

Manifestaciones orales en mpox: Reporte de dos casos en Chile y breve revisión de la literatura médica

Oral manifestations in mpox: A report of two cases in Chile and a brief narrative review

Enrico Escobar^{1,2}, Catalina Santibañez-Majul¹, Patricio Hernández-Flores¹, Vicente Echeverry-Aponte¹ y Fernán Gómez-Valenzuela³

¹Unidad Dental, Hospital de Urgencia de Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, Santiago, Chile.

²Departamento de Patología y Medicina Oral. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

³Centro de Oncología de Precisión, Escuela de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés en particular.

Fuentes de financiamiento: Sin financiamiento.

Aspectos éticos: El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico asociado al Servicio de Salud Metropolitano Central, Santiago de Chile, con Acta N.º 29/04 y resolución N.º 151-2023. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, autorizando la publicación de imágenes e información personal.

Recibido: 16 de diciembre de 2024 / Aceptado: 8 de julio de 2025

Resumen

Las manifestaciones orales en la infección por mpox aunque infrecuentes, son importantes en el diagnóstico precoz de la enfermedad. Las lesiones en la mucosa oral pueden incluir máculas, erosiones, vesículas, pústulas y úlceras. Se presentan dos casos de mpox de 25 y 30 años, ambos de sexo masculino, con antecedentes de infección por VIH y sífilis. Las lesiones orales patognomónicas en ambos pacientes fueron úlceras en la mucosa oral de revestimiento, recubiertas por fibrina de aspecto corrugado. En el primer caso, las lesiones orales precedieron a las manifestaciones cutáneas y fue de manejo ambulatorio, mientras que el segundo requirió hospitalización por complicaciones de la infección por VIH. Las manifestaciones orales por mpox pueden aparecer previo a las lesiones cutáneas, por lo que su reconocimiento temprano contribuye a disminuir el riesgo de transmisión.

Palabras clave: mpox; manifestaciones orales; odontología; úlceras; vesículas.

Abstract

Oral manifestations caused by mpox are rarely reported but are crucial in the early diagnosis of this disease. Lesions in the oral mucosa may include macules, erosions, vesicles, pustules, and ulcers. We report two cases of mpox infection in males aged 25 and 30, both with history of HIV and syphilis. The pathognomonic oral lesions in both patients were ulcers in the lining mucosa, covered by fibrin with a corrugated appearance. In the first case, the oral lesions preceded the skin manifestations and the patient received outpatient management, while the second case required hospitalization due to complications of HIV infection. Oral manifestations of mpox can appear prior to skin lesions, so early diagnosis could help reduce the risk of transmission.

Keywords: mpox; oral manifestations; odontology; ulcers; vesicles

Correspondencia a:

Enrico Escobar

eescobar@odontologia.uchile.cl

Introducción

Mpox es una enfermedad zoonótica causada por un virus perteneciente al género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridae*¹. Mpox presenta dos clados virales genéticamente distintos: clado I proveniente de África central y oriental y clado II de África occidental. El primer caso en humanos se detectó en África central (República Democrática del Congo) el año 1970, llegando a ser endémica en esa zona geográfica^{1,2}. En mayo de 2022, un brote global por mpox del subclado IIB condujo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), registrándose un número de casos sin precedentes fuera de las áreas endémicas en África¹⁻⁴, y que se comunicó finalizada en mayo de 2023^{1,2}.

En los seres humanos, mpox se transmite principalmente por contacto directo piel con piel y piel con mucosa, contacto con fluidos corporales durante relaciones sexuales, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres, y en menor frecuencia con material contaminado¹⁻³. La enfermedad es más común en hombres entre 20 a 50 años de edad². Se inicia con un período de incubación no contagioso, asintomático, de 3 a 17 días^{2,4}. Posteriormente, presenta una fase prodrómica caracterizada por síntomas no específicos como fiebre, dorsalgia, lumbalgia, astenia, mialgia, linfadenopatía inflamatoria y cefalea⁵, seguida de lesiones cutáneas y de mucosas dentro de los dos a cuatro días posteriores³.

Mpox es una enfermedad generalmente autolimitada, sin embargo, puede causar complicaciones como neumonitis, encefalitis y queratitis¹, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Asimismo, casos de mpox se han asociado a co-infección con VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) como *Chlamydia trachomatis*, herpes simplex, sífilis y gonorrea⁶.

