



CARTA AL EDITOR

[Artículo traducido] Comentario en “MPOX (antes viruela simica): revisión de los aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos más relevantes para el dermatólogo”

Comment on “MPOX (Formerly Monkeypox): Review on the Most Relevant Clinical, Epidemiological, Diagnostic and Therapeutic Aspects for the Dermatologist”

Sr. Editor,

Hemos leído con gran interés el artículo titulado «MPOX (antes viruela del mono): revisión de los aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos más relevantes para el dermatólogo» publicado por Català et al., y que resulta bastante esclarecedor¹. El brote global de viruela del mono ha causado más de 15.000 casos reportados en países no endémicos. Este artículo constituye una adenda del artículo publicado por los autores para diferenciar lesiones de aspecto similar descritas en la viruela del mono, varicela y COVID-19, para las que es escasa la literatura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado el uso del término «MPOX» —en lugar de viruela del mono— para evitar el estigma asociado al término. También ha sido reportado en EE. UU. en los pacientes que viajan de África central endémica y África occidental. En ausencia de historia de viaje a países endémicos, se ven casos a menudo de hombres que tienen sexo con hombres (MSM)².

La viruela del mono es un virus de ADN bicatenario de la familia *Poxviridae*. Los aerosoles, fómites y el contacto directo son las vías principales de transmisión. La definición de un caso de viruela del mono ha sido realizada por la *U.S. Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (tabla 1). El periodo de incubación dura de cinco a 21 días. Los casos presentan normalmente fiebre, prurito y linfadenopatía.

El prurito de la viruela del mono consiste en una lesión vesiculopustular monomórfica dolorosa con umbilicación temprana central y borde blanco prominente rodeado de un halo eritematoso en el rostro, extremidades, tronco, genitales, palmas y plantas. Es imperativo diferenciar el brote actual de viruela del mono de la pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19).

La prevalencia de erupción papulovesicular en la COVID-19 es del 3,7 al 15%³. En el exantema vesicular de la COVID-19 han surgido dos patrones morfológicos: el localizado, y un patrón más común, generalizado y polimórfico que consiste en pequeñas pápulas, vesículas y pústulas. La erupción vesicular aparece transcurridos tres días del inicio de los síntomas sistémicos y desaparece ocho días después, lo cual sugiere una resolución más temprana, en comparación con la erupción de la viruela del mono⁴. Asimismo, el exantema vesicular en la COVID-19 se caracteriza por su pequeño tamaño, el compromiso frecuente del tronco y el prurito leve o nulo, mientras que en la viruela del mono dicho exantema se caracteriza por ser doloroso, monomórfico, gran tamaño, y compromiso frecuente del rostro, extremidades, genitales, palmas y plantas. Diversos estudios han confirmado la transmisión del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus-2 (SARS CoV-2) a través del semen, mientras que no se han reportado nunca brotes de viruela del mono en MSM. Sin embargo, la vía de transmisión por semen o fluido vaginal debe esclarecerse aún⁵.

La erupción de viruela tiende a desarrollarse más rápidamente que la de viruela del mono, siendo cada lesión menos grave y menos dolorosa, o totalmente indolora, estando comúnmente asociada a prurito, y evolucionando pleomórficamente a un patrón centrípeto en comparación con la erupción de viruela del mono, que exhibe lesiones dolorosas monomórficas que evolucionan a un patrón centrífugo. La presentación bilateral en la viruela del mono es diferente a la del herpes zoster.

La confirmación diagnóstica de la viruela del mono requiere una prueba positiva de reacción en cadena de la polimerasa específica de la lesión. Bronconeumonía, encefalitis, infecciones oculares y sepsis son las complicaciones más comunes de la viruela del mono, que tiene un curso autolimitante dentro de un rango de dos a cuatro semanas. Se dispone de antivirales orales desarrollados para la viruela del mono, tales como brincidofovir y tecovirimat para tratar la enfermedad, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Las vacunas frente a la viruela han reflejado una

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.07.020>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.11.007>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Pathania YS, [Artículo traducido] Comentario en “MPOX (antes viruela simica): revisión de los aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos más relevantes para el dermatólogo”, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.11.007>

Tabla 1 Definiciones de la CDC de casos para el brote actual de viruela del mono en países no endémicos^{b1}

Caso sospechoso

Nueva erupción característica (según lo explicado anteriormente) O cumple un criterio epidemiológico y tiene alta sospecha clínica^c de viruela del mono

Criterios epidemiológicos

En el plazo de 21 días desde el inicio de la enfermedad:

