

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i3.11223>

# Infeción por mpox en un paciente con antecedente de sífilis y absceso anorrectal

## *Mpox infection in a patient with history of syphilis and anorectal abscess.*

Ana Beatriz Crocker Sandoval,<sup>1</sup> Ana Sofía Gil Herrera,<sup>3</sup> Guillermo Solís Ledesma,<sup>4</sup> Aldo Gilberto Arrazola Fregoso<sup>2</sup>

### Resumen

**ANTECEDENTES:** La viruela mpox es una enfermedad zoonótica emergente causada por un Orthopoxvirus, declarada emergencia de salud pública por la OMS en 2022. La vía principal de transmisión es el contacto sexual. La mayoría de los casos reportados han sido de hombres que tienen sexo con hombres; sin embargo, cualquier persona que tenga contacto con un animal infectado, fómites o microgotas respiratorias puede contraer la enfermedad.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 40 años, con antecedente de sífilis y absceso anorrectal; acudió a valoración por la aparición de vesículas umbilicadas, con centro necrótico deprimido en la región genital después de haber practicado relaciones sexuales de alto riesgo. Ante la sospecha clínica de mpox, se tomó RT-PCR y biopsia de la lesión, que confirmó la sospecha diagnóstica. Se indicó tratamiento antibiótico específico contra la sífilis y la infección por mpox respondió favorablemente al tratamiento de paracetamol y dermalibour.

**CONCLUSIONES:** El aumento de la cantidad de casos confirmados resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de salud pública dirigidas a las poblaciones en mayor riesgo. Debido a que la coinfección de mpox con enfermedades de transmisión sexual es frecuente, es fundamental practicar serologías a los pacientes con diagnóstico de mpox, con el fin de garantizar una atención integral. Sólo un porcentaje pequeño de personas que la padecen manifiestan complicaciones, por lo que el tratamiento conservador con antipiréticos y analgésicos suele ser suficiente.

**PALABRAS CLAVE:** Mpox; enfermedad zoonótica; sífilis; enfermedades de transmisión sexual.

### Abstract

**BACKGROUND:** Mpox is an emerging zoonotic disease caused by an Orthopoxvirus, declared a public health emergency by the WHO in 2022. Currently, the main route of transmission is sexual contact. Most reported cases have been in men who have sex with men; however, anyone who comes into contact with an infected animal, fomites or respiratory droplets can contract the disease.

**CLINICAL CASE:** A 40-year-old male patient with a history of syphilis and anorectal abscess presented for an evaluation due to the presence of umbilicated vesicles with a depressed necrotic center in the genital region after engaging in high-risk sexual activity. Given the clinical suspicion of Mpox, RT-PCR and biopsy of the lesion were performed, confirming the suspected diagnosis. Specific antibiotic treatment for syphilis was indicated, and mpox responded favorably to symptomatic therapy with paracetamol and dermalibour.

**CONCLUSIONS:** The increase in the number of confirmed cases highlights the need to strengthen public health strategies targeting populations at higher risk. Given the co-infection of Mpox with sexually transmitted diseases is common, it is essential to

<sup>1</sup> Dermatóloga y cirujana dermatóloga, práctica privada.

<sup>2</sup> Ginecólogo estético colposcopista, práctica privada.

Hospital San Javier, Zapopan, Jalisco, México.

<sup>3</sup> Médico interno de pregrado, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey, campus Guadalajara, Zapopan, Jalisco, México.

<sup>4</sup> Dermatólogo y dermatopatólogo, Instituto Dermatológico de Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

### ORCID

<https://orcid.org/0009-0001-5862-1622>

<https://orcid.org/0009-0007-6514-5699>

<https://orcid.org/0000-0003-2108-0487>

<https://orcid.org/0009-0008-3477-0894>

**Recibido:** agosto 2025

**Aceptado:** febrero 2026

### Correspondencia

Ana Sofía Gil Herrera  
dra.sofiagilh@hotmail.com

**Este artículo debe citarse como:** Crocker-Sandoval AB, Gil-Herrera AS, Solís-Ledesma G, Arrazola-Fregoso AG. Infección por mpox en un paciente con antecedente de sífilis y absceso anorrectal. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (3): 431-437.

