



MED-REVIEW



MPOX

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

FOCO DA BANCA	O QUE VOCÊ PRECISA SABER
Agente etiológico	Mpox virus (MPXV), gênero Orthopoxvirus. Cepa IIb causou o surto mundial de 2022; a Cepa Ib causou o alerta da OMS de 2024.
Transmissão	Contato direto (pele a pele) com lesões, crostas ou fluidos (principalmente sexual), fômites (roupas de cama/banho) e gotículas respiratórias em contato prolongado.
Clínica clássica	Pródromo (febre, adenomegalia - marca clássica) seguido de rash progressivo: mácula -> pápula -> vesícula -> pústula -> crosta. As lesões são profundas e umbilicadas.
Quadro atual (atípico)	Foco em lesões genitais/perianais, proctite (dor anorretal intensa) e edema peniano. Frequente coinfeção com ISTs e HIV.
Diagnóstico	Padrão-ouro: PCR (teste molecular) através do swab da secreção da lesão ou das crostas a seco (tubo sem conservante).
Conduta geral	Suporte sintomático e isolamento (precauções de contato e gotículas) até a epitelização completa da pele (queda de todas as crostas).
Tratamento específico	Tecovirimat (uso compassivo) para casos graves (encefalite, pneumonite, >250 lesões, proctite com sangramento) ou imunossuprimidos graves.
Vacinação	Vacina de vírus vivo atenuado não replicante (MVA-BN). Foco atual: Pré-exposição para PVHIV (CD4 baixo), usuários de PrEP e profissionais de laboratório. Pós-exposição para contatos de risco.

INTRODUÇÃO

Contexto clínico

Você está no ambulatório de infectologia ou no plantão do pronto-socorro e atende um paciente **jovem, sexualmente ativo, possivelmente usuário de PrEP** (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV), queixando-se de **dor anorretal intensa, febre** e o surgimento de algumas **lesões vesiculares e umbilicadas** na região **genital e perianal**. O que você pensa imediatamente? Sífilis? Herpes genital? Sim, essas devem estar no seu radar, mas no cenário médico atual, você é obrigado a acender o alerta máximo para a Mpox.

A **Mpox** (doença anteriormente conhecida como varíola dos macacos - *monkeypox*) é uma zoonose viral causada pelo **Mpox virus (MPXV)**. Esse agente pertence ao gênero *Orthopoxvirus*, o mesmíssimo grupo do temido vírus da varíola humana (erradicada na década de 1980) e do vírus vacinal (usado nas vacinas contra a varíola). Durante décadas, essa doença foi uma realidade epidemiológica distante, restrita a surtos esporádicos nas florestas tropicais da **África** Central e Ocidental. Nessas regiões, a transmissão ocorria predominantemente pelo **contato incidental** de humanos com pequenos mamíferos e roedores silvestres infectados (como esquilos e ratos da Gâmbia), que são os prováveis reservatórios naturais do vírus.

Porém, a história mudou de forma dramática recentemente. Em maio de 2022, o mundo assistiu a uma explosão de casos em dezenas de países que não eram endêmicos para a doença. O grande responsável por esse surto sem precedentes foi o clado (cepa) IIb do vírus, que encontrou uma **nova via de disseminação** altamente eficiente e sustentada: o **contato físico direto, pele a pele e contato íntimo**, primariamente durante **relações sexuais**. Esse surto global atingiu milhares de pessoas, ocorrendo de maneira desproporcional em **homens gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)**.



ATENÇÃO NA PROVA

A nomenclatura clássica mudou e as bancas amam cobrar termos atualizados! Em novembro de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) substituiu oficialmente o termo “monkeypox” (varíola dos macacos) por “mpox”. O objetivo dessa mudança foi seguir as boas práticas atuais de não nomear doenças com base em animais ou regiões, reduzindo o estigma e a discriminação.

O que acontece agora para o tema estar “fervendo” nas provas e nos noticiários novamente? O vírus continuou a evoluir e a surpreender. No início de 2024, uma nova linhagem do vírus, o **clado Ib**, emergiu com força na República Democrática do Congo e rapidamente se espalhou por países vizinhos (como Burundi, Ruanda e Uganda). Essa nova cepa também demonstrou forte transmissão sustentada pessoa a pessoa (incluindo via sexual e intrafamiliar) e um potencial de disseminação transfronteiriça tão preocupante que, em

agosto de 2024, a OMS declarou a Mpox como uma **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)** pela segunda vez.

Hoje, a Mpox deixou de ser uma doença tropical exótica que só caía em notas de rodapé de medicina do viajante. Ela se consolidou como uma infecção de vigilância global prioritária e um diagnóstico diferencial obrigatório na prática diária frente a qualquer paciente com **úlceras genitais, proctite ou rash vesicular agudo**.

EPIDEMIOLOGIA

O surto global de 2022 (Cepa Ib)

Historicamente, o *Mpox virus* (MPXV) é dividido em dois grandes clados (linhagens) genéticos: o **Clado I** (antigo clado da Bacia do Congo) e o **Clado II** (antigo clado da África Ocidental). Em maio de 2022, o mundo foi surpreendido por uma disseminação global rápida e sustentada da doença em países não endêmicos. O agente causador desse primeiro grande surto mundial foi a **cepa Ib**.

Essa variante se espalhou exponencialmente por meio do **contato físico direto**, predominantemente por **via sexual**, atingindo de forma desproporcional **homens gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)**. Diante da gravidade da rápida expansão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Mpox como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em julho de 2022.

A nova emergência de 2024 e 2025 (Cepa Ib)

Com o declínio dos casos da cepa Ib ao longo de 2023, a ESPII chegou a ser encerrada. Mas o que acontece agora para o Ministério da Saúde e a OMS reacenderem o alerta máximo mundial? O vírus continuou evoluindo e sofrendo mutações.

No final de 2023 e ao longo de 2024, a República Democrática do Congo começou a registrar um aumento explosivo de casos impulsionados por uma nova variante: a **cepa Ib**. Estudos genéticos demonstraram que essa nova cepa acumulou mutações específicas (do tipo APOBEC3) que facilitaram drasticamente a sua adaptação ao corpo humano e a transmissão sustentada pessoa a pessoa.



PULO DO GATO

O Clado I (como a atual cepa Ib) é historicamente associado a uma **maior virulência, formas clínicas mais graves e maior letalidade** quando comparado ao Clado II. A rápida disseminação dessa nova cepa Ib e o seu espalhamento para países vizinhos que nunca haviam tido casos forçaram a OMS a declarar uma **nova ESPII em agosto de 2024**.

