

## Casos de viruela del mono en Europa y Norteamérica

20 de Mayo 2022

### Situación actual

A principios de mayo de 2022, se detectó un caso de viruela del mono (Monkeypox) importado en Inglaterra, de un viajero procedente de Nigeria. Desde entonces, se han diagnosticado 9 casos de la infección confirmada en ese país, destacando que son personas que no habían viajado previamente a zonas endémicas ni habían tenido contacto con casos conocidos, asociados a viajes.

Se trata de 2 casos en un cluster familiar y 4 casos en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Desde entonces se han seguido registrando casos y se están investigando las fuentes de infección y de otros casos sospechosos. Aparte de los casos iniciales descritos, no se conocen vínculos entre los últimos casos confirmados.

GeoSentinel y medios de comunicación reportan al 19 de mayo casos en los siguientes países:

- Portugal: 14 casos confirmados, 6 sospechosos
- España: 7 casos confirmados, 23 sospechosos
- Suecia: 1 caso confirmado, 1 sospechoso
- Italia: 1 caso confirmado, 2 casos sospechosos
- Alemania: 1 casos confirmado, 1 sospechoso
- Francia: 1 caso sospechoso
- Canadá: 17 casos sospechosos
- EE.UU.: 1 caso confirmado (con antecedentes de viaje a Canadá)

### Enfermedad

La viruela del mono es una infección zoonótica causada por el virus Monkeypox, de la familia orthopoxvirus genéticamente relacionado con los virus variola y vaccinia. El reservorio natural son los roedores y simios.

Es endémica en África Occidental y Central. Existen dos clados del virus de la viruela del mono: el de África occidental y el de África central o del Congo.

El clado de África occidental causa una enfermedad más leve, menor mortalidad y menor transmisión de persona a persona, el del Congo tiene una mayor mortalidad y una transmisión de persona a persona más eficiente. Los casos de Inglaterra han sido identificado con el clado de África occidental.

Desde septiembre de 2017 se han registrado casos en Nigeria y en viajeros regresando desde Nigeria a Inglaterra y Estados Unidos. Las razones para un aumento de los casos son el aumento de la población, interacción entre la población con los reservorios animales, la deforestación y el cambio climático y la disminución de la inmunidad generada por la vacuna variólica. En el brote en Nigeria se han descrito casos fatales en personas con infección VIH/SIDA.

Cabe destacar que en Chile se vacunó para la viruela hasta el año 1978, condición que protege a la población vacunada contra la viruela del mono.

### **Transmisión**

La viruela del mono se transmite a partir de animales infectados (habitualmente roedores y simios) a través de una mordedura o del contacto directo con sangre, fluidos corporales o lesiones del animal infectado, incluyendo comidas que contengan tejidos de estos animales. Puede transmitirse de persona-persona por vía respiratoria a través de gotitas, por contacto directo con fluidos corporales o con objetos contaminados por el virus. El periodo de incubación es de 5 a 21 días, normalmente de 7 a 17 días. Las personas infectadas transmiten el virus desde el inicio del pródromo de la enfermedad hasta que todas las lesiones se encuentren en costra.

### **Clínica**

Los síntomas iniciales de la viruela del mono incluyen: fiebre, calofríos, cefalea, letargia, mialgias, y aparición de linfadenopatías. Entre 1-3 días después de la aparición de los síntomas, aparece un exantema descendente generalizado parecido a una varicela, con varios estadios de evolución: vesículas, pápulas, pústulas y costras. Este exantema se extiende desde la cara a otras partes del cuerpo, incluido palmas, plantas y genitales y compromiso mucoso faríngeo y conjuntival. La duración de la enfermedad puede variar entre 2 a 5 semanas.

El **diagnóstico** puede establecerse con serología (IgM) o PCR de lesiones o aislamiento viral.