*perform serology tests on patients diagnosed with mpox in order to ensure a comprehensive approach. Only a small percentage of people who contract the disease develop complications, so conservative treatment with antipyretics and analgesics is usually sufficient.*

**KEYWORDS:** Mpox; Zoonotic disease; Syphilis; Sexually transmitted diseases.

## ANTECEDENTES

La viruela mpox, anteriormente conocida como viruela del mono, es una enfermedad viral zoonótica causada por un virus de ADN del género Orthopoxvirus perteneciente a la familia Poxviridae, relacionado con el virus de la viruela.<sup>1</sup> Se identificó por primera vez en humanos en 1970, en la República Democrática del Congo.<sup>2</sup> A partir de entonces, se han registrado casos de mpox en África Central y Occidental, zonas en las que el virus mantiene un carácter endémico.<sup>2,3</sup> Posteriormente, en 2022, se notificaron brotes de la enfermedad en países no endémicos de Europa y América, por lo que en ese mismo año la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de mpox como una emergencia de salud pública internacional, debido a su rápida propagación a distintas regiones.<sup>2,4</sup> La transmisión de esta enfermedad ocurre de animal a persona, o de persona a persona por contacto directo (heridas, fluidos corporales, mordeduras), indirecto (fómites) o microgotas respiratorias.<sup>5</sup>

En la actualidad la enfermedad afecta, predominantemente, a los hombres, sobre todo a los que tienen prácticas sexuales con hombres (HSH). Las prácticas sexuales de alto riesgo asociadas con otras enfermedades de transmisión sexual, que incluyen tener múltiples parejas sexuales

recientes y coito anal receptivo sin condón, se han observado en casos de infección por mpox.<sup>3</sup>

El periodo de incubación de esta enfermedad es de 5 a 21 días y suele manifestarse como una enfermedad sistémica caracterizada por fiebre (88%), cefalea intensa (79%), mialgias (63%), odinofagia (58%) y linfadenopatía (69%) inguinal, cervical o maxilar; esta última es la manifestación clínica distintiva en comparación con otras enfermedades.<sup>2</sup>

Las lesiones cutáneas suelen aparecer en uno a cuatro días después del inicio de la fiebre y, por lo general, afectan los genitales, la zona perianal, la cara y los brazos. Debe sospecharse la infección por mpox cuando un paciente manifiesta una erupción característica de lesiones profundas, bien delimitadas, a menudo con una umbilicación central característica, que evolucionan a través de cinco estadios bien definidos: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras durante dos a cuatro semanas.<sup>6,7</sup> La confirmación microbiológica debe hacerse lo antes posible ante un caso de sospecha mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) específica para mpox a partir del exudado de una lesión. La mayoría de los pacientes con infección por mpox no manifiestan complicaciones, por lo que el tratamiento suele ser, principalmente, sintomá-

tico a base de paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Asimismo, se recomienda una adecuada higiene con agua y jabón complementada con la aplicación de antisépticos tópicos para prevenir la sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas.<sup>8</sup>

### CASO CLÍNICO

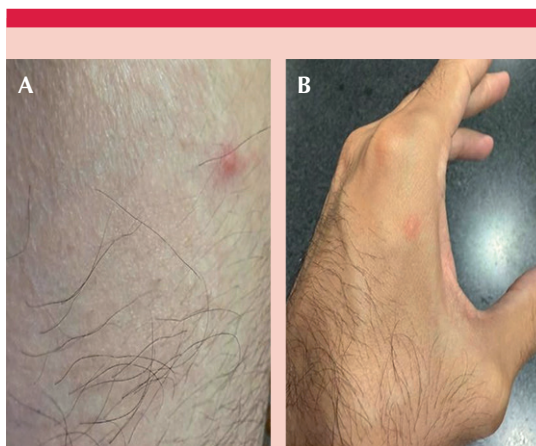
Paciente masculino de 40 años que acudió a una clínica integral de virus del papiloma humano (VPH) tras manifestar lesiones cutáneas en la región genital, cuatro días después de haber practicado relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección. Dos días después de la aparición de esas lesiones tuvo un pico febril, por lo que fue derivado a la consulta de dermatología para la evaluación de las lesiones cutáneas. Como antecedentes personales patológicos y no patológicos de importancia resaltó el diagnóstico de sífilis en abril de 2025, sin tratamiento en curso, así como el antecedente de absceso anorrectal. El paciente no se identificó como HSH.