O perfil epidemiológico no Brasil

Como esses números se traduzem na prática diária dos hospitais brasileiros? A imensa maioria das mais de 63 mil notificações e dos milhares de casos confirmados no Brasil desde 2022 foi causada pela **cepa IIb**. Importante destacar que, no Brasil, o primeiro caso confirmado da temida cepa Ib foi registrado laboratorialmente apenas em março de 2025, com histórico importado e sem casos secundários iniciais.

Ao analisarmos o perfil dos pacientes brasileiros, os dados são muito claros e despendem nas provas de saúde coletiva. A infecção ocorre majoritariamente em **homens** (mais de 90% dos casos), na faixa etária de **18 a 39 anos**, com a maior concentração de casos auto-declarados nas raças preta e parda, além da raça branca. A Região **Sudeste**, impulsionada pelos grandes adensamentos populacionais de São Paulo e Rio de Janeiro, concentra historicamente a grande massa de casos nacionais.



ATENÇÃO NA PROVA

O dado epidemiológico mais cobrado pelas bancas é a fortíssima associação da Mpox com outras infecções, configurando a sindemia atual. Dos pacientes brasileiros confirmados que preencheram a informação de imunossupressão, quase **metade (cerca de 46%) relatou viver com o vírus HIV**. Portanto, a investigação cruzada de ISTs e do status sorológico do HIV é mandatória no raciocínio clínico de todo paciente com suspeita de Mpox.



ERRO COMUM

Achar que a Mpox é uma doença restrita à população HSH. Embora o surto global de 2022 tenha se iniciado com forte concentração nessa rede de contatos íntimos, o vírus não escolhe orientação sexual. Qualquer indivíduo que tenha contato direto, pele a pele (incluindo o convívio domiciliar íntimo) com secreções e lesões ativas pode se infectar. Tanto é verdade que o Ministério da Saúde alerta e classifica crianças, gestantes e idosos como potenciais vítimas e populações extremamente vulneráveis a desfechos graves.

TRANSMISSÃO



A principal via no cenário atual (Contato direto)

Como um vírus que passou décadas restrito a surtos esporádicos nas florestas africanas subitamente causou uma epidemia em múltiplos continentes? A resposta está **na mudança da dinâmica de transmissão**. O que antes era predominantemente uma zoonose clássica (contato de humanos com animais infectados) encontrou uma via expressa e altamente eficiente de disseminação: **o contato humano direto e íntimo**.

Hoje, a principal forma de transmissão da Mpox é o contato **direto pele a pele** ou **mucosa a mucosa** com as lesões, crostas ou fluidos corporais de uma pessoa infectada. E quando falamos de contato íntimo, estamos falando de abraços, beijos e, sobretudo, do contato sexual. O surto global deflagrado em 2022, causado pela cepa IIb, e a nova emergência internacional de 2024, associada à cepa Ib, foram impulsionados fortemente por redes de contato sexual.



ATENÇÃO NA PROVA

A Mpox frequentemente mimetiza uma IST, pois o contato sexual é a principal via de contágio no surto atual. No entanto, a banca vai tentar te enganar dizendo que o uso do preservativo elimina o risco de transmissão. Isso é falso! O preservativo é fundamental para proteger contra outras ISTs (como o HIV e a sífilis), mas seu uso isolado **não oferece proteção completa** em relação à Mpox, uma vez que o vírus é transmitido pelo contato com lesões que podem estar na pele de áreas não cobertas pela camisinha, como virilha, coxas, abdome ou boca.

Fômites e gotículas — O perigo invisível

O que acontece agora se o paciente com lesões for para casa, dormir na mesma cama que outra pessoa, ou compartilhar a toalha de banho? A transmissão indireta por **fômites** é uma realidade muito cobrada nas provas! O *Orthopoxvirus* é extremamente resistente no ambiente. Ele pode persistir de **1 a 56 dias** em superfícies de diferentes tipos, dependendo das condições de temperatura e umidade.

Roupas de cama, toalhas, roupas de uso pessoal e utensílios de banho contaminados com material das lesões ou fluidos corporais são fontes clássicas de contágio intrafamiliar. É por isso que uma das principais medidas de controle de infecção no domicílio e nos hospitais é orientar que **esses itens nunca devem ser compartilhados** e, o mais importante: a roupa de cama suja **não deve ser sacudida ou agitada** no ar, pois isso pode **aerossolizar as crostas e partículas virais no ambiente**.

Além disso, existe a transmissão por **gotículas respiratórias**. No entanto, diferentemente da altíssima transmissibilidade respiratória de vírus como o do sarampo ou da COVID-19, a transmissão respiratória da Mpox exige um contato face a face *próximo e prolongado* (sem o uso de proteção respiratória).



ERRO COMUM

Achar que, por transmitir pelo ar em algumas situações, a Mpox exige rotineiramente precaução por aerossóis no atendimento ambulatorial básico. Na verdade, a regra de ouro no atendimento clínico de triagem e enfermagem é adotar as precauções de **contato e gotículas** (uso de avental descartável, luvas, óculos de proteção/face shield e máscara cirúrgica). A máscara PFF2/N95 (precaução para aerossóis) fica reservada e é obrigatória durante **procedimentos que gerem aerossóis**, como uma intubação oro-traqueal ou a coleta de um swab de orofaringe em que o paciente possa tossir.

Transmissão vertical e zoonótica

Não podemos esquecer da transmissão envolvendo populações extremamente vulneráveis: as gestantes. O MPXV tem a capacidade de cruzar a barreira placentária, resultando na **transmissão vertical** da mãe para o feto (levando à Mpox congênita) ou mediante contato íntimo durante e após o parto. A infecção na gravidez, especialmente no **primeiro trimestre**, pode levar a desfechos obstétricos trágicos, como perda fetal, abortamento, natimortos ou recém-nascidos já apresentando as lesões típicas da doença.

Por fim, vale lembrar as origens da doença para responder a questões mais conceituais e epidemiológicas. A transmissão **zoonótica** (animal-humano) é a via clássica que mantém o vírus circulando em áreas endêmicas na África. Ela ocorre principalmente pelo contato com sangue, fluidos corporais ou lesões de animais infectados (como mordeduras, arran-

nhaduras) ou através da manipulação e consumo de carne crua ou mal cozida de animais silvestres, especialmente de pequenos roedores, como esquilos e ratos da Gâmbia, que são os prováveis hospedeiros reservatórios.



