



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Caso clínico

Proctitis como primera manifestación clínica de la viruela símica en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Ecuador

Proctitis as the first clinical manifestation of monkeypox in a patient with human immunodeficiency virus infection in Ecuador

Silvano Bertozzi, Karoline Revelo* y Sergio Castro

Servicio de Medicina Interna, Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador

La viruela símica es una enfermedad exantemática y autolimitada, cuyo agente causal es el virus de la viruela símica, perteneciente al género *Orthopoxvirus*, de la familia *Poxviridae*^{1,2}. A partir de 1970 se han descrito casos en humanos en las regiones de África Central y Occidental, áreas consideradas endémicas de la enfermedad; sin embargo, desde mayo de 2022 se evidenció un aumento significativo de casos en otros países debido principalmente a la transmisión del virus de persona a persona y no de forma zoonótica como había sido descrito^{3,4}.

La presentación clínica de la viruela símica es diversa, abarca desde casos que son asintomáticos hasta formas graves, las cuales son más frecuentes en los pacientes con compromiso del sistema inmune^{4,5}. El cuadro clínico típico incluye fiebre, linfadenopatías, mialgias y lesiones cutáneas que generalmente aparecen en la cara o el tronco y luego se diseminan a otras áreas, no obstante, se han descrito presentaciones atípicas donde la región perianal o genital es la única afectada o constituyen el sitio de inicio de la enfermedad, seguida de lesiones distribuidas de forma monomórfica y centrífuga en el resto del cuerpo^{4,6}.

Se presenta el caso de proctitis como primera manifestación clínica de la viruela símica en un hombre con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que corresponde al primer caso reportado en Ecuador.

Un varón de 34 años acude a nuestro servicio por presentar dolor intenso en la región anal de una semana de evolución que se acompaña de fiebre y rectorragias en 2 ocasiones, sintomatología que no cede con la administración de analgésicos.

Como antecedentes, destaca una infección VIH desde hace 7 años, actualmente en tratamiento antirretrovírico (lamivudina, tenofovir y dolutegravir), con carga vírica indetectable y recuento de linfocitos TCD4 de 605 células/mm³. Refiere antecedente de actividad sexual receptiva anal de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres [HSH]) hace 15 días. En el examen físico se observa una lesión ulcerada, supurativa y dolorosa de aproximadamente 1 cm en la región anal (fig. 1); múltiples lesiones papulares y umbilicadas con tendencia a la ulceración en la región perianal y linfadenopatías inguinales menores a 1 cm. A las 24 horas se observan numerosas lesiones vesiculares distribuidas en la cara, el tórax, las extremidades, incluyendo las palmas y las plantas, y la región genital (fig. 2).

Inicialmente se solicitaron exámenes complementarios para descartar infecciones de transmisión sexual que cursan con el cuadro clínico descrito. Ante la aparición posterior del exantema se solicitó una PCR para *Orthopoxvirus* en una muestra de suero e hisopado de las lesiones cutáneas cuyo resultado fue positivo para viruela símica.

Se realizó el diagnóstico definitivo de viruela símica con proctitis como primera manifestación clínica de la enfermedad, se inició el tratamiento sintomático a base de opioides menores y coadyuvantes. Sin embargo, considerando el alto riesgo de sobreinfección de las lesiones primarias por su localización y el retardo en la obtención de resultados para descartar otras ITS, se instaura el tratamiento con ceftriaxona IV, 1 g/12 horas/5 días, azitromicina 1,5 gramos vía oral en dosis única, aciclovir 400 mg vía oral cada 8 horas/14 días y metronidazol oral 500 mg/8 horas/14 días. La



Figura 1 – Lesión primaria, ulcerada, supurativa y dolorosa en la región anal acompañada de múltiples lesiones papulares y umbilicadas con tendencia a la ulceración en la región perianal.

evolución clínica es favorable, la lesión anal se encuentra cicatrizada y la mayoría de las lesiones cutáneas están en fase de costra; se da el alta médica, se envía al domicilio con indicación de aislamiento y se planifican controles posteriores en consulta externa.

La viruela símica es una zoonosis vírica que hasta hace poco era considerada rara y de distribución geográfica limitada. En mayo de 2022 cobró mayor relevancia al detectarse casos en países no endémicos y en el grupo poblacional de hombres entre 18 y 50 años, de forma predominante en HSH^{4,7}.

Considerando su índole zoonótica se han identificado como principales reservorios a monos y roedores con la posterior transmisión del virus de humano a humano, a través del contacto estrecho con lesiones infectantes y fluidos corporales, fómites e inhalación de aerosoles^{2-4,8}. Teniendo en cuenta que el brote actual ha afectado mayormente a HSH y la identificación de cargas víricas significativas en muestras rectales, semen, saliva, orina y heces; la transmisión sexual del virus debería considerarse un potencial modo de propagación de la enfermedad^{4,8}.

El periodo de incubación oscila entre 5 y 21 días y el cuadro clínico es autolimitado con una duración de 2 a 5 semanas^{1,3,9}.

