

CASO CLÍNICO

Viruela del mono. Informe de un caso recibido en nuestro centro y breve revisión del caso.

Walter Chávez

* Médico Dermatólogo del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

Correspondencia:
walterchavezmen@hotmail.com

Palabras clave: Viruela del mono.
Dermatoscopia. Informe de un caso.

Fecha de recepción: 27/12/2022
Fecha de aceptación: 03/01/2023

RESUMEN

En el momento en que en mayo del 2022, la Organización Mundial de la Salud y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en junio de 2022, confirmaron la existencia de 1200 casos en 29 países, el resurgimiento de la viruela del mono en el mundo se estableció firmemente como un problema de salud pública. En nuestro país conocemos la existencia de algunos casos. Reportamos el primer caso de la enfermedad recibido en nuestro centro.

INTRODUCCIÓN

La viruela del mono es una zoonosis de etiología vírica que se presenta con manifestaciones muy similares a las observadas en pacientes con viruela. El cuadro se caracteriza por fiebre, linfadenopatías y lesiones cutáneas, que se localizan preferentemente en la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies.¹

La viruela del mono es un virus ADN de doble cadena del género Orthopoxvirus y de la familia Poxviridae, que se transmite al ser humano por contacto con animales o humanos infectados o a través de material contaminado con este virus. La penetración del virus se produce por contacto directo con sangre, fluidos y lesiones epidérmicas o mucosas, gotitas del tracto respiratorio o intrauterino. El periodo de incubación oscila entre 6 y 13 días, pero puede ser de hasta 21 días, con pródromos inespecíficos como cefalea, dolores musculares y linfadenopatías. El brote de lesiones cutáneas ocurre dos a tres días después de los pródromos, en forma centrífuga, en la cara y extremidades con compromiso palmoplantar y con un número de lesiones que varía de escaso a múltiple, observándose como lesiones

que van de máculo-pápulas a vesicopústulas, costras y descamación durante varias semanas, después de lo cual dejan de considerarse contagiosas.²

En resumen, las características clásicas de esta enfermedad pueden establecerse como sigue:³

- Síntomas prodrómicos (fiebre, cefalea, malestar y linfadenopatía) entre 5 y 21 días después de la exposición
- Erupción centrífuga dolorosa 1-3 días después de la fiebre
- Localización preferente en la cara (95%), seguida de manos/pies (75%), mucosa oral (70%), genitales (30%) y conjuntiva (20%).
- Progresión lesional secuencial (máculas, pápulas, vesículas, pústulas, costras) en todo el cuerpo y en el mismo estadio de desarrollo.

Actualmente, hay autores que consideran que la viruela símica podría ser una infección de transmisión sexual frecuente pero no exclusiva en hombres homosexuales, estableciendo que las lesiones perineales y genitales sugieren la transmisión de la enfermedad

por vía sexual,⁴ que puede confundirse fácilmente con el herpes simple, el molusco contagioso o la sífilis.⁵

Actualmente se están notificando presentaciones atípicas de la enfermedad, que se alternan con casos de presentación clásica. Estas formas se observan de la siguiente manera:⁶

- Lesiones cutáneas escasas o aisladas mínimamente sintomáticas (dolorosas o pruriginosas).
- Dolor y hemorragia anal sin lesiones cutáneas
- Lesiones anogenitales sin afectación corporal adicional
- Lesiones en diferentes fases de desarrollo (asincrónicas)
- Ausencia de período prodrómico o síntomas constitucionales mínimos

En estos casos atípicos, el cuadro puede debutar con pocas o incluso una sola lesión cutánea, que puede preceder, en lugar de seguir, a los síntomas prodrómicos habituales.

Aunque esta infección puede causar lesiones perioculares (periorbitarias y palpebrales), la córnea y la conjuntiva pueden verse igualmente afectadas, causando queratitis y otras lesiones adicionales como iritis/iridociclitis, retinitis/corioretinitis, optoneuritis, oftalmoplejía y dacriocistitis, cuya relación con la infección no está del todo clara.⁷

Las complicaciones relacionadas con la viruela símica pueden incluir neumonía, encefalitis, sepsis y pérdida permanente de visión debido a la cicatrización de la córnea.

