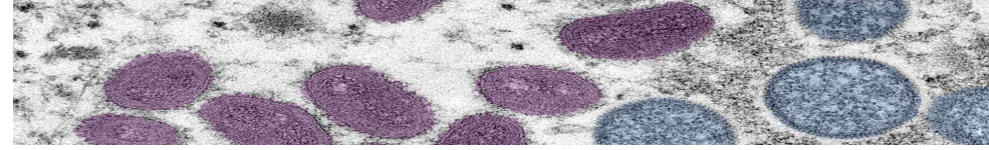


XVIII CURSO EN AVANCES EN INFECCIÓN VIH Y HEPATITIS VIRALES
Vigo, 26 y 27 de Enero 2024



Mpox en personas que viven con VIH

Anaïs Corma Gómez

Clínica-Investigadora Juan Rodés, Grupo de Virología Clínica e ITS

Hospital Universitario de Valme

Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS)

CIBERINFEC



CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA EN RED
Enfermedades Infecciosas



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias



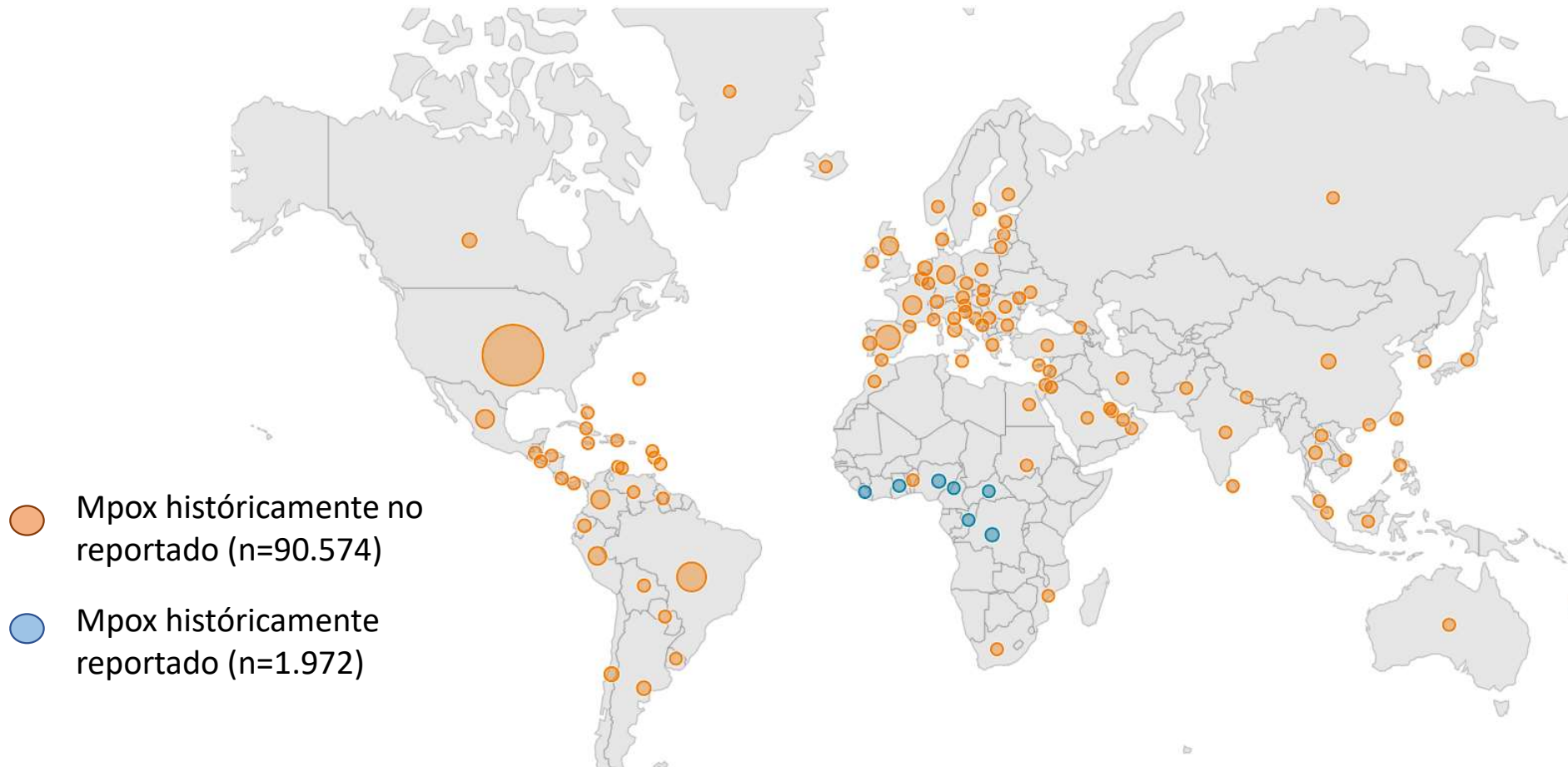
Índice

1. “Time-line” y situación del brote actual por MPXV
2. Epidemiología
3. Historia natural
4. Mpox en PVVIH
5. Reflexiones finales



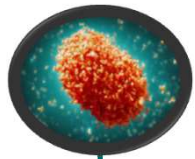
2022-2023 Mpox Outbreak Global Map

Distribución mundial de casos confirmados de Mpox (N=92.546)



<https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>

1º caso reportado en UK.
Aparecen rápidamente
casos en Europa, Australia,
EEUU y Canadá



Mayo

UE inicia
negociaciones para la
compra de vacunas.
3 vacunaciones como
profilaxis post-
exposición en UK

Primeros casos en
países africanos,
asiáticos y
latinoamericanos

Junio

Primeras estrategias
nacionales de
vacunación



OMS: se declara el brote
como emergencia de
Salud Pública de
importancia
internacional



Julio

Barreras de acceso a
tratamiento y escasez
de vacunas

EEUU > España en nº
casos



Primero indicios de
estabilización del
brote

Agosto

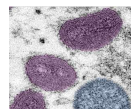
Vacunación en Andalucía.
EMA aprueba estrategia de
dosificación



