

La viruela símica: una infección reemergente

Monkeypox: a re-emerging infection

James Gutiérrez-Tudela¹

Gutiérrez-Tudela J. La viruela símica: una infección reemergente. Rev Soc Peru Med Interna. 2022;35(3): 91-92.
<https://doi.org/10.36393/spmi.v35i3.688>

La viruela símica o viruela del mono es una infección viral reemergente que en los últimos meses apareció en otros continentes, distintos al africano donde es endémica, en varios países, como Europa y América y adquirió rápidamente un carácter epidémico habiendo ya en la actualidad una transmisión comunitaria en muchos países del mundo.

Es causada por un virus de la familia de los poxvirus donde están también el virus de la viruela humana y el virus del molusco contagioso, pero a diferencia de estos es un poxvirus de origen animal, es decir causa enfermedad en animales y de allí se transmite al hombre y luego la transmisión se produce del hombre al hombre. Específicamente, tanto el virus de la viruela humana como el virus de la viruela símica pertenecen al género Orthopoxvirus.¹

La viruela humana fue una fiebre eruptiva muy contagiosa caracterizada por una erupción especial, seguida de cicatriz y fue una enfermedad devastadora hasta el siglo XX del milenio pasado, causando cerca de 500 millones de muertes, pero también dejando ceguera y terribles cicatrices desfigurantes entre los sobrevivientes. Afortunadamente fue erradicada del mundo como una infección natural hace ya casi medio siglo gracias a la vacunación antivariólica.²

La viruela símica causa enfermedad humana que se asemeja a la viruela humana pero es más leve en su presentación, habiendo ocurrido naturalmente a fines del siglo pasado, en el año 1997, en la región oriental de la República Democrática del Congo, en el África Central, en dos brotes de 92 y 419 casos. Después, ya en este siglo, en el año 2017, igualmente ocurrió un brote epidémico en Nigeria en el África Occidental con más de 450 casos reportados. En este año 2022, el primer caso de viruela símica fuera del África se detectó en el Reino Unido, en Europa, el 6 de mayo y fue un paciente que había viajado por esa fecha a Nigeria, donde se cree que adquirió el virus. En las Américas, el primer caso de viruela símica se detectó en el estado de Massachusetts, Estados Unidos de Norteamérica, el 18

de mayo, en un hombre que había viajado por esa época al Canadá. Al 30 de agosto del 2022, según reporte de la Organización Mundial de la Salud, la región con mayor número de casos de esta virosis es las Américas con 27 228 casos confirmados, luego Europa con 22 363 casos. Seguidamente África con 448 casos confirmados, Pacífico Occidental con 139, Mediterráneo oriental con 39 casos y el Sudeste Asiático con 18 casos confirmados.

En las Américas, al 30 de Agosto del 2022, el mayor número de casos de viruela símica lo tiene EE.UU con más de 18 000 casos, luego Brasil con 4 692 casos, Perú con 1 463 casos, Canadá con 1 228 casos, Colombia con 582 casos, México con 504 casos, Chile con 344 casos, Argentina con 133 casos, Puerto Rico con 107 casos y Bolivia con 73 casos, dentro de los diez primeros lugares. Sin embargo, cuando se establecen los casos totales por millón de habitantes, el Perú ocupa el segundo lugar con 44,4 casos por millón de habitantes, después de EE.UU que tiene 54,4 casos por millón de habitantes; y, en tercer lugar está Puerto Rico con 37,4 casos por millón de habitantes. En cuanto a la distribución por sexo, en la Región de las Américas, esta es altamente predominante en el sexo masculino con un 97,2% (4 929 casos) frente tan sólo a un 2,8% (140 casos) del sexo femenino.³ El grupo etario predominante es el de 30 a 39 años, seguido por el de 20 a 29 años y en tercer lugar el de 40 a 49 años. En cuanto al tipo de transmisión, es más que todo en encuentros sexuales donde han ocurrido los contagios, sin considerarse necesariamente una Infección de transmisión sexual (ITS) y de hecho la gran mayoría de casos se dan en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

