

Viruela del mono (*mpox*): ¿regreso al pasado?

Iván Gutiérrez-Pastor¹, Gema María Jara-Torres¹ y Nicolás Cánovas-Rodríguez²

¹Servicio de Urgencias Generales, ²Servicio de Pediatría y Áreas Específicas, Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, España

Recibido: 29/07/2022

Aceptado: 03/11/2022

En línea: 31/12/2022

Citar como: Gutiérrez-Pastor I, Jara-Torres GM, Cánovas-Rodríguez N. Viruela del mono (*mpox*): ¿regreso al pasado? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2022 (diciembre); 7(3): 35-37. doi: 10.32818/reccmi.a7n3a11.

Cite this as: Gutiérrez-Pastor I, Jara-Torres GM, Cánovas-Rodríguez N. Mpox: back to the past? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2022 (December); 7(3): 35-37. doi: 10.32818/reccmi.a7n3a11.

Autor para correspondencia: Iván Gutiérrez-Pastor. ivangutierrezpastor@gmail.com

Palabras clave

- Viruela del mono
- Ortopoxvirus
- Zoonosis
- Enfermedades de la piel

Resumen

La viruela del mono es una enfermedad zoonótica viral. Recientemente numerosos países han comunicado casos confirmados sin vínculos epidemiológicos con zonas endémicas, confirmando la presencia de cadenas de transmisión de viruela del mono en Europa y otras regiones.

Presentamos el caso de un varón de 25 años con fiebre, cefalea y aparición de lesiones cutáneas en mentón e ingle. Los resultados de las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real de viruela del mono fueron positivos. Se indicó aislamiento domiciliario con tratamiento de soporte y control evolutivo.

Keywords

- Mpox
- Orthopoxvirus
- Zoonoses
- Skin diseases

Abstract

Mpox is a zoonotic viral disease. Recently, many countries have reported confirmed cases without epidemiological links to endemic areas, establishing the presence of mpox transmission chains in Europe and other regions.

We present the case of a 25-year-old man with fever, headache, and the appearance of skin lesions on the chin and groin. The results of the mpox real-time polymerase chain reaction tests were positive. Home isolation with support treatment and evolutionary control was indicated.

Puntos destacados

- La viruela del mono es una enfermedad zoonótica viral declarada emergencia sanitaria internacional.
- Es importante conocer sus manifestaciones clínicas y estar alerta ante la aparición de nuevos síntomas de la enfermedad.

Existen dos tipos de clados filogenéticos (África central y occidental) con diferente comportamiento en cuanto a transmisión y gravedad. El reservorio natural son animales salvajes (roedores, lirones, primates...). El principal mecanismo de transmisión en humanos era, hasta la fecha, el contacto directo o indirecto con mamíferos infectados. La transmisión persona a persona se ha descrito a través de gotículas respiratorias o por contacto directo con lesiones cutáneas, fluidos corporales o fómites contaminados. También a través de la placenta de la madre al feto.

Introducción

Con la erradicación de la viruela en 1980 y el posterior cese de vacunación, la viruela símica o viruela del mono (*mpox*) supone un nuevo e importante reto para la salud pública.

Hasta el momento se presentaba principalmente en África central y occidental, pero el 14 de mayo de 2022 Reino Unido notifica por primera vez la presencia de varios casos de viruela del mono sin antecedente de viajes recientes a áreas endémicas o contacto con casos notificados previamente. En la actualidad, Europa afronta el mayor brote de viruela del mono jamás visto, y se declaró emergencia sanitaria internacional el 23 de julio de 2022^{1,2}.

En el brote actual la transmisión entre parejas sexuales, en relación al contacto estrecho, parece ser el mecanismo de transmisión predominante. Un elevado porcentaje son hombres que han mantenido relaciones sexuales con hombres (HSH)^{1,3}.

El período de incubación de la viruela del mono suele ser de 6 a 13 días, aunque puede variar entre 5 y 21 días. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre (38-38,5 °C); escalofríos; adenopatías, generalmente cervicales o inguinales; cefalea; mialgias y astenia intensa. La linfadenopatía es una característica distintiva de la viruela símica.

Las lesiones cutáneas suelen aparecer 1-3 días después de la fiebre. Las zonas más afectadas son el rostro (95%) y las palmas y plantas (75%), pero también pueden afectarse las mucosas orales (70%), los genitales (30%) y las conjuntivas (20%).

La evolución de las lesiones desde la etapa de máculas a pápulas, vesículas, pústulas y costras es rápida, entre 3-5 días. Con frecuencia evolucionan en brotes de lesiones similares a través de las diferentes fases. El número de lesiones es variable, desde unas pocas hasta cientos de ellas^{3,4}.