DICA PRÁTICA

Até quando o paciente é considerado uma fonte de infecção? O período de transmissibilidade começa desde o **início das manifestações clínicas** e **só termina quando a última crosta cai e uma nova camada de pele íntegra se forma**. Enquanto houver crosta ou lesão não epitelizada, o isolamento (seja hospitalar ou domiciliar) deve ser rigorosamente mantido.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

A janela silenciosa

Pensa comigo: o paciente teve uma exposição de altíssimo risco, como uma relação sexual com alguém que apresentava as clássicas lesões umbilicadas da Mpox. O que acontece no dia seguinte? Rigorosamente nada! Ele entra no período de incubação, que é o tempo que o vírus leva desde o momento do contágio até fazer o paciente abrir o quadro clínico.

Durante essa “janela silenciosa”, o indivíduo infectado permanece completamente assintomático e, em regra geral, sem manifestar alterações no exame físico. A literatura e os protocolos divergem levemente nas médias — geralmente entre 6 e 13 dias, ou 6 a 16 dias —, mas o que importa para a banca é o tempo máximo.



PULO DO GATO

Para a sua prova, o número mágico que você deve tatuar na mente é: **21 dias**. Esse é o limite máximo estabelecido de incubação da Mpox e é exatamente esse número que dita as regras de saúde pública e o rastreamento epidemiológico nas questões de casos clínicos.

Implicações práticas para a prova

Por que as bancas amam cobrar os famosos 21 dias? Porque é ele que define a conduta frente aos contatos do paciente infectado! Se o enunciado trazer um indivíduo que mora na mesma casa ou é parceria sexual recente de um paciente com Mpox confirmada, você, como médico, deve orientar o **monitoramento diário de sintomas desse contato por exatos 21 dias**, a contar da última data de exposição.



ERRO COMUM

Uma pegadinha clássica é afirmar que o indivíduo que teve contato com o paciente diagnosticado deve ser trancado em casa. Falso! Contato assintomático **não precisa realizar isolamento domiciliar**, ele deve apenas ser monitorado clinicamente (checando temperatura e pele) ao longo desses 21 dias.

A regra de ouro clássica que impera na maioria das diretrizes é que o **período de transmissibilidade só se inicia junto com o surgimento dos primeiros sintomas** (seja a febre, os gânglios ou o *rash* na pele) **e vai até que a última crosta caia**. No entanto, fique atento a uma atualização sutil: estudos recentes e algumas diretrizes novas do Ministério da Saúde já apontam que a transmissão *pode* ocorrer logo antes mesmo do início clínico evidente dos sintomas. Na dúvida, guie-se pelo marco clássico de que o risco altíssimo começa quando os sintomas dão as caras!

Questão Estratégica — Transmissão e Prevenção



QUESTÃO PSU/MG - 2023

A doença monkeypox (varíola dos macacos) foi identificada em 1958, e é endêmica em alguns países africanos. Em maio de 2022, foram identificados casos na Europa e a doença disseminou-se por vários países, incluindo o Brasil. Sobre a monkeypox é CORRETO afirmar:

- A) A principal forma de contágio ocorre por via sexual, com predomínio de casos em homens que fazem sexo com homens, sendo considerada uma infecção sexualmente transmissível.
- B) Constitui medida de precaução em relação à atividade sexual, abstenção durante toda a evolução da doença e o uso de preservativo não elimina o risco de contágio.
- C) É característico da monkeypox lesões em várias formas de evolução, observando-se frequentemente a presença de máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas em uma mesma região do corpo.
- D) Os macacos são considerados os principais reservatórios da doença.

Comentário:

A) Incorreta. Cuidado com a pegadinha conceitual! Embora a transmissão durante o ato sexual (contato íntimo) seja o grande motor do surto iniciado em 2022, com forte prevalência inicial em homens que fazem sexo com homens (HSH), a Mpox não é classificada estritamente e exclusivamente como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) clássica. O contágio se dá pelo atrito direto pele a pele com as lesões, e não apenas por fluidos sexuais.

B) Correta. Essa é a conduta de ouro na prevenção. Durante toda a evolução ativa da doença (desde o início até a queda completa de todas as crostas e a epitelização íntegra da pele), a orientação é a **abstenção sexual**. O preservativo é indispensável para evitar a coinfeção com outras ISTs (como o HIV e a Sífilis), mas não elimina o risco de contágio da Mpox, pois deixa várias áreas da pele (púbis, coxas, base do pênis, escroto) expostas ao atrito com as lesões do parceiro infectado.

C) Incorreta. A marca *clássica* e característica descrita nos livros-texto para a Mpox é justamente a evolução uniforme das lesões, chamada de **monomorfismo regional** — ou seja, todas as lesões de uma mesma parte do corpo evoluem juntas (todas são vesículas, ou todas são pústulas). Embora o surto atual tenha nos mostrado que o polimorfismo regional (várias formas convivendo juntas) *pode* ocorrer de forma atípica, afirmar que isso é o “característico” e “frequente” vai de encontro à definição clássica da doença usada para diferenciá-la da varicela (esta sim, classicamente polimórfica).

D) Incorreta. Não caia no erro do nome antigo (“varíola dos macacos”). Os macacos, assim como os humanos, são hospedeiros acidentais do vírus. O verdadeiro reservatório natural do *Orthopoxvirus* ainda não é totalmente conhecido, mas os principais suspeitos são os pequenos roedores silvestres das florestas africanas (como ratos da Gâmbia, arganazes e esquilos).

Gabarito: Letra B



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Como vimos, a principal via de contágio no surto atual é o contato direto com as lesões durante o ato sexual. O preservativo reduz danos em relação a outras doenças, mas a regra para a Mpox é clara: enquanto houver lesão ou crosta, o isolamento e a abstinência sexual devem ser rigorosos.

RECONHECIMENTO CLÍNICO

Fase prodrômica

Imagine que você está de plantão na emergência e recebe um paciente **jovem** se queixando de **febre de início súbito, dores musculares intensas, astenia profunda, dor de cabeça e dores nas costas**. Em um país tropical como o Brasil, a primeira suspeita que vem à mente diante desse quadro sistêmico é uma arbovirose, como a dengue, não é mesmo?

Mas a história muda de figura quando, durante o exame físico, você palpa **gânglios aumentados e dolorosos**. Essa linfadenopatia pode aparecer na região cervical, submandibular, axilar ou inguinal. Essa é a apresentação clássica da fase prodrômica da Mpox, que costuma durar de **1 a 5 dias** antes de a erupção cutânea dar as caras.

FASE PRODRÔMICA

DURAÇÃO DE 1 A 5 DIAS

- Febre de início súbito
- Mialgia
- Astenia
- Linfadenopatia



PULO DO GATO

A **linfadenopatia** (adenomegalia) é a principal marca clínica desta fase inicial. As bancas adoram usar esse achado semiológico no enunciado para testar se você sabe diferenciar a Mpox de outras doenças exantemáticas vesiculares clássicas, especialmente a varicela (catapora) e o herpes, que não costumam cursar com gânglios proeminentes de forma tão característica.