En la consulta dermatológica se valoraron los signos vitales del paciente, que estaban dentro de parámetros normales. A la exploración física destacó una dermatosis localizada en los genitales, caracterizada por múltiples vesículas de 3 a 8 mm de diámetro, umbilicadas, con centro necrótico deprimido, sin edema ni eritema circundante. **Figura 1**

No se observaron lesiones cutáneas en las membranas mucosas, el tronco, los brazos o las piernas al momento de la exploración, ni se palparon adenopatías. Sin embargo, una semana después de acudir a la consulta de dermatología, el paciente manifestó nuevas lesiones cutáneas y odinofagia, por lo que decidió regresar a valoración. La exploración física reveló una dermatosis diseminada a la extremidad superior izquierda, de la que afectaba el brazo y la mano. Estaba constituida por pápulas aisladas, asentadas sobre una base eritematosa. **Figura 2**



**Figura 1.** Lesiones en el área de inoculación. **A.** Vesículas bien delimitadas, de 3 a 8 mm de diámetro, umbilicadas, con centro necrótico deprimido, sin eritema o edema circundante. **B.** Vesícula con ligero centro necrótico, de 3 a 8 mm de diámetro.



**Figura 2.** Diseminación de las lesiones. **A.** Pápula aislada, de 4 a 6 mm, con eritema circundante en el brazo izquierdo, que surgió aproximadamente siete días después de la aparición de las lesiones iniciales. **B.** Pápula aislada, de 3 a 6 mm, ligeramente umbilicada, con base eritematosa en la mano izquierda, que surgió aproximadamente siete días después del inicio de las lesiones.

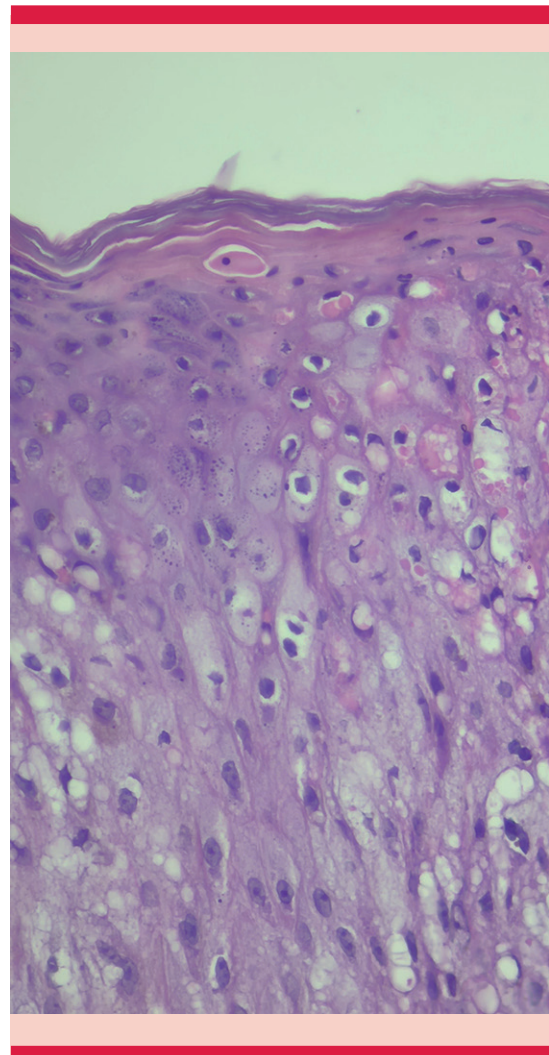
Ante la sospecha clínica de mpox, se tomó RT-PCR, así como una biopsia de la lesión completa para la confirmación diagnóstica.<sup>8</sup> Debido al alto porcentaje de coexistencia de infección por mpox con enfermedades de transmisión sexual, se tomaron serologías y se obtuvo resultado positivo para sífilis y negativo para el resto de las pruebas.

