



CARTAS - CASO CLÍNICO

Mpox em paciente com AIDS: manejo clínico com tecovirimat e correção cirúrgica das cicatrizes inestéticas ☆☆☆



Prezado Editor,

Paciente do sexo masculino, de 33 anos, solteiro, natural e procedente de Manaus (AM), procurou atendimento por apresentar lesões ulceradas na face, tórax, membros superiores, região glútea e mucosa anorretal (figs. 1 e 2). Referia também, há mais de um mês, febre recorrente, dor anal e tratamento com vários medicamentos, tais como anti-inflamatórios, antibióticos tópicos e sistêmicos, sem resposta. Não apresentava sintomas neurológicos ou respiratórios. Negava comorbidades.

Foram solicitados exames laboratoriais, com os principais resultados: qPCR para Monkeypox - vírus detectável; anti-HIV - reagente; VDRL - 1:256; análise líquórica - sem achados sugestivos de neurosífilis; colonoscopia - proctite ulcerativa (fig. 1). O exame anatomopatológico de lesão de pele ulcerada evidenciou necrose epidérmica, balonização dos queratinócitos, corpúsculos de inclusão de Guarnieri e infiltrado inflamatório dérmico constituído por histiócitos, linfócitos, neutrófilos (fig. 3).

O tratamento inicial incluiu penicilina benzatina, dose única de 2,4 milhões UI, com posterior decréscimo adequado do VDRL; e antirretroviral (dolutegravir, lamivudina e tenofovir), além de medidas de suporte.

Face à piora das lesões cutâneas, dor anal e extensão do acometimento anorretal, o paciente foi internado em isolamento, submetido a colostomia, e sete dias após internação iniciou tratamento com tecovirimat, 600 mg 12/12 horas, por 14 dias.

Aproximadamente 20 dias após início do tecovirimat, associado a antibioticoterapia sistêmica para infecção

secundária, observou-se cicatrização das lesões cutâneas (fig. 2), sem eventos adversos.

A regressão das úlceras cutâneas evoluiu com cicatrizes hipertróficas, principalmente na glabella e região labiomentoniana. Nessa fase, indicou-se reparo cirúrgico, realizado 10 meses após alta hospitalar.

Procedeu-se, inicialmente, com exérese e correção da cicatriz labiomentoniana com retalho de avanço e confecção de triângulo de Burow (fig. 4). Posteriormente, corrigiu-se a cicatriz da glabella.

A Mpox é ocasionada pelo vírus Monkeypox - vírus DNA, de fita dupla, pertencente ao gênero *Orthopoxvirus*, família Poxviridae. Clinicamente, são observadas lesões vésico-pustulosas, úlcero-crostosas ou úlcero-vegetantes; febre, mialgia, cefaleia e linfadenomegalia podem estar presentes.¹⁻⁷

A doença é endêmica em países africanos há décadas, provocando surtos ocasionais restritos ao continente. Entretanto, em 2022, e mais recentemente em agosto de 2024, foram registrados surtos epidêmicos internacionais, com disseminação das cepas 2b e 1b respectivamente, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarado a doença como "emergência de saúde pública de importância internacional" em ambos os cenários. A cepa 1b, detectada na República Democrática do Congo, tem se mostrado mais virulenta e letal, com evolução particularmente grave em indivíduos imunocomprometidos, crianças e gestantes. Não há registros de circulação dessa cepa no Brasil até o momento. Desde 2022, foram notificados mais de 10 mil casos confirmados ou prováveis de Mpox no Brasil, incluindo 16 mortes em imunossuprimidos.^{3,8}

Antes dos surtos observados em 2022, admitia-se que a transmissão estivesse relacionada principalmente ao contato com lesões cutâneas e via respiratória. No entanto, a demonstração do vírus no sêmen e reto indicou transmissão sexual como fator de risco, principalmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH); 91% dos pacientes com Mpox são do sexo masculino e mais de 50% são do grupo HSH. Mpox também constitui fator de risco para HIV - a coinfeção ocorre em mais de 40% dos casos.^{9,10}

O paciente do presente caso teve o diagnóstico de HIV+, com linfócitos T-CD4 de 44 células/mm³ e carga viral de 94 cópias/mL, à época do diagnóstico de Mpox. A história sexual revelou sexo anal desprotegido com outros homens.