La viruela del mono suele ser una enfermedad autolimitada, con síntomas que duran de 2 a 4 semanas. Los casos graves se producen con mayor frecuencia en los niños. Las principales complicaciones asociadas son sobreinfecciones de lesiones cutáneas (20%), afectación digestiva con deshidratación (7%), neumonía (<1%), obstrucción de vía aérea por absceso (<1%), encefalitis (<1%) o sepsis (<1%). Actualmente se desconoce la tasa de incidencia de infecciones asintomáticas y la tasa de letalidad es de alrededor del 3-6%.

El diagnóstico diferencial de las lesiones de la viruela símica puede resultar complejo. Ante lesiones en área genital, se hará diagnóstico diferencial con herpes, sífilis, molusco contagioso, linfogranuloma venéreo y sarna nodular^{4,5}.

Hoy en día no hay vacuna o tratamiento específico disponible. Se ha demostrado que la eficacia de la vacunación contra la viruela en la prevención de la viruela del mono es de alrededor del 85%.

En España se ha aprobado recientemente una vacuna de tercera generación de dos dosis contra la viruela, de disponibilidad muy limitada, para hacer frente al brote de viruela símica. Por el momento se recomienda priorizar la vacunación posexposición, pero, en algunas regiones, ya comienza a administrarse en población de riesgo. Sin embargo, educar a los ciudadanos sobre las medidas que se han de adoptar para reducir la exposición al virus sigue siendo la principal estrategia de prevención^{1,2}.

Caso clínico

Antecedentes personales y enfermedad actual

Presentamos el caso de un varón de 25 años sin antecedentes clínicos de interés ni uso actual de tratamiento inmunosupresor. Acudió a Urgencias por fiebre (38,5 °C), cefalea y aparición de una lesión cutánea en el mentón (**figura 1**) y dos lesiones cutáneas en ingle (**figura 2**).

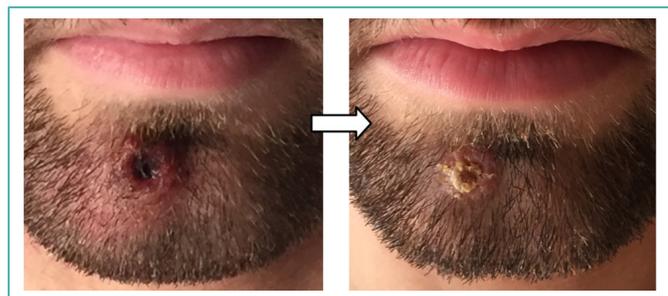


Figura 1. Lesión cutánea umbilicada con fondo oscuro de contenido líquido y purulento en región mentoniana. Evolución y formación de costra.

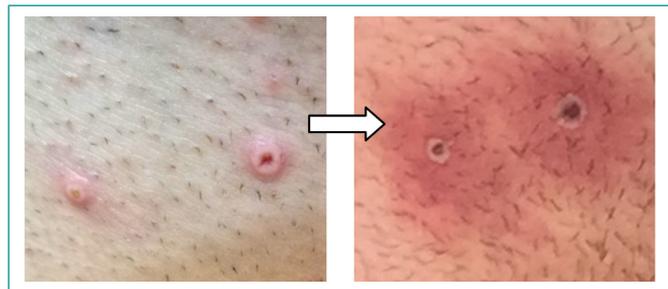


Figura 2. Lesiones cutáneas pustulosas en región inguinal. Evolución y sobreinfección bacteriana asociada.

El paciente refirió que las lesiones aparecieron hacía tres días en forma de pústula y, posteriormente, se volvieron umbilicadas con centro oscuro. Inició la fiebre dos días después de la aparición de las lesiones cutáneas.

Refirió haber mantenido relaciones sexuales, utilizando medidas de barrera, en las últimas tres semanas. Ha estado en contacto con un animal doméstico. Negó haber realizado viajes recientes.

Exploración física

El paciente se encontraba hemodinámicamente estable. Presentó buen estado general y auscultación cardiorrespiratoria rítmica con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. El abdomen era blando y depresible, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal. Sí presentó molestias con la palpación y movilización cervical.

Se objetivó una lesión cutánea ulcerada con fondo oscuro en región mentoniana de aproximadamente 1 cm de diámetro y dos lesiones cutáneas pustulosas en región inguinal derecha de unos 4 mm y 3 mm de diámetro, sin presentar lesiones en otras regiones corporales. Además se palparon adenopatías inguinales bilaterales dolorosas y una adenopatía submentoniana.