En el estudio histopatológico se observó la epidermis con necrosis que alternaba con degeneración reticular. Estos cambios se extendían al epitelio folicular; en la porción superior del estrato viable se apreciaron algunas inclusiones citoplasmáticas eosinófilas, reconocibles como cuerpos de Guarnieri (**Figura 3**), característicos de las infecciones por ortopoxvirus, lo que aumentó la sospecha diagnóstica. El diagnóstico de mpox se confirmó mediante la prueba RT-PCR positiva.

Como tratamiento, se decidió el aislamiento domiciliario y vigilancia; se indicó aseo diario de las lesiones con agua y jabón y secado de las mismas con una toalla específica para las zonas afectadas. Se prescribió paracetamol y dermalibour tópico en las lesiones dos veces al día como tratamiento sintomático. Para tratar la sífilis se agregó doxiciclina 100 mg cada 24 horas.

## DISCUSIÓN

La viruela mpox es una zoonosis derivada del virus de la viruela del mono que causa una enfermedad similar a la viruela. Existen dos principales clados del virus que causa la mpox: el I, presente en África central o en la cuenca del Congo, causa mayor mortalidad (10%) y se trasmite a través de roedores con escasa propagación entre personas, y el II (con los subclados IIa y IIb). El subclado IIa, presente en África Occidental, también constituye una zoonosis, pero se asocia con menor tasa de mortalidad, mientras que el subclado IIb se propaga globalmente por transmisión humana. El brote actual se ha relacionado con este último.<sup>9</sup>



**Figura 3.** Estudio histopatológico (H-E, 40x). Destacan las inclusiones citoplasmáticas eosinófilas de 10-15 micras, dentro del citoplasma de los queratinocitos, compatibles con cuerpos de Guarnieri.

La infección por mpox pasó de ser endémica a convertirse en un brote global en 2022, debido a su rápida propagación entre diferentes regiones, lo que la convierte en un tema epidemiológico sumamente importante de tratar.<sup>9</sup> Posteriormente dejó de ser una emergencia de salud pública; sin embargo, en 2024 fue declarada nuevamente emergencia de salud pública debido al aumento en la cantidad de casos. Hasta marzo de 2024 se

reportaron 94,274 casos confirmados de mpox en todo el mundo, de los que 32,125 casos se reportaron en Estados Unidos.<sup>10</sup> La infección por mpox puede causar complicaciones, como lesiones cutáneas necrosantes con sobreinfección bacteriana, encefalitis y neumonía, especialmente en personas con inmunodepresión, como las que padecen el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) avanzado (recuento de CD4 < 200 células/ $\mu$ L) o sujetos con trasplante de órganos sólidos, que tienen mayor probabilidad de padecer una afectación multiorgánica, lo que, a su vez, eleva el riesgo de hospitalización y muerte.<sup>7</sup>

Del 20 al 50% de los casos de mpox coexisten con otras enfermedades, especialmente de transmisión sexual. Más del 60% de los casos se han reportado en hombres que tienen sexo con hombres y en personas infectadas con el VIH y se ha postulado una idea teórica de que el VIH puede aumentar la transmisión del virus de mpox.<sup>10,11</sup>

En una serie de casos, el 31.5% de los pacientes diagnosticados con mpox tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual diagnosticada durante la evaluación; *Neisseria gonorrhoeae* fue responsable del 21% de los casos, *Chlamydia trachomatis* del 11.2%, herpes simple del 7% y *Treponema pallidum* del 3.7%; esta última bacteria fue particularmente relevante debido al diagnóstico de sífilis que tenía el paciente del caso.<sup>10</sup>

Se justifica una alta sospecha clínica de mpox en pacientes con una erupción vesiculopapular-vesiculopustular de inicio agudo después de haber practicado relaciones sexuales de alto riesgo. El diagnóstico debe considerarse cuando, además de las manifestaciones clínicas, el paciente cumple uno de los criterios epidemiológicos establecidos (**Cuadro 1**) en los primeros 21 días desde el inicio de los síntomas.<sup>6</sup>

Durante las etapas iniciales de la mpox, los síntomas son inespecíficos y pueden confundirse

