

Afectación de Cérvix por Monkeypox: Un nuevo reto para los ginecólogos

Vanessa Delso¹, M^a Jesus Sánchez¹, Iñigo Sagastagoitia², Alejandro García³, Pluvio Coronado¹, Mar Ramírez¹

Instituto de Salud de la Mujer JBLI. Unidad de Ginecología Oncológica¹. Unidad de Infecciosas². Departamento de Anatomía Patológica³.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción:

Desde el inicio del brote actual de Viruela del Mono (VM) en mayo de 2022, se han notificado 23.465 casos en Europa hasta la actualidad (septiembre de 2022). Entre el 92-98% de los casos se han notificado en hombres que tienen sexo con hombres. Hasta la fecha, este diagnóstico es anecdótico en mujeres (1-3% del total) y en aquellos casos que cursaron con afectación genital describen únicamente la existencia de lesiones vulvares.

Presentamos el primer caso de Monkeypox notificado y documentado hasta la fecha en una mujer, cuya única manifestación clínica fue la aparición de lesiones concomitantes a nivel de cérvix y vulva.

Caso Clínico:

Mujer de 28 años que consulta por lesión vulvar de 3 días de evolución. Refiere relaciones sexuales sin protección con un varón heterosexual asintomático 3 semanas antes. Afebril, no otra sintomatología. Se objetiva en hemivulva izquierda pápula plana de 1cm, con bordes sobreelevados, no dolorosa (**Imagen 1**). Cérvix con área de queratosis sobreelevada e irregular alrededor del orificio cervical externo. Tejido de aspecto granulomatoso y necrótico en canal endocervical (**Imagen 2 y 3**). Se tomaron muestras de ambas lesiones para despistaje de ITS, PCR de VM, serología de ITS, y biopsia de la lesión cervical, iniciando tratamiento con antibioterapia empírica con Doxiciclina, Ceftriaxona y Penicilina G Benzatina. La PCR de cérvix y vulva fueron positivas para VM, con resto de muestras negativas. De acuerdo a las recomendaciones actuales, se indicó aislamiento y abstinencia sexual hasta la completa desaparición de las lesiones. La evolución fue favorable con resolución completa de la lesión cervical en el primer control clínico tras 7 días (**Imagen 4**), y vulvar tras 14 días.

Conclusiones:

La infección por VM puede cursar con lesiones no sólo en vulva, también en cérvix, lo que obliga a realizar una exploración ginecológica exhaustiva en estas pacientes. El diagnóstico diferencial de otras patologías con lesiones secundarias a esta infección en el tracto genital inferior, constituye nuevo reto para los ginecólogos. Dada la situación de brote epidémico actual, identificar correctamente estas lesiones es fundamental para conseguir el control de la enfermedad.

