

Boletín

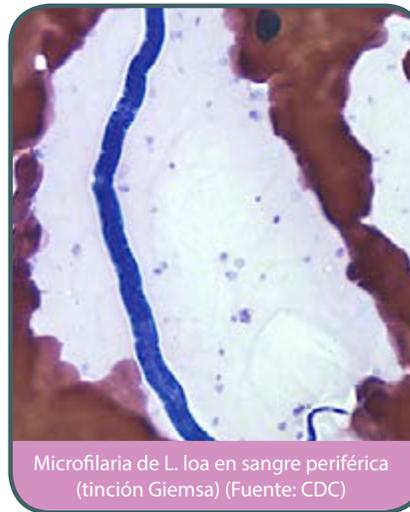
ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 10 | NOVIEMBRE 2015

ALERTAS

Virus Zika
Virus Ébola
Virus Chikungunya
MERS-CoV
Virus West Nile
Virus Polio
Gripe A (H7N9)
Sarampión
Parotiditis
PERLA: *Loa loa* (2)
Introducción
Diagnóstico
Tratamiento
Prevención
Bibliografía



Microfilaria de *L. loa* en sangre periférica (tinción Giemsa) (Fuente: CDC)

Boletín Enfermedades Emergentes Noviembre 2015

Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas:

Autores: Francesca Norman, José Antonio Pérez-Molina, Rogelio López-Vélez.

Unidad de Referencia Nacional para Enfermedades Tropicales.

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid.

Centro perteneciente a la Red de Investigación en Enfermedades Tropicales (RICET: RD06/0021/0020).

Fuentes: Pro MED, OMS, TropiMed News, TropNet Europ, Eurosurveillance, European CDC, CDC.

SUMARIO

ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Virus Zika

Datos epidemiológicos recientes constatan la extensión geográfica continuada del virus Zika (ZIKV). En el año 2014 se detectó la circulación autóctona del virus en el continente americano. En febrero del 2014 las autoridades sanitarias confirmaban el primer caso autóctono de la infección en la isla de Pascua (Chile). Además en el 2015 se han notificado los primeros casos autóctonos de esta viriasis en varios países: **Brasil, Colombia, Surinam, Indonesia y Cabo Verde**. De momento este año no se han notificado casos autóctonos de infección por ZIKV en países de la Unión Europea.

Actualmente se está investigando en Brasil un aumento en el número de casos de microcefalia y su asociación temporal con la epidemia de ZIKV en el país. En octubre de este año las autoridades sanitarias del país notificaban un aumento inesperado en el número de casos de microcefalia en el estado de Pernambuco (141 casos hasta el 11 de noviembre en 2015, comparados con una media anual de 10 casos en años previos). Se han

Salir

Imprimir

e-mail

©Madrid 2015
GlaxoSmithKline, S.A.
Todos los Derechos
Reservados



objetivado aumentos similares en los estados de Paraíba y Rio Grande do Norte. En noviembre se alertaba acerca de la confirmación de la presencia de ZIKV en muestras de líquido amniótico en dos gestaciones en las que los fetos presentaban microcefalia. Ambas madres presentaron síntomas compatibles con infección por ZIKV en el primer trimestre del embarazo. A fecha de 17 de noviembre del 2015 se habían registrado 399 casos de microcefalia en los estados de Pernambuco, Sergipe, Rio Grande do Norte, Paraíba, Ceará y Bahia. Todavía se está investigando la posible asociación entre la infección por ZIKV durante la gestación y la microcefalia fetal. En respuesta a estos eventos el 11 de noviembre el ministerio de sanidad brasileño declaraba una emergencia nacional de salud pública.

Virus Ébola