El aislamiento debe mantenerse durante aproximadamente 14 a 21 días y los contactos cercanos deben aislarse durante 14 días.⁸

Los factores de riesgo⁴ que facilitan el contagio se detallan a continuación:

1. Paciente varón joven
2. Comportamiento de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin preservativo.
3. Promiscuidad
4. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

Se han notificado casos con enfermedades de transmisión sexual concomitantes que deben descartarse.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, la confirmación de laboratorio de los casos clínicos sospechosos mediante RT-PCR, que es actualmente el patrón oro, ya que la serología está limitada por la reactividad cruzada con otros poxvirus.⁹

La dermatoscopia muestra un tono intensamente blanquecino y una ausencia de estructuras vasculares que puede ser útil en el diagnóstico diferencial con lesiones umbilicadas como el molusco contagioso.⁹

Aunque la mayoría de los casos evolucionan con síntomas leves y autolimitados, algunos pueden evolucionar a una enfermedad grave y requerir un tratamiento farmacológico adecuado. El tecovirimat es un fármaco antivírico oral o intravenoso utilizado inicialmente para el tratamiento de la viruela y aprobado recientemente para el tratamiento de la viruela del mono. Este fármaco actúa bloqueando la proteína de membrana VP37 del virus, lo que a su vez bloquea la liberación de partículas víricas de la célula huésped infectada e impide la propagación a la célula vecina. También se ha utilizado en combinación con la inmunoglobulina vaccinia para controlar complicaciones como el eczema vaccinatum que surge como consecuencia de la vacunación contra la viruela. Actualmente hay dos vacunas disponibles para la prevención de la enfermedad ACAM2000 aprobada en 2007 para la viruela y MVA-BN aprobada en 2019 tanto para la viruela como para la viruela del mono.^{10,11}

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 38 años con antecedentes de psoriasis de larga evolución. El paciente refiere que aproximadamente diez días antes presentó síntomas con malestar general, fiebre, cefalea, dolor muscular, acompañados de una erupción que refiere como vesículo-pustulosa en región genital, cuello y tronco. El paciente no presentaba linfadenopatías. Tampoco tiene antecedentes de homosexualidad.

Al examen, lesiones no abundantes localizadas en la oreja, el cuello, el tronco, el abdomen, la zona perigenital y la pierna en diferentes momentos, vesículas umbilicadas (Fotos 1 y 2), pústulas (Fotos 3 y 4), lesiones erosionadas y costrosas (Fotos 5-7).

El examen dermatoscópico nos permite observar la existencia de una lesión en diana con una zona peri-

férica eritematosa, una zona intermedia blanquecina que en algún momento nos recordó al signo del cúmulo observado en la dermatoscopia de la hiperplasia sebácea;¹² un anillo escamoso que rodea la zona central de forma redondeada, blanquecino eritematosa con presencia de hemorragias puntiformes. No se observan los vasos irregulares y curvilíneos característicos del molusco contagioso (Fotos 8 y 9).



Fotos 1 y 2. Lesiones vesiculares y claramente umbilicadas en la oreja y el cuello.



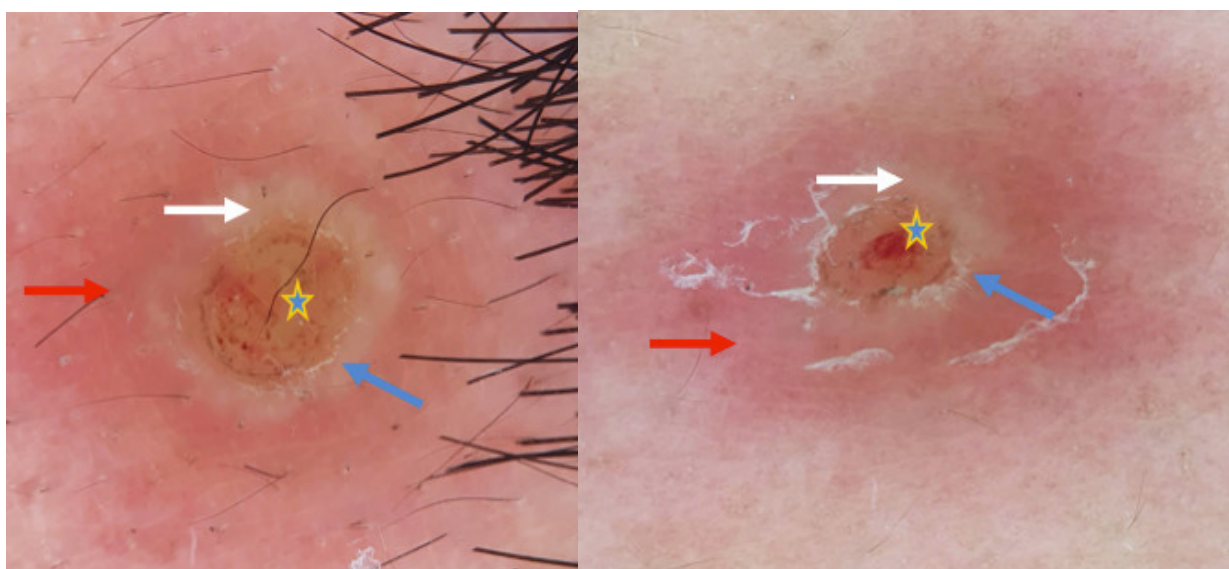
Fotos 3 y 4. Lesiones pustulosas.



