



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

«Cuando la falta de protección nos acerca a nuestros orígenes». El inicio de una pandemia



«When lack of protection brings us closer to our origins». The start of a pandemic

Irene Carrillo^{a,*}, Margarita Jo Velasco^b, Laura Fuertes de Vega^c y Beatriz Álvarez^a

^a División de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Descripción del caso

Varón de 34 años, natural de Colombia, con residencia habitual en España, fumador y consumidor de cocaína, con infección por VIH conocida desde el año 2013 y adquirida por vía sexual (HSH), acudió a urgencias por proctalgia intensa, exudado y tenesmo rectal desde hacía 4 días. Además, asociaba febrícula, aparición de varias lesiones perianales y alguna pápula pruriginosa distribuida por el tronco, los brazos y las palmas. Como dato importante reconocía relaciones sexuales sin protección con un varón sano durante las 2 últimas semanas. En la anamnesis negó contacto con animales o personas enfermas y haber realizado viajes recientes al extranjero.

En su última revisión en consulta el paciente reconocía tener buena adherencia al tratamiento antirretroviral (DTG + 3TC) y buen control inmunoviroológico.

A la exploración física presentaba aceptable estado general y constantes estables (TA: 113/65; FC: 72; T: 36,9°C; SatO₂: 98%). A nivel cutáneo se observaron lesiones pustulosas de dispersión perianal con centro necrótico y bordes sobreelevados, algunas supurativas (fig. 1) y pápulas aisladas en tronco y miembros superiores (fig. 2) incluyendo palmas. Por otro lado, se palparon adenopatías inguinales bilaterales de aspecto reactivo y en la anoscopia se describió la mucosa inflamada, intensamente ulcerada y friable con abundante pus y sangrado, y se obtuvo una biopsia de una de las lesiones perianales (fig. 3).



Figura 1. Lesiones pustulosas y ulceradas de dispersión perianal con centro necrótico y bordes sobreelevados.



Figura 2. Pústula aislada en miembro superior y eritema perilesional.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irene.carrillo@fjd.es (I. Carrillo).

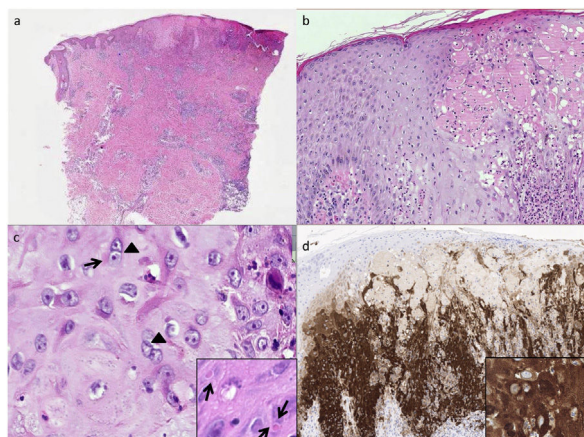


Figura 3. a) Piel que muestra área ulcerada; b) La epidermis muestra leve acantosis, exocitosis de tipo mixto y detritus; c) Queratinocitos «balonizados», con presencia de multinucleación (con 2 y 3 núcleo-puntas de flecha). En el núcleo de algunos queratinocitos se observa «halo basófilo». A mayor detalle cuerpos de Guarnieri (indicados con flechas); d) Inmunohistoquímica vaccinia.

Evolución y diagnóstico

Se completó el estudio/pruebas no treponémicas para sífilis negativas, así como para el virus de Epstein-Barr, varicela zóster y herpes virus simple I y II. Se recogió una muestra para la realización de una prueba reacción en cadena de la polimerasa (PCR) múltiple donde se descartó herpes zóster, citomegalovirus, *Haemophilus ducreyi*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* y virus herpes simple I y II. El exudado anal recogido mostraba negatividad para todos los microorganismos testados, así como los hemocultivos obtenidos durante la fase febril del paciente. Finalmente, la PCR para monkeypox (*Orthopoxvirus*), resultó ser positiva para el virus de la viruela del mono y en el estudio anatomopatológico (fig. 3) se describió piel con área ulcerada, epidermis con leve acantosis, exocitosis de tipo mixto y detritus, queratinocitos «balonizados», con presencia de multinucleación; en el núcleo de algunos queratinocitos se observaba «halo basófilo».

Con el diagnóstico microbiológico y anatomopatológico de la infección se decidió aislar al paciente, y así evitar su contacto con

otras personas. Se administró analgesia logrando la mejoría progresiva clínica. Diez días después se produjo la desaparición de las lesiones cutáneas, pasando previamente por un aspecto costroso y resolviéndose el cuadro de proctitis. Secundario a este cuadro se observó la seroconversión de la serología de hepatitis C con aumento silente de transaminasas y carga viral del virus de la hepatitis C (VHC) detectable, compatible todo ello con una hepatitis C aguda.

En conclusión, el virus de la viruela del mono es una infección zoonótica, que recientemente ha afectado a multitud de pacientes de todo el mundo en pocos días provocando una alerta científica y sanitaria^{1,2}. Su propagación entre personas difiere de la viruela clásica transmitiéndose a través del contacto directo con llagas, costras o fluidos corporales³, y las lesiones que produce pueden tener una apariencia similar a las erupciones infecciosas más comunes, como las que se observan en la sífilis secundaria, la infección por herpes simple⁴ y la infección por el virus de la varicela zóster⁵. El factor epidemiológico y el aspecto de las lesiones son por tanto determinantes para diagnosticar esta infección^{6,7}.

Bibliografía

1. Data on monkeypox cases in the EU/EEA [consultado 20 Jul 2022] Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-monkeypox-cases-eueea>.
2. Rodríguez BS, Herrador BRG, Franco AD, Fariñas MPS-S, Del Amo Valero J, Llorente AHA, et al. Epidemiologic Features and Control Measures during Monkeypox Outbreak, Spain, June 2022. *Emerg Infect Dis.* 2022;28:1847–51 [consultado 20 Jul 2022] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35820165>.
3. Girometti N, Byrne R, Bracchi M, Heskin J, McOwan A, Tittle V, et al. Demographic and clinical characteristics of confirmed human monkeypox virus cases in individuals attending a sexual health centre in London, UK: An observational analysis. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:1321–8 [consultado 20 Jul 2022] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35785793>.
4. von Magnus P, Andersen EK, Petersen KB, Birch-Andersen A. A pox-like disease in cynomolgus monkeys. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 2009;46:156–76 [consultado 20 Jul 2022] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1699-0463.1959.tb00328.x>.
5. HAN Archive - 00446 | Health Alert Network (HAN) [consultado 20 Jul 2022] Disponible en: <https://emergency.cdc.gov/han/2021/han00446.asp>.
6. Ortiz-Martínez Y, Zambrano-Sánchez G, Rodríguez-Morales AJ. Monkeypox and HIV/AIDS: When the outbreak faces the epidemic. *Int J STD AIDS.* 2022;33:949–50 [consultado 20 Jul 2022] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35822876>.
7. Orviz E, Negredo A, Ayerdi O, Vázquez A, Muñoz-Gómez A, Monzón S, et al. Monkeypox outbreak in Madrid (Spain): Clinical and virological aspects. *J Infect.* 2022;85:412–7 [consultado 20 Jul 2022] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35830908>.