

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Infección por viruela del mono. Caso clínico

Monkeypox infection. Clinical case

I.M. Paúles-Cuesta^{a,*}, M. Villanueva-Camus^b y M.N. Güerre-Oto^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Amando Loriga Caspe, Caspe, Zaragoza, España

^b Enfermería de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Amando Loriga Caspe, Caspe, Zaragoza, España

^c Medicina de Atención Continuada, Centro de Salud Amando Loriga Caspe, Caspe, Zaragoza, España

Acudió al centro de salud un varón de 31 años, VIH positivo con carga viral indetectable y sífilis tratada hace 5 años, que presentaba dermatitis en la barbilla desde hacía 2 días.

A la exploración física destacaba micropápula con borde eritematoso y centro pustuloso, coincidente con pelo de barba en la barbilla, compatible con foliculitis. Se le recomendaron curas con antiséptico y mupirocina tópica.

A la semana reconsultó por empeoramiento, tras haber acudido a otro centro sanitario donde se lo intentaron drenar, sin mejoría. Presentaba además un nódulo en zona dorsal superior. No asociaba fiebre. No refería relaciones sexuales de riesgo ni exposición previa relacionada.

Se objetivó un importante incremento del tamaño de la lesión en la barbilla, apreciándose úlcera con base negruzca y purulenta con borde muy eritematoso, con rubor e induración, de 3 cm de diámetro (fig. 1). En la zona dorsal superior se apreció nódulo con centro pustuloso y borde eritematoso, de tamaño inferior (fig. 2). Se le curó y ocluyó, recomendando revisión en 24 horas y antibioterapia sistémica.

Al día siguiente acudió por medios propios al hospital de referencia, donde se constataron minivésiculas dispersas por el tronco y las piernas, de contenido claro y borde eritematoso. Se le extrajo analítica sanguínea, con PCR



Figura 1 Úlcera en barbilla.

elevada como reactante de fase aguda. Se recogió una muestra de la úlcera y se solicitó detección de bacterias, hongos y virus: varicela zóster, *Treponema pallidum*, herpes simple, *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi* y viruela del mono. Se le modificó el antibiótico y se le derivó a domicilio.

Al día siguiente se constató positividad al virus de la viruela del mono, por lo que se avisó a Salud Pública, indicando aislamiento domiciliario estricto hasta la resolución de las lesiones y antiséptico tópico.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: impaules@salud.aragon.es (I.M. Paúles-Cuesta).



Figura 2 Nódulo en zona dorsal superior.

Actualmente el paciente está en domicilio pendiente de la resolución completa de las lesiones. Algunas ya se han desprendido y otras se hallan en fase de costra.

El caso descrito corresponde a un caso confirmado por la viruela del mono (MPX), una enfermedad de África central y occidental. Se trata de una zoonosis causada por el virus MPX, que pertenece al género *Orthopoxvirus*, de la familia Poxviridae. Se han notificado más de 2.000 casos en España, más de 5.000 en Europa y más de 1.300 en el resto del mundo¹.

La transmisión ocurre por contacto físico estrecho y directo con lesiones cutáneas, fluidos corporales, secreciones respiratorias de una persona o animal infectado o a través de material contaminado. Además existen contagios por arañazos o mordeduras de animal, o consumo de carne de animal infectado. La incubación es de 6 a 16 días, aunque puede oscilar entre 5 y 21 días^{2,3}.

El cuadro clínico consiste en fiebre, cefalea, astenia, linfadenopatías y lesiones cutáneas que aparecen a los 1-3 días tras la fiebre: inicialmente son máculas eritematosas, para posteriormente transformarse en pápulas, vesículas, pústulas, úlceras y, finalmente, costras, predominantemente en la cara, las extremidades, las mucosas oral y genital y las conjuntivas. Generalmente se autolimita entre 2-4 semanas; el Ministerio de Sanidad recomienda aislamiento estricto durante 21 días hasta la resolución de las lesiones.

La confirmación de la infección se realiza mediante demostración del ADN viral con PCR de una muestra cutánea

sospechosa. La serología se puede emplear para confirmar el diagnóstico, y es útil si no se puede realizar PCR^{3,4}.

Actualmente el tratamiento es sintomático, aunque en 2022 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha aprobado un antiviral, no comercializado en España y con indicación muy limitada⁵.

La vacunación frente a la viruela protege contra MPX, especialmente en adultos mayores de 50 años previamente vacunados. En 2019 la EMA aprobó un inmunógeno, con disponibilidad muy limitada: personal de laboratorios de alto riesgo y unidades militares⁶.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias de sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Para la realización de este estudio se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Bibliografía

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Alerta sobre infección de viruela de los monos en España y otros países de Europa y del mundo. 2022:1-5.
2. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Protocolo para la detección precoz y manejo de casos ante la alerta de viruela de los monos (Monkeypox) en España. 2022:1-12.
3. Organización Mundial de la Salud. Viruela símica. Centro de prensa. Notas descriptivas. 2022:1-8.
4. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al. Human monkeypox: Epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention. *Infect Dis Clin North Am*. 2019;33:1027-43.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox. 2022:1-2.
6. Asociación Española de Pediatría. Viruela del mono en humanos: incremento de casos y limitadas opciones de prevención con vacunas. Comité Asesor de Vacunas. 2022:1-8.