Fotos 5 y 6. Lesiones erosionadas y costrosas en la zona perigenita.



Foto 7. Lesiones erosionadas y costrosas en la zona perigenital.



Fotos 8 y 9. Dermatoscopia que muestra una zona eritematosa periférica (flecha roja), una zona blanquecina parecida al signo del cúmulo (flecha blanca), un collarín escamoso (flecha azul), una zona central rosado-blanquecina con hemorragias punteadas (estrella).

Se realizaron exámenes y pruebas de rutina para herpes virus, sífilis e inmunodeficiencia humana, todos los cuales fueron negativos. Se solicitó una prueba para la viruela del mono y la detección del ADN del virus fue positiva por PCR para el virus de la viruela del mono.

El paciente fue seguido durante dos semanas y estaba en clara remisión en su última cita, sin requerir más medicación que la sintomática.

CONCLUSIÓN

Este proceso vírico tiene unas características clínicas que en un momento dado pueden prestarse a dudas diag-

nósticas, sobre todo cuando debuta con lesiones únicas o muy escasas. Cuando una única lesión se localiza a nivel genital, da lugar a confusión con un chancro sifilítico, y si son lesiones umbilicadas fácilmente podrían tomarse por molusco contagioso y es entonces cuando entran en juego las características clínicas tanto de la viruela símica como de la sífilis o del molusco para establecer simples diferencias, como el hecho de que el molusco contagioso no se acompaña de las manifestaciones generales de la viruela símica. Sin embargo, cuando la presentación de este cuadro se encasilla en el modo atípico, como en nuestro caso, puede dar lugar a mayores dificultades. Por eso nos pareció interesante publicar este caso para establecer conceptos básicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viruela símica. Marín E, Calvo MJ, Zacate Y, Colin T, Jaimes AM. *Dermatol Rev Mex* 2022; 66 (5): 523-534.
2. D'Aguanno K, Meloche L, Vera C, Jasso JC. Modos de transmisión y manifestaciones clínicas del virus de la viruela del mono. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 2022, Vol. 26(5) 534-535.
3. Eisenstadt R, Liszewski W, Nguyen CV. Cómo reconocer la afectación cutánea mínima o los síntomas sistémicos en la viruela del mono. *JAMA Dermatology* 2022; 158: 1457-1458.
4. Sian P, Roncada G, Amante H. Viruela de los monos transmitida sexualmente: relato de dos casos. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2022;97(6):783-785.
5. Turco M., Mancuso F., Pisano L. A monkeypox virus infection mimicking primary syphilis. *British Journal of Dermatology* (2022) 187, ppe194-e195.
6. Eisenstadt R, Liszewski W, Nguyen CV. Cómo reconocer la afectación cutánea mínima o los síntomas sistémicos en la viruela del mono. *JAMA Dermatology* 2022; 158: 1457-1458.
7. Kauffman R, Chodosh J, Pineda R. Monkeypox Virus and Ophthalmology-A Primer on the 2022 Monkeypox Outbreak and Monkeypox-Related Ophthalmic Disease. *JAMA Ophthalmol.* doi:10.1001/jamaophthalmol.2022.4567.
8. Brockmeyer N. As monkeypox goes sexual: a public health perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36:1164-1166.
9. Maronese CA, Beretta A, Avallone G et al. Clinical, dermoscopic and histopathological findings in localized human monkeypox: a case from northern Italy. *British Journal of Dermatology* 2022; 187:784-830.
10. D'Aguanno K, Meloche L, Vera C, Jasso JC. Modos de transmisión y manifestaciones clínicas del virus de la viruela del mono. *Revista de Medicina y Cirugía Cutáneas* 2022;26:534-535.
11. Dogra S, Mehta H, Gupta S, Suri V. Viruela del mono: una nueva emergencia sanitaria mundial con manifestaciones dermatológicas predominantes. *Revista Internacional de Dermatología* 2023, 62, 3-11.
12. Uraga E, Briones MC, Uraga MV. Detalles dermatoscópicos de la hiperplasia sebácea. *Piel Latinoamericana*, 12 de abril de 2012