Las lesiones elementales en la piel y mucosas evolucionan en diversas etapas: enantema, exantema, mácula, pápula, vesícula, pústula, úlcera y costra, con un patrón de progresión recurrente⁴. Los pacientes pueden presentar múltiples lesiones en diversos estadios de evolución^{7,8}. Las lesiones cutáneas pueden afectar la pared torácica, dorso y extremidades, aunque son más frecuentes en la cara y extremidades. Las lesiones en la mucosa oral son más habituales en los labios y lengua, y pueden desarrollarse previamente a las lesiones de piel, siendo las úlceras, una de las lesiones elementales más frecuentemente descritas^{2,7,9}. Clínicamente, las úlceras orales por mpox son usualmente dolorosas y recubiertas por una pseudomembrana de fibrina posterior a la ruptura del techo de la vesícula o la pústula⁹.

A diferencia de las lesiones cutáneas por mpox que han sido ampliamente documentadas, los reportes de casos de manifestaciones en la mucosa oral han sido descritos con

menor frecuencia en la literatura médica⁵. Asimismo, las manifestaciones clínicas iniciales de mpox pueden semejar los signos y síntomas de otras enfermedades, especialmente ITS⁶, por lo tanto, el examen clínico oral cumple un rol esencial en la detección temprana de lesiones por mpox^{2,10}.

El objetivo de este reporte es describir dos casos clínicos de mpox con manifestaciones orales en pacientes inmunocomprometidos con infección por VIH.

Caso clínico 1

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad que acudió a la Unidad Dental del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) por lesiones orales dolorosas en la mucosa oral de tres días de evolución, sin asociación a trauma agudo. Tenía antecedentes de infección por VIH (estadio B3), hepatitis B y sífilis (latente tardía). No refirió alergias medicamentosas o alimentarias. Cinco días previos a las lesiones orales había presentado cefalea intensa, dorsalgia, mialgias, fatiga intensa y adenopatías cervicales dolorosas, sin fiebre. El examen clínico intraoral inicial reveló tres vesículas con contenido seroso en el tercio anterior de la cara ventral lingual (mucosa oral de revestimiento) de 0,3 cm de diámetro cada una y sin induración circundante. Además, se observaron dos úlceras dolorosas, bien definidas, recubiertas de fibrina, sin halo eritematoso con un diámetro de 2,2 y 0,7 cm, respectivamente. La malla de fibrina del fondo de ambas úlceras presentaba aspecto corrugado. (Figura 1A). Asimismo, se detectaron dos úlceras dolorosas, de bordes definidos, de 1,8 y 1 cm de diámetro, en la cara interna del labio inferior. La úlcera más extensa estaba recubierta de fibrina con un aspecto corrugado. En contraste, la úlcera más pequeña cercana al bermellón labial, el centro del fondo de la úlcera exhibía un aspecto eritematoso y estaba libre de fibrina (Figura 1B). Además, se observó una lesión crónica sugerente de fibroma irritativo relacionada por trauma crónico en la cara interna del labio inferior. En el hemograma tenía 8.300 leucocitos/mm³ con 17,7% de linfocitos. El recuento de linfocitos CD4 era 94 céls/mm³. El inicio del tratamiento anti-retroviral (TAR) se realizó con dolutegravir/tenofovir/lamivudina 50/300/300, un comprimido al día, posterior al diagnóstico de mpox. El tratamiento de las lesiones orales incluyó manejo sintomático con analgésicos y antiinflamatorios por tres días y enjuague oral con clorhexidina gluconato al 0,12% por dos semanas. Tres días después del examen clínico intraoral inicial, se observaron dos pústulas con halo eritematoso en la piel del mentón derecho, de 0,6 y 0,4 cm de diámetro, respectivamente (Figura 1C). Se realizó un hisopado del contenido líquido de las lesiones faciales para PCR en tiempo real de virus mpox, procesado en el laboratorio clínico local que resultó positiva. A las dos semanas de enfermedad se observó la resolución completa de las lesiones orales y cutáneas (Figura 3A).