Pruebas complementarias

En la analítica sanguínea básica se objetivó filtrado glomerular 88,44, creatinina 1,14 mg/dL, urea 5,1 mg/dL, ALT 18 U/L, AST <5 U/L, proteína C reactiva 1,8 mg/dL, leucocitos $5,9 \times 10^9/L$, neutrófilos $2,43 \times 10^9/L$, linfocitos $2,79 \times 10^9/L$, monocitos $0,41 \times 10^9/L$, eosinófilos $0,24 \times 10^9/L$, basófilos $0,04 \times 10^9/L$, hemoglobina 15,0 g/dL y plaquetas $274 \times 10^9/L$. Las serologías descartaron infección por VIH, sífilis y varicela zóster.

Se extrajo muestra de exudado de la lesión en mentón para realizar la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para virus herpes *simplex* 1 y 2, varicela zóster, viruela del mono y ortopoxvirus, y se realizó cultivo bacteriológico del exudado de la herida.

Evolución

El resultado positivo de la PCR para viruela del mono y ortopoxvirus se comunicó al día siguiente. El paciente permaneció en aislamiento domiciliario con tratamiento de soporte oral con antiinflamatorios y antitérmicos. Paralelamente se realizó el seguimiento de contactos estrechos.

Días después refirió la aparición de dos nuevas lesiones cutáneas en escroto y una lesión en pene, dolor de garganta y la presencia de induración y eritema en las lesiones cutáneas que aparecieron inicialmente (**figura 2**).

En el cultivo bacteriológico se detectó la presencia de *Staphylococcus aureus* *meticilin* sensible. Ante el cuadro de sobreinfección bacteriana secundaria se pautó Amoxicilina 750 mg 1 comprimido cada 8 horas durante 5 días. La fiebre remitió al tercer día.

El paciente presentó buen control evolutivo de la enfermedad en domicilio. Negó la aparición de nuevos brotes de lesiones ni otras complicaciones asociadas. Tampoco precisó ingreso hospitalario. Las lesiones cutáneas cicatrizaron en un período total de 3 semanas, momento en el que se dio de alta médica.

Diagnóstico

Infección por el virus de la viruela del mono.

Discusión y conclusiones

El caso clínico descrito es uno de los primeros casos confirmados del brote de viruela del mono en la provincia de Alicante. En España, según los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), se han notificado más de 3.000 casos confirmados de viruela símica procedentes de 16 comunidades autónomas, siendo el país más afectado. En el resto de Europa se han notificado más de 7.000 casos y a nivel global la cifra ya supera los 15.000 casos confirmados⁶.

En el contexto de emergencia actual, es importante conocer la infección por virus de la viruela del mono para realizar la detección precoz de los casos sospechosos y la gestión de contactos estrechos.

En nuestro paciente, la cronología y evolución del cuadro clínico difiere de la observada en otros casos confirmados de viruela símica, por lo que debemos estar alerta ante nuevos síntomas o manifestaciones diferentes de la enfermedad.

En las últimas semanas, el aumento considerable de nuevos casos demuestra la necesidad de concienciación y preparación ante una posible nueva epidemia, siendo necesario el diseño de estrategias específicas para prevenir la transmisión en aras de frenar el avance de la enfermedad.

Bibliografía

1. WHO: World Health Organization. Monkeypox [Internet]. WHO; 2022 [consultado el 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>.
2. UKHSA: UK Health Security Agency. Monkeypox cases confirmed in England – latest updates. UKHSA; 2022 (actualizado 26 de julio de 2022) [consultado el 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates#:~:text=Friday%2010%20June%202022&text=There%20are%20currently%20348%20confirmed,with%20an%20individual%20with%20symptoms>.
3. ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox cases reported in UK and Portugal. ECDC; 2022 [consultado el 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-cases-reported-uk-and-portugal>.
4. FACME: Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas. Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas de viruela del mono. FACME; 2022. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2022/06/01.06.2022-DIAGN%C3%93STICO-DIFERENCIAL-LESIONES-CUT%C3%81NEAS-.pdf>.
5. Comisión Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica del Hospital General Universitario de Alicante. Evaluación paciente con sospecha de viruela del mono [Internet]. PROA Balmis; 2022 (versión 1 de junio de 2022) [citado el 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://proabalmis.com/manejo-clinico/monkeypox>.
6. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (2022). Informe de situación - Alerta sobre infección de viruela de los monos en España y otros países de Europa. http://www.mscbs.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/Informe_de_situacion_MPX_20220719.pdf.