



Full English text available at
www.actasdermo.org

FORO PARA RESIDENTES

FR - Viruela símica: conceptos clave

RF - Monkeypox: Key Concepts



E.L. Pinto-Pulido^{a,*}, M. Fernández-Parrado^b y F.J. Rodríguez-Cuadrado^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Viruela símica;
Infecciones virales;
Manifestaciones cutáneas;
Vacunación

KEYWORDS

Monkeypox;
Viral infections;
Cutaneous manifestations;
Vaccination

El virus de la viruela símica o *monkeypox* (MPX) es un virus ADN de la familia *Poxviridae*, del género *Orthopoxvirus*, al que también pertenece el virus de la viruela. Fue detectado por primera vez en 1958 en monos africanos, aunque el mayor reservorio se encuentra en roedores. En 1970 se aisló en humanos, en la actual República Democrática del Congo, donde se ha convertido en una enfermedad endémica, al igual que en otros países de África central y occidental. En 2003 se notificó el primer brote fuera de África y posteriormente se han notificado otros casos en Estados Unidos, Reino Unido, Israel y Singapur, tras antecedentes epidemiológicos

establecidos con países endémicos¹. En mayo de 2022 se han reportado más de un centenar de casos en países de Europa (incluido España), Norteamérica y Australia, la práctica totalidad sin conexión con países africanos y la mayoría en hombres jóvenes que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)².

Esta enfermedad puede transmitirse mediante gotas o contacto con lesiones cutáneas o fluidos de personas o animales infectados². Tras un periodo de incubación de cinco a 21 días comienza a aparecer fiebre, cefalea, astenia, mialgias y adenopatías. Las lesiones cutáneas aparecen entre uno y cinco días después del inicio de la fiebre y comienzan en la zona cefálica, extendiéndose hacia tronco y extremidades. Pueden afectar a palmas y plantas, así como a la mucosa oral, genital y conjuntival³. En los casos recientemente notificados entre HSH las lesiones muestran una predilección por la zona genital no descrita hasta ahora, sugiriendo una adquisición del virus vía contacto sexual². Las lesiones evolucionan sincrónicamente desde máculas a pápulas, vesículas y pústulas. Aproximadamente una semana después de la aparición de las pústulas, estas pasan a una fase de costra. En la mayoría de los casos, tras tres o cuatro semanas la enfermedad se autorresuelve, aunque pueden persistir cicatrices³. Las posibles complicaciones (más frecuentes en niños e inmunodeprimidos) incluyen la sobreinfección bacteriana de lesiones cutáneas, queratitis, diarrea y vómitos, bronconeumonía y encefalitis³. La tasa de letalidad se estima de 3,3% en el clado de África occidental (el detectado en los casos europeos de 2022) y de 10,6% en el clado de África central, sin casos mortales fuera de África¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elucia.pinto95@gmail.com
(E.L. Pinto-Pulido).

El diagnóstico se confirma mediante cultivo viral o detección molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa en las lesiones cutáneas o en exudado faríngeo³. El tratamiento es sintomático, aunque en 2022 la Agencia Europea del Medicamento autorizó tecovirimat, un antiviral que inhibe la proteína VP37 de la envuelta viral⁴. Se deben aplicar medidas de aislamiento de contacto y gotas y notificar la sospecha a las autoridades de Salud Pública³.

La vacuna contra la viruela contiene virus vivos de otro ortopoxvirus denominado *vaccinia* y no solo ha demostrado protección contra MPX sino que podría utilizarse como prevención secundaria⁵. Tras la erradicación de viruela, en 1980 se suspendió la utilización de esta vacuna¹. Sin embargo, en los últimos años se ha desarrollado una nueva vacuna de tercera generación con *vaccinia* altamente atenuado incapaz de replicarse, con mejor perfil de seguridad⁵.

Bibliografía

1. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al. The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16:e0010141.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox multi-country outbreak – 23 May 2022. ECDC: Stockholm; 2022.
3. 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.
4. European Medicines Agency. Tecovirimat SIGA (tecovirimat): An overview of Tecovirimat SIGA and why it is authorised in the EU. Amsterdam: European Medicines Agency; 2022.
5. Petersen BW, Kabamba J, McCollum AM, Lushima RS, Okitolonda Wemakoy E, Muyembe Tamfum JJ, et al. Vaccinating against monkeypox in the Democratic Republic of the Congo. *Antiviral Res.* 2019;162:171–7.