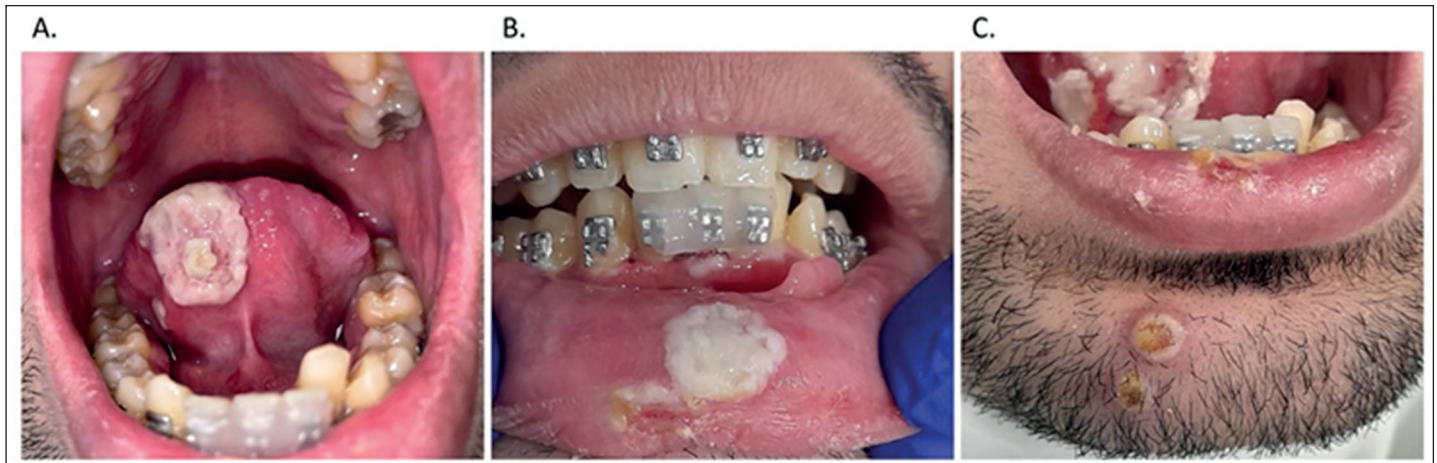


Figura 1. Caso 1. Sexo masculino. 25 años de edad. (A) Localización anatómica de las lesiones: cara ventral de lengua, lado izquierdo: tres vesículas con contenido seroso en tercio anterior, lado derecho. Dos úlceras dolorosas bien definidas recubiertas de fibrina sin halo eritematoso. La úlcera de mayor tamaño (2,2 cm) resalta por fondo recubierto por fibrina de aspecto corrugado; (B) Localización anatómica de las lesiones: cara interna del labio inferior. Dos úlceras dolorosas con límites definidos. Úlcera de mayor tamaño (1,8 cm) con fondo recubierto por fibrina, en tanto, úlcera de menor tamaño (1,0 cm), fibrina estaba presente periféricamente al fondo de la lesión; (C) Localización anatómica de las lesiones: Piel (mentón). Tres días después del examen clínico inicial aparecen lesiones cutáneas (pústulas).

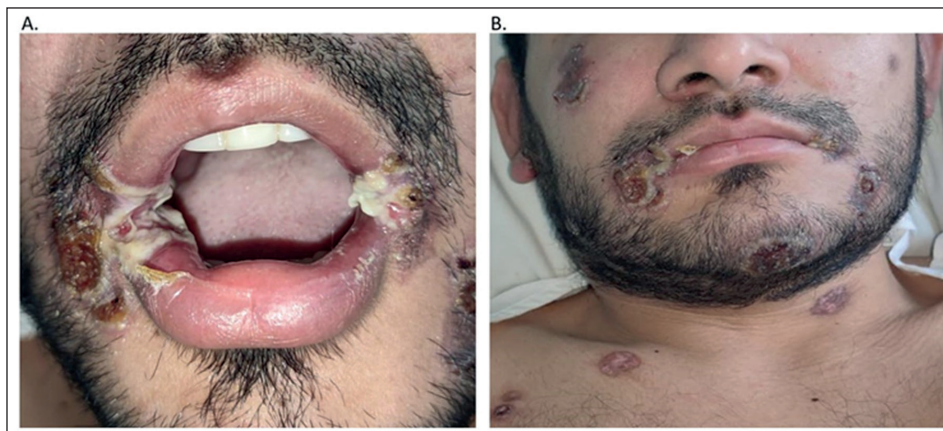


Figura 2. Caso 2. Sexo masculino. 30 años de edad. (A) Localización anatómica de las lesiones: comisuras labiales. Úlceras recubiertas de fibrina de aspecto corrugado con afectación de las superficies mucosas y cutáneas; (B) Localización anatómica de las lesiones: Piel (cara, cuello y zona infraclavicular derecha). Úlceras recubiertas de exudado serohemorrágico seco (costras hemáticas y melicéricas) con patrón de distribución aleatorio.