↓ Incidencia
España

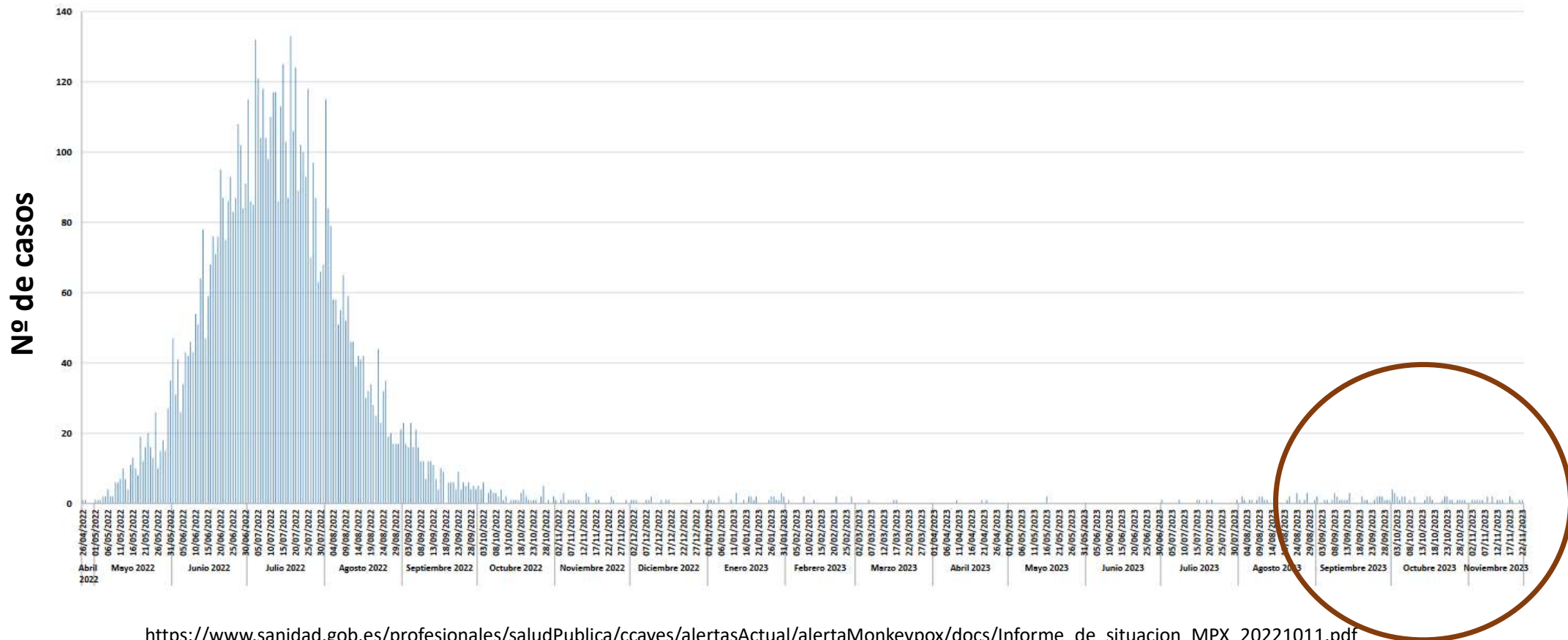
Septiembre

Epicentro de la
pandemia se traslada
a las Américas



Situación en España: 4 de diciembre de 2023

Curva epidémica de casos confirmados de Mpox según fecha de inicio de síntomas (N=7.343)



https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/Informe_de_situacion_MPX_20221011.pdf

Historia natural

Periodo de incubación:
