

Un caso autóctono de viruela de mono en Lima

An autochthonous case of monkeypox in Lima

Ciro Maguiña-Vargas¹, Rosy Gastelo-Acosta²,
Michell Espinal-Ramírez³

Ciro Maguiña-Vargas C, Gastelo-Acosta R, Espinal-Ramírez M. Un caso autóctono de viruela de mono en Lima. Rev Soc Peru Med Interna. 2022;35(3): 115-118. <https://doi.org/10.36393/spmi.v35i3.681>

RESUMEN

Varón de 26 años, natural de Lima, sin viajes al exterior ni contacto reciente con gente que ha estado en el extranjero, que presentó 16 lesiones cutáneas vesiculares, algunas umbilicadas y pústulas en la zona suprapúbica, pene, cara y de miembros superiores e inferiores; además, fiebre y linofadenopatía inguinal izquierda. Luego de tres semanas, las lesiones formaron costras, no presento complicación alguna.

Palabras claves: viruela del mono, viruela simica, piel.

ABSTRACT

A 26-year-old male from Lima, without trips abroad or recent contact with people who has been abroad, who presented 16 vesicular skin lesions, some umbilicate and pustules in the suprapubic area, penis, face and upper and lower limbs; in addition, fever and left inguinal lymphadenopathy. After three weeks, the lesions formed crusts, and did not present any complications.

Keywords: monkeypox, skin.

INTRODUCCIÓN

En las últimas tres décadas han surgido diversas enfermedades emergentes, ejemplos de ellos han sido el ébola, sida, influenza H1N1, y en estos últimos años estamos en pleno desarrollo del COVID-19.¹

La viruela humana fue una de las grandes enfermedades que afectó durante siglos a la humanidad, y aplicando importantes medidas de salud pública, que incluyó la vacunación universal, se pudo erradicar de la humanidad en 1979, anunciada al mundo la OMS el 8 de mayo de 1979.² En 1958 se reportó en África por primera vez la existencia de otra viruela, que se denominó viruela de mono (VM), que permaneció allí, hasta que en el año de 1970, se describió el primer caso humano también en dicho continente.

Clásicamente se ha descrito en dos regiones, la cepa A en África Central y la cepa B.1 en África occidental, que son consideradas enfermedades endémicas de tipo zoonótica en dichas regiones.^{3,4}

En el año 2003 ocurrió un pequeño brote fuera de África, en EE.UU. de N.A., donde habían llevado para su venta a roedores que portaban el virus de la viruela del mono (VM), los cuales contagiaron a los perritos de la pradera y estos a su vez transmitieron a los contactos humanos, afectando a 47 personas y sin ningún fallecido.⁵

En los primeros días de mayo de este año, en Inglaterra se detectaron numerosos casos de esta enfermedad en forma creciente.⁶ En los días posteriores, en forma creciente se describió en otras poblaciones de España, Portugal, Alemania y EE.UU, lo que generó la alarma internacional de esta nueva dolencia infecciosa, obligando al mundo a realizar una vigilancia internacional.⁷ En el Perú, en la primera semana de agosto se han registrados más de 500 casos, el 90% en Lima ciudad, y un caso mortal en un portador de VIH.^{8,9}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón, soltero, de 26 años de edad, natural de Lima, no refirió viajes fuera del país, ni haber estado en contacto en las últimas semanas con algún viajero

1. Médico infectólogo, tropicalista, dermatólogo. Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Profesor principal, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
2. Licenciada en biología, microbiología y parasitología. Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Chilayo, Lambayeque, Perú.
3. Médico residente de medicina de enfermedades infecciosas y tropicales. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú.



procedente de los países donde se ha reportado la VM. Señaló que el dos de julio (día uno), al ducharse notó la presencia de dos pequeñas pápulas de menos de 1,0 cm en la zona suprapúbica; al día siguiente, en la misma zona, notó dos pápulas, con leve dolor (Figura 1), y otra pápula pequeña en la zona peneana, las que fueron lentamente



Figura 1. Lesiones papulares, umbilicadas y purulentas

creciendo. En el 5 día presentó fiebre de 38 °C y sintió un bulto en la zona inguinal izquierda, y tomó paracetamol. En el día 6 aparecieron dos nuevas lesiones no dolorosas de tipo papulovesicular en la cara, por lo que acudió a una clínica privada, donde le diagnosticaron foliculitis, para ello le recetaron cefalexina oral y una crema antibiótica tópica, sin obtener mejoría en los días siguientes. La fiebre cedió en el día 7 pero aparecieron más lesiones papulovesiculares en las manos y los pies (Figura 2).

En el día 10, las lesiones del pene y suprapúbicas se umbilicaron y tenían contenido purulento, el dolor inguinal aumentó, por lo que acudió a otro centro privado, donde se halló varias lesiones umbilicadas y purulentas en la zona suprapúbica y en el pene, y varias lesiones vesiculares, algunas con contenido purulento en manos y pies (Figura 1). Por la sospecha de VM fue derivado al Hospital Dos de Mayo, donde se le realizó la PCR para la detección de la VM, a partir de las secreciones de las lesiones cutáneas, resultando positiva. El paciente, al no tener signos de alarma, fue derivado a su casa en aislamiento y vigilancia, siendo seguido por el MINSA y nosotros. En total, tuvo 16 lesiones en el día 16, la mayoría de ellas eran vesiculares y otras costrosas costrosas y dos lesiones de mano y pie seguían siendo pustulosas (Figura 3).