No entanto, o que acontece agora com o novo perfil da doença? O vírus mudou o seu comportamento clínico no mundo real. Nos surtos globais recentes (causados pela cepa IIb e, mais recentemente, pela cepa Ib), **essa fase prodrômica exuberante deixou de ser uma regra absoluta**.



ATENÇÃO NA PROVA

Esqueça a ideia de que todo paciente com Mpox precisa obrigatoriamente ter tido febre e prostração antes do surgimento das lesões cutâneas! No atual cenário epidemiológico, os pacientes frequentemente apresentam um pródromo muito leve ou até mesmo inexistente. A **febre e as ínguas** podem simplesmente não aparecer, ou — o que é a maior pegadinha das bancas — **surgir apenas depois** que as úlceras genitais ou anais já se formaram.

Isso significa que a ausência de sintomas sistêmicos iniciais **não exclui** o diagnóstico de Mpox. Se o paciente apresentar vida sexual ativa e chegar ao ambulatório com uma lesão vesicular ou ulcerada suspeita, mesmo estando afebril e em excelente estado geral, a investigação laboratorial focada na Mpox continua sendo indispensável.

Fase Clínica - Lesões de pele e outros sintomas

Pensa comigo: o paciente superou aqueles primeiros dias de febre, astenia e gânglios dolorosos (ou, como vimos no cenário atípico, talvez ele nem tenha tido essa fase prodrômica inicial). O que acontece agora? É a pele e as mucosas que começam a “falar”. Classicamente, **a erupção cutânea (rash) surge de 1 a 3 dias após o início da febre**.

A marca registrada da Mpox é a evolução **sequencial e bem definida** das lesões. Acompanhe a linha do tempo que você precisa ter na cabeça para a prova:

1. **Máculas:** manchas planas eritematosas, com duração de 1 a 2 dias;
2. **Pápulas:** as lesões se elevam e ficam endurecidas, durando de 1 a 2 dias;
3. **Vesículas:** enchem-se de um líquido claro, por 1 a 2 dias;
4. **Pústulas:** o líquido torna-se opaco e purulento. As pústulas são firmes e duram de 5 a 7 dias;
5. **Crostas:** as lesões secam, formam cascas e caem, o que leva de 7 a 14 dias.

IMAGEM	ESTÁGIO	FEBRE (D0)	DURAÇÃO	DESCRIÇÃO
	Mácula	D1 - D5	1 a 2 dias	Alteração da cor da pele sem alteração de relevo, textura ou espessura.
	Pápula	D3 - D4	1 a 2 dias	Lesão sólida, elevada e palpável, com menos de 1cm de diâmetro.
	Vesícula	D4 - D5	1 a 2 dias	Pequena elevação da pele contendo líquido claro, menor que 1cm de diâmetro.
	Pústula	D6 - D7	5 a 7 dias	Pequena elevação da pele contendo pus.

IMAGEM	ESTÁGIO	FEBRE (DO)	DURAÇÃO	DESCRIÇÃO
	Crosta	D11 - D14	7 a 14 dias	Lesão secundária, caracterizada pelo acúmulo e dessecamento de fluidos sobre uma área previamente inflamada.
	Cicatriz	D14...	...	Resultado do tecido de reparação fibroso que se forma após uma lesão.



PULO DO GATO

As lesões da Mpox são descritas como **profundas, bem circunscritas, firmes** (com aspecto “emborrachado”) e **extremamente dolorosas**. O detalhe semiológico de ouro para as provas é a **umbilicação central** — um “furinho” ou depressão no meio da pústula. A dor costuma ser intensa na fase ativa e dá lugar a um prurido (coceira) terrível quando a lesão entra na fase de crosta. O paciente só deixa de transmitir o vírus quando todas as crostas caem e uma nova camada de pele íntegra se forma por baixo, o que encerra a doença após **2 a 4 semanas**.

Mas atenção! O que os livros antigos de medicina tropical descreviam era uma erupção com distribuição **centrífuga** (começando na face e se espalhando para os membros, palmas e plantas) cursando com centenas a milhares de lesões. No surto global deflagrado em 2022 e com a nova cepa, a doença mudou de cara.



ATENÇÃO NA PROVA

A banca vai tentar te enganar usando a **apresentação atípica**. Hoje, o quadro mais frequente nas provas de residência traz um paciente com lesões localizadas, muitas vezes restritas à região de provável contato e inoculação do vírus — ou seja, as **áreas genitais, perianais e orais**. Em alguns casos, o paciente pode ter uma erupção restrita a apenas *uma única* lesão ulcerada no pênis ou na região anal, simulando perfeitamente o cancro duro da sífilis ou o herpes genital primário.

Além das lesões de pele, fique muito atento aos **outros sintomas** e manifestações de mucosas que despencam nas questões de casos clínicos:

- **Proctite:** É a inflamação da mucosa retal. O paciente frequentemente busca o pronto-socorro relatando uma **dor anorretal excruciante, tenesmo, secreção purulenta e sangramento retal**. Pode ocorrer a proctite isolada, mesmo *sem* lesões visíveis na borda anal externa.
- **Edema peniano e uretrite:** O paciente pode desenvolver um inchaço severo no pênis em volta da úlcera, que pode evoluir para complicações graves como a parafimose e a retenção urinária aguda.
- **Lesões orais e Faringite:** O paciente pode apresentar úlceras dolorosas na boca, na língua ou nas amígdalas. A dor ao engolir (odinofagia) pode se tornar tão intensa que predispõe o paciente à desidratação e à desnutrição, sendo **critério para internação hospitalar**.



ERRO COMUM

A regra clássica da infectologia ensinava que, na Mpox, todas as lesões de uma mesma região do corpo evoluem juntas, na mesma fase (monomorfismo), o que era a chave clínica para diferenciar da varicela (que possui lesões em várias fases, o chamado polimorfismo). Esqueça essa regra absoluta! A literatura recente e os protocolos atuais confirmam que, na apresentação atual da doença, é perfeitamente possível encontrar o **polimorfismo regional**. Ou seja, não descarte Mpox em uma questão só porque foi descrito que o paciente possuía uma vesícula, uma pústula e uma crosta convivendo lado a lado na mesma região genital.

Por fim, vale reforçar o conceito de **coinfecção**. Se o caso clínico relatar um paciente com úlceras genitais umbilicadas e o teste rápido para sífilis ou a pesquisa para gonococo vierem positivos, o diagnóstico de Mpox *não* está descartado. A transmissão por via sexual facilitou a infecção simultânea; portanto, diante de manifestações atípicas genitais, a investigação para Mpox, Sífilis, Clamídia, Gonorreia e Herpes deve ocorrer simultaneamente.

