

Epidemia de Viruela Símica: Enfermedad y Estigma

Monkeypox Outbreak: Disease and Stigma

Miguel Villegas-Chiroque^{1,a}

EDITORIAL:

La viruela símica se denomina así porque se describió por primera vez en monos cautivos en 1958 en Copenhague Dinamarca. La enfermedad humana se detectó por primera vez en 1970 en un área rural de la República Democrática del Congo (RDC). Desde entonces, se han notificado casos de viruela símica en 11 países del África, considerada como una zoonosis endémica, con brotes en RDC entre 1996 y 1997 y en Nigeria desde el 2017. Asimismo, en 2003 se reportó el primer brote fuera de zona endémica, con más de 70 casos en estados del medio oeste de los Estados Unidos (EEUU). También se notificaron casos importados de personas que viajaron desde regiones endémicas, especialmente de Nigeria, hasta Israel en 2018, Singapur en 2019, Estados Unidos en 2021 y al Reino Unido entre 2018 y 2022. Sin embargo, desde comienzo de mayo de este año se viene reportando casos en países donde la enfermedad no es endémica, con una expansión sin precedentes a nivel mundial^(1,2).

El monkeypox virus (MPXV) es el agente infeccioso, un virus ADN envuelto, grande (140-450 nm) y complejo, pertenece al género Orthopoxvirus, igual que los virus de viruela y vaccinia (vacuna antivariólica). Su genoma (130-360 kpb) presenta doble cadena y se replica en el citoplasma.

En áreas endémicas, la viruela símica es una zoonosis que se trasmite desde roedores y musarañas al hombre y otros primates por contacto directo (75% de casos) y por contacto interpersonal (tasa de ataque secundario de 8-9%). Las características genómicas diferencian dos clados virales: el tipo (I), más virulento (letalidad:1-10%), procedente de África central (RDC) y el tipo dos (II), de África Occidental, menos agresivo (letalidad < 3%), caracterizado por ausencia del gen que inhibe las enzimas del complemento. Se considera a Camerún, lugar donde se ha localizado ambos clados, como su límite geográfico. En este último clado se describe dos subclados: IIa y IIb. El subclado IIb es el principal responsable del brote 2022^(1,3).

Desde comienzo de mayo 2022, fecha que se identifican los primeros casos de MPXV en Reino Unido y otros países de Europa, hasta la actualidad (02 de setiembre 2022) se han reportado más 53 mil casos confirmados en 100 países en todo el mundo, la inmensa mayoría (99%) de áreas no endémicas; y se registra solo más de 500 casos (<1%) de 7 países endémicos. La mayoría de casos procede de EEUU (20 mil casos; cerca del 40% del total de casos) y de Europa, donde España (6,5 mil), Francia (3,6 mil), Alemania (3,5 mil), Reino Unido (3,4 mil) y Países Bajos (1,2 mil) aportan en conjunto 35% de todos los casos. En América, después de EEUU los países con mayoría de casos son Brasil (5 mil; 10% de casos totales), Perú (1,6 mil) y Canadá (1,3 mil). No obstante, a partir de la semana 33 (15-21 agosto 2022) se evidencia reducción global de nuevos casos (21%), a expensas de disminución del brote en Europa, pero aún hay aumento en las Américas, que al momento representa el 60% de nuevos casos^(4,5).

El brote epidémico actual de viruela símica afecta principalmente jóvenes varones (98%) entre 30 a 43 años de rango intercuartil (mediana de edad de 36 años). Los menores de 17 años solo representan menos del 1%, diferente al 40% de casos en menores de edad registrado en áreas endémicas. Asimismo, entre los casos con orientación sexual reportada, el 96% corresponde a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las relaciones sexuales se registran como la forma de contagio en 82% de casos, siendo preferentemente durante fiestas con contactos sexuales (61%). El 45% reportó VIH positivo entre las personas con seroestatus conocido. Por otro lado, se describe solo 5% de casos en trabajadores de salud, la mayoría adquiridos en la comunidad y la infección asociado a servicios de salud (IASS) solo se ha confirmado en tres casos. También, la mortalidad de este brote 2022 de MPXV es muy baja, y de los 15 pacientes fallecidos, 9 ocurrieron en países endémicos y solo seis en países no endémicos^(5,6).

