



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES CUTÁNEAS DE VIRUELA DEL MONO

Consideraciones previas: El diagnóstico diferencial de la viruela del mono 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. La presente guía se refiere al diagnóstico diferencial de las sospechas sin historia de viaje a zonas de riesgo. La inmunodepresión también modifica el diagnóstico diferencial.

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).

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 viruela del mono, y contactar con los servicios de Microbiología y Salud Pública.

A medida que se adquiera más información sobre el cuadro clínico de la viruela del mono, 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.**

Puede comenzar con un cuadro, de gravedad variable, de fiebre, astenia, mialgias, poliadenopatías, cefalea, muy similar a otras viriasis y de 1 a 5 días tras la fiebre comienza el cuadro cutáneo. **Las adenopatías regionales son frecuentes y ayudan al diagnóstico.**

Es posible una erupción maculopapular que puede comenzar en orofaringe y cara y que se hace generalizado sin respetar palmas ni plantas y pudiendo involucrar mucosas y conjuntiva. Aunque la información existente es parcial, parece que este exantema era más frecuente en brotes previos.

Las lesiones más específicas se describen a continuación. Pueden ser lesiones únicas o poco numerosas. Las lesiones cutáneas con frecuencia están agrupadas en zonas, con eritema subyacente y en áreas de contacto (periorales o genitales).

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.

La evolución de las lesiones es rápida de mácula a costra en 3-5 días. Este es un criterio importante, que puede ayudar a distinguir esta enfermedad de otras de evolución más prolongada.

Durante 2 a 4 semanas, las lesiones evolucionan en brotes de lesiones similares que pasan en 1 a 2 días a través de las diferentes fases. Al aparecer brotes sucesivos, pueden verse lesiones en distintos estadios en diferentes localizaciones. El cuadro se resuelve en 2-5 semanas después del inicio de los síntomas.

Las características principales de las lesiones de viruela del mono son lesiones de contenido líquido, purulento y umbilicadas.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el tipo de lesiones:

En el primer estadio, cuando aún no tienen líquido en su interior y son pequeñas pápulas, el diagnóstico incluye cuadros muy frecuentes como picaduras o molusco contagioso. Si las lesiones contienen líquido purulento, 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, que rápidamente se erosionan y pasan a úlceras de 1-2 mm. con borde eritematoso y muy 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, pero habitualmente de menor tamaño y menos dolorosas que en la viruela del mono.



- **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. 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 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), en ocasiones como única presentación clínica del secundarismo.



- **Chlamydia Trachomatis /LGV:** La clínica más frecuente es la de proctitis poco específica que 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, 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 sale 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.



- **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 con pus de pequeño tamaño (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 viruela del mono se convierten en costras, es posible que se parezcan al impétigo: infección de la piel que cursa con úlceras y costras color amarillentas (melicéricas) agrupadas en una zona, sobre todo en zona perioral, aunque en ocasiones pueden diseminarse. En ocasiones aparecen ampollas, tomando el nombre

de impétigo ampoloso. Las lesiones son pruriginosas. Hay que tener en cuenta que las lesiones de viruela se pueden sobreinfectar, dando aspecto de impétigo secundario.



- **Molusco contagioso.** Descrito previamente.

El diagnóstico diferencial puede ser complejo, incluyendo enfermedades infecciosas y otras muchas 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.

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:** Sobre todo en niños menores de 3 años. Afectación de mucosa de boca, palmas, plantas y nalgas. Pápulas que evolucionan a 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 ampollosas:** 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 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).