Questão Estratégica — Manifestações Clínicas e Diagnóstico Diferencial



QUESTÃO USP/RP - 2025

Homem, 27 anos, auxiliar administrativo, morador de Ribeirão Preto. Há **6 dias** com **fadiga, mal-estar e odinofagia**. Nega febre. **Um dia após** o início do quadro, notou lesões de pele (figuras abaixo). Refere início dos sintomas uma semana após **relações sexuais** com diferentes parceiros, com uso de preservativos nas relações sexuais genitais, porém não nas relações sexuais orais. Nega contato com áreas de mata ou com animais silvestres ou domésticos. Exame físico: lesões de pele pouco numerosas e com distribuição aleatória conforme fotos abaixo. Orofaringe: hiperemiada com **pequena úlcera em palato mole**. **Linfonodos palpáveis** em região cervical e axilar. Hemograma, dosagem de transaminases e avaliação da função renal sem alterações. Teste rápido para HIV, sífilis, hepatite C e B negativos. Qual agente infeccioso é a provável causa do quadro?



- A) *Treponema pallidum*.
- B) Monkeypox vírus.
- C) *Neisseria gonorrhoeae*.
- D) Vírus varicela-zóster.

Comentário:

A) Incorreta. O *Treponema pallidum* é o agente etiológico da sífilis. Na fase secundária (que costuma cursar com manifestações sistêmicas e exantema), as lesões são classicamente maculopapulares, frequentemente com acometimento de palmas das mãos e plantas dos pés, não sendo típicas as vesículas umbilicadas. Além disso, o enunciado é taxativo ao afirmar que o teste rápido para sífilis resultou negativo, afastando a doença ativa no momento.

B) Correta. Pensa comigo: o caso é a fotografia exata da nova cara epidemiológica e clínica da Mpox. O paciente tem um **quadro inicial sistêmico** (fadiga e mal-estar) e **linfonodomegalia** cervical e axilar (a grande marca registrada que ajuda a diferenciar de outras lesões vesiculares). O acometimento na orofaringe (odinofagia e úlcera no palato) correlaciona-se com o relato de contato sexual oral desprotegido. Por fim, as clássicas **vesículas com umbilicação central** selaram o diagnóstico. Vale

lembrar: a banca tentou te enganar com a informação do uso de camisinha nas relações genitais, mas o preservativo não previne totalmente a Mpox, já que a transmissão ocorre de forma muito eficiente pelo atrito direto pele a pele com as áreas lesionadas que ficam descobertas (como região pubiana, coxas e o próprio rosto).

C) Incorreta. A infecção gonocócica disseminada pode causar mal-estar, febre e lesões pústulo-vesiculares esparsas na pele, contudo, a apresentação clássica obrigatoriamente envolve uma poliartralgia assimétrica migratória e tenossinovite. O paciente do caso não apresentou nenhum acometimento articular e a morfologia umbilicada com marcante adenopatia aponta para Mpox.

D) Incorreta. O vírus varicela-zóster é o causador da catapora. Embora curse com vesículas e crostas, o padrão é o polimorfismo marcante (lesões em vários estágios diferentes convivendo juntas na mesma região da pele), costuma ser muito pruriginoso e não apresenta o intenso acometimento linfonodal e a morfologia umbilicada profunda de forma tão característica quanto a Mpox.

Gabarito: Letra B



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

O reconhecimento das manifestações atípicas do surto atual é prioridade de prova. A presença de **linfonodomegalia associada a lesões umbilicadas e úlceras** na mucosa oral, logo após o contato íntimo, acende o alerta máximo para o Mpox vírus. Lembre-se do pulo do gato semiológico e epidemiológico: se a questão trazer pápula com o "furinho" no meio em paciente sexualmente ativo, mesmo em uso de preservativo, a suspeita recai imediatamente sobre a Mpox.

Complicações e critérios de internação

Pensa comigo... se a grande maioria dos casos de Mpox é considerada leve, autolimitada e o paciente vai para o isolamento domiciliar apenas com suporte sintomático, quando é que a "luz vermelha" da emergência deve acender no seu plantão? As bancas adoram cobrar exatamente as exceções: quem são os pacientes que evoluem mal, o que pode agravar o quadro e, principalmente, quais são as indicações absolutas de internação hospitalar.

A complicação mais cobrada e frequente no dia a dia é a **infecção bacteriana secundária** das lesões cutâneas (celulite, abscessos e até quadros de sepse). Esse agravamento é, muitas vezes, propiciado pelo **prurido intenso na fase de crostas**, levando o paciente a coçar e contaminar as feridas.

No entanto, no atual comportamento clínico da doença, o foco das complicações mudou drasticamente para as mucosas e áreas genitais:

- **Acometimento oral grave:** Lesões extensas na língua, orofaringe e amígdalas causam uma dor ao engolir (**odinofagia**) e **disfagia** tão limitantes que o paciente simplesmente para de ingerir líquidos e evolui rapidamente para **desidratação aguda** e perda de peso.
- **Proctite hemorrágica:** As úlceras anorretais, além de causarem dor excruciante (muitas vezes refratária a analgésicos comuns), podem evoluir para infecção secundária extensa e sangramento retal grave.
- **Complicações urológicas:** O edema peniano pode se tornar tão massivo ao redor das lesões genitais que predispõe o paciente à parafimose e à retenção urinária aguda.
- **Acometimento sistêmico fatal:** Embora mais raras no atual surto, não podemos esquecer de possíveis manifestações **oftalmológicas** (ceratite com perda permanente da visão) e danos diretos a órgãos vitais (**broncopneumonite** e rebaixamento do nível de consciência por **encefalite**).



ATENÇÃO NA PROVA

O Ministério da Saúde classifica três grupos como a **população vulnerável** de altíssimo risco para complicações, formas graves e óbito pela Mpox: **crianças menores de 8 anos, gestantes ou puérperas** (devido ao risco de perda fetal, abortamento e infecção neonatal) e **pacientes imunossuprimidos**. Sempre que o enunciado trouxer um desses perfis, sua conduta deve ser de monitoramento agressivo e limiar baixíssimo para internação!

GRUPOS DE RISCO

- Crianças < 8 anos
- Gestantes/Puérperas
- Imunossuprimidos



Dentro do grupo dos imunossuprimidos, as **Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHIV)** com dano imunológico severo (especialmente linfócitos **T-CD4 < 200 cel/mm³**) são os grandes alvos das questões. Nesses pacientes sem tratamento antirretroviral adequado, a Mpox atua de forma devastadora, causando **lesões cutâneas necrosantes difusas** de evolução arrastada e altíssima letalidade (até 15%). Grave isso para as provas mais atualizadas: essas formas cutâneas necrosantes por Mpox em pacientes imunodeprimidos já são reconhecidas pelas atuais notas técnicas como uma **condição definidora de aids**!