- Reporta haber tenido contacto con una persona o personas con erupción de aspecto similar, o que fueron diagnosticadas o tuvieron confirmación diagnóstica de viruela del mono, o viruela del mono probable, O
- Tuvo contacto personal estrecho o íntimo con individuos de una red social que experimentaron actividad de viruela del mono, incluyendo MSM que encuentran parejas mediante sitios web online, aplicaciones digitales (app), o actos sociales (p. ej., un bar o fiesta) O
- Viajó fuera de Estados Unidos a un país con casos confirmados de viruela del mono, o donde el virus es endémico O
- Tuvo contacto con un animal salvaje vivo o muerto o mascota exótica que fuera una especie africana endémica, o utilizó un producto derivado de dichos animales (p. ej., carne de caza, cremas, lociones, polvos, etc.)

Caso probable:

Falta de sospecha de otra exposición reciente a orthopoxvirus (p. ej., Vaccinia virus en vacunación ACAM2000) Y confirmación de la presencia de^a

- ADN de *orthopoxvirus* mediante PCR de una muestra clínica U
- *Orthopoxvirus* utilizando métodos de inmunohistoquímica o microscopio electrónico O
- Demostración de niveles detectables de anticuerpos IgM frente a *orthopoxvirus* de 4 a 56 días tras el inicio de la erupción

Criterios de exclusión:

Puede excluirse un caso como caso sospechoso, probable o confirmado, si:

- Un diagnóstico alternativo puede explicar totalmente la enfermedad O
- Un individuo con síntomas consistentes con viruela del mono no desarrolla ninguna erupción en el plazo de 5 días desde el inicio de la enfermedad O
- Un caso en el que las muestras de gran calidad no confirman la presencia de *orthopoxvirus* o virus de viruela del mono o anticuerpos frente a *orthopoxvirus*

^a La detección de anticuerpos y antígenos no es confirmatoria, dado que los *orthopoxvirus* muestran reactividad serológica trans-125.

^b Países endémicos de viruela del mono: Benín, Camerún, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Gabón, Gana (únicamente identificada en animales), Costa de Marfil, Liberia, Nigeria, República del Congo y Sierra Leona. Benín y Sudán del Sur tienen importaciones documentadas en el pasado. Los países que reportan casos actualmente del clado de África occidental son Camerún y Nigeria.

^c Puede existir sospecha clínica si los signos y síntomas iniciales son consistentes con enfermedades que se confunden con viruela del mono 122 (p. ej., sífilis secundaria, herpes y varicela zoster).

tasa de eficacia del 85% para prevenir la viruela del mono⁶. Pueden utilizarse vacunas similares para profilaxis postexposición (PEP) si se administran dentro de una franja temporal de 96 horas tras la exposición.

La propagación de la viruela del mono en países no endémicos significa cambios que se han producido en el patrón típico de esta enfermedad, así como epidemiología cambiante. Caben destacar los brotes recientes de viruela del mono descritos en el contexto de la pandemia actual de COVID-19, así como la necesidad de reconocer clínicamente la enfermedad de manera temprana en ámbitos de pocos recursos. Se requieren más estudios para comprender si el brote actual de viruela del mono es un fenómeno independiente, o ha sido exacerbado por la pandemia de COVID-19.

Contribuciones de los autores

Y.S. Pathania – Preparó y finalizó el documento.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para realización de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de disponibilidad de los datos

No se han generado ni analizado nuevos datos para respaldar la presente investigación.

Bibliografía

1. Català A, Riera J, Fuertes I. Mpox – formerly monkey pox – in dermatology: a review of epidemiologic features, clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2023;114:318–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2023.01.002>.
2. Marzano AV, Genovese G, Fabbrocini G, Pigatto P, Monfrecola G, Piraccini BM, et al. Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: multicenter case series of 22 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83:280–5.
3. Abdollahpour S, Badiie Aval S, Khadivzadeh T. Do not neglect the COVID-19 transmission through sexual inter-

- course. *J Sex Marital Ther.* 2021;47:731–7, <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2021>.
4. Moore M, Zahra F. Monkeypox. En: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.*
 5. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al., NHS England High Consequence Infectious Diseases (Airborne) Network. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:1153–62, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00228-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00228-6).
 6. Poland GA, Kennedy RB, Tosh PK. Prevention of monkeypox with vaccines: a rapid review. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:e349–58, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00574-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00574-6).

Y.S. Pathania

*Department of Dermatology, Venereology and Leprology,
All India Institute of Medical Sciences, Rajkot, Gujarat,
India*

Correo electrónico: yashdeepsinghpathania@gmail.com