El síndrome clínico de la viruela símica presenta semejanzas con la viruela, pero con manifestaciones menos intensas, menor tasa de complicaciones y letalidad, aun en pacientes inmunodeprimidos que son considerados población de riesgo^{3,9}. Típicamente se inicia con una fase prodrómica caracterizada por malestar general, fiebre, cefalea, mialgias y linfadenopatías^{3,8}. Después de 1 a 4 días aparece una erupción cutánea progresiva que se manifiesta con lesiones infectantes en distintos estadios evolutivos que incluyen máculas, pápulas, vesículas, pústulas, costras y que adoptan una distribución centrífuga localizándose comúnmente en la cara, la mucosa oral, el tronco, las extremidades y los genitales^{3,4,6,9}; sin embargo, en el brote actual se han observado presentaciones clínicas atípicas sin síntomas prodrómicos y con un importante compromiso de la mucosa faríngea y anogenital. Con respecto a esta última, se han descrito erupciones en el área anogenital o perineal como única o primera manifestación de la enfermedad e incluso casos graves de lesiones anales y proctitis como el caso presentado^{7,8,10}. Se ha considerado que la relación entre la



Figura 2 – A) Lesiones papulo-vesiculares en las palmas. B) Múltiples lesiones papulares umbilicadas en región genital y los muslos. C) Numerosas lesiones papulo-vesiculares con eritema circundante distribuidas en el tórax posterior.

proctitis y el virus de la viruela símica se centra en la inoculación directa del virus en la mucosa rectal durante el contacto sexual^{7,10}. Estudios imagenológicos han mostrado una inflamación perianal marcada en los pacientes con viruela símica en comparación con aquellos diagnosticados de otras ITS. Si bien este se podría considerar un signo sugestivo de la enfermedad, no es patognomónico¹¹. Las pruebas diagnósticas como la reacción en cadena de la polimerasa para el virus de la viruela símica de lesiones anorrectales nos permiten confirmar el diagnóstico³.

Los casos de este nuevo brote de viruela símica fueron en su mayoría leves, pero también hay casos de complicaciones relevantes tales como sobreinfecciones bacterianas, bronconeumonía, encefalitis, miocarditis, queratitis, sepsis, entre otras. Se ha reservado el tratamiento antivírico con tecovirimat para casos graves y con complicaciones, siendo la infección por VIH no controlada un factor de riesgo para estas condiciones^{8,12}. Para el resto de casos, el tratamiento sintomático y la antibioterapia para las infecciones asociadas son las recomendaciones fundamentales⁹.

En el presente caso, tomando en cuenta los antecedentes del paciente, factores de riesgo y el cuadro clínico inicial se catalogó como una proctitis infecciosa de etiología a determinar y fue la aparición posterior del exantema lo que permitió sospechar en viruela símica y llegar al diagnóstico definitivo con ayuda de los exámenes complementarios. Considerando la hipótesis diagnóstica inicial y el alto riesgo de sobreinfección por la localización de las lesiones, se indicó antibioterapia empírica y tratamiento sintomático. Dado el curso moderado de la enfermedad y al no evidenciar complicaciones no se administró el tratamiento antivírico con tecovirimat. El paciente presentó una evolución clínica favorable.

En conclusión, en aquellos casos de pacientes HSH con antecedentes de otras ITS y que presenten manifestaciones clínicas de enfermedad anorrectal inflamatoria en ausencia o no de otras lesiones cutáneas se debe incluir dentro del diagnóstico diferencial a la viruela símica y por tanto, se deben llevar a cabo los procedimientos diagnósticos respectivos.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que obtuvieron el consentimiento informado del paciente para la publicación de este caso clínico.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los autores que aportaron para la realización de este reporte de caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- Gedela K, Da Silva Fontoura D, Salam A, et al. Infectious proctitis due to human monkeypox. *Clin Infect Dis*. 2022;76(3):e1424–e1427. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac713>.
- Kiselinova M, De S, Vandekerckhove L, et al. Monkeypox and co infections presenting as a painful genital rash. *J Clin Images Med Case Rep*. 2022;3(9):2057. <https://doi.org/10.52768/2766-7820/2057>.
- Sturgis MR, Mossack SM, Feng CL, et al. Genital monkeypox superimposed on co-incident sexually transmitted infections in AIDS patient; a case report. *Urol Case Rep*. 2022;45:102238. <https://doi.org/10.1016/j.eur.2022.102238>.
- Patauner F, Gallo R, Durante-Mangoni E. Monkeypox infection: an update for the practicing physician. *Eur J Intern Med*. 2022; 104:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2022.08.022>.
- Altindis M, Puca E, Shapo L. Diagnosis of monkeypox virus – an overview. *Travel Med Infect Dis*. 2022;50:102459. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102459>.
- Sah R, Abdelaal A, Reda A, et al. Monkeypox and its possible sexual transmission: where are we now with its evidence? *Pathogens*. 2022;11(8):924. <https://doi.org/10.3390/pathogens11080924>.
- Yakubovsky M, Shasha D, Reich S, et al. Monkeypox presenting as proctitis in men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2022;76(3):528–530. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac737>.
- Fischer F, Mehrl A, Kandulski M, et al. Monkeypox in a patient with controlled HIV infection initially presenting with fever, painful pharyngitis, and tonsillitis. *Medicina*. 2022;58(10):1409. <https://doi.org/10.3390/medicina58101409>.
- Petersen E, Kantele A, Koopmans M, et al. Human monkeypox. *Infect Dis Clin N Am*. 2019;33(4):1027–1043. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2019.03.001>.
- Pipitò L, Trizzino M, Ferraro D, et al. Monkeypox proctitis treated with doxycycline in an HIV MSM returning to Italy from France. *Travel Med Infect Dis*. 2022;50:102469. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102469>.
- Gan J, Patel J, Ainsworth E, et al. Case series of perianal and pelvic MRI imaging findings in monkeypox. *BJ. Case Rep*. 2022; 8:20220109. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20220109>.
- de Sousa D, Frade J, Patrocínio J, et al. Monkeypox infection and bacterial cellulitis: a complication to look for. *Int J Infect Dis*. 2022;123:180–182. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.08.024>.