E quando você, como médico na porta do pronto-socorro, vai **obrigatoriamente** internar o paciente em um leito de retaguarda ou de UTI? Decore o checklist prático de gravidade estabelecido pelo Ministério da Saúde:



- Sinais evidentes de sepse ou infecção bacteriana secundária múltipla e extensa.
- Rebaixamento agudo do nível de consciência (suspeita de encefalite) ou dispneia aguda (suspeita de pneumonite).
- Lesões extensas na mucosa oral limitando de forma importante a hidratação e a alimentação.
- Lesões anais/retais evoluindo com quadro hemorrágico.
- Desidratação já instalada ou linfonodomegalia cervical causando disfagia.
- Lesões cutâneas que coalescem e passam a acometer mais de 10% da superfície corporal total do paciente.
- Mais de 100 lesões (ou mais de 25 lesões em grupos de risco).



DICA PRÁTICA

A banca adora brincar com os números do Ministério da Saúde na contagem de lesões! O critério de internação pela quantidade de erupções varia conforme o perfil do paciente. Você deve internar imediatamente qualquer pessoa da população em geral que apresente **100 ou mais erupções cutâneas**. No entanto, se o paciente pertencer à população vulnerável (crianças menores de 8 anos, gestantes ou imunossuprimidos), o ponto de corte desaba: o surgimento de **25 ou mais lesões** neste grupo já é critério absoluto para internação hospitalar.

Exames importantes

O padrão-ouro incontestável para o diagnóstico de Mpox é a **detecção molecular por PCR em Tempo Real (qPCR)** ou o sequenciamento genético do vírus. Mas a grande pegadinha das bancas não costuma ser o nome do exame em si, e sim **como e de onde** você vai coletar essa amostra.

A amostra ideal e de maior carga viral vem direto do "olho do furacão": as lesões cutâneas ou mucosas. O Ministério da Saúde recomenda **esfregar vigorosamente um swab estéril** (de nylon, poliéster ou rayon) na **base da lesão**, dando preferência absoluta para a **fase de vesícula ou pústula**.



PULO DO GATO

O detalhe laboratorial é o acondicionamento: após esfregar a lesão, o *swab* deve ser colocado em um **tubo seco, estritamente SEM nenhum líquido preservante**. Os *Poxvirus* são extremamente estáveis, e colocar soro fisiológico ou meios de transporte virais tradicionais no tubo acaba diluindo a amostra e reduzindo as chances de detectar o vírus.

E se o paciente demorou dias para buscar o pronto-socorro e as lesões já estão secas e descamando? Sem problemas. A conduta agora é coletar as **crostas** (inteiras ou em fragmentos). A diretriz sugere que você recolha, no mínimo, quatro amostras de crostas do paciente e as coloque juntas em um frasco limpo que, adivinha só... também deve estar completamente seco e sem nenhum líquido.



ERRO COMUM

Muitos médicos, no ímpeto de conseguir bastante líquido da vesícula para o *swab*, tentam “estourar” a lesão usando uma agulha ou lâmina de bisturi. A OMS **contraindica** totalmente **romper as lesões de Mpox** com instrumentos perfurocortantes devido ao altíssimo risco de acidente biológico e inoculação viral no profissional de saúde. A coleta correta é apenas por **fricção firme** com o *swab*.

Agora, e se o paciente for um **contato de alto risco** (ex.: parceria sexual de um caso confirmado), chegar com febre, dor no corpo e adenomegalia, mas **ainda não tiver lesões de pele ou mucosa**? Nesse cenário muito específico (ou para descartar outras infecções na garganta), você pode coletar um **swab de orofaringe ou nasofaringe**. No entanto, **um resultado negativo na garganta não exclui** a infecção; o paciente pode positivar dias depois quando a úlcera finalmente aparecer na pele.



DICA PRÁTICA

Nunca peça sorologia (anticorpos IgM/IgG) ou PCR de amostra de sangue como exames principais na emergência. A fase de viremia da Mpox (vírus circulando no sangue) é muito curta, o que torna a **PCR sanguínea** frequentemente inconclusiva ou falso-negativa. Os testes sorológicos também não confirmam o caso isoladamente devido à **forte reação cruzada** com outros *Orthopoxvirus*. **O seu foco diagnóstico deve ser sempre a lesão!**

Por fim, lembre-se do que conversamos sobre o contexto clínico atual. A coinfeção com outras doenças é uma realidade altíssima e o paciente não leu o livro-texto para ter uma infecção por vez. Portanto, no mesmo momento em que você coleta o material da lesão para investigar Mpox, é obrigatório oferecer **testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites**. Se houver proctite ou secreção uretral, a investigação para clamídia e gonococo também deve ser solicitada simultaneamente.

Questão Estratégica — Evolução Clínica e Transmissibilidade



QUESTÃO PSU/MG - 2023

Criança de dois anos de idade é atendida no Pronto Atendimento com quadro de febre e lesões vesiculares em face e membros, de surgimento há sete dias. O médico que atende a criança levanta a suspeita de Monkeypox. Em relação à doença, é CORRETO afirmar:

- A) A incubação dura em média de seis a 16 dias e pode chegar a 40 dias.
- B) A manifestação cutânea típica é do tipo maculopapular, associada a febre e linfadenopatia.
- C) O paciente deixa de transmitir a doença quando a crosta desaparece e há reepitelização.
- D) Os sintomas duram de dois a sete dias.

Comentário:

A) Incorreta. O período de incubação (o tempo da “janela silenciosa” entre o contato com o vírus e o início dos sintomas) varia em média de 3 a 16 dias (ou 6 a 13 dias dependendo da literatura), mas o teto máximo que você deve levar para a prova é de **21 dias**. Dizer que chega a 40 dias torna a alternativa falsa.

B) Incorreta. A marca registrada da Mpox não é uma erupção meramente maculopapular (como o sarampo ou a rubéola). A manifestação cutânea típica progride obrigatoriamente por estágios sequenciais: começa como mácula, evolui para pápula, mas ganha sua característica principal nas fases de **vesícula, pústula (frequentemente umbilicada) e crosta**.

C) Correta. Essa é a regra de ouro da biossegurança e do fim do isolamento! Evidências apontam que o paciente transmite a doença desde o início dos sintomas e o período de transmissibilidade só chega ao fim quando há remissão de todas as lesões, queda das crostas e completa epitelização (formação de nova camada de pele íntegra).

