

Viruela símica de manifestación atípica

Monkeypox of atypical presentation.

Javier Orlando Barón,¹ Ricardo Morera,¹ Manuela Hernández,² Hernán Sebastián Arciniegas,² Ledmar Jovanny Vargas³

Resumen

ANTECEDENTES: La viruela símica se transmite de animal a humano por el contacto directo con la sangre, fluidos corporales, lesiones cutáneas o mucosas de animales infectados. La transmisión entre personas se produce a través de la saliva, secreciones respiratorias o por contacto con el exudado de la lesión o el material de la costra y materiales contaminados.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 38 años, que consultó al servicio de Urgencias por padecer un cuadro clínico que inició con cefalea holocraneana asociada con fonofobia, masa cervical derecha dolorosa, odinofagia y cinco lesiones tipo mácula no pruriginosa en el tórax y la espalda. Al examen físico de ingreso tenía amígdalas crípticas con membranas purulentas, desplazamiento del pilar anterior derecho, adenopatías cervicales dolorosas de predominio derecho y lesiones vesiculares de distribución céfalo-caudal en la cara, el cuero cabelludo, el tronco y las extremidades inferiores. El estudio fue positivo, lo que confirmó la sospecha diagnóstica de viruela símica, por lo que se dio tratamiento analgésico con lo que obtuvo adecuada evolución clínica.

CONCLUSIONES: El caso comunicado tuvo una evolución atípica por la fase prodrómica afebril, adenopatías cervicales y ausencia de lesiones en genitales o la región perianal.

PALABRAS CLAVE: Virus de la viruela símica; Orthopoxvirus; enfermedades transmisibles emergentes; zoonosis, VIH.

Abstract

BACKGROUND: Monkeypox is transmitted from animal to human by direct contact with blood, body fluids, skin lesions or mucous membranes of resistant animals; transmission between people occurs through saliva, respiratory secretions or by contact with wound exudate or crusting material and contaminated materials.

CLINICAL CASE: A 38-year-old male patient consulted the emergency department due to a clinical picture that began with holocranial headache associated with phonophobia, a painful right cervical mass, odynophagia, and 5 non-pruritic macule-type lesions on the chest and back. Physical examination on admission revealed cryptic tonsils with purulent membranes, displacement of the right anterior pillar, painful cervical lymphadenopathy, predominantly right, and vesicular lesions of cephalocaudal distribution on the face, scalp, trunk, and lower extremities. The study reported positive, confirming the diagnostic suspicion of monkeypox, for which analgesic management was given, achieving an adequate clinical evolution.

CONCLUSIONS: This clinical case had an atypical evolution due to the afebrile prodromal phase, cervical lymphadenopathy and the absence of lesions in the genitalia or perianal region.

KEYWORDS: Monkeypox virus; Orthopoxvirus; Emerging communicable diseases; Zoonoses; HIV.

¹ Departamento de Medicina Interna.

² Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Tunja, Colombia.

³ Departamento de Investigación. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Tunja, Colombia.

Recibido: agosto 2023

Aceptado: noviembre 2023

Correspondencia

Ledmar Jovanny Vargas
lejovaro@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Barón JO, Morera R, Hernández M, Arciniegas HS, Vargas LJ. Viruela símica de manifestación atípica. Med Int Méx 2024; 40 (10): 712-716.

ANTECEDENTES

En mayo de 2022 la OMS reportó el caso de un ciudadano inglés que, tras viajar a Nigeria, contrajo viruela símica.¹ A partir de esa fecha se reportaron más casos en países no endémicos, con 54,709 casos confirmados y 18 fallecimientos en todo el mundo hasta el 7 de septiembre de 2022. Estados Unidos es el país con más casos comunicados.² Brasil ocupa el primer lugar en América y Colombia el cuarto con 938 casos.³

Esta enfermedad se transmite de animal a humano por el contacto directo con la sangre, fluidos corporales, lesiones cutáneas o mucosas de animales infectados. La transmisión entre personas se produce a través de la saliva, secreciones respiratorias o por contacto con el exudado de la lesión o el material de la costra y materiales contaminados.⁴ Las relaciones sexuales son un factor de transmisión importante.⁵

Tras la exposición de la mucosa orofaríngea o respiratoria al virus, se inicia la primera viremia con invasión de tejido linfóide local, que se caracteriza por una fase prodrómica en la que se manifiestan: cefalea, fiebre, mialgias, astenia, adinamia y adenopatías.⁶ Poco después sobreviene la segunda viremia en la que se disemina a tejido linfóide distal y otros órganos⁷ y aparecen múltiples lesiones en la piel con un patrón céfalo-caudal que puede afectar la mucosa oral, anal y genital y tienen cuatro fases: mácula, pápula, vesícula y pústula, que evolucionan de manera sincrónica.⁸ En esta última fase permanecen durante 5 a 7 días hasta la formación de una costra que tarda entre 7 y 14 días en desprenderse.⁶ El cuadro clínico puede ser difícil de diferenciar de la varicela; no obstante, en ésta no suele haber adenopatías.⁹ El objetivo de este artículo es comunicar el primer caso de viruela símica en un paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 38 años, procedente de la ciudad de Bogotá, con antecedente de infección por VIH estadio III en tratamiento con tenofovir, emtricitabina, dolutegravir desde 2018, y depresión en tratamiento con imipramina.