Pacientes coinfectados com Mpox e HIV, principalmente com baixa contagem de TCD4+ (< 200 células/mm³), apresentam duração mais prolongada da doença. As lesões podem

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.11.001>

☆ Como citar este artigo: Nunes KKS, Rodrigues CAC, Cardoso BC, Magno ILS, Ferreira MGA, Talhari S. Mpox in a patient with AIDS: clinical management with tecovirimat and surgical correction of unaesthetic scars. *An Bras Dermatol.* 2025;100:594–7.

☆☆ Trabalho realizado na Fundação Hospitalar Alfredo da Matta, Manaus, AM, Brasil.

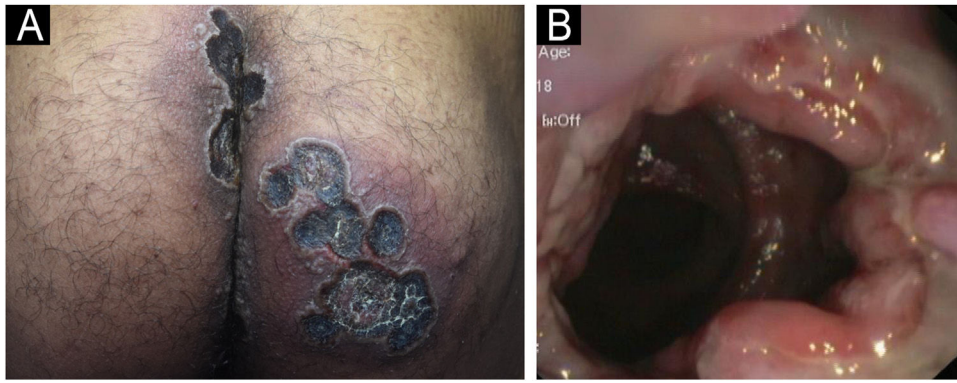


Figura 1 (A) Lesão ulcerada nas nádegas. (B) Imagem de colonoscopia: proctite ulcerativa.

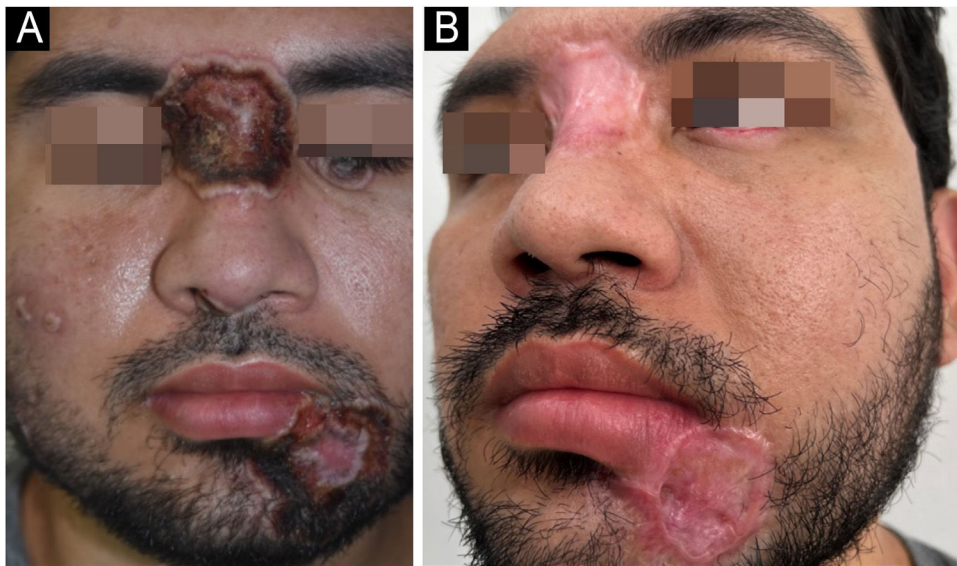


Figura 2 (A) Lesões vesico-pustulosas na região malar; úlcera na pálpebra inferior, glabella e região labiomentoniana. (B) Dois meses após tratamento.

