

## La viruela del mono: realidades científicas, sin bulos ni estigmas



EDUARDO LÓPEZ-COLLAZO

Director Científico del IdiPAZ,  
Hospital Universitario La PAZ

**E**n una columna previa al verano te comentaba que la viruela en los seres humanos está erradicada desde hace cuatro décadas, pero la conocida como del mono es endémica en ciertos lugares del planeta y todos los años se reportan brotes locales.

Por ahora se conocen dos variantes siempre identificadas en África. Una de ellas con alta letalidad, alrededor del 10 % de los infectados mueren, se localiza en la zona central del continente; la otra, oriunda de Nigeria, presenta una mortalidad inferior que varía entre 0-3 % de fallecidos del total de contagiados. Afortunadamente, la variante que actualmente circula por medio mundo es la menos letal.

Si fuéramos estrictos, esta enfermedad debería llamarse viruela de los roedores, ya que son las ardillas y las ratas los mayores reservorios del virus que la producen. Salvo que el futuro nos depare algún otro descubrimiento, el primer reporte en humanos de la viruela del mono data del siglo pasado, con precisión, de 1970. Una vez más, el contacto con animales portadores que pueden morder a humanos provocó una zoonosis, es decir, el salto del virus a otra especie. En conversación aclaratoria con uno de nuestros inmunólogos más conocido en los medios, el catedrático Alfredo Corell, me recalca que las cadenas de transmisión entre humanos no son extensas. De ahí que históricamente los focos de infección han sido fácilmente controlables y los brotes fuera del continente africanos son anecdóticos. El mayor se reportó hace unos años en los Estados Unidos debido a una compra de animales exóticos.

Pero vayamos por partes. ¿Cómo se puede transmitir entre humanos? A día de hoy la transmisión puede ocurrir de manera directa o indirecta. La primera es cuando se entra en contacto con las lesiones cutáneas de los pacientes. Se calcula que alrededor del 90 % de los casos recientemente reportados han ocurrido debido al contacto piel con piel. Esto se produce por roces continuados con las zonas donde existen lesiones (llagas o heridas), algo que se intensifica durante las relaciones sexuales. El otro 10 % de los contagios se atribuye a los llamados contactos indirectos, principalmente estamos hablando del uso de sábanas, toallas y ropas de la persona infectada. Algo que debemos tener en cuenta como contacto indirecto es una conversación cercana con alguien infectado; las gotas que emiten los pacientes al hablarnos nos pueden infectar. ¿Por qué? La explicación está en la alta carga viral que se detecta en la saliva de los contagiados. Otra vía posible y documentada es la transmisión madre a hijo o hija durante el parto.

Llegados a este punto es probable que te ronde la pregunta: ¿existe riesgo en abrazos y besos? Lamentablemente, sí. Por una parte, el contacto piel con piel en un abrazo es riesgoso; por otra, la elevada presencia del virus en la saliva nos lleva a pensar en una transmisión vía ósculos.

Como dato curioso hace poco un grupo científico de Barcelona ha detectado virus en el semen de hombres infectados. Sin embargo, no se ha demostrado si las cantidades presentes en este fluido son suficientes para contagiar. De cualquier manera, el uso de preservativos --tan recomendado para otras infecciones de transmi-

sión sexual-, no parece ser efectivo en este contexto. Las lesiones cutáneas se concentran en las zonas oral, genital y perianal que quedan expuestas aún cuando se usan condones.

¿Cómo puedes saber si estás contagiado? Los síntomas aparecen entre los 5 y 20 días después de la infección. Suele ser común padecer de dolores de cabeza, fiebre y dolor muscular, todo ello acompañado de la aparición de ganglios. Como distintivo de otras infecciones emergen lesiones alrededor de la boca, en las zonas genitales y perianales. También se ha detectado en las palmas de los pies y las manos. Raramente se producen dolores acusados en el ano e inflamación visible en el glande en caso de los hombres.