5-21 días

Periodo de invasión

Fiebre, cefalea, mialgias,
linfadenopatías, astenia

≈ 5 días

Lesiones cutáneas

+/-
exantema

Mácula → Pápula → Vesícula → Pústula → Costra

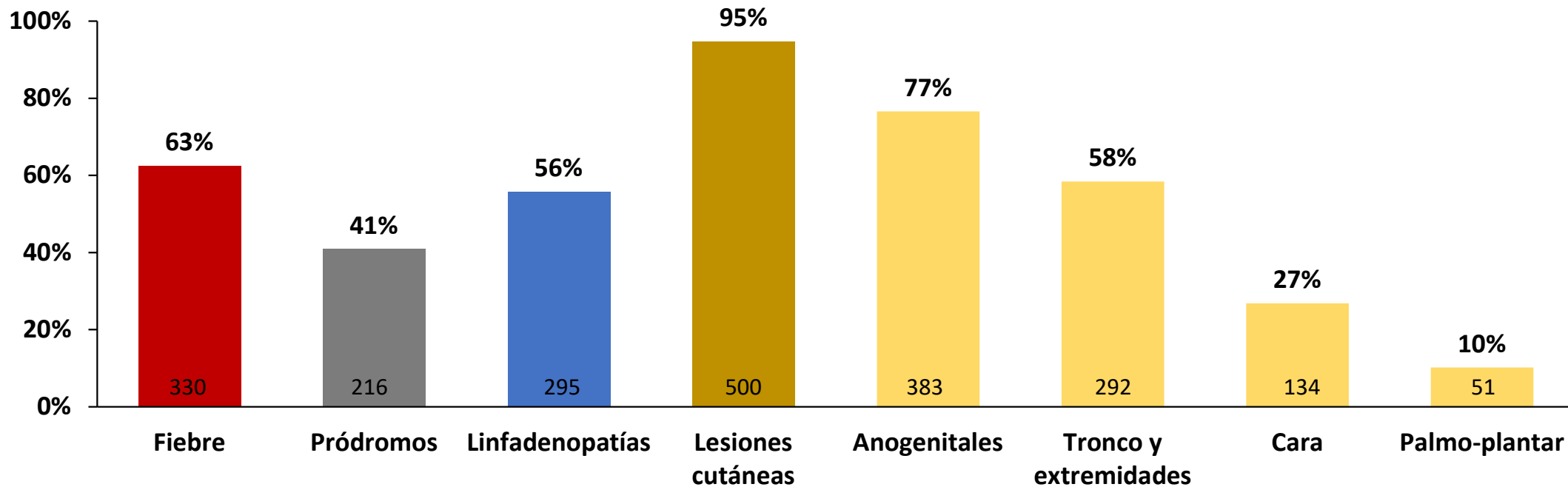
Resolución espontánea

2-4
semanas

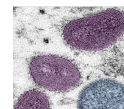


Mpox en el brote actual

Principales manifestaciones clínicas de los pacientes con Mpox (N=528)



