

# VIRUELA DEL MONO. ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Dra. Sara Giner Ruiz<sup>1</sup> / Dra. Beatriz Quílez Cutillas<sup>2</sup> / Dra. Victoria Navarro Aznar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

<sup>3</sup>Médico Residente de Oncología Radioterápica. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

## RESUMEN

El virus de la viruela del mono se identificó por primera vez en 1958. El primer caso humano confirmado fue en 1970 aislado en un niño en la República Democrática del Congo<sup>1</sup>.

Es una enfermedad zoonótica viral que ocurre principalmente en áreas rurales de África central y occidental. Es causado por un virus perteneciente a la familia Poxviridae del género Orthopoxvirus.

Su transmisión es a partir de animales salvajes como roedores y primates, además de humanos a humanos. Ésta última, se ha relacionado con gotitas respiratorias y contacto con fluidos corporales, el entorno o una lesión cutánea en un individuo infectado.

Sus principales síntomas son fiebre, cefalea, mialgias, lumbalgia, adenopatías, escalofríos y astenia. Hasta una décima parte de los infectados con viruela del mono mueren, y la mayoría de las muertes ocurren en niños menores de diez años, teniendo una tasa de letalidad entre 3-6%<sup>2,3</sup>.

Presentamos el primer caso diagnosticado en la Comunidad Autónoma de Aragón del virus de la viruela del mono.

## PALABRA CLAVE

Monkeypox. Guía de práctica clínica. Tests serológicos.

## ACTION FROM THE EMERGENCY SERVICE AGAINST MONKEYPOX.

## ABSTRACT

The monkeypox virus was first identified in 1958. The first confirmed human case was in 1970 isolated in a child in the Democratic Republic of the Congo.

It is a viral zoonotic disease that occurs mainly in rural areas of Central and West Africa. It is caused by a virus belonging to the family Poxviridae of the genus Orthopoxvirus.

Its transmission is from wild animals such as rodents and primates, as well as from humans to humans. The latter has been linked to respiratory droplets and contact with body fluids, the environment or a skin lesion in an infected individual. Its main symptoms are fever, headache, myalgia, low back pain, adenopathies, chills and asthenia. Up to one-tenth of those infected with monkeypox die, and most deaths occur in children under the age of ten, with a case fatality rate between 3-6%.

We present the first clinical case diagnosed in the Autonomous Community of Aragon of the monkeypox virus.

## KEY WORDS

Monkeypox. Infectious disease emergencies. Viral transmission

# Notas Clínicas

## INTRODUCCIÓN

El virus de la viruela del mono, perteneciente a la familia Poxviridae del género Orthopoxvirus, es una enfermedad zoonótica viral que ocurre principalmente en áreas rurales de África central y occidental.

Sus principales síntomas son fiebre, cefalea, mialgias, lumbalgia, adenopatías, escalofríos y astenia. Hasta una décima parte de los infectados con viruela del mono mueren, y la mayoría de las muertes ocurren en niños menores de diez años, teniendo una tasa de letalidad entre 3-6%<sup>2,3</sup>.

En cuanto a su transmisibilidad, existe incertidumbre en la literatura más reciente acerca del momento de inicio del período de transmisibilidad. Se considera que éste comienza con la aparición de los primeros síntomas, teniendo en cuenta un período de incubación de entre 1-3 semanas. El riesgo de transmisión posterior de MPXV tras el contacto con un caso depende de la naturaleza y la proximidad del contacto debido a que existen muchas vías de transmisión: a través de gotas respiratorias grandes, por contacto directo con fluidos corporales de una persona infectada o con objetos contaminados, como ropa de cama o ropa, transmisión vertical y entre parejas sexuales, esta última parece ser el probable modo de transmisión en los últimos casos detectados<sup>4</sup>.

Por todo lo anterior expuesto, es necesario asegurar una buena calidad asistencial desde el servicio de urgencias incluyendo en el diagnóstico diferencial otras enfermedades exantemáticas que pueden cursar con erupción pustulosa o vesicular como viruela, varicela, herpes virus, eczema, enterovirus, sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, sarna, sífilis, VIH y alergias asociadas a medicamentos.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 58 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel, por lesiones costrosas localizadas en región suprapúbica y adenopatías inguinales de dos semanas de evolución.

Afebril en todo momento, sin artralgias ni mialgias. Hace 4 días síndrome gripal autolimitado sin tratamiento.

Adherente con su calendario vacunal infantil, sin antecedentes de infecciones víricas en la infancia. Reconoce haber tenido relaciones sexuales de riesgo aumentadas en las últimas semanas. Niega secreción uretral ni prurito ni dolor en lesiones.

Última relación sexual de riesgo hace 6 días en una ciudad con varios casos confirmados y sospechosos de Monkeypox.

A la exploración, se palpan dos adenopatías inguinales bilaterales de 4-5 cm de tamaño sin aumento de temperatura ni discontinuidad de la piel, se visualizan lesiones costrosas (en torno a 4-5) no exudativas, no pruriginosas ni dolorosas.

Ante dichos hallazgos se solicita bioquímica y hemograma básico cuyos resultados son anodinos con parámetros de infección e inflamación normales (ausencia de linfocitosis con neutrofilia, y ausencia de aumento de la Proteína C reactiva, PCR).

Además, en contexto de descartar enfermedades de transmisión sexual (ETS), se solicita extracción de serologías además de solicitar frotis de las lesiones.

