

Características clínicas y epidemiológicas de la viruela del mono en una serie de casos tratados en un establecimiento de salud del Perú

Clinical and epidemiological characteristics of monkeypox in a series of cases treated in a health establishment in Peru

Mónica Briceño^{1,a}

¹ Policlínico Hermana María Don Rose Sutmoller, Seguro Social de Salud. Callao, Perú.

^a Médico dermatólogo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5534-3412>

An Fac med. 2023;84(2):192-195. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i2.24553>.

Correspondencia:

Mónica Briceño Aliaga
 Monicris12000@yahoo.com

Recibido: 22 de enero 2023

Aprobado: 6 de marzo 2023

Publicación en línea: 30 de mayo 2023

Conflictos de interés: La autora declara que no existe conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Contribuciones de autoría: La autora ha participado en la concepción, redacción y la revisión de la versión final del artículo para su publicación. Además, asume la responsabilidad por lo publicado.

Citar como: Briceño M. Características clínicas y epidemiológicas de la viruela del mono en una serie de casos tratados en un establecimiento de salud del Perú. An Fac med. 2023; 84(2):192-195. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i2.24553>.

Resumen

La infección por el virus de la viruela del mono es una zoonosis producida por un virus tipo DNA, del género orthopoxvirus. En este reporte se describe una serie de 12 casos cuya media de edad fue 36 años, con antecedente de sexo entre hombres en el 66%; previo al inicio de los síntomas el 50% manifestó haber tenido relaciones sexuales con desconocido. Los síntomas prodrómicos se presentaron en el 90%, entre 1 y 4 días caracterizados por fiebre, cefalea, mialgia. Las lesiones dérmicas fueron pústulas-vesículas, pápulas, costras localizadas principalmente en extremidades, cara-tórax y genitales. Todos los casos tuvieron una evolución favorable.

Palabras claves: Viruela del Mono; Sexo Inseguro; Informes de Casos; Perú (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Monkeypox virus infection is a zoonosis caused by a DNA-like virus of the orthopoxvirus. This report describes a series of 12 cases whose mean age was 36 years, with a history of sex among men in 66%; prior to the onset of symptoms, 50% said they had had sex with a stranger. Prodromal symptoms occurred in 90%, between 1 and 4 days characterized by fever, headache, mialgia. The dermal lesions were pustules-vesicles, papules, scabs located mainly on extremities, face-thorax and genitals. All cases had a favorable evolution

Keywords: Monkeypox; Unsafe Sex; Case Report; Peru (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la viruela del mono, actualmente llamada enfermedad de Mpox, es una zoonosis producida por un virus DNA del género orthopoxvirus⁽¹⁾. El contagio puede producirse por contacto directo, a través de fluidos corporales o fómites⁽²⁾, esto origina un cuadro clínico con lesiones dérmicas caracterizadas por máculas, vesículas, costras que secan y luego se desprenden⁽¹⁻³⁾.

Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el brote de la enfermedad de Mpox empezó en mayo del 2022, y fueron notificados, al 11 de noviembre de dicho año, cerca de 65 000 casos confirmados. En el Perú hasta el 20 de diciembre del 2022 fueron confirmados 3629 casos, de los cuales 2817 fueron de Lima y 249 del Callao.

En el presente estudio describimos las características de los primeros casos tratados en un establecimiento de atención primaria de salud del Perú durante la epidemia de la enfermedad de Mpox ocurrida entre agosto y diciembre del 2022. Esta descripción tiene valor educativo como fuente de aprendizaje por los antecedentes y factores de riesgo de los casos.

REPORTE DE CASOS

Durante el período de agosto a diciembre del 2022 en el Policlínico Hermana María Don Rose Suttmoller del Seguro Social de Salud del Perú, en el distrito de Ventanilla, Callao, fueron tratados 12 pacientes con infección por viruela del mono. El 100% tuvo diagnóstico confirmado por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de muestra de raspado de la lesión. Los datos fueron obtenidos de las fichas epidemiológicas de los pacientes con este diagnóstico.

El promedio de edad fue de 36 años (mínimo- máximo: 26- 48 años). El 91,5% (11/12) fueron varones. En la orientación sexual, el 25% eran homosexuales (3/12), 41,6% bisexual (5/12) y 33,3% (4/12) heterossexual. El 50% de los pacientes manifestó haber tenido relación sexual con persona desconocida (6/12), los lugares de contacto fueron los saunas, discote-

cas, bares y prostíbulos. El 33% (4/12) tuvo infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La única paciente mujer tuvo diabetes mellitus, no refirió relaciones sexuales, ni familiar infectado y trabajaba en limpieza de baños.