Thornhill JP et al; SHARE-net Clinical Group. N Engl J Med. 2022;387(8):679-691



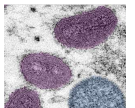
Mpox en el brote actual: complicaciones

- Mucositis: proctitis, edema genital, amigdalitis
- Sobreinfección bacteriana
- Cicatrices desfigurantes
- Afectación oftalmológica: queratitis
- Respiratorias: neumonía
- Miocarditis
- Neurológicas: encefalitis (<1%)

↑ **RIESGO**

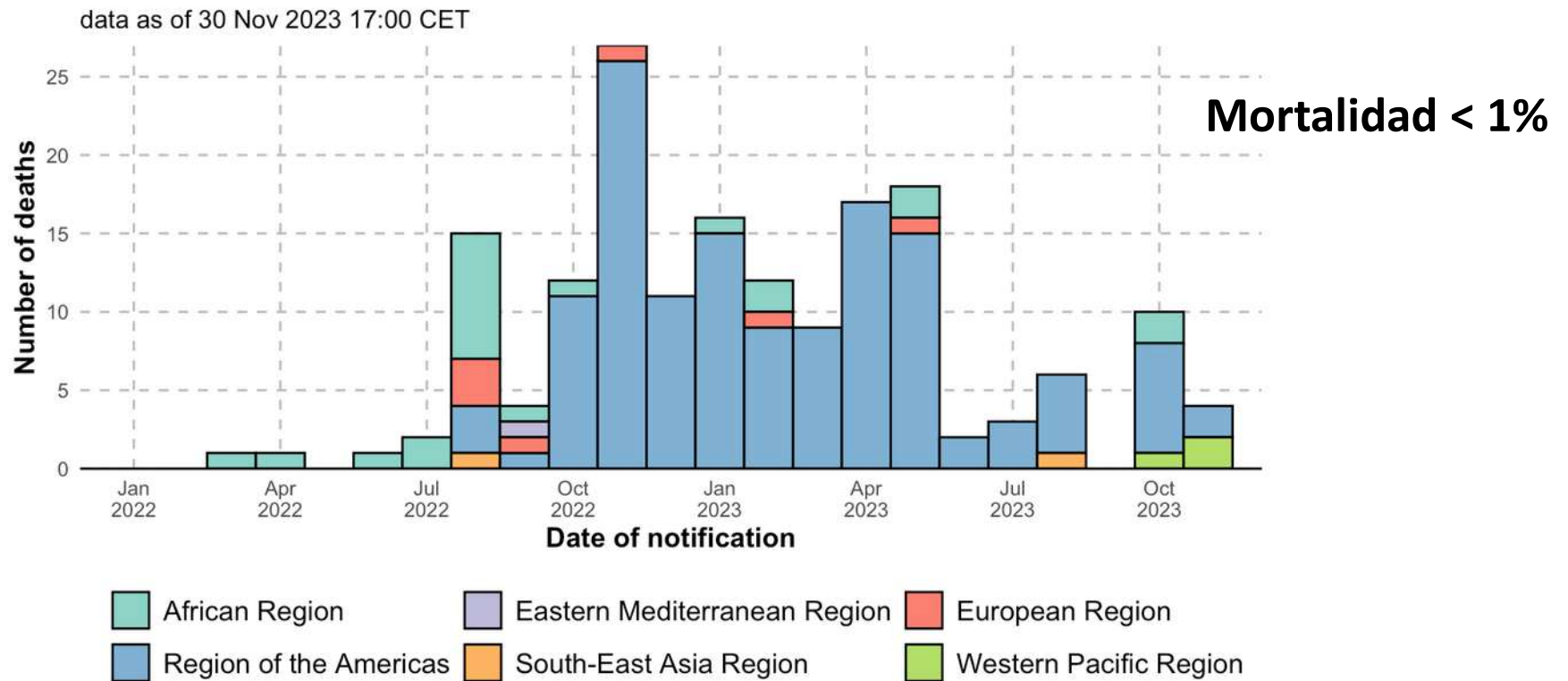
- Mujeres embarazadas
- Neonatos/niñ@s
- Inmunosupresión