D) Incorreta. A Mpox é uma doença autolimitada, porém o seu curso clínico é mais longo. Os sintomas não duram apenas de dois a sete dias, mas sim de 2 a 4 semanas.

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Como vimos acima, o marco de **21 dias** é o limite para o período de incubação e norteia o monitoramento de contatos. Além disso, a regra para a liberação do paciente do isolamento é eminentemente clínica e visual: só acaba quando a última crosta cai e a pele por baixo se refaz. Nenhuma lesão ativa pode sobrar!

CONDUTA

Tratamento da crise aguda

Você atendeu o paciente, identificou a linfadenopatia, as lesões umbilicadas e coletou o *swab* em tubo seco. Pensa comigo: o que fazer agora com ele no pronto-socorro ou no ambulatório? A primeira e mais importante conduta é tranquilizar o paciente, pois a maioria absoluta dos casos de Mpox é leve, autolimitada e o tratamento será inteiramente focado no **suporte sintomático** e no **isolamento domiciliar**.

A escada analgésica e de cuidados locais é o seu feijão com arroz aqui:

- **Para febre e dor leve:** Dipirona ou paracetamol.
- **Para o prurido (coceira) na fase de crostas:** O paciente não pode coçar para evitar infecção bacteriana secundária. Prescreva anti-histamínicos orais e recomende manter as lesões limpas e secas, higienizando apenas com água e sabão.
- **Para a dor intensa da proctite ou lesões genitais:** Esse é o quadro que leva o paciente a bater na porta da emergência chorando de dor. Prescreva banhos de assento mornos (10 a 15 minutos), lidocaína gel a 2% e, se necessário, escale a analgesia para opioides como tramadol ou morfina. Supositórios ou pomadas com anestésicos associados a corticoides (ex.: Proctyl® ou Ultraproct®) ajudam a aliviar o tenesmo e o inchaço local.

CONTROLE DE SINTOMAS

ANTITÉRMICOS	Dipirona/Paracetamol.
ANALGÉSICOS	Dipirona/Paracetamol + banhos de assento morno + lidocaína 2% + opioides + supositórios de anestésicos/corticoide.
ANTI-HISTAMÍNICOS	Loratadina, difenidramina, hidroxizina, belastina.



ERRO COMUM

Prescrever antibióticos (como cefalexina ou amoxicilina) "para secar a ferida mais rápido". Antibiótico não trata vírus! O uso de antimicrobianos só está indicado se houver evidência clínica clara de **infecção bacteriana secundária** nas lesões de pele (celulite, impetiginização ou abscessos).

Lembre-se da coinfeção! Se o paciente apresenta proctite com dor excruciante e tem histórico de relação sexual anal receptiva, não hesite em realizar o **tratamento sintromico presuntivo para outras ISTs** enquanto aguarda os exames. O protocolo sugere prescrever **Ceftriaxona 500 mg IM (dose única) + Azitromicina 1 g VO (dose única)** ou **Doxiciclina 100 mg VO (12/12h por 10 dias)** para cobrir clamídia e gonococo concomitantemente.

TRATAMENTO SINDRÔMICO DE PROCTITE/URETRITE

CLAMÍDIA

- Azitromicina 1g DU VO
- Doxiciclina 100mg 12/12 horas 10 dias VO

GONOCOCO

- Ceftriaxona 500mg DU IM
- Doxiciclina 100mg 12/12 horas 10 dias VO

Manejo de casos graves ou refratários

Como discutimos acima, alguns pacientes vão apresentar evolução desfavorável, com critérios de internação. Para eles, o suporte é a parte mais importante do cuidado, com spray de lidocaína na mucosa orofaríngea para auxiliar a alimentação, dieta enteral, se a via oral se tornar insuficiente, hidratação venosa e correção de distúrbios hidroeletrólitos.

Para esses pacientes com doença grave ameaçadora à vida, ou imunossuprimidos com complicações severas (ex.: lesões oculares ou > 250 erupções pelo corpo), existe o **uso compassivo** do antiviral **Tecovirimat**. Ele não é prescrito no postinho para o paciente comum; é uma medicação com dispensação excepcional rigidamente controlada.



ATENÇÃO NA PROVA

Perceba que o ponto de corte do número de lesões para internar (> 100 lesões) é diferente do ponto de corte para prescrever o Tecovirimat (> 250 lesões).

O mecanismo de ação do Tecovirimat é elegante. Ele é um **inibidor potente de uma proteína** específica do envelope do **Orthopoxvirus** (a proteína **p37**). Essa proteína é absolutamente essencial para a formação e liberação de novas partículas virais infecciosas de dentro da célula hospedeira. Ou seja, ao inibir essa proteína, o Tecovirimat "tranca" o vírus dentro da célula infectada, impedindo a sua disseminação para o resto do corpo do paciente.

No Brasil, o uso dessa medicação exige muita atenção aos detalhes burocráticos e clínicos. O Tecovirimat não é vendido livremente em farmácias. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberou o seu uso em caráter excepcional, temporário e na modalidade de **uso compassivo**.

Para que você, como médico, possa indicar o Tecovirimat, o paciente precisa ter **resultado laboratorial positivo/detectável para MPXV**, pesar pelo menos 13 kg, e se enquadrar em critérios estritos de gravidade. As indicações clássicas que despencam nas provas incluem:



600MG* 12/12 HORAS POR 14 DIAS VO

*Dose varia com o peso

- Lesão ocular (risco de cegueira).
- Alteração do nível de consciência (encefalite).
- Manifestação respiratória grave associada a alteração radiológica (pneumonite).
- Lesão extensa em mucosa oral limitando de forma drástica a alimentação e a hidratação.
- Proctite com lesão extensa anal/retal evoluindo com quadro hemorrágico.
- > 250 erupções cutâneas.



ERRO COMUM

Achar que qualquer paciente da população vulnerável (como gestantes ou imunossuprimidos leves) deve receber Tecovirimat profilaticamente ou no início do quadro apenas por precaução. Falso! O uso é compassivo e estritamente reservado para quando o quadro grave *já está instalado* ou há lesão ocular. Além disso, não se pode prescrever o fármaco se o paciente ou familiar recusar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aqui está a **atualização** de ouro que vai separar os candidatos desatualizados dos aprovados! Originalmente, o Tecovirimat foi desenvolvido e aprovado para o tratamento da **varíola humana** (*smallpox*) com base apenas em testes com animais. Durante o surto global de Mpox de 2022, ele foi amplamente utilizado sob protocolos de pesquisa e uso compassivo. No entanto, ensaios clínicos randomizados recentes e robustos (como o estudo PALM007 na África e o estudo STOMP nos EUA) revelaram um dado frustrante: a monoterapia com Tecovirimat **não trouxe benefício clínico significativo** para pacientes imunocompetentes.