***Conocidos los intrínquilis de la  
enfermedad,  
debemos actuar de la mano de la ciencia y  
desterrar todo tipo de mácula.***

¿Existen tratamientos? Actualmente la indicación primera es el aislamiento del paciente; cortar la transmisión es imprescindible. He visto con cierto pavor fotos por internet de personas con aparentes lesiones en las piernas y manos viajando en el metro. Ciertas o no, tengamos claro que en caso de contraer la viruela de mono hay que guardar una estricta cuarentena. Esto no es una violación de ningún derecho, es conocimiento científico aplicado. La vacunación en los 5 primeros días de la infección, aunque evidentemente ya no evita la enfermedad, amortigua sensiblemente las afectaciones, por lo que es altamente recomendable. También existe un tratamiento antiviral, mas su disponibilidad actual es limitada.

La enfermedad se suele resolver entre 2 y 4 semanas de manera autónoma en la mayoría de los casos. Sin embargo, ya se han producido algunas muertes y no se descartan otras. Aunque es pronto para hablar de una afectación debida a la infección, los fallecimientos han tenido en común la aparición de una encefalitis. Por otra parte, estamos hablando de pacientes jóvenes así que la alerta no se suscribe a la población con afectaciones previas debido al proceso de envejecimiento.

¿Vacunación masiva? La inmunización de toda la humanidad sería lo deseable en estos casos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que ahora no es posible. La vacuna que existe contra la viruela no es específica para la viruela del mono. En estudios de laboratorio muestra una protec-

ción del 85% lo cual no está mal, pero en la actualidad sólo una farmacéutica produce una versión mejorada de aquella que se dejó de usar hace 40 años. Con esto te quiero decir que no hay suficientes dosis. Lo lógico sería priorizar los grupos donde ha golpeado la incidencia de este brote a nivel planetario. Estamos hablando de personas con múltiples parejas sexuales, parejas abiertas, quienes practican sexo en grupo o que acuden a establecimiento donde se propicia el intercambio de parejas y las relaciones sexuales con desconocidos. También se debería priorizar a quienes han tenido una infección de transmisión sexual de origen bacteriano en el último año. Según me cuenta el doctor Nelson Núñez de la Hostos Community College of City University, en Nueva York se ha comenzado la vacunación prioritaria de personas que se identifican con estas prácticas. Vale aclarar que esto no es, ni de lejos, exclusivo del colectivo LGTB como erróneamente se ha querido establecer.

¿Tendremos que volver a usar las mascarillas? Sin las mascarillas en ambientes cerrados ya sabemos que somos vulnerables a contagiarnos con alguna variante del virus que provoca la COVID-19. En el caso de la viruela del mono, la transmisión por el aire al principio se dio por un hecho, luego se descartó y ahora se vuelve a estudiar. En España y el Reino Unido se están analizando activamente locales cerrados para determinar la presencia de virus activo en el aire. Me atrevo a especular que será poco probable la presencia de virus activo en aerosoles y que además tenga un alcance parecido al que produce la COVID-19. En esto coincido con Alfredo Corell. ¿En que nos basamos? Hace apenas un mes se han celebrado fiestas masivas con motivo del Orgullo LGTB en varias capitales europeas y no hemos visto un repunte explosivo de las infecciones que concuerde con una transmisión aérea. Eso sí, te recuerdo que la presencia del virus en la saliva es importante, por lo que el uso de la mascarilla por parte de las personas infectadas y su entorno es algo más que una recomendación.

Conocidos los intrínquilis de la enfermedad, debemos actuar de la mano de la ciencia y desterrar todo tipo de mácula. La estigmatización se está viviendo como un *deja vu* de aquellos años 80 cuando se hablaba del SIDA en términos equivocados. La OMS erró con una recomendación orientada a todo un colectivo que es mucho más amplio y, quizá lo peor, revistió de una falsa coraza protectora a una parte de la población cuyas prácticas son de riesgo para esta enfermedad y es LGTB. No es ideología, es ciencia.