Tasa ingreso en el contexto del brote actual \approx 7%

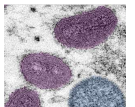


Mpox en el brote actual: mortalidad

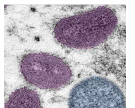
Mortalidad mensual según región OMS (n=171)



https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

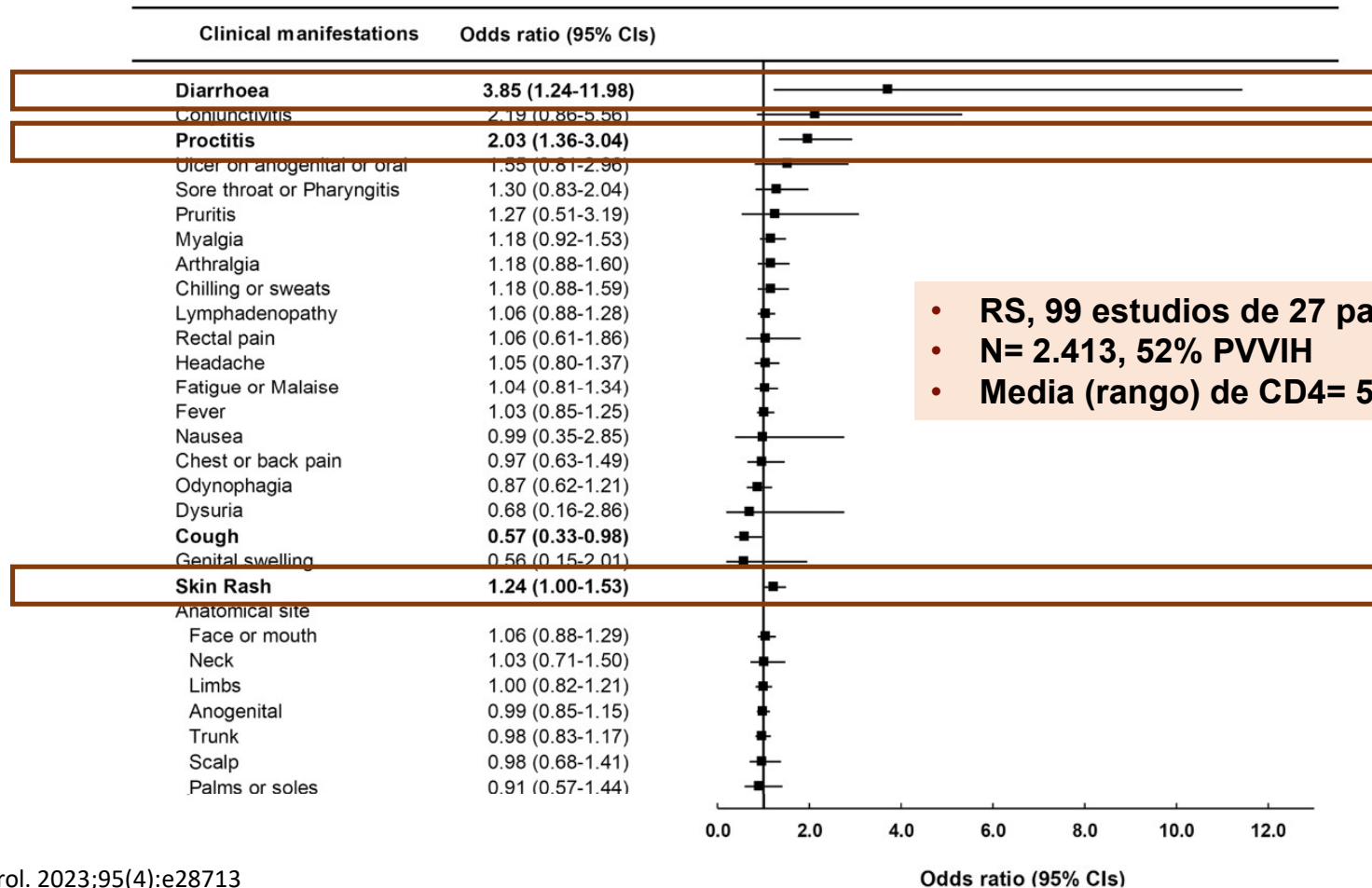


Mpox en personas que viven con VIH

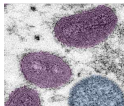


Mpox en PVVIH: Manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas en PVVIH vs. personas sin infección por VIH

