo. Frecuentes por afeitado y en zonas de fricción. No se asocian a clínica general.



- **Picaduras:** Pueden ser sólidas (suelen tener una pequeña costra central) o vesículas, incluso ampollas (estas dos últimas sobre todo en zonas distales de brazos y piernas). Suelen adoptar disposición lineal y localizarse sólo en una zona, ocasionando mucho picor.



- **Sífilis secundaria.** Consiste en un exantema papular extenso que afecta a tronco y extremidades y con una importante afectación palmoplantar. Las lesiones son eritematodescamativas, con un collarite epidérmico característico. De forma infrecuente producen una gran inflamación o lesiones pustulosas. En este estadio son muy frecuentes las lesiones papulares (a veces maceradas o erosivas) en área genital o perianal (sífilides mucosas).



- **Gonococcemia diseminada.** El síndrome de artralgia/dermatitis consiste en pápulas purpúricas y pústulas necróticas de forma precoz sobre todo a nivel de brazos, piernas, manos y pies acompañadas, de fiebre, mal estado general y artralgias erráticas de rodilla, muñeca y/o tobillo. También pueden acompañarse de tenosinovitis.

- **Impétigo:** Cuando las lesiones de mpox están en fase costrosa, es posible que se parezcan al impétigo: infección de la piel que cursa con erosiones y costras color amarillentas (melicéricas) agrupada, sobre todo en zona perioral, aunque en ocasiones pueden diseminarse. En ocasiones aparecen ampollas, tomando el nombre de impétigo ampolloso. Las lesiones son pruriginosas. Hay que tener en cuenta que las lesiones de mpox se pueden sobreinfectar.



- **Molusco contagioso.** Descrito previamente.
- **Forunculosis y otras infecciones de tejido blando producidas por S. Aureus meticilin-resistente.** Existe la transmisión comunitaria de MRSA, mayor en HSH usuarios de chemsex. Producen nódulos o lesiones de centrofolicular, ocasionalmente con pústulas, dolorosas en zona genital.

Entre estos diagnósticos diferenciales más improbables o difíciles de confundir con viruela del mono estarían:

- **Eccema dishidrótico o eccema de contacto agudo:** Provoca lesiones de contenido líquido, a veces con pus, y eritema. Habitual de ambas manos o pies. Muy pruriginoso.



- **Enfermedad Mano boca pie:** Es más frecuente en niños, aunque aparecen brotes en adultos. Afectación de mucosa de boca, palmas, plantas y nalgas. Pápulas que evolucionan a lesiones violáceas, ocasionalmente vesículas, que en algunas localizaciones como en nalgas evolucionan a úlceras-costras de pequeño tamaño.



- **Dactilitis distal ampollosa:** Ampollas a tensión sobre la almohadilla grasa distal de los dedos y que en ocasiones se extiende dorsalmente hacia el pliegue ungueal, con eritema en periferia.



- **Sarna ampollosa:** Las lesiones por sarna evolucionadas pueden provocar ampollas en zonas distales. Esto se ve sobre todo en niños. También hay que tener en cuenta que estas lesiones se pueden sobre infectar y producir lesiones tipo impétigo ampolloso.

- **Vasculitis:** En ocasiones, pueden provocar pústulas sobre una base purpúrica que se puede ulcerar. Rara vez cursan con adenopatías acompañantes. Se suelen observar en pacientes de más edad y puede haber una afectación sistémica.



- **Pustulosis exantemática:** Es un tipo de erupción medicamentosa, muy relacionada con antibióticos beta-lactámicos. Se observa un exantema bastante extenso donde aparecen pústulas de pequeño tamaño no centradas por folículo y que suelen comenzar en las flexuras.



- **Enfermedades ampollas:** Penfigoide dishidrosiforme. Ampollas tensas en manos y pies. Muy pruriginosas. No están asociadas a otras manifestaciones clínicas. Habitualmente en personas ancianas.

- **Eritema exudativo multiforme (EEM):** Cuadro habitualmente asociado a infección por Virus Herpes tipo 1-2 pero que puede ser secundario también a infección por Mycoplasma o a fármacos. Las lesiones consisten en placas eritematosas en forma de diana que tienden a producir una ampolla o erosión central. Característicamente pueden afectar a palmas, plantas y mucosas.



- **Exantema fijo medicamentoso:** Una mancha, solitaria o pocas lesiones redondeadas, color eritematovioláceo que aparecen a las pocas horas de la ingesta de diferentes fármacos. Las lesiones pueden evolucionar a ampollas sobre todo en boca y genitales que dejan áreas denudadas. Característicamente siempre aparecen en las mismas localizaciones al repetir la ingesta del fármaco. Pueden dejar una lesión residual hiperpigmentada marrón.



- **Síndrome de Sweet o Pioderma gangrenoso:** En ocasiones estas enfermedades inflamatorias producen lesiones pustulosas múltiples diseminadas que pueden llegar a ulcerar. Habitualmente se asocian a otras enfermedades produciendo un cuadro sistémico importante.



Nota: las imágenes son para facilitar el diagnóstico médico y no pueden ser reproducidas en otro contexto (prensa, redes sociales).