**Cuadro 1.** Criterios epidemiológicos para el diagnóstico de infección por mpox

1. Contacto físico cercano (piel con piel, boca a boca, boca a piel) con un caso confirmado o probable de mpox
2. Haber mantenido relaciones sexuales de alto riesgo
3. Antecedente de viaje a zonas endémicas de África occidental o central
4. Haber tenido contacto con una persona con una erupción cutánea similar
5. Contacto con un animal vivo o muerto que sea una especie endémica de África

con los de otra enfermedad; sin embargo, la linfadenopatía es un signo diferenciador clave. A su vez, la evolución de la erupción cutánea característica de esta enfermedad (primero máculas, luego pápulas, después vesículas, seguidas de pústulas y finalmente costras) permite distinguirla de otras enfermedades.<sup>12</sup>

Los pacientes infectados por mpox frecuentemente padecen una enfermedad de transmisión sexual, incluida la sífilis. Ésta y la infección por mpox pueden manifestarse con lesiones en la piel; sin embargo, hay notables diferencias en sus características. Las lesiones de sífilis típicamente aparecen como llagas o úlceras indoloras, conocidas como chancros, en el sitio de infección, a menudo en el área genital, el ano o la boca. Las lesiones por mpox se manifiestan como pequeñas pústulas o erupciones vesiculares en diferentes áreas de la piel, incluida la cara, las manos, el tórax, las pantorrillas, los genitales y los muslos, por lo que puede decirse que la mpox causa una erupción cutánea más generalizada. La apariencia clínica de las lesiones y su distribución, junto con los síntomas clínicos, ayudan a diferenciar entre estas dos causas. Ambas infecciones comparten factores de riesgo, entre los que destacan relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas, contacto piel con piel con personas infectadas y antecedentes recientes de enfermedad de transmisión sexual, lo que puede aumentar la probabilidad de exposición al virus de mpox en personas con antecedente de sífilis.

Sin embargo, esto no quiere decir que hay una relación causal entre estas dos enfermedades.<sup>13</sup>

Se descartó el principal diagnóstico diferencial mencionado tras detectar el ADN del virus de mpox mediante prueba RT-PCR, considerada el patrón de referencia por su alta sensibilidad y especificidad.<sup>6</sup>

Una vez confirmado el caso, el paciente debe permanecer en aislamiento de contacto y respiratorio durante todo el proceso infeccioso. El tratamiento sintomático es con paracetamol y AINEs.<sup>6</sup>

La vacunación temprana con la vacuna contra la viruela en los primeros cuatro días luego de la exposición a un caso de mpox puede prevenir la enfermedad o reducir su gravedad.<sup>6</sup>

## CONCLUSIONES

Considerar la posibilidad de infección por mpox es fundamental en personas con antecedentes de sífilis que practican actividades sexuales de alto riesgo y padecen una erupción cutánea característica. El diagnóstico definitivo de mpox requiere la detección de ADN del virus en una muestra lesional mediante PCR; sin embargo, es decisivo hacer evaluaciones diagnósticas integrales que incluyan pruebas para otras enfermedades de transmisión sexual porque un porcentaje alto de personas suelen tener coexistencia de ambas enfermedades, como el paciente del caso. La finalidad de practicar estas pruebas es proporcionar una atención y tratamiento oportunos para mejorar la salud individual y, en consecuencia, reducir la transmisión de mpox. El incremento en la cantidad de casos confirmados de mpox se debe a diversos factores, que incluyen: existencia de diferentes clados del virus, posibles fallas en el sistema de salud y aumento en la carga epidemiológica del brote en la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres. Como

consecuencia de la emergencia, los países deben intensificar sus acciones para explorar estrategias de concientización de la salud pública, que promuevan la salud y el bienestar de las personas. Al tratar estratégicamente los exantemas sospechosos de mpox, con un enfoque centrado en frenar el brote actual y la seguridad del paciente y del médico, los dermatólogos pueden desempeñar un papel decisivo en la prevención de una mayor propagación de esta enfermedad.

## DECLARACIONES

### Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses relacionados con la publicación de este artículo.

### Financiamiento

Este artículo no tiene relación comercial o financiera con algún patrocinador.

### Uso de IA

Los autores declaran que se utilizó inteligencia artificial únicamente como herramienta de apoyo en la redacción y edición del manuscrito, sin sustituir el análisis científico ni la interpretación clínica de los autores.

### Contribución de los autores

*Ana Beatriz Crocker Sandoval*: recopilación de información clínica, supervisión académica y aprobación de la versión final. *Ana Sofía Gil Herrera*: revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. *Guillermo Solís Ledesma*: recopilación de información clínica. *Aldo Gilberto Arrazola Fregoso*: recopilación de información clínica.