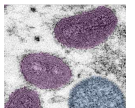
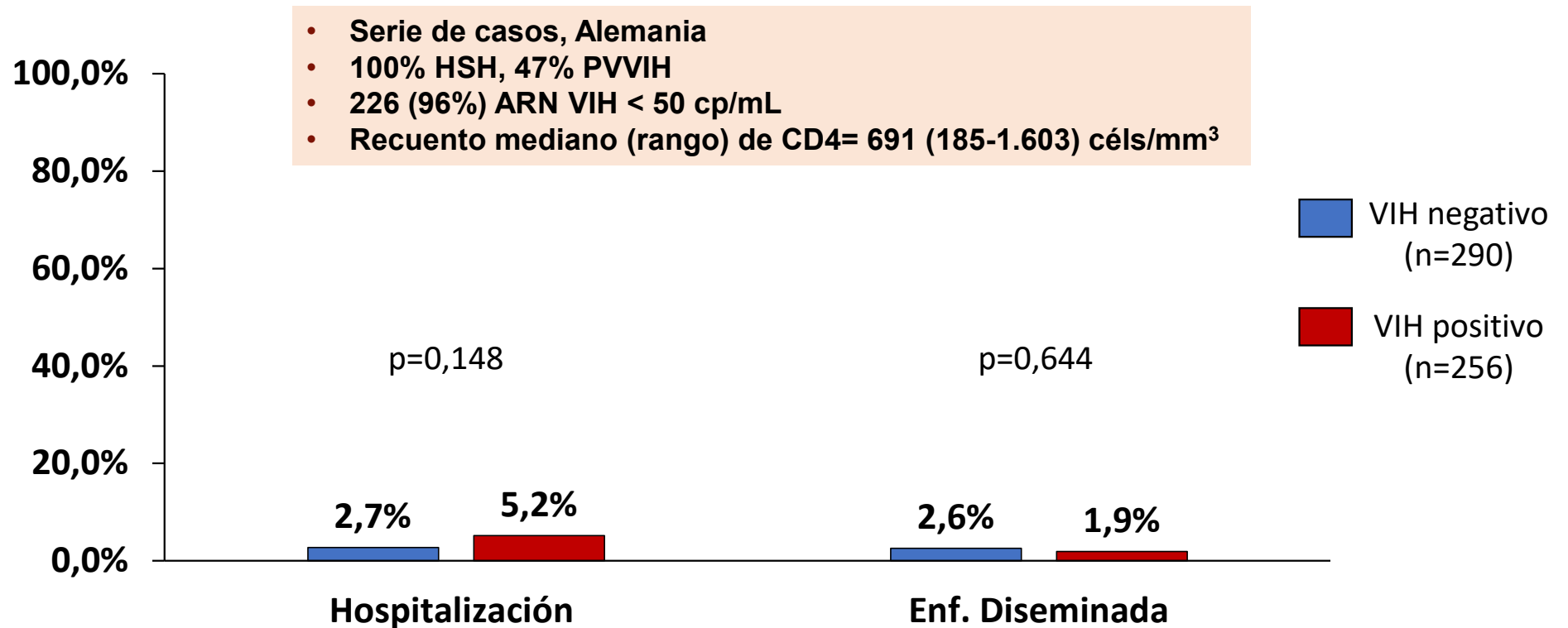


- RS, 99 estudios de 27 países
- N= 2.413, 52% PVVIH
- Media (rango) de CD4= 558 (3-1.622) céls/mm³

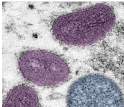


Mpox en PVVIH: Complicaciones

Prevalencia de Mpox diseminado y de hospitalización (N= 546)