Respecto a las características clínicas, el 91,6% (11/12) refirió pródomos, caracterizados por fiebre, cefalea en el 66% de los casos (8/12); odinofagia, escalofríos, mialgia en 41,6% (5/12); linfadenopatía, astenia en 25% (3/12). En el 83% (10/12) los síntomas se presentaron 1 a 4 días previos a las manifestaciones en piel, un caso no refirió pródomos y uno los presentó el mismo día.

Las lesiones dérmicas al momento del diagnóstico se caracterizaron por la presencia de pústulas y vesículas en el 75% de los casos (9/12), pápulas en el 58% (7/12); costras en el 50% (6/12) y máculas en el 25% (3/12). Las lesiones estuvieron ubicadas en el 100% de los casos en extremidades, 83% (10/12) en cara y tórax; 75% (9/12) en genitales, 33,3% (4/12) en boca y 8,3% (1/12) en ano. Los 2 pacientes que no refirieron relaciones sexuales también tuvieron lesiones en genitales. A las 2 semanas los pacientes aún tenían lesiones costrosas y ninguna lesión al alta médica a los 21 días (Figura 1).



Figura 1. Lesión en genital de tipo papular con centro necrótico, superficie costrosa y rodete inflamatorio

Todos los pacientes evolucionaron favorablemente, se reincorporaron a su actividad laboral a los 21 días, sólo recibieron tratamiento sintomático. Ninguno tuvo complicaciones (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Los 12 pacientes con enfermedad de Mpox fueron adultos, con un promedio de edad similar a lo reportado por Prasad y col.⁽⁴⁾ en 11 varones; el 66,6% tuvo antecedente de tener sexo con hombres (HSH), entre estos el 25% fueron homosexuales y el 41,6% bisexuales. Estos hallazgos coinciden con estudios realizados durante la epidemia en países no endémicos como Corea, Portugal, Reino Unido y un estudio de 41 países en Europa⁽⁵⁻⁹⁾. La mitad de los casos tuvo relaciones sexuales no protegidas con desconocidos y la tercera parte tuvo antecedente de VIH, lo cual nos indica conductas de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual; y en el caso de los pacientes con VIH la ausencia de modificación actitudinal en las conductas de riesgo.

En la serie de 101 casos en 13 países descrita por Prasad y col. se encontró que el 40% tenía HIV⁽⁴⁾; en el Perú el estudio de Pampa y col. encontró que entre los primeros casos sospechosos los varones fueron los más afectados⁽¹⁰⁾, y el estudio de Sihuicha y col. en 205 casos en el Hospital Loayza coincide con nuestros hallazgos al reportar que el 98% fueron varones con una edad promedio en la tercera década de la vida, además, 54% tuvo relaciones sexuales con pareja desconocida; mientras que difiere en encontrar un mayor porcentaje de hombres que tuvieron sexo con hombres (93%) y de casos con VIH (66%)⁽¹¹⁾.

El 91,6% refirió pródomos 1 a 4 días previos, caracterizados por fiebre, cefalea, odinofagia, escalofríos, mialgia, linfadenopatía, astenia; síntomas y signos que en la mayoría de los casos constituyen manifestaciones inespecíficas sistémicas como evidencia de la viremia que produce el orthopoxvirus⁽¹²⁻¹³⁾.

La alteración en piel sigue una secuencia de mácula, pápula, vesícula, pústula costra⁽¹⁴⁾, es decir, un rash evolutivo. Las

Tabla 1. Resumen de casos de viruela del mono controlados en Policlínico Hermana María Don Rose Suttmoller, EsSalud, agosto-diciembre 2022.