Acudió al servicio de Urgencias por padecer un cuadro clínico que inició con cefalea holocraneana de alta intensidad, tipo opresivo, asociada con fonofobia de cuatro días de evolución, por lo que se automedicó con acetaminofén e ibuprofeno sin mejoría. A la exploración física las amígdalas se encontraron congestivas e inflamadas cubiertas por placas de exudado blanquecino, sugerentes de amigdalitis bacteriana aguda y se dio tratamiento ambulatorio con sulfamicilina a dosis de 750 mg cada 12 horas.

Dos días después refirió la aparición de una masa cervical derecha dolorosa, odinofagia y cinco lesiones tipo mácula no pruriginosa en el tórax y la espalda, por lo que acudió al servicio de Urgencias (**Cuadro 1**). Al examen físico de ingreso se encontraron signos vitales sin alteraciones. Las amígdalas se evidenciaron crípticas, con membranas purulentas, desplazamiento del pilar anterior derecho, adenopatías cervicales dolorosas de predominio derecho y lesiones vesiculares de distribución cefalocaudal en la cara, la piel cabelluda, el tronco y las extremidades inferiores (**Figura 1**). El paciente negó cualquier contacto sexual y nexo epidemiológico en las últimas cuatro semanas.

Ante estos hallazgos y, debido al contexto epidemiológico, se practicaron pruebas que descartaron sífilis (FTA-ABS negativo). La toma de muestra respiratoria, sanguínea y de lesión cutánea para estudio molecular por parte del Instituto Nacional de Salud confirmó la sospecha

Cuadro 1. Línea del tiempo de signos y síntomas del paciente

											Odinofagia
											Lesiones vesículo-papulares en el tronco
											Adenopatías en la región cervical derecha
											Cefalea
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	



Figura 1. Paciente con fototipo cutáneo III, quien manifestó un cuadro cutáneo diseminado de múltiples vesículas con centro umbilicado de 0.2 a 0.5 cm localizadas en el tórax anterior y posterior, la cabeza, el hombro y los miembros inferiores.

diagnóstica de viruela símica, por lo que se dio tratamiento analgésico, con lo que se obtuvo adecuada evolución clínica.

DISCUSIÓN

Según el reporte del CDC de julio de 2022,¹⁰ la viruela símica se manifiesta con mayor frecuencia en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, por lo que el área en la que las lesiones aparecen con mayor frecuencia es la zona genital y las piernas.

El **Cuadro 2** muestra las características de los pacientes con viruela símica y VIH que se han reportado en el mundo.

En 2020 Ogoina y colaboradores¹⁹ efectuaron un reporte retrospectivo de casos en Nigeria acerca del curso clínico de la viruela símica. Incluyeron 40 participantes, la mayoría hombres, de los que 9 eran VIH-positivos. En este último grupo todos tenían lesiones en los genitales.

Thornhill y su grupo⁵ analizaron una serie de casos en 16 países con el objetivo de describir la evolución clínica de los pacientes con viruela símica. La mayoría eran hombres (99%) de 39 años, homosexuales (97%), que tenían fiebre (62%), adenopatías (56%), faringitis (21%), cefalea (27%) y lesiones en la piel (95%). Estas últimas aparecieron con mayor frecuencia (73%) en el área anogenital. En el 95% de los casos se sospechó que la vía de transmisión fue sexual, sin que esto pudiera confirmarse.

Cuadro 2. Comparación de las características de algunos casos de pacientes con VIH y viruela símica

Referencia	Sexo	Edad	Antecedente	Pródromos	Lesiones	Tratamiento
Antinori y col. ¹¹	Masculino	Tercera década	Hepatitis C, sífilis	No	Evolución asincrónica en tórax, pantorrilla y genitales	No reportado
Antinori y col. ¹¹	Masculino	Tercera década	Sífilis y hepatitis B	Fiebre	Evolución asincrónica en cabeza, tórax, piernas, brazos, manos y genitales	No reportado
Břzová y col. ¹²	Masculino	34	Sífilis	Fiebre y escalofríos	Evolución asincrónica en cabeza, tórax y región perianal	No reportado
Boesecke y col. ¹³	Masculino	40	Ninguno	No reportado	Nariz, mucosa oral, pene	Tecovirimat
Hammerschlag y col. ¹⁴	Masculino	Tercera década	No reportado	Fiebre y adinamia	Evolución asincrónica en pene, tronco, cara y extremidades	No reportado
Mileto y col. ¹⁵	Masculino	33	No reportado	Astenia, adinamia y anorexia	Evolución asincrónica en cara, extremidades, tronco, región perianal	Soporte
Oprea y col. ¹⁶	Masculino	26	Ninguno	Fiebre y escalofríos, faringitis	Evolución asincrónica en región anogenital, cuello, tronco, extremidades superiores y planta del pie	Soporte
Pipitò y col. ¹⁷	Masculino	45	No reportado	Astenia, cefalea, mialgias	Evolución asincrónica en pene, cara, cuello, tronco y extremidades	No reportado
Nolasco y col. ¹⁸	Masculino	36	Sífilis, COVID-19, trastorno bipolar	Fiebre, odinofagia, cefalea y fatiga	Evolución asincrónica en cara, tronco, glúteos, región perianal, extremidades	Sotrovimab