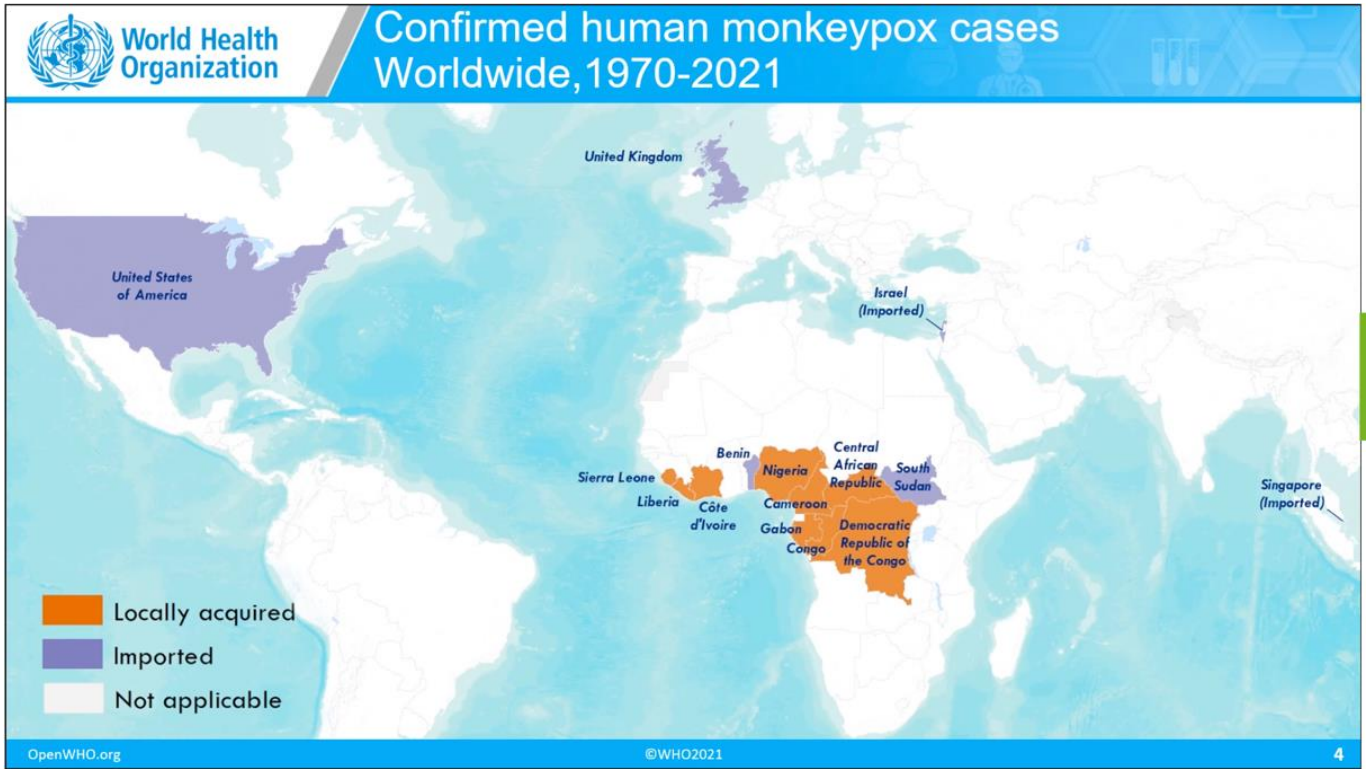
Las **complicaciones** son sobreinfección bacteriana, compromiso respiratorio, encefalitis, compromiso corneal que puede llevar a la pérdida de la visión y compromiso digestivo. La tasa de mortalidad es entre 1% para el tipo de África Occidental y 10% para el tipo centroafricano, siendo mayor en niños y adultos jóvenes y en personas inmunosuprimidas.

El **tratamiento** es fundamentalmente sintomático, adecuada hidratación y manejo de sobreinfecciones bacterianas. Como tratamiento antiviral se puede considerar el uso de cidofovir o tecovirimat, este último es un antiviral específico para orhópoxvirus, licenciado para su uso por la FDA el año 2019, que no está disponible en nuestro medio.

**Diagnosticos diferenciales:** varicela, sarampión, infecciones bacterianas de la piel, sarna, sífilis, alergia a medicamentos.