Caso	Edad (años)	Sexo	Antecedentes	Orientación sexual	Tiempo de pródomos	Síntomas prodrómicos	Tipo de lesión	Ubicación de lesiones
1	37	M	VIH Relación sexual con desconocido	Homosexual	3 días	Fiebre, cefalea, malestar	Vesícula	Ano, manos
2	45	M	VIH Sauna contacto piel con piel con desconocido	Homosexual	4 días	Fiebre cefalea, linfadenopatías	Mácula pápula vesícula pústula	Cara, tórax, extremidades, genitales
3	38	M	-	Heterosexual	2 días	Fiebre, cefalea, odinofagia, dolor de espalda	Pápula vesícula pústula costra	Cara, boca, extremidades, genitales
4	36	M	-	Bisexual	1 día	Fiebre, escalofríos, cefalea, astenia, mialgia	Pápula vesícula pústula	Tórax, extremidad, genitales
5	32	M	Contacto con persona con VM	Bisexual,	1 día	Fiebre, escalofrío, mialgia, odinofagia	Mácula pápula vesícula costra	Cara, tórax, extremidad, genitales
6	39	M	VIH Relación sexual con desconocido en el extranjero	Homosexual	No refiere		Pápula vesícula costra	Cara, tórax, extremidad
7	26	M	Tuvo sífilis en el último año Relación sexual con desconocido	Bisexual	3 días	Fiebre, escalofríos, cefalea, odinofagia, mialgia	Pápula	Cara, boca, tórax, extremidades
8	29	M	VIH	Bisexual	2 días	Fiebre, cefalea, mialgia	Vesícula pústula	Cara, tórax, extremidad, genitales
9	39	M	-	Heterosexual	1 día	Fiebre, escalofríos, cefalea, astenia, mialgia, linfadenopatía ingle	Vesícula pústula costra	Cara, tórax, extremidades
10	34	M	-	Heterosexual	3 días.	Escalofríos, cefalea, mialgia, dolor de espalda	Vesícula pústula	Cara, boca, tórax, extremidades, genitales
11	48	F	Diabetes Trabaja limpiando servicios higiénicos, no utiliza implementos de protección	Heterosexual	El mismo día de lesiones	Fiebre, escalofríos, odinofagia, linfadenopatía	Pápula vesícula pústula costra	Cara, tórax, extremidad, genitales
12	29	M	Relación sexual con trabajadora sexual	Bisexual	2 días	Fiebre, cefalea, odinofagia, astenia	Mácula pústula costra	Cara, tórax, genitales

M: masculino, F: femenino, VIH: virus de la inmunodeficiencia humana, VM: viruela del mono

lesiones son monomórficas en un área determinada, lo cual la diferencia de la varicela en la que encontramos varios estadios. Como parte de la segunda viremia del ganglio hacia la piel se producen

las manifestaciones dérmicas o en otros órganos ⁽¹⁵⁾.

Su distribución en tórax y cara está relacionada con la mayor concentración de

glándulas sebáceas. Es probable que el orthopoxvirus tenga una mayor afinidad por los lípidos de las glándulas sebáceas. En la dermatopatología se ha descrito necrosis epidérmica en el centro de las

lesiones, con hiperplasia y hendiduras en espacio intersticial con acúmulo de fluido y detritus, ulceración, edema en márgenes de área necrótica, inflamación de dermis con destrucción de glándulas sebáceas y folículos ⁽¹⁶⁾.

Un paciente con VIH, en tratamiento antirretroviral, con linfocitos T-CD4 de 666 cel/mL presentó lesiones vesiculopustulares en ano. Dicho paciente inicialmente fue diagnosticado con herpes simple, infección que se encuentra entre los diagnósticos diferenciales al igual que herpes zoster, sífilis, molusco contagioso, enfermedad pie mano boca, criptococosis ⁽²⁾. El compromiso en genitales y región anal es una expresión que la localización inicial está asociada con el punto de entrada con posterior distribución centrífuga ⁽¹⁷⁾. Al inicio de la epidemia del 2022 los reportes refirieron que el mayor porcentaje de lesiones se encontraban en estas regiones. En España el 78% de casos presentó lesiones en región anogenital ⁽¹⁸⁾. Se ha reportado la identificación de ADN del virus de la viruela del mono en muestra de fluido seminal con capacidad de replicación ⁽¹⁹⁾.

Ningún paciente falleció o tuvo complicaciones, otras series en Reino Unido e India han reportado letalidad de 0,0094 a 1,4% ⁽⁸⁻⁹⁾ o requerimiento de hospitalización en el 10% de los casos ⁽¹¹⁾. En pacientes con HIV la mortalidad puede llegar hasta el 25% con lesiones de piel hemorrágicas o necrotizantes severas, compromiso neurológico asociado al conteo de CD4 menor a 200 cel/mL, con causa de muerte por falla multiorgánica, choque séptico o falla respiratoria ⁽²⁰⁾.