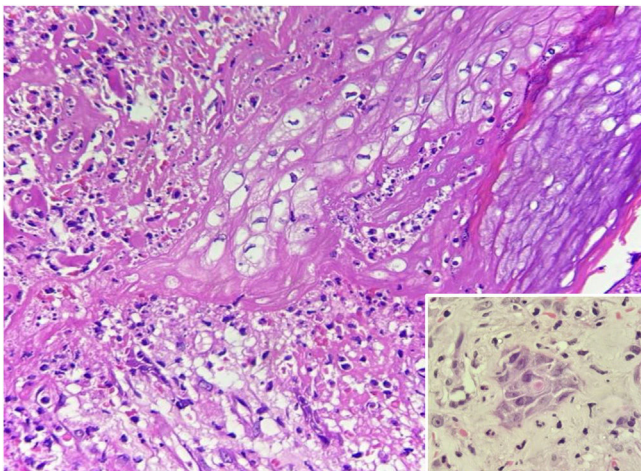


Figura 3 Exame histopatológico: balonização de queratinócitos (Hematoxilina & eosina, 400×). Inserção: corpúsculos de inclusão de Guarnieri.

ser maiores, com aspecto necrótico, como observado neste caso. Infecções bacterianas, sepse e óbito também podem ocorrer. Alguns autores consideram a Mox infecção oportunista ou doença definidora de AIDS.¹⁰

O tratamento da Mox consiste em cuidados gerais e medidas de suporte. Recentemente, em caráter emergencial, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) autorizou o emprego do tecovirimat, brincidofovir, cidofovir e trifluridina (solução oftálmica). No Brasil, em 2022, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou o uso compassivo do tecovirimat apenas em casos graves da doença, como no caso relatado. Esse medicamento inibe a proteína VP37, responsável pelo envelopamento de vírions, impedindo a replicação viral. É apresentado em cápsulas com 200 mg, para administração oral, na dose de 600 mg, 12/12 horas, durante 14 dias, para adultos > 40 kg. Em adolescentes e crianças, com peso corporal mínimo de 13 kg, faz-se a dose diária de acordo com o peso. Os efeitos adversos mais comuns são cefaleia, náuseas e sintomas gastrointestinais. Não há necessidade de ajuste de dose para



Figura 4 (A) Cicatriz em região labiomentoniana esquerda. (B) Pós-operatório imediato. (C) Pós-operatório tardio.

hepatopatas; não se recomenda o medicamento para nefropatas com *cleareance* de creatinina < 30 mL/min.^{4,5}

A eficácia do tecovirimat contra Mpox foi estabelecida por meio de modelos animais e há dados limitados de segurança e farmacocinética em humanos. Nessas investigações baseadas em animais, o tecovirimat demonstrou capacidade de reduzir significativamente as taxas de mortalidade entre os animais expostos ao Mpox, alcançando taxas de sobrevivência não inferiores a 90%.⁵

A Mpox ocasiona importante morbimortalidade, principalmente relacionado às cicatrizes inestéticas. A exérese cirúrgica, associada ou não a tratamentos adjuvantes, constitui alternativa terapêutica eficiente, com baixo custo.^{6,10} No presente caso, fez-se a exérese das cicatrizes, com resultado satisfatório (fig. 4C).

O aumento de casos de Mpox gerou preocupação das autoridades sanitárias em todo o mundo. Manifestações cutâneas são evidentes, e o papel do dermatologista no diagnóstico precoce é essencial. Medidas de isolamento, controle dos contatos, notificação compulsória, esforços educacionais e de prevenção, juntamente com políticas de saúde pública, são fundamentais para diminuir o risco de disseminação do vírus.

