



Editorial

Mpox: el brote y su impacto en la salud pública

Julia María Ruiz Redondo

Coordinadora adjunta del Grupo de Salud Pública de la SEMG

Desde que el 14 de agosto del 2024 el Director General de la OMS declarara, por segunda vez en los dos últimos años, una emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) relativa a la mpox, se han desempolvado multitud de documentos en España, relacionados con la primera entrega de esta “saga”, en la que se entrecruzan clados de la mpox que pueden hacernos confundir “luces de distintos faros” para un mismo horizonte: la llamada “viruela del mono” (“mpox”).

La mpox es una enfermedad zoonótica, provocada por el virus de la viruela del mono. Fue descubierto en 1958 como consecuencia de dos brotes en colonias de monos criados para la investigación. Todavía hoy una incógnita la fuente de la enfermedad: existen sospechas de que esta se pudiera hallar en roedores africanos y primates no humanos (como los monos), de forma que llega a infectar a seres humanos. El primer caso de mpox se registró en 1970, en lo que hoy es la República Democrática del Congo, y es endémica de las regiones densamente boscosas de África Occidental, Central y Oriental; generalmente está relacionada con viajes a dichas zonas o con importación de animales infectados.

En breve plazo los casos se duplicaron: 62.016 en 2020 y 120.569 en 2023. También se incrementó la notificación en nuevas zonas como Kinshasa, la provincia de Kwango y Kivu del Sur (se pasó de notificar en 11 a 22 de las 26 provincias de la República Democrática del Congo). Se desconocen las razones de esta expansión, que afecta a personas de cualquier edad. Puede que se haya generado una mayor concienciación tras la declaración de la primera ESPII por mpox y, en consecuencia, una mejora de la vigilancia; lo cierto es que quedan muchos aspectos por dilucidar, dado que la capacidad de vigilancia y de laboratorio del país de origen está lejos de ser óptima: en 2023 solo el 9 % de los casos sospechosos han podido ser sometidos

a pruebas de PCR, y el acceso a programas de inmunización es inexistente fuera de los proyectos de investigación.

El primer faro

La ESPII relacionada con mpox fue declarada el 23 de julio de 2022 por la OMS. Se relacionó con un brote mundial por el clado II (succlado IIb); el colectivo más afectado fue el de hombres de sexo genético que mantenían sexo con iguales genéticos, aunque no exclusivamente. El principal mecanismo de transmisión fue a través del contacto estrecho en el contexto de relaciones sexuales.

Clínicamente se manifestaba con lesiones cutáneas que aparecían en primer lugar en las zonas genitales, la boca y la garganta; de hecho, el cambio de hábitos sexuales, unido a otros factores como la vacunación alrededor de los casos detectados y un diagnóstico más certero y temprano de la enfermedad, propiciaron un rápido descenso de la incidencia.

Del mismo modo, se localizó un elevado número de personas con VIH (38-50 %); aunque se desconoce si la infección previa con VIH aumentaba la probabilidad de infección por mpox, se pudo constatar que en estos pacientes la gravedad de esta dependía del grado de afectación por VIH. Así, pacientes con enfermedad avanzada de VIH, inmunodeprimidos y con un bajo número de linfocitos T, enfermaron gravemente por mpox y desarrollaron una forma de la enfermedad muy dolorosa y letal en el 15 % de los casos.

El trabajo de O’Toole et al, publicado en Science en 2023, demostraba, a través de un análisis evolutivo bayesiano, que la mpox se había diversificado recientemente en varios linajes

en humanos, a través de la exposición a APOBEC, de forma que se evidenciaba la transmisión de persona a persona de la mpox clado I1b en lugar de la zoonosis.

La baja incidencia global de la mpox asociada al clado I1b hizo que, en mayo de 2023, se pusiera fin a esta ESPII. Pero el “faro” no se apagaba: únicamente modificaba la intensidad y continuaba alumbrando el horizonte.

El segundo faro

Se “inauguró” el 14 de agosto del 2024, cuando por segunda vez en dos años la OMS declaró la ESPII por mpox. Su “construcción” comenzó el 1 de abril del 2023, cuando por primera vez se documentó la transmisión sexual del clado I; este era un episodio inusual, que podía ser el inicio de una propagación amplia entre las redes sexuales, como se vio con el clado I1b durante el brote mundial de 2022-2023. Ya el 7 de diciembre del 2023 los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) alertaron a los profesionales de la medicina de Estados Unidos de la posible expansión del clado I fuera de las zonas endémicas: Camerún, República Centroafricana y República Democrática del Congo (donde se presumía que la transmisión ocurría de animales a humanos, a través del consumo de carne de animales silvestres infectados: el reservorio natural del virus eran pequeños mamíferos, como ardillas y monos). La falta de acceso oportuna al diagnóstico, las dificultades para vincular los casos a cualquier contacto con animales infectados, las investigaciones epidemiológicas y el rastreo de contactos incompletos no han permitido comprender bien la dinámica de transmisión del clado I de la mpox en la República Democrática del Congo, donde los pacientes podían tener síntomas similares a los descritos con anterioridad y, además, se podía incluir un exantema difuso, linfadenopatías y un viaje reciente a dicho país.

Ampliación del horizonte

Al horizonte ya conocido, desde que se detectó el primer caso en humanos en 1970, hay que añadir la documentación, por primera vez, de la transmisión sexual de la mpox debida al clado I.

A fecha de hoy en España todavía no se ha documentado ningún caso de la mpox debida al clado I. Dado que aún se está

poniendo la “maquinaria en funcionamiento” para ser capaces de clasificar los casos según clado, y que no hay disponibilidad actual de análisis retrospectivos de casos confirmados según clado I, el papel del profesional de la medicina de familia y comunitaria es fundamental para detectar la aparición de nueva sintomatología clínica que se pueda asociar a la expansión del clado I: exantema difuso, linfadenopatías e indagación acerca de viajes recientes (21 días anteriores y posteriores al inicio de síntomas) a la República Democrática del Congo o a países vecinos (Congo Occidental, República Centroafricana, Ruanda, Burundi, Uganda, Zambia, Angola, Tanzania y Sudán del Sur), o bien contacto estrecho con personas que hayan viajado a estos destinos.

Al objeto de comprender mejor los factores de transmisión y riesgo es importante que en la anamnesis se recopilen datos socio-conductuales.

El asesoramiento y seguimiento de personas que hayan viajado a zonas en las que se hayan notificado casos de mpox por clado I se ha de convertir en otro de los pilares básicos de prevención y control, al igual que la recomendación de vacunación en casos indicados según la autoridad competente, a través de acciones oportunistas o de captaciones activas coordinadas con servicios de referencia para vacunación frente al mpox y verificación de pauta completa. En caso de una única dosis administrada, el profesional de la medicina de familia tiene un papel fundamental para motivar al paciente para que se administre la segunda dosis, dado el alto grado de nivel de confianza que estos últimos tienen sobre los primeros.

Ahora, con un horizonte ampliado y con dos faros alumbrando, continuamos surcando las aguas de un mar llamado “medicina”.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. First meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the upsurge of mpox 2024. [Internet] 19/08/2024 [citado el 01/09/2024] Disponible: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20240819_First_meeting_EC_mpx_upsurge_Final_Statement_and_Report.pdf
2. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO DE CASOS DE MPOX EN ESPAÑA. [Internet] 03/09/2024 [citado el 03/09/2024] Disponible: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20240822-ProtocoloMPX.pdf>