

FIMOSIS AGUDA POR MONKEYPOX

AUTORES

- Cecilia Alonso Diez ¹
- Álvaro Aguado Vázquez ¹
- Pilar Villodre Lozano ¹
- Andrea Estébanez Corrales ¹

¹ Servicio de Dermatología Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

- Cecilia Alonso Diez: cecialonsodiez@gmail.com,

Sr. Director:

El brote de Mpox (previamente conocida como viruela símica) iniciado en mayo de 2022 tiene unas características epidemiológicas y clínicas diferentes a las descritas previamente. El contacto sexual es la principal vía de transmisión, predominantemente entre HSH (hombres que tienen sexo con hombres), por lo que la región anogenital y perioral son localizaciones frecuentemente afectadas¹. Se describen a continuación dos casos ilustrativos de fimosis secundaria a Mpox, una forma de presentación infrecuente.

Un varón de 50 años acudió de urgencias por una edematización secundaria a una lesión ulcerada en el pene de una semana de evolución. El paciente refería haber tenido relaciones sexuales de riesgo (sexo oral sin protección con otro hombre) y había presentado 15 días antes de la consulta un episodio de malestar general, febrícula, mialgias, mucosidad en tracto respiratorio y anorexia, con la aparición de la lesión en el pene al día siguiente de resolverse la clínica sistémica. A la exploración física destacaba el gran edema en el glande y el prepucio, que imposibilitaba la retracción del prepucio, junto con una úlcera única en el anillo prepucial, de fondo fibrinoide, indurada al tacto y no dolorosa, sin adenopatías palpables (Figura 1). El diagnóstico de sospecha principal fue una sífilis primaria, por lo que se realizó una serología luética completa, así como un cribado de ITS en el exudado uretral. Los resultados fueron unas pruebas treponémicas positivas, pero RPR negativos, admitiendo el paciente haber sido tratado con penicilina en una ocasión anterior. Ante la negatividad de las pruebas, se solicitó una prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR) del exudado de la úlcera para Herpes simple, *Treponema pallidum* (que seguía siendo la principal sospecha) y Mpox, añadiendo este último debido al importante edema descrito en ocasiones como complicación de esta infección. El resultado fue positivo para Mpox, por lo que se recomendó el aislamiento del paciente, además de pautar prednisona oral para disminuir el edema que condicionaba la fimosis.

Un varón de 68 años, VIH positivo, acudió a urgencias por un cuadro similar de edematización del glande y del prepucio secundaria a una lesión en el borde libre del prepucio, con una imposibilidad para retraer la piel sobre el glande, tras haber mantenido relaciones HSH no protegidas unos días antes del comienzo de la clínica (Figura 2). En este caso el diagnóstico fue más sencillo debido a la existencia de múltiples lesiones típicas en el resto de la zona genital (Figura 3) y la PCR de Mpox también resultó positiva. En el cribado para el resto de ITS se detectó asimismo una sífilis latente.

La localización más frecuente de las lesiones cutáneas en el nuevo brote de Mpox es la región anogenital y el edema genital secundario ha sido descrito como una complicación relativamente frecuente (8-16% de los casos informados²), pudiendo resultar en fimosis^{3,4} o en parafimosis⁵, observándose la primera más frecuentemente en pacientes con coinfección por VIH⁶. Por otro lado, hasta en un 11% de los casos⁷, la infección por Mpox se manifiesta como una lesión única, pudiendo ser causa de errores diagnósticos, especialmente con chancros sifilíticos. En estos supuestos, puede ser muy útil el importante edema en los genitales como una característica distintiva. Es importante destacar también la alta tasa de coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual, en más de la mitad de los casos⁸, por lo que resulta indispensable hacer un cribado del resto de ITS.

Bibliografía

1. Mitjà O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, Orkin CM. Monkeypox. *Lancet*. 2023 Jan 7;401(10370):60-74. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02075-X. Epub 2022 Nov 17. Erratum in: *Lancet*. 2022 Dec 3;400(10367):1926. PMID: 36403582; PMCID: PMC9671644.
2. Català A, Riera J, Fuertes I. Mpox - Formerly Monkey Pox - in Dermatology: A Review of Epidemiologic Features, Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2023 Apr;114(4):318-326. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2023.01.002. Epub 2023 Jan 20. PMID: 36682683; PMCID: PMC9854265.
3. Thompson GR, Desai AN, Neumeister SM, Arutyunova AM, Cohen SH. Phimosis as a Complication of Resolved Mpox. *Clin Infect Dis*. 2023 Jan 6;76(1):178-179. doi: 10.1093/cid/ciac677. PMID: 35986668.
4. Derrick KM, Marson JW, Chakka S, Heilman ER. Mpox virus and coinfections: An approach to rapid diagnosis. *J Cutan Pathol*. 2023 Oct;50(10):878-883. doi: 10.1111/cup.14490. Epub 2023 Jul 9. PMID: 37423617.
5. Mahtani AU, Engome YM, Haider M, Vu TM, Delp C, Katayifci EC, Surahio M, Khalil A, Elemam A. Paraphimosis as a complication of monkeypox infection. *J Surg Case Rep*. 2022 Nov 26;2022(11):rjac533. doi: 10.1093/jscr/rjac533. PMID: 36452291; PMCID: PMC9701556.

6. Chastain DB, Motoa G, Ortiz-Martínez Y, Gharamti A, Henao-Martínez AF. Characteristics and clinical manifestations of monkeypox among people with and without HIV in the United States: a retrospective cohort. *AIDS*. 2023 Mar 15;37(4):611-616. doi: 10.1097/QAD.0000000000003449. Epub 2022 Nov 29. PMID: 36729995.
7. Thornhill JP, Antinori A, Orkin CM. Monkeypox Virus Infection across 16 Countries - April-June 2022. Reply. *N Engl J Med*. 2022 Dec 22;387(25):e69. doi: 10.1056/NEJMc2213969. PMID: 36546638.
8. Liu Q, Fu L, Wang B, Sun Y, Wu X, Peng X, Li Y, Lin YF, Fitzpatrick T, Vermund SH, Zou H. Clinical Characteristics of Human Mpox (Monkeypox) in 2022: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pathogens*. 2023 Jan 15;12(1):146. doi: 10.3390/pathogens12010146. PMID: 36678494; PMCID: PMC9861547.

Pies de figura

Figura 1: paciente nº 1. Edema en prepucio que impide la retracción, con lesión ulcerada en el anillo prepucial



Figura 2: paciente nº2. Edema de prepucio y pseudopústulas en su borde libre y en pubis



Figura 3: paciente nº2. Detalle de otra pseudopústula en escroto en el mismo paciente