Con base en esta información parece que el cuadro clínico en pacientes con VIH está establecido: hombres jóvenes homosexuales que consultan por lesiones en la mucosa anogenital y síntomas generales (propios de la fase prodrómica) y en el examen físico se evidencian adenopatías de predominio inguinal.

CONCLUSIONES

El caso clínico comunicado tuvo una evolución atípica por la fase prodrómica afebril, adenopatías cervicales y ausencia de lesiones genitales o en la región perianal.

REFERENCIAS

1. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON381>
2. WHO health emergency dashboard. <https://extranet.who.int/publicemergency>
3. Enfermedades emergentes. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx>
4. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Viruela Símica. versión 0. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Viruela%20simitica%2030_07_2022.pdf
5. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, et al. Monkeypox virus infection in humans across 16 countries - April-June 2022. *N Engl J Med* 2022; 387: 679-91. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2207323>
6. Ahmed M, Naseer H, Arshad M, Ahmad A. Monkeypox in 2022: A new threat in developing. *Ann Med Surg*. 2022; 78: 103975. <http://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103975>
7. Kaler J, Hussain A, Flores G, Kheiri S, Desrosiers D. Monkeypox: A comprehensive review of transmission, pathogenesis, and manifestation. *Cureus* 2022; 14: 2653. <http://doi.org/10.7759/cureus.26531>
8. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, et al. Human Monkeypox: Epidemiologic and Clinical Characteristics, Diagnosis, and Prevention. *Infect Dis Clin North Am* 2019; 33: 1027-1043. <http://doi.org/10.1016/j.idc.2019.03.001>
9. Hraib M, Jouni S, Albitar MM, Alaidi S, Alshehabi Z. The outbreak of monkeypox 2022: An overview. *Ann Med Surg* 2022; 79: 104069. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104069>
10. Philpott D, Hughes CM, Alroy KA, Kerins JL, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of monkeypox cases - United States, May 17-July 22, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022; 71: 1018-1022. <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm7132e3>
11. Antinori A, Mazzotta V, Vita S, Carletti F, et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of four cases of monkeypox support transmission through sexual contact, Italy, May 2022. *Euro Surveill* 2022; 27: 2200421. <http://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200421>
12. Bížová B, Veselý D, Trojáněk M, Rob F. Coinfection of syphilis and monkeypox in HIV positive man in Prague, Czech Republic. *Travel Med Infect Dis* 2022; 49: 102368. <http://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102368>
13. Boesecke C, Monin MB, van Bremen K, Schlabe S, Hoffmann C. Severe monkeypox-virus infection in undiagnosed advanced HIV infection. *Infection* 2022. <http://doi.org/10.1007/s15010-022-01901-z>
14. Hammerschlag Y, MacLeod G, Papadakis G, Adan Sanchez A, et al. Monkeypox infection presenting as genital rash, Australia, May 2022. *Euro Surveill* 2022; 27: 2200411. <http://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200411>
15. Mileto D, Riva A, Cutrera M, Moschese D, et al. New challenges in human monkeypox outside Africa: A review and case report from Italy. *Travel Med Infect Dis* 2022; 49: 102386. <http://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102386>
16. Oprea C, Ianache I, Piscu S, Tardei G, et al. First report of monkeypox in a patient living with HIV from Romania. *Travel Med Infect Dis* 2022; 49: 102395. <http://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102395>
17. Pipitò L, Cascio A. Monkeypox virus infection and creatine phosphokinase increase: A case from Italy. *Travel Med Infect Dis* 2022; 50: 102412. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102412>
18. Nolasco S, Vitale F, Geremia A, Tramuto F, et al. First case of monkeypox virus, SARS-CoV-2 and HIV co-infection. *J Infect* 2022; 5: 39-42. <http://doi.org/10.1016/j.jinf.2022.08.014>
19. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, Oladokun R, et al. Clinical Course and Outcome of Human Monkeypox in Nigeria. *Clin Infect Dis* 2020; 71: 210-14. <http://doi.org/10.1093/cid/ciaa143>