Concluimos como lección aprendida que la infección por Mpox fue principal-

mente en varones, que tuvieron relaciones sexuales con desconocido en el 50% de los casos, con síntomas prodrómicos de 1 a 4 días previos a las lesiones dérmicas y que el 100% evolucionó favorablemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rizk J, Lippi G, Henry B, Forthal D, Rizk Y. Prevention and Treatment of Monkeypox. *Drugs*. 2022; 82:957–963. DOI: 10.1007/s40265-022-01742
- Halani Sh, Mishra Sh, Bogoch I. The monkeypox virus. *CMAJ*. 2022; 194(24): E844. DOI: 10.1503/cmaj.220795
- Hraib M, Jouni S, Albitar MM, Alaidi S, Alshehbi Z. The outbreak of monkeypox 2022: An overview. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;79:104069. DOI:10.1016/j.amsu.2022.104069
- Prasad S, Galvan C, Strahan AG, et al. A dermatologic assessment of 101 mpx (monkeypox) cases from 13 countries during the 2022 outbreak: Skin lesion morphology, clinical course, and scarring. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(5):1066-1073. DOI:10.1016/j.jaad.2022.12.035
- Jang YR, Lee M, Shin H, Kim JW, Choi M, Kim YM, Lee MJ et al The First Case of Monkeypox in the Republic of Korea *J Korean Med Sci*. 2022;37(27):e224. DOI: 10.3346/jkms.2022.37.e224.
- Patel A, 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: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072410>
- Perez M, Ribeiro S, Vieira J, Casaca P, Pinto P, Tavares M et al. Ongoing monkeypox virus outbreak, Portugal, 29 April to 23 May 2022. *Euro Surveill*. 2022;27(22):2200424. DOI:10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200424.
- Khan I, Bashar MA. Emerging threat of human monkey pox for India: Requires preparation, not panic. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2022;18:101179. DOI:10.1016/j.cegh.2022.101179.
- Vaughan A, Cenciarelli O, Colombe S, Alves de Sousa L, Fischer N, Gossner C et al. A large multi-country outbreak of monkeypox across 41 countries in the WHO European Region, 7 March to 23 August 2022. *Euro Surveill*. 2022; 27(36):2200620. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2022.27.36.2200620.
- Pampa L, Meza K, Vargas M, Borgoño N, Martínez C, Padilla C et al. Características de los primeros

casos reportados como sospechosos de Monkeypox en el Perú. *An Fac med*. 2022;83(3):228-34. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v83i3.23220>.

- Sihuincha M, Lucchetti A, Paredes R, Martínez L, Zumaeta E, Ponce L et al Epidemiologic characteristics and clinical features of patients with monkeypox virus infection from a hospital in Peru between July and September 2022. *Int J Infect Dis*. 2023;129:175-180. DOI: 10.1016/j.ijid.2023.01.045.
- Antinori A, Mazzotta V, Vita S, Carletti F, Tacconi D, Lapini L et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of four cases of monkeypox support transmission through sexual contact, Italy, May 2022. *Euro Surveill*. 2022;27(22):2200421. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200421
- Moreno M y Clavo P. Infección por virus de la viruela del mono. Caso clínico *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114:T83-T85.10.1016/j.ad.2022.06.020 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.06.014>
- Xiang Y, White A. Monkeypox virus emerges from the shadow of its more infamous cousin: family biology matters. *Emerg Microbes Infect*. 2022;11(1):1768-1777. DOI:10.1080/22221751.2022.2095309
- Kaler J, Hussain A, Flores G, Kheiri S, Desrosiers D. Monkeypox: A Comprehensive Review of Transmission, Pathogenesis, and Manifestation. *Cureus*. 2022;14(7):e26531. DOI:10.7759/cureus.26531
- Mauldin M, McCollum A, Nakazawa Y, Mandra A, Whitehouse E, Davidson W et al. Exportation of Monkeypox Virus From the African Continent. *J Infect Dis*. 2022;225(8):1367-1376. DOI: 10.1093/infdis/jiaa559.
- Rodríguez-Cuadrado FJ, Nájera L, Suárez D, et al. Clinical, histopathologic, immunohistochemical, and electron microscopic findings in cutaneous monkeypox: A multicenter retrospective case series in Spain. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(4):856-863. DOI:10.1016/j.jaad.2022.12.027
- Tarin E, Alemany A, Agud M, Ubals M, Suñer C, Antón A et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study *Lancet*. 2022; 400(10353):661-669. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01436-2.
- Lapa D, Carletti F, Mazzotta V, Matusali G, Pinnetti C, Meschi S et al. Monkeypox virus isolation from a semen sample collected in the early phase of infection in a patient with prolonged seminal viral shedding. *Lancet Infect Dis*. 2022; 22: 1267–69. DOI: 10.1016/S1473-3099(22)00513-8.
- Mitjà O, Alemany A, Marks M, Lezama J, Rodríguez JC, Secco M et al Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. *Lancet*. 2023; 401(10380):939-949. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)00273-8. Epub 2023 Feb 21.