Ante la situación epidemiológica del virus de la viruela del mono en la que nos encontramos, y actuando conforme al último protocolo elaborado por el gobierno de España<sup>4</sup> se decide de manera consensuada informar a Salud Pública y se envía muestra del frotis en medio de transporte virus en frío al Centro Nacional de Microbiología (CNM) y se indica que el paciente deberá permanecer aislado en domicilio hasta desaparición de lesiones.

Esta entidad, será la encargada de realizar la búsqueda de contactos.

A los 4 días se obtienen los siguientes resultados de serologías: negativo para VIH, vacunado de VHB, VHC, anticuerpos de infección previa del VHS, positivo para Lúes (RPR 1/16, TPPA 4, anticuerpos frente a T. Pallidum positivo).

Con respecto al frotis de las lesiones cutáneas, se obtuvo PCR viruela humana negativo y PCR Orthopoxvirus positivo.

# Notas Clínicas

En definitiva, nos encontramos con el primer caso en la Comunidad Autónoma de Aragón del virus de la viruela del mono. Asimismo, el paciente también es positivo para sífilis.

## DISCUSIÓN

En las últimas décadas, se han notificado casos confirmados de Monkeypox en lugares como la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Liberia, Nigeria, la República del Congo y Sierra Leona. En la actualidad, existen regiones africanas donde hay brotes activos de éste.

Tras descubrir el primer caso de dicho virus en un ser humano en mayo de 2022 en Portugal, se puso en funcionamiento una cadena de labores de investigación multidisciplinar para conocer cómo abordar dicha patología y sobretodo frenar la transmisión<sup>5</sup>.

La erradicación de la viruela y la posterior falta de esfuerzos de vacunación allanaron el camino para que la viruela del mono ganara relevancia clínica<sup>1</sup>. Dicho resurgimiento ha dado lugar a muchas teorías, siendo la más predominante la disminución de la inmunidad.

Los datos históricos han demostrado que la vacunación contra la viruela fue aproximadamente un 85% protectora contra la viruela del mono. Tras el éxito de la campaña de vacunación contra la viruela, la enfermedad fue declarada erradicada en 1980 por la Asamblea Mundial de la Salud, y la vacunación de rutina se detuvo, olvidando por ello el virus de la viruela del mono<sup>6</sup>.

La rápida detección de nuevos casos es fundamental para erradicar posibles cadenas de transmisión. Para ello, requiere un alto índice de sospecha clínica ya que su identificación durante la fase inicial es difícil.

En nuestro caso a tratar, se trató en un principio como caso probable, acorde con el protocolo del gobierno de España<sup>4</sup>, entendido como aquel que cumple un criterio clínico (exantema vesicular, en cualquier parte del cuerpo, que presenta uno o más síntomas o signos clásicos de infección por monkeypox) y un criterio epidemiológico (mantenimiento en los

últimos 21 días relaciones en contextos sexuales de riesgo).

La confirmación de su diagnóstico es mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Acorde con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las muestras deben ser envasadas y enviadas en frío a un centro de microbiología<sup>3</sup>.

En cuanto a su tratamiento, aunque existe una vacuna aprobada recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para la prevención de la viruela y la viruela del mono, actualmente no existe una terapéutica<sup>7</sup>.

Actualmente no hay tratamientos autorizados para la viruela del mono, aunque existen dos medicamentos, brincidofovir y tecovirimat, que han sido aprobados en los EE.UU. para el tratamiento de la viruela en previsión de un potencial evento de bioterrorismo. No obstante, no se han estudiado en ensayos de eficacia humana pese a demostrar eficacia contra otros orthopoxvirus<sup>7</sup>.

En 2022, a raíz del análisis de datos obtenidos en estudios en animales y humanos, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) autorizó el uso para la viruela símica de un antivírico denominado tecovirimat que se había desarrollado para la viruela. Todavía no está ampliamente disponible. Si se utiliza para atender al paciente, en condiciones ideales la administración del tecovirimat debe supervisarse en un contexto de investigación clínica con recopilación de datos prospectivos<sup>3</sup>.

Por lo tanto, acorde con lo estipulado por la OMS, la finalidad del tratamiento ha de ser aliviar los síntomas, controlar las complicaciones y evitar secuelas a largo plazo<sup>3</sup>.

## CONCLUSIONES

En el servicio de Urgencias se realizó un amplio diagnóstico diferencial que permitió un diagnóstico y actuación precoz bajo los criterios de Salud Pública.

Resulta fundamental a la hora de actuar frente a una patología tener en cuenta el ambiente epidemiológico actual en que nos encontramos para llevar a cabo un correcto diagnóstico.

# Notas Clínicas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morgenstern J. Monkeypox. First10EM blog. 2022;
2. Peter O, Kumar S, Kumari N, Oguntolu F, Oshinubi K, Musa R. Transmission dynamics of Monkeypox virus: a mathematical modelling approach. *Modeling Earth Systems and Environment*. 2021;
3. Viruela símica [Internet]. Who.int. 2022 [cited 30 May 2022]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
4. Gobierno de España. PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO DE CASOS ANTE LA ALERTA DE VIRUELA DE LOS MONOS (MONKEYPOX) EN ESPAÑA. Madrid; 2022.pp. 1-13.
5. Perez Duque Mariana, Ribeiro Sofia, Martins João Vieira, Casaca Pedro, Leite Pedro Pinto, et al. Ongoing monkeypox virus outbreak, Portugal, 29 April to 23 May 2022. *Euro Surveill*. 2022;27(22):pii=2200424. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200424>.
6. Bunge E, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer L et al. The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2022;16(2):e0010141.
7. Adler H, Gould S, Hine P, Snell L, Wong W, Houlihan C et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *The Lancet Infectious Diseases*. 2022.