En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó el primer caso confirmado de viruela símica el 26 de junio 2022 y hasta el 02 de setiembre 2022 se registraron 1 590 casos confirmados en 16 regiones, la mayoría en Lima y Callao (88%); mientras que, al interior destacan: La Libertad (77 casos), Arequipa (52 casos) y Cuzco (11 casos). Piura registra 8 casos, Ica 7 casos y Lambayeque, Ucayali y Ancash 6 casos cada departamento.

¹ Hospital Regional de Lambayeque. Chiclayo, Perú.

^a Doctor en Medicina. Médico infectólogo. Servicio de Infectología.

ORCID:

Miguel Villegas-Chiroque: 0000-0002-8090-8224

Recibido: 20-8-2022

Aceptado: 25-09-2022

Correspondencia: Miguel Villegas-Chiroque

Correo: mivichi2003@hotmail.com

Al igual que en resto del mundo, los afectados son jóvenes varones (99%) de entre 27 a 37 años de edad (mediana: 32 años), reconocidos HSH el 86% entre quienes reportan su orientación sexual y entre quienes conocen su seroestatus el 85% es VIH positivo, la gran mayoría en tratamiento antirretroviral (TARV >90%). El 18% señaló antecedente de sífilis en el último año.

El 94% de casos fueron no graves con manejo ambulatorio, solo el 4% requirió hospitalización (61 casos), ya sea por sobreinfección bacteriana, dolor no controlado y/o infecciones oportunistas. No se registra fallecidos por causa directa del MPXV en el país^(7,8).

La evolución clínica incluye 4 fases: 1) período de incubación de 5 a 14 días, asintomática; 2) fase febril o prodrómica de 1 a 4 días, caracterizado por malestar general, cefalea, mialgias, dolor faríngeo, fiebre y adenopatías; 3) fase de exantema, cede la fiebre y aparece rash dérmico maculo-papular que evoluciona a vesículo-pústular en 2 a 4 días; y 4) fase de convalecencia, mejora clínica con cicatrización umbilical (costras) de pústulas en una y tres semanas. El exantema inicia en sitio de inoculación, como región genital o ano-rectal (75%) con balanitis o proctitis (con dolor y/o sangrado) y evoluciona en forma sincrónica (monomórfico) y distribución centrifuga (tronco y extremidades 55%, cara 25% y palmas y plantas 10%). La transmisión del MPXV se da a través de gotitas respiratorias, más común por contacto directo y posiblemente por fómites. Se contagia por contacto sexual, pero no a través de fluidos genitales: no se considera una infección de transmisión sexual (ITS) porque se puede transmitir sin tener relaciones sexuales. El contacto debe ser prolongado o repetido, no casual^(1,3,6,9).

La enfermedad es benigna, pero puede complicar sobre todo en niños, personas viviendo con VIH/sida (PVVS) y otros pacientes inmunosuprimidos, con sobreinfección bacteriana, neumonía, encefalitis e infección ocular. El tratamiento es principalmente sintomático (manejo de fiebre, dolor) y de soporte (hidratación). Algunos antivirales (tecovirimat, cidofovir y brincidofovir) y la inmunoglobulina vacunal (VIG) pueden ser útiles en casos severos, pero no están disponibles. El uso de vacunas no replicativas para prevención, protegen en 85% contra poxvirus, pero su producción y acceso no será pronto^(6,9,10). Por tanto, lavado de manos, medidas de precaución de contacto y de precaución respiratoria por gotitas se requiere durante la atención de sospecha; mientras que, el monitoreo y aislamiento domiciliario de casos son muy importantes. Asimismo, se requiere de mensajes adecuados en medios y redes para reducir el estigma y discriminación, la cual se multiplica y potencia afectando a los más vulnerable: HSH, PVVS y pobreza.