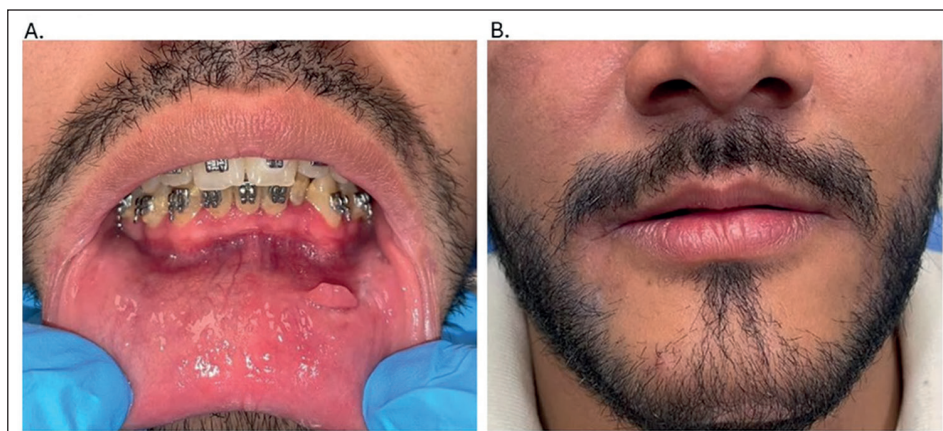


Figura 3. Último control clínico (A) Caso 1. Úlcera en la cara interna del labio inferior que cicatriza sin cicatriz residual. Persiste la lesión traumática crónica (no asociada a infección por mpox). (B) Caso 2. Úlceras en comisuras labiales y mentón que se han resuelto (reepitelización) con leve hipopigmentación.

Caso clínico 2

Paciente de sexo masculino de 30 años de edad que fue ingresado a la Unidad de Urgencia Medicina Quirúrgica por complicaciones de su infección por VIH. Tenía antecedente de infección por VIH en etapa C3 de infección por VIH, por una enfermedad por citomegalovirus (CMV) como marcadora, sin TAR al momento del ingreso y seropositivo para sífilis. Sin alergias medicamentosas o alimentarias. Tuvo un pródromo afebril con cefalea intensa, mialgias y linfadenopatía cervical submandibular dolorosa de cinco días de evolución. Al examen clínico intraoral y de las regiones facial y cervical se observaron úlceras dolorosas localizadas en ambas comisuras labiales, recubiertas por malla de fibrina de aspecto corrugado, bien delimitadas, de forma irregular, con discreto halo eritematoso y bordes no indurados de 1,5 cm. de diámetro (Figura 2 A). Asimismo, se detectaron múltiples úlceras en la piel de la región frontal, infraorbitaria, pabellón auricular, mejilla, mentón, cuello y región infraclavicular de diversos tamaños con costras hemáticas y melicéricas (Figura 2 B). Por último, se observaron costras en brazo derecho y falanges izquierdas. La PCR del hisopado de las lesiones faciales confirmó el virus mpox en el laboratorio local. Entre sus exámenes de laboratorio destacó un recuento de linfocitos CD4 de 26 células/mm³ y un hemograma con hematocrito 31,3%, hemoglobina: 10,4 g/dL y 2.600 leucocitos/mm³. Además, se detectó una carga viral alta de ADN de citomegalovirus en sangre (34.200 UI/mL), lo que junto con un síndrome febril y compromiso clínico pulmonar se consideró enfermedad por citomegalovirus. Recibió terapia con ganciclovir i.v. por 14 días, y se inició TAR con dolutegravir/tenofovir/lamivudina 50/300/300, un comprimido al día, sin complicaciones. El tratamiento de las lesiones orales incluyó manejo sintomático con paracetamol y de la sobreinfección de las lesiones, con amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg, además de enjuagues orales de clorhexidina gluconato al 0,12%, por dos semanas. En el último control clínico, a los cuatro meses del diagnóstico, se observó la resolución completa de las lesiones orales y cutáneas (Figura 3 B).