### Declaración de derechos humanos y de los animales

Este artículo se llevó a cabo conforme a las normas éticas institucionales. No se realizaron experimentos en humanos o animales para la elaboración del presente.

### Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación del caso y de las imágenes clínicas, resguardando su anonimato.

### Referencias clave

1. 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; 114 (4): 318-26. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.01.002>
2. Allan-Blitz LT, Gandhi M, Adamson P, et al. A position statement on mpox as a sexually transmitted disease. *Clin Infect Dis* 2023; 76: 1508-12. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac960>
3. Khan S, Razi S, Rao B. It's here, monkeypox: A case report. *JAAD Case Rep* 2022; 28: 61-3. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2022.07.037>
4. Navas Castillo JS, Baldizón Pernillo DK, Marroquín Ramírez HE, et al. Diagnóstico y seguimiento de infecciones de transmisión sexual en pacientes con sospecha de viruela símica. *Hospital Roosevelt, Guatemala. Rev Urug Med Int* 2025; 10. <https://doi.org/10.26445/10.01.7>

### Permisos

Las Figuras y Cuadros incluidos en el artículo son originales.

### REFERENCIAS

1. AlBahrani S, AlGarzai R, AlJunaid TO, Al-Tawfiq JA. A case report of Mpox (Monkeypox) in male traveler. *New Microbes* 2023; 53: 101132. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2023.101132>
2. 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; 114 (4): 318-26. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.01.002>
3. Allan-Blitz LT, Gandhi M, Adamson P, et al. A position statement on mpox as a sexually transmitted disease. *Clin Infect Dis* 2023; 76: 1508-12. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac960>
4. Lu J, Xing H, Wang C, et al. Mpox (formerly monkeypox): pathogenesis, prevention, and treatment. *Sig Transduct Target Ther* 2023; 8 (1): 458. <https://doi.org/10.1038/s41392-023-01675-2>
5. Gutiérrez-Chablé LE, Ochoa-Fuentes DA, Lezama-Ávila FI, et al. Mpox in humans: an overview of the 2022-2023 epidemic. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2024; 62 (2): 1-9.
6. Khan S, Razi S, Rao B. It's here, monkeypox: A case report. *JAAD Case Rep* 2022; 28: 61-3. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2022.07.037>
7. Titanji BK, Hazra A, Zucker J. Mpox clinical presentation, diagnostic approaches, and treatment strategies: A review. *JAMA* 2024; 332 (19): 1652-1662. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21091>
8. Arranz Izquierdo J, Molero García JM, Gutiérrez Pérez MI. Management from Primary Care of monkeypox infection (MPOX) in humans. *Aten Primaria* 2023; 55 (10): 102680. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102680>
9. Karagoz A, Tombuloglu H, Alsaheed M, et al. Monkeypox (mpox) virus: Classification, origin, transmission, genome organization, antiviral drugs, and molecular diagnosis. *J Infect Public Health* 2023; 16 (4): 531-541. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2023.02.003>
10. Navas Castillo JS, Baldizón Pernillo DK, Marroquín Ramírez HE, et al. Diagnóstico y seguimiento de infecciones de transmisión sexual en pacientes con sospecha de viruela símica. *Hospital Roosevelt, Guatemala. Rev Urug Med Int* 2025; 10. <https://doi.org/10.26445/10.01>
11. Ortiz-Saavedra B, Montes-Madariaga ES, Cabanillas-Ramirez C, et al. Epidemiologic situation of HIV and monkeypox coinfection: A systematic review. *Vaccines* 2023; 11 (2): 246. <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines11020246>
12. Hussain A, Kaler J, Lau G, Maxwell T. Clinical conundrums: Differentiating monkeypox from similarly presenting infections. *Cureus* 2022; 14 (10): e29929. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.29929>
13. Hoang CQ, Kim WK, Huynh TM, Nguyen HD. The first two case reports of confirmed Mpox in patients with syphilis in a dense urban setting, Can Tho, Vietnam: From clinical presentation, treatment, and epidemiological surveillance to prevention. *IJID Regions* 2024; 10: 159-61.