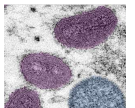
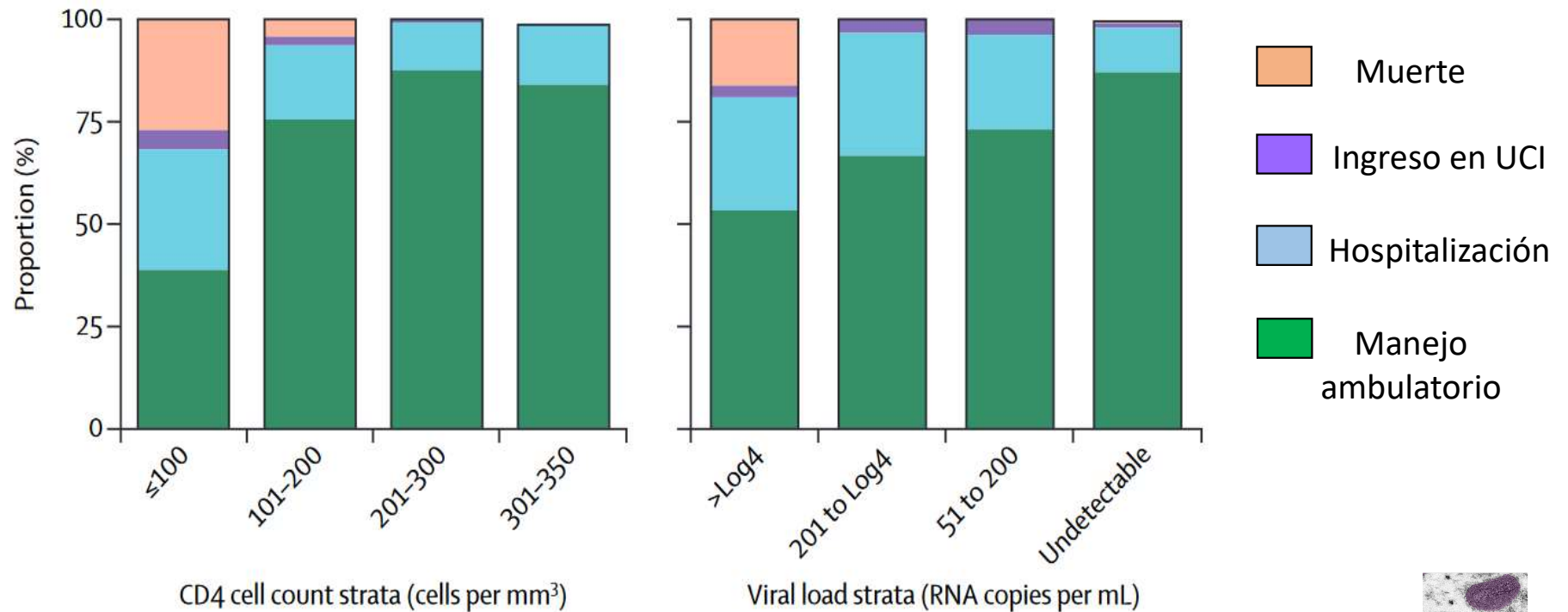
Mpox en pacientes con infección por VIH mal controlada



Mpox en pacientes con infección por VIH mal controlada

Resultados clínicos (N= 382)

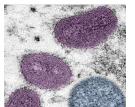
- Serie de casos, 16 países
- Pacientes con CD4 < 350 céls/mm³
- ARN VIH < 50 cp/mL: 193 (51%)
- Recuento mediano (Q1-Q3) de CD4= 211 (117-291) céls/mm³



Mpox en pacientes con infección por VIH mal controlada

Complicaciones y mortalidad (n=27)

DEATHS	TOTAL n (%)	N = 27/382 (7.1%)
CD4 count (cells/mm ³) - median (IQR)	35 (24-100)	
Deaths with CD4 count >200	0	
Death rate with CD4 <200	15% (27/179)	
Death rate with CD4 <100	27%	
Viral Load (log copies/ml) - median (IQR)	5 (4-5)	
Complications		
Severe coalescing or necrotising skin lesions	25 (93%)	
Blood stream or 2 ^o bacterial infections	24 (89%)	
Respiratory symptoms and respiratory failure	23 (85.0%)	
Rectal complications	21 (78%)	
Oropharyngeal	18 (78%)	
Ocular	13 (48.%)	
CNS	8 (30%)	
Cause of death		
Septic shock and multiorgan failure	20 (74.1%)	
Respiratory failure	4 (14.8%)	
Disseminated mpox	2 (7.4%)	
Cardiac arrest	1 (3.7%)	