De los casos reportados en las Américas, la gran mayoría (89%) no fueron hospitalizados y sólo el 11% requirieron hospitalización. Otra característica es que la gran mayoría que tuvieron viruela símica eran hombres, como ya se dijo, y además el 86,4% de ellos eran HSH y el 63,9% eran pacientes con la Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH positivos). Los factores de riesgo de esta enfermedad, y que muchas veces cuando la adquieren requieren hospitalización para vigilar la evolución, son los niños menores de seis años, las embarazadas, pacientes inmunocomprometidos como aquellos con linfomas,

1. Médico internista e infectólogo. Presidente de la SPMI.



cánceres, trasplantados de órganos y personas con VIH; en este último caso, sobre todo pacientes sin tratamiento antirretroviral y con recuento de linfocitos CD4 de menos de 200 células/mm³, y sobre todo menor de 100 células/mm³.

Las formas como puede contraerse la viruela símica son: contacto cercano e íntimo con otra persona contagiada como tener relaciones sexuales de tipo vaginal, oral o rectal, sobre todo en personas que tienen múltiples parejas sexuales. Igualmente, abrazar, tocar, masajear o besar durante estas relaciones o sea a través del contacto de piel con piel. También con el uso común de prendas de vestir, ropa interior, toallas y ropa de cama contaminadas. Se contrae también a través de las gotículas respiratorias que elimina la persona infectada y que entran en la persona susceptible a través de las vías respiratorias. En este sentido, asistir a reuniones o fiestas en recintos repletos es una condición que pone en riesgo para adquirir la infección. Menores riesgos representan el probarse ropas en una tienda o tocar artículos como manijas de puertas, pasamanos y otros objetos inanimados. Hay menor riesgo también en el transporte público, ir a trabajar o estudiar.

El período de incubación de esta virosis es de 7 a 14 días, pero puede ser de 5 a 21 días. Hay un periodo prodrómico de fiebre, debilidad, malestar general, cefalea, dolor faríngeo, a veces tos y presencia de linfadenopatías, usualmente 1 a 3 días antes de las manifestaciones mucocutáneas que son las más características de la enfermedad. Estas lesiones evolucionan desde mácula, pápula, vesícula, pústula (puede ser umbilicada), lesión ulcerada a costra en un tiempo de 3 a 7 días, teniendo un desarrollo lento a diferencia de otras enfermedades eruptivas como la varicela y sarampión que lo hacen rápidamente. Estas lesiones son más densas en la cara y están presentes en la palma de las manos y planta de los pies; y, son infectantes hasta el desprendimiento de la costra que ocurre entre los 14 y 28 días.

Al principio, en esta infección, se describió como si las lesiones estuvieran en el mismo estadio de desarrollo tal como era típico en la viruela humana. Sin embargo, el brote epidémico actual tiene varias diferencias con la descripción habitual de la viruela símica, como el hecho de que el período de incubación es corto, las lesiones son pequeñas y están presentes en el área genital y anal. Casi un 20% de las lesiones están en el sitio de inoculación antes de que aparezcan los síntomas sistémicos. Las lesiones están en diferentes estadios de desarrollo. Asimismo, es una virosis que tiene una evolución relativamente benigna y un 30% está asociada a una ITS como el VIH o la sífilis. Las lesiones genitales y anales igualmente pueden ser en forma de vesículas, pápulas, pústulas y costras. Se ha visto también que las personas que tienen sexo anal receptivo tienen más manifestaciones de proctitis que causa dolor y aquellas que tienen sexo oral receptivo tienen más probabilidad de desarrollar faringitis y tonsilitis con dificultad para la deglución. Igualmente, el compromiso del pene puede causar edema del mismo y dificultad para orinar. Dentro de las complicaciones de la viruela símica es importante también la infección ocular con compromiso corneal grave que puede terminar en ceguera.⁴ Las sobreinfecciones bacterianas de piel y mucosas como la celulitis facial o celulitis perianal también son importantes. Asimismo, se pueden presentar neumonía, encefalitis y sepsis. Se enfatiza en las medidas preventivas conociéndose el modo de transmisión. La vacuna para la viruela símica merece otra discusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levinson W. y Jawetz E. Medical Microbiology & Immunology, 2002.
2. Monath T. Smallpox. Update in Special Bacterial Pathogens. ASTMH, 2001.
3. Sued O. Viruela símica en Venezuela. ACCSI, 2022.
4. Mandell G et al. Principles and Practice of Infectious Disease, 2005.