Figura 2. Lesiones papulovesiculares en los miembros superiores.



Figura 3. Lesiones pustulosas en mano y pie.

Para el día 23, casi todas las lesiones eran costrosas, excepto las del pie. Para el día 31, las lesiones habían secado (Figuras 4 y 5).



Figura 4. Evolución de la lesión en mano.



Figura 5. Evolución de las lesiones con formación de costras.

DISCUSION

De lo publicado, el grupo de mayor riesgo para contraer la VM es la población masculina que practica sexo con hombres, bisexuales, etc., siendo escasos los casos reportados de mujeres y niños.¹⁰

En relación a las características clínicas de esta epidemia, la OMS, basada en la experiencia de África, señaló en mayo 2022 que los cuadros típicos de la VM se caracterizan por la presencia de fiebre, cefalea, mialgias, linfadenomegalia, la presencia de múltiples pápulas vesiculares y pustulosas que se inician en la cara, luego en las extremidades, hasta las palmas y plantas, en forma centrifuga.³ Estas lesiones

en promedio duran 21 días pero, a raíz de las nuevas publicaciones, se fue observando que predominaban las lesiones papulovesiculares y umbilicadas únicas o múltiples, especialmente en las áreas genitales, además de la clásica fiebre y linfadenomegalia. Este nuestro caso, al comienzo hubo lesiones papulares en genitales y, posteriormente, fiebre y linfadenomegalia, luego aparecieron hasta 16 vesículas en los miembros superiores e inferiores, sin incluir las palmas y plantas, coincidiendo con otras publicaciones.¹¹ Si bien, clásicamente, se ha descrito que las lesiones de la VM tienen un mismo estadio, que lo diferencia de la varicela, en este caso la mayoría de las lesiones se comportaron de manera similar, nos llamó la atención que dos de las 16 lesiones (una de la mano y del pie), aparecieron días después, y que en día 23 la casi totalidad de las lesiones formaron costras, excepto dos de ellas que persistieron como pústulas.

Este caso no se trató de un extranjero y no se pudo determinar si el paciente pertenecía al grupo HSH, tuvo relaciones con hombres o era bisexual porque él prefirió abstenerse de responder a preguntas sobre su identidad sexual. Fueron las atípicas lesiones de VM las que nos hicieron sospechar de esta enfermedad, tal como está ocurriendo en muchas partes del mundo.

Esta nueva enfermedad abre retos a la investigación, y hoy se sabe que tiene variaciones genéticas, diferentes a las cepas originales del África. Por lo tanto, debemos estar alertas a otras manifestaciones en otros grupos de poblaciones heterosexuales, mujeres y niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Losa JE. Enfermedades infecciosas emergentes: una realidad asistencial. *Anales Sis San Navarra*. 2021;44(2):147-151. doi: 10.23938/assn.968
2. Moss B. Poxvirus DNA replication. *Cold Spring Harb Perspect Biol*. 2013 Sep 1;5(9):a010199. doi: 10.1101/cshperspect.a010199. PMID: 23838441; PMCID: PMC3753712.
3. Titanji BK, Tegomoh B, Nematollahi S, Konomos M, Kulkarni PA. Monkeypox: A Contemporary Review for Healthcare Professionals. *Open Forum Infect Dis*. 2022 Jun 23;9(7):ofac310. doi: 10.1093/ofid/ofac310. PMID: 35891689; PMCID: PMC9307103.
4. Organización Mundial de la Salud. Brote de viruela del simio en varios países: actualización de la situación. URL disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON396>. Consultado el 08 de agosto de 2022.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: multistate outbreak of monkeypox--Illinois, Indiana, Kansas, Missouri, Ohio, and Wisconsin, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003; 52:642.
6. UK Health Security Agency. Monkeypox cases confirmed in England. URL disponible en: <https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-update>.
7. Joint ECDC-WHO Regional Office for Europe Monkeypox Surveillance Bulletin. URL disponible en: <https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu/>.
8. European Center for Disease Control. Epidemiological update: monkeypox outbreak. URL disponible en: <https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu/>.
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional de la Viruela del Mono. URL disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-monkeypox/>
10. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022 [online]. *N Engl J*



Med. 2022;10.1056/NEJMoa2207323. doi:10.1056/NEJMoa2207323.
11. Patrocinio-Jesus R, Peruzzo F. Monkeypox Genital Lesions. *N Engl J Med.* 2022;387(1):66. doi:10.1056/NEJMCM2206893

CORRESPONDENCIA
Ciro Maguiña-Vargas
ciro.maguina@upch.pe

Fecha de recepción: 10-08-2022.
Fecha de aceptación: 17-08-2022.

Conflicto de interés: ninguno, según los autores.
Financiamiento. Por los autores.

Contribución de los autores: Manejo del paciente y recolección de la información (CMV); fotografías (RGA); bibliografía (ME); redacción, revisión y aprobación del texto (CMV, RGA, ME).