El estigma es una marca asociada a estereotipos negativos que lleva a hacer una distinción entre quienes lo tienen y los demás. Las personas estigmatizadas son diferenciadas, subvaloradas, aisladas y ese rechazo limita sus posibilidades de vida, tanto en el trabajo, relaciones interpersonales y acceso a servicios de salud. El estigma es estructural, está incluido en el lenguaje, en la forma como actúa el estado y la sociedad en general. En ese sentido, la actual epidemia de MPXV se ha diseminado con terminología inadecuada ("viruela de mono", "de origen africano", "afecta a población gay", etc.), lo cual afecta directamente el acceso a los servicios de salud y limita el seguimiento de

contactos, por temor, vergüenza o sentimiento de culpa. Todo ello contribuye con más sufrimiento a las personas y potencia su vulnerabilidad. Además, la estigmatización del mal en determinados colectivos, contribuye a actitudes y conductas fóbicas hacia ellos, y que el resto no perciba su propio riesgo, ignorando la toma correcta de medidas de precaución^(11,12).

En resumen, la reciente epidemia de MPXV es de magnitud mundial, pero felizmente de evolución no grave. Sin embargo, aún se transmite entre poblaciones ya estigmatizadas que no desean exponerse más y por temor al rechazo están retrasando su atención con riesgo de mayores complicaciones y diseminación de la enfermedad. Por tanto, debemos convertir esta amenaza en una oportunidad para replantear estrategias efectivas y mensajes inclusivos, considerando que las enfermedades infecciosas no son simplemente condiciones biomédicas si no también implican construcciones sociales que perpetúan el estigma y la discriminación; lección que no hemos aprendido de epidemias pasadas, como en lepra, tuberculosis, VIH/sida y COVID-19.

Fuentes de financiamiento: El estudio fue autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-World Health Organization: Monkeypox. Key facts. [internet]. Ginebra: WHO; 2022. [Citado el 03 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
- 2.-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(2):e0010141. doi: 10.1371/journal.pntd.0010141
- 3.-Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis* 2022;22(8):1153-62. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00228-6
- 4.-Center for Disease Control and Prevention. Mapa global del brote de viruela del mono 2022. [internet]. Atlanta USA: CDC, 2022 [citado el 02 de setiembre de 2022]. Disponible en: Mapa global del brote de viruela del mono 2022 | de la viruela del mono Poxvirus | CDC
- 5.-World Health Organization. Multi-country outbreak of monkeypox, External situation report #4 - 24 August 2022. [internet]. Ginebra: WHO; 2022. [Citado el 02 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-monkeypox--external-situation-report--4--24-august-2022>
- 6.-Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries. *N Engl J Med* 2022; 25; 387(8): 679-91. DOI: 10.1056/NEJMoa2207323
- 7.-Ministerio de Salud de Perú. Viruela del mono. Casos confirmados. Información acumulada al 02 de setiembre 2022 [internet]. Lima: MINSA, 2022 [citado el 02 de setiembre de 2022]. Disponible en: Ministerio de Salud (@Minsa_Peru) / Twitter
- 8.-Dirección General de Epidemiología. Reporte de viruela de mono. Actualizado hasta el 31.08.22 (semana epidemiológica N° 35-2022. [internet]. Lima: CDC MINSA, 2022 [citado el 02 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/viruelamonoviruelamonoal31082022.pdf>
- 9.-Del Rio C, Malani PN. Update on the monkeypox outbreak. *JAMA* Published on line. 2022. doi:10.1001/jama.2022.14857
- 10.-Rizk JG, Lippi G, Henry BM, Forthal DN, Rizk Y. Prevention and treatment of monkeypox. *Drugs* 2022;82(9): 957-63. doi: 10.1007/s40265-022-01742-y
- 11.-Semana. La enfermedad como estigma. Semana [internet] 2013 May 25. [citado el 02 de setiembre de 2022]. Disponible en: La enfermedad como estigma (semana.com)
- 12.-The Lancet. Reaching the vulnerable without stigma (editorial). *Lancet Infect Dis* [internet] 2022; 22: 1091. [citado el 02 de setiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(22\)00456-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(22)00456-X.pdf)