Mpox en pacientes con infección por VIH mal controlada

Resultados clínicos (N= 1.789)

Parameter	PLWH and viral load ≥ 1000 cp/mL (n=27)	PLWH viral load < 1000 cp/mL (n=745)	Individuals without HIV infection (n=1,017)	p-univariate
Systemic symptoms, n (%)	23 (85)	548 (74)	721 (72)	0.221
Fever, n (%)	16 (59)	449 (61)	516 (51)	<0.001
Asthenia, n (%)	6 (22)	234 (32)	316 (32)	0.760
Lymphadenopathies, n (%)	6 (22)	242 (33)	417 (42)	<0.001
Duration of the clinical course*	28 (24-40)	21 (16-27)	21 (15-26)	0.001
Anogenital lesions present, n (%)	15 (60)	509 (70)	723 (73)	0.135
Disseminated disease, n (%)	6 (22)	27 (4)	22 (2)	<0.001
Mpox virus infection- related complications, n (%)	4 (15)	111 (15)	159 (16)	0.899
Hospital admission, n (%)	5 (19)	28 (4)	17 (2)	<0.001

Mpox en pacientes con infección por VIH: IGUAL que en personas sin VIH

PERO

PVVIH con CD4 < 350cél/mm³ y/o ARN VIH > 1.000 cp/mL

 Riesgo

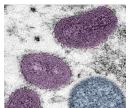
- Enfermedad diseminada
- Duración más prolongada
- Desarrollo de complicaciones
- Hospitalización
- Muerte



> Carga de la enfermedad

> Periodo de transmisibilidad

> Costes sanitarios



Manejo del Mpox grave en PVVIH

1. Iniciar tecovirimat, preferiblemente asociar a inmunoglobulina vaccinia y brincidofovir/cidofovir
2. Selección de pacientes para EECC
3. Iniciar precozmente TAR
4. Tratamiento de soporte
5. Cribado de otras ITS
6. Monitorización de la evolución (desarrollo de complicaciones)
7. Equipo multidisciplinar
8. Si se desarrolla, tratamiento del Sd de reconstitución inmune

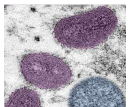
DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE MANEJO DE LA VIRUELA DEL MONO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS



Infección por MPXV en el brote actual: vacunación

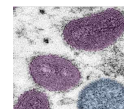
Estrategias de priorización

- **Profilaxis preexposición:** personas que no hayan pasado la enfermedad con anterioridad (VIH/PrEP) que:
 - Elevado recambio de parejas sexuales (≥ 10 último año, ≥ 3 últimos 3 meses)
 - Sexo en grupo
 - ITS previas
- **Profilaxis posexposición:**
 - Alto riesgo de enfermedad grave (población infantil, embarazadas, ID)
 - Personal sanitario y de laboratorio con contacto con casos confirmados y que hayan tenido alguna incidencia en el uso de EPI



Reflexiones finales

- Los pacientes con infección por VIH no controlada corren un mayor riesgo de desarrollar Mpox grave y de presentar desenlaces fatales.
- Dado que este brote no ha terminado y el virus sigue encontrando focos de individuos susceptibles, deben seguir realizándose esfuerzos de cribado del VIH, así como vincular a las PVVIH como a aquéllas sin infección por el VIH a los servicios de salud sexual (VIH/PrEP/ITS).
- En este contexto, el TAR debe iniciarse inmediatamente.
- Las PVVIH con mal control de la infección deben ser priorizadas a recibir vacunación y tratamiento específico.
- Quedan muchos interrogantes: no hay EECC que evalúen la eficacia de los antivirales, específicamente de tecovirimat, en este contexto. Se desconoce la inmunogenicidad de la vacuna en PVVIH con inmunosupresión severa, así como la duración de la seroprotección.

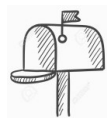


XVIII CURSO EN AVANCES EN INFECCIÓN VIH Y HEPATITIS VIRALES
Vigo, 26 y 27 de Enero 2024

Muchas gracias



#StopGazaGenocide



anais.corgo@gmail.com



[@AnaisCorma](https://twitter.com/AnaisCorma)