A Mpox configura desafio global, com necessidade de maior conhecimento público da doença e mais estudos relacionados a tratamentos e vacinas específicas.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Kananda Kesye Sousa Nunes: Concepção e planejamento do estudo; Elaboração e redação do manuscrito; Revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito.

Carlos Alberto Chirano Rodrigues: Participação efetiva na orientação da pesquisa; Participação intelectual em conduta propedêutica e terapêutica do caso estudado; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito.

Beatriz Costa Cardoso: Elaboração e redação do manuscrito; Revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito.

Iêda Lúcia Santos Magno: Elaboração e redação do manuscrito; Revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito.

Mathias Gama de Aguiar Ferreira: Elaboração e redação do manuscrito; Revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito.


Sinésio Talhari: Concepção e planejamento do estudo; Elaboração e redação do manuscrito; Participação efetiva na orientação da pesquisa; Participação intelectual em conduta propedêutica e terapêutica do caso estudado; Revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Gandhi AP, Padhi BK, Sandeep M, Shamim MA, Suvvari TK, Satapathy P, et al. Monkeypox patients living with HIV: a systematic review and meta-analysis of geographic and temporal variations. *Epidemiologia (Basel)*. 2023;4:352–69.
- Carneiro FRO, Daxbacher ELR, DaCosta A, de Sá Gonçalves H, Ramos-E-Silva M, Penna GO. Monkeypox: what the dermatologist needs to know. *Skinmed*. 2024;22:18–27.
- World Health Organization (WHO). Mpox global strategic preparedness and response plan. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/mpox-global-strategic-preparedness-and-response-plan>
- Halani S, Leong D, Wu PE. Tecovirimat for monkeypox. *CMAJ*. 2022;194:E1573.
- DeLaurentis CE, Kiser J, Zucker J. New perspectives on antimicrobial agents: tecovirimat for treatment of human monkeypox virus. *Antimicrob Agents Chemother*. 2022;66, e0122622.
- Prasad S, Galvan Casas C, Strahan AG, Fuller LC, Peebles K, Carugno A, et al. A dermatologic assessment of 101 mpox (monkeypox) cases from 13 countries during the 2022 outbreak: skin lesion morphology, clinical course, and scarring. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88:1066–73.
- Pinto-Pulido EL, Fernández-Parrado M, Rodríguez-Cuadrado FJ. 2022 Mpox (monkeypox) outbreak: a concise review focused on new features of dermatological lesions. *An Bras Dermatol*. 2023;98:568–70.
- Lopes PS, Haddad GR, Miot HA. Sexually-transmitted monkeypox: report of two cases. *An Bras Dermatol*. 2022;97:783–5.
- Ortiz-Saavedra B, Montes-Madariaga ES, Cabanillas-Ramirez C, Alva N, Ricardo-Martínez A, León-Figueroa DA, et al. Epidemiologic situation of HIV and monkeypox coinfection: a systematic review. *Vaccines (Basel)*. 2023;11:246.
- Pinnetti C, Cimini E, Mazzotta V, Matusali G, Vergori A, Mondì A, et al. Mpox as AIDS-defining event with a severe and protracted course: clinical, immunological, and virological implications. *Lancet Infect Dis*. 2024;24:e127–35.

Kananda Kesye Sousa Nunes *,
 Carlos Alberto Chirano Rodrigues ,
 Beatriz Costa Cardoso , Iêda Lúcia Santos Magno ,
 Mathias Gama de Aguiar Ferreira  e Sinésio Talhari 

*Departamento de Dermatologia, Fundação Hospitalar
 Alfredo da Matta, Manaus, AM, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: kananda_kesye@hotmail.com (K.K.S. Nunes).

Recebido em 15 de setembro de 2024; aceito em 6 de novembro de 2024