Es necesario tener un alto índice de sospecha en viajeros de zonas endémicas o en contacto con pacientes con la enfermedad.

Se debe investigar en el caso de un viajero sospechoso, los lugares visitados el último mes, contacto con animales silvestres especialmente roedores y registro de todos sus contactos, los que deberán permanecer en observación por 21 días.



## Prevención

El riesgo individual de transmisión tras el contacto con un paciente depende del tipo y la duración. En contactos estrechos (ej. miembros de la familia, vecinos del avión, personal médico, parejas sexuales) el riesgo de infección es de moderado a bajo.

En el caso de los contactos se ha indicado vacunas para orthopoxvirus (ej. ACAM2000), que no se encuentra disponible en nuestro medio. En el siguiente link se puede revisar las indicaciones:

<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/acam2000-smallpox-vaccine-questions-and-answers>

En caso de hospitalización se debe iniciar en forma inmediata las medidas de prevención de infecciones. Si bien la transmisión persona a persona descrita en la literatura es por gotitas y por contacto, se recomienda:

- Habitación individual (preferible con presión negativa)
- Precaución de contacto
- Precaución respiratoria, incluido el uso de antiparras o escudo facial

Las medidas de prevención en viajeros a zonas endémicas incluyen:

- Buena higiene personal
- Evitar el contacto con personas y animales infectados en las zonas endémicas
- No consumir carne de animales silvestres en zonas endémicas en África

### **Aporte realizado por Comité de Infecciones Emergentes SOCHINF**

#### **Referencias**

1. WHO (19 de mayo de 2022) Monkeypox. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
2. CDC (19 de mayo de 2022) Monkeypox. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>
3. ECDC (19 de mayo de 2022) Monkeypox cases reported in UK and Portugal. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-cases-reported-uk-and-portugal>
4. UK Health Security Agency (UKHSA) (19 de mayo de 2022) Monkeypox cases confirmed in England – last updates. <https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates#full-publication-update-history>
5. Mahase E. Seven monkeypox cases are confirmed in England. *BMJ*. 2022 May 17;377: o1239. doi: 10.1136/bmj. o1239. PMID: 35580887.
6. Rao AK, Schulte J, Chen TH, Hughes CM, Davidson W, Neff JM, Markarian M, Delea KC, Wada S, Liddell A, Alexander S, Sunshine B, Huang P, Honza HT, Rey A, Monroe B, Doty J, Christensen B, Delaney L, Massey J, Waltenburg M, Schrodtt CA, Kuhar D, Satheshkumar PS, Kondas A, Li Y, Wilkins K, Sage KM, Yu Y, Yu P, Feldpausch A, McQuiston J, Damon IK, McCollum AM; July 2021 Monkeypox Response Team. Monkeypox in a Traveler Returning from Nigeria - Dallas, Texas, July 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022 Apr 8;71(14):509-516. doi: 10.15585/mmwr.mm7114a1.
7. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, Ogoina D, McCollum A, Disu Y, Mamadu I, Akinpelu A, Ahmad A, Burga J, Ndoreraho A, Nkunzimana E, Manneh L, Mohammed A, Adeoye O, Tom-Aba D, Silenou B, Ipadeola O, Saleh M, Adeyemo A, Nwadiutor I, Aworabhi N, Uke P, John D, Wakama P, Reynolds M, Mauldin MR, Doty J, Wilkins K, Musa J, Khalakdina A, Adedeji A, Mba N, Ojo O, Krause G, Ihekweazu C; CDC Monkeypox Outbreak Team. Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017-18: a clinical and epidemiological report. *Lancet Infect Dis*. 2019 Aug;19(8):872-879. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30294-4.
8. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, Zumla A. Human Monkeypox: Epidemiologic and Clinical Characteristics, Diagnosis, and Prevention. *Infect Dis Clin North Am*. 2019 Dec;33(4):1027-1043. doi: 10.1016/j.idc.2019.03.001
9. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, Steffen R. The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022 Feb 11;16(2): e0010141. doi: 10.1371/journal.pntd.0010141