



NOTA INFORMATIVA: VIRUELA DEL MONO EN NIÑOS

En mayo de 2022, se notificaron, en el Reino Unido los primeros casos de viruela de los monos (MPX) sin vínculos epidemiológicos con zonas endémicas o contacto con casos previamente notificados. Desde entonces, se han ido comunicando nuevos casos en diferentes países, principalmente de Europa y América. Debido a esto, el 23 de julio de 2022, la OMS declaró que el brote de MPX constituye una emergencia de salud pública internacional dando una serie de recomendaciones temporales.

En la actualidad, España es el país europeo con más casos confirmados (5.162 casos a fecha de 9 de agosto de 2022). Más del 99% de los casos notificados en Europa se han dado en varones. El principal mecanismo de transmisión es a través de contacto físico muy estrecho y la gran mayoría han sido identificados en población HSH (hombres que tienen sexo con hombres). Sin embargo, si la transmisión no se controla adecuadamente, existe riesgo de que otros grupos poblacionales se vean afectados, a través del contacto físico directo con las lesiones.

Los casos en población pediátrica en el brote actual son de momento escasos (menos del 0.2% del total de casos notificados en Europa) y los cuadros clínicos han sido leves y autolimitados. Así y todo, es importante que los pediatras conozcamos las manifestaciones más comunes de esta infección y los procedimientos que se deben llevar a cabo ante una sospecha de MPX.

El síntoma guía es el rash. Las lesiones cutáneas suelen presentar distintas fases evolutivas, iniciándose como máculas eritematosas de pocos milímetros de tamaño y que posteriormente progresan a pápulas, en ocasiones con aspecto umbilicado, vesículas y pústulas. Finalmente, las vesículas y pústulas se rompen, apareciendo una costra que acaba cayéndose al de 7-14 días desde el inicio del rash.

A pesar de que se debe mantener un alto índice de sospecha, debemos saber que otras entidades que pueden presentarse con lesiones similares, son mucho más frecuentes en la edad pediátrica. Es el caso de la varicela, el impétigo, los moluscos contagiosos, las infecciones por enterovirus o el prurigo, siendo además afecciones que predominan en la época estival. En el caso de la MPX, la evolución de la lesión desde mácula a costra se da en 3-5 días, más rápida que en otras entidades. Las lesiones pueden afectar a palmas y plantas y también a mucosas y puede aparecer brotes sucesivos, detectándose lesiones en distintos estadios evolutivo.

En el caso de la MPX, puede existir un periodo prodrómico con fiebre, astenia, cefalea y mialgias. Es frecuente también la presencia de adenopatías, localizadas o generalizadas. El periodo de incubación oscila habitualmente entre 5 y 13 días, aunque puede alargarse hasta las tres semanas.

Se debe considerar caso sospechoso a aquel paciente con lesiones cutáneas compatibles que asocie además fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, dolor de espalda o adenopatías y en el que se haya descartado (o se considere muy poco probable) otra patología. Se clasificará como caso probable si además ha tenido contacto estrecho con un caso confirmado o probable de MPX, ha mantenido relaciones sexuales de riesgo o tiene historia reciente de viaje a zona endémica.

En ambos casos, está indicada la recogida de una muestra de lesión cutánea (líquido vesicular, exudado o costra) y su envío en medio de transporte de virus y conservada en frío al laboratorio de referencia designado en cada comunidad autónoma, para realizar estudio mediante PCR específica para MPX. Se debe contactar además con el servicio de salud pública de la comunidad para notificar el caso.

La página web del Ministerio de Sanidad dispone de información actualizada sobre la situación del brote (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/home.htm>). Cabe destacar el Documento de consenso sobre manejo de la viruela del mono en niños (https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/Manejo_pediatico.pdf).



Se recomienda revisar las recomendaciones del departamento de salud de la comunidad autónoma correspondiente para ampliar la información sobre los procedimientos de recogida de muestra y notificación de los casos.

Aunque los datos son todavía escasos, se considera que un paciente es contagioso desde el inicio de los síntomas hasta la desaparición de todas las lesiones cutáneas, incluidas aquellas en fase costrosa. En la gran mayoría de los casos, es una enfermedad autolimitada que se resuelve en el plazo de 2-4 semanas. Podrán por tanto ser manejados ambulatoriamente, salvo que exista algún criterio clínico de hospitalización. Se recomienda permanecer aislado en una habitación o área separada del resto de convivientes hasta que todas las lesiones hayan desaparecido. Si esto no es posible, las lesiones deben permanecer cubiertas y tanto el paciente como los convivientes utilizar mascarilla (se cree que el virus puede transmitirse también a través de las secreciones respiratorias si se produce un contacto cara a cara prolongado, aunque esta vía parece que contribuye poco a la transmisión). Las personas encargadas del cuidado del paciente utilizarán guantes e higiene de manos cuando sea necesario el contacto con este. En el caso del personal sanitario, para la atención del paciente se debe usar mascarilla de tipo FFP2; salvo que sea preciso el contacto físico, en cuyo caso se usará un equipo de protección individual completo.

Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de SEUP

11 de agosto de 2022