Discusión

El 14 de agosto de 2024 un brote de mpox, asociado a un nuevo subclado (Ib) fue declarado como ESPII¹¹. En Chile, no ha habido notificaciones de casos de mpox para este clado¹².

En estos últimos brotes de mpox, se ha enfatizado el comportamiento y su evolución clínica, particularmente en pacientes con infección por VIH^{6,13}. Las personas seropositivas para VIH representaron entre 38 y 50%

de los afectados del brote mundial del 2022 y se ha descrito una mayor tasa de hospitalización y mortalidad para mpox en personas con infección avanzada por VIH (bajo recuento de CD4 y carga viral alta). La presentación clínica de mpox en estos pacientes se caracteriza por una forma necrosante grave y diseminada con compromiso sistémico¹³. En los casos aquí presentados, un paciente requirió hospitalización por complicaciones por su infección por VIH.

La prevalencia documentada de lesiones orales por mpox no es uniforme entre las diferentes regiones geográficas afectadas^{2,7}. A pesar de que en África se reporta una alta prevalencia de manifestaciones orales (45-78%), la mayoría de los estudios procedentes de América y Europa describen una prevalencia menor al 40%^{7,14}. En Chile, un estudio descriptivo señala una frecuencia de 9% de lesiones en cavidad oral¹⁴. En general, las lesiones por mpox afectan principalmente la piel de la cara (95%), palmas y plantas (75%) y mucosas (70%)^{4,7,15}.

La infección por mpox con frecuencia puede ser erróneamente diagnosticada, dada las similitudes con otras infecciones virales y bacterianas, especialmente en la cavidad oral². Las lesiones más comunes son las úlceras^{2,16}. En consecuencia, la infección por mpox debe considerarse como diagnóstico diferencial en las úlceras orales primarias o secundarias, particularmente en sujetos con conductas sexuales de riesgo^{5,6}. En este sentido, se podría incluir la sífilis primaria (chancro) en el estudio de úlceras por mpox, debido a los factores de riesgo comunes y un período de incubación similar¹⁷.

La infección por mpox se confirma mediante pruebas moleculares de laboratorio. La detección del ADN viral en muestras de vesículas o úlceras mediante PCR en tiempo real es la prueba confirmatoria para mpox¹⁸. La OMS recomienda la toma de muestras de lesiones cutáneas superficiales o exudado de más de una lesión o costra lesional, utilizando hisopados orofaríngeos, anales o genitales, según corresponda¹⁹.

Actualmente, no existe un tratamiento específico para mpox. Algunos pacientes pueden requerir manejo sintomático del dolor. Se recomienda la vacunación antes de la exposición al virus para obtener una mejor protección¹⁹.

Es fundamental enfatizar que las lesiones en la mucosa oral pueden presentarse como manifestaciones tempranas e incluso antes de las erupciones cutáneas⁹, por lo que el equipo de salud, especialmente los odontólogos, pueden detectar precozmente la infección por mpox y derivar de manera oportuna⁹. Asimismo, el personal de salud debe estar informado sobre las variadas manifestaciones orales y orofaríngeas de la enfermedad⁷. Se requieren estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de las lesiones orales por mpox en diferentes regiones geográficas y poblaciones.

Conclusión

Se describen dos casos de mpox con lesiones orales, principalmente vesículas y úlceras, en pacientes con infección por VIH. Las manifestaciones orales por mpox son escasamente reportadas, sin embargo, son importantes en el diagnóstico clínico y en la evolución de esta enfermedad, por lo tanto, la inspección y evaluación exhaustiva de la cavidad oral es crucial en la identificación de la infección por mpox, incluso en pacientes que aún no han desarrollado otros signos y

síntomas. En la práctica clínica el odontólogo desempeña un rol esencial en la detección precoz de la infección por mpox, por lo tanto, debe estar en conocimiento de los aspectos semiológicos que caracterizan a estas lesiones.

Agradecimientos: Este reporte de caso ha sido apoyado por el “Departamento de Formación, Investigación y Docencia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública de Santiago”, Chile.