Isso significa que, na prática, o antiviral não reduziu o tempo de cicatrização das lesões, não diminuiu a dor e não reduziu a mortalidade nesses pacientes fora dos grupos de altíssima gravidade. Por esse motivo, as diretrizes mais modernas sugerem **não** utilizar terapia antiviral para adultos imunocompetentes com doença leve a moderada, reservando o Tecovirimat (muitas vezes em terapia combinada com outros antivirais, embora faltem dados clínicos dessa associação) apenas para as **formas sistêmicas graves e imunossuprimidos severos**.



DICA PRÁTICA

Se você precisar prescrever o Tecovirimat para um paciente internado, fique atento à via de administração e posologia. A apresentação **oral** (cápsulas de 200 mg) deve ser administrada de **12 em 12 horas por 14 dias** (a dose varia pelo peso, sendo 600 mg por dose para pacientes com 40 kg ou mais). O detalhe prático de enfermagem é que o medicamento precisa ser ingerido em até 30 minutos após uma **refeição rica em gorduras** para garantir a absorção e a biodisponibilidade ideais do fármaco. Caso o paciente tenha dificuldade de deglutição, a cápsula pode ser aberta e misturada em líquidos como leite ou iogurte.

Profilaxia e Vacinação

Existem vacinas para a Mpox! A estratégia mundial e do Ministério da Saúde gira em torno da vacina de **vírus vivo atenuado, não replicante, chamada MVA-BN** (comercialmente Jynneos). Como há escassez global crônica deste insumo, a vacinação populacional em massa não é recomendada pela OMS.

Avacinação no SUS é focada e baseada em risco, dividindo-se em duas estratégias clássicas:

1. **Pré-exposição (PrEP vacinal):** Pessoas com altíssimo risco basal de adquirir a doença ou evoluir gravemente. Os grupos alvos incluem Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHIV) com **CD4 < 200 cel/mm³**, usuários de **PrEP** (profilaxia pré-exposição ao HIV) e **profissionais de laboratório** que manipulam ativamente amostras do vírus.
2. **Pós-exposição (PEP vacinal):** Indicada para pessoas que tiveram **contato de risco direto** (alto ou moderado) com um **caso suspeito ou confirmado**. A vacina é idealmente administrada em até 4 dias da exposição, mas pode ser considerada em até 14 dias para tentar reduzir o risco de progressão para formas graves.

VACINAÇÃO	
SITUAÇÃO	INDICAÇÃO
Pré-exposição	• PVHIV com < 200 células/mm³ • Usuários de PrEP (HIV) • Profissionais de laboratório que manipulam amostras do vírus
Pós-exposição	Contato direto com caso suspeito ou confirmado



O que a banca mais cobra em conduta

Os elaboradores adoram cobrar detalhes práticos de biossegurança e as **precauções de isolamento**. O paciente com Mpox no serviço de saúde deve ser mantido em precaução de **contato e gotículas** (uso de avental, luvas, óculos e máscara cirúrgica), além do isolamento de contato e das precauções padrão. Se houver necessidade de algum **procedimento que gere aerossóis** (como uma intubação ou coleta de swab de orofaringe em pacientes que tosse), a equipe deve utilizar precaução por aerossóis (máscara PFF2/N95).

Outro detalhe de controle de infecção que despensa em provas: ao cuidar de pacientes no domicílio ou no hospital, as roupas e roupas de cama **não devem ser agitadas**. Bater o lençol no ar pode aerossolizar as crostas e partículas virais que sobrevivem e persistem no ambiente por muito tempo. As roupas devem ser lavadas com água quente (60-90°C) e sabão comum. Animais de estimação também devem ser retirados do domicílio do paciente infectado, pois há documentação de transmissão reversa e infecção cruzada.

REVISÃO FINAL

Vamos fechar o raciocínio clínico da Mpox de forma progressiva. A Mpox é causada por um *Orthopoxvirus*, o MPXV, que possui cepas diferentes. Com a emergência da agressiva cepa Ib em 2024, a vigilância internacional e a gravidade entraram novamente nos holofotes.

- **Se chegar paciente com febre + mialgia + marcante linfadenopatia + rash cutâneo evolutivo (mácula para crosta) e umbilicado:** Pense na apresentação clássica da Mpox.
- **Se chegar paciente com lesões pápulo-vesiculares isoladas na genitália/ânus + proctite grave + histórico de parceria sexual recente/múltiplos parceiros:** Pense em Mpox (apresentação atípica no atual surto) e investigue sempre outras ISTs e o status do HIV (coinfecção é muito comum).
- **A suspeita clínica existe?** No isolamento inicial da unidade, colete o swab da secreção da lesão (tubo sempre seco) para teste molecular (PCR) e instrua o paciente a manter isolamento de gotículas e contato imediatamente.

- **O paciente evoluiu com gravidade ou é gravemente imunossuprimido (HIV com CD4 < 200)?** Indique a internação hospitalar imediata e acione as vias regulatórias para o uso compassivo do antiviral Tecovirimat.
- **Existem familiares e contatos de risco?** Indique o monitoramento assintomático por 21 dias. Se o contato for de alto/médio risco, avalie a indicação do uso da vacina não replicante (MVA-BN) para profilaxia pós-exposição de bloqueio.

Resumo em 1 minuto

- **Agente/Emergência:** Vírus MPXV (*Orthopoxvirus*); A cepa Ib motivou a recente ESPII da OMS (agosto de 2024).
- **Transmissão:** Contato íntimo/sexual com lesões cutâneas, fluidos, fômites ou por gotículas prolongadas.
- **Clínica Clássica e Atípica:** Pródromo com febre e adenomegalia importante. Lesões progridem de máculas até crostas umbilicadas. Atenção: o surto atual atinge fortemente a região genital e perianal (causando proctite isolada).
- **Diagnóstico:** PCR (molecular) realizada preferencialmente no swab da secreção de vesículas em tubo seco ou nas próprias crostas.
- **Tratamento básico:** Sintomático. O isolamento de contato e gotículas deve perdurar até a queda das crostas e a epitelização completa.
- **Tratamento grave:** Antiviral Tecovirimat reservado para casos graves (imunossuprimidos graves por HIV, pneumonite, encefalite, lesões extensas ou proctite hemorrágica).
- **Vacina (MVA-BN):** Prioridade para grupos específicos de risco na pré-exposição (profissionais de laboratório, PVHIV com CD4 baixo, usuários de PrEP) e na profilaxia pós-exposição de bloqueio para contactantes.
- **Precauções na prática:** Jamais agitar roupas de cama sujas do paciente para não espalhar o vírus; isolar inclusive animais domésticos do doente.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