Referencias bibliográficas

1. Adler H, Gould S, Hine P, Snell L B, Wong W, Houlihan C F, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis* 2022; 22: 1153-62. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00228-6
2. Issa A W, Alkhofash N F, Gopinath D, Varma S R. Oral manifestations in Monkeypox: A scoping review on implications for oral health. *Dent J (Basel)* 2023; 11: 132. doi: 10.3390/dj11050132
3. Cheema A Y, Ogedegbe O J, Munir M, Alugba G, Ojo T K. Monkeypox: A review of clinical features, diagnosis, and treatment. *Cureus* 2022; 14: e26756. doi: 10.7759/cureus.26756
4. Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox Clinical Guidance for Healthcare Professionals. Published 2022. Fecha de acceso: 12 de abril 2024. Disponible en: https://www.cdc.gov/mpox/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/%2520clinical%25E2%2580%2591recognition.html
5. Peters S M, Hill N B, Halepas S. Oral manifestations of Monkeypox: A report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2022; 80: 1836-40. doi: 10.1016/j.joms.2022.07.147
6. Liu B M, Rakhmanina N Y, Yang Z, Bukrinsky M I. Mpox (Monkeypox) virus and Its co-infection with HIV, sexually transmitted infections, or bacterial superinfections: Double whammy or a new prime culprit? *Viruses* 2024; 16: 784. doi: 10.3390/v16050784
7. Gandhi P A, Patro S K, Sandeep M, Satapathy P, Shamim M A, Kumar V, et al. Oral manifestation of the monkeypox virus: a systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine* 2023; 56: 101817. doi: 10.1016/j.eclim.2022.101817
8. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, et al. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. *BMJ* 2022; 378: e072410. doi: 10.1136/bmj-2022-072410
9. Ardila C M, Arrubla-Escobar D E, Vivares-Builes A M. Oral lesions in patients with human monkeypox: A systematic scoping review. *J Oral Pathol Med* 2023; 52: 459-67. doi: 10.1111/jop.13375
10. Iamaroon A. Oral manifestations of monkeypox: Brief review. *Dent Med Probl* 2022; 59: 483-7. doi: 10.17219/dmp/152071
11. World Health Organization. WHO Director-General declares mpox outbreak a public health emergency of international concern. Published 2023. Fecha de acceso: 20 de agosto 2024. <https://www.who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>
12. Pan American Health Organization. Epidemiological Update Mpox in the Americas Region - 17 August 2024. Published 2024. Fecha de acceso: 20 de agosto 2024. <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-mpox-americas-region-17-august-2024>
13. Mitjå O, Alemay A, Marks M, Lezama Mora JI, Rodríguez-Aldama JC, Torres Silva MS, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. *Lancet* 2023; 401(10380): 939-49. doi:10.1016/S0140-6736(23)00273-8. Erratum in: *Lancet* 2023; 401(10383): 1158. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00584-6.
14. Charpentier Videla P, Silva Cruz M, Wolff Reyes M. Características clínicas y epidemiológicas de casos de viruela símica en personas que viven con VIH: análisis observacional. *Rev Chilena Infectol* 2023; 40(4): 396-401. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182023000400396>
15. Sheek-Hussein M, Alsuwaidi A R, Davies E, Abu-Zidan F M. Monkeypox: A current emergency global health threat. *Turk J Emerg Med* 2023; 23: 5-16. doi: 10.4103/2452-2473.366487
16. Bagde H, Dhopte A, Bukhary F, Momenah N, Akhter F, Mahmoud O, et al. Monkeypox and oral lesions associated with its occurrence: a systematic review and meta-analysis. *F1000Res* 2024; 12: 964. doi: 10.12688/f1000research.137363.2
17. Naharro-Rodríguez J, Selda-Enríquez G, García-Mouronte E, Pérez-González L A, Teresa-Dianzo I, Fernández-González P. Monkeypox infection mimicking oral primary syphilis. *Dermatol Pract Concept* 2023; 13: e2023222. doi: 10.5826/dpc.1304a222
18. World Health Organization. Laboratory testing for the monkeypox virus: Interim guidance. Published 2023. Fecha de acceso: 6 de mayo 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-laboratory-2022.1>
19. Saalbach K P. Treatment and vaccination for smallpox and monkeypox. *Adv Exp Med Biol* 2024; 1451: 301-16. doi: 10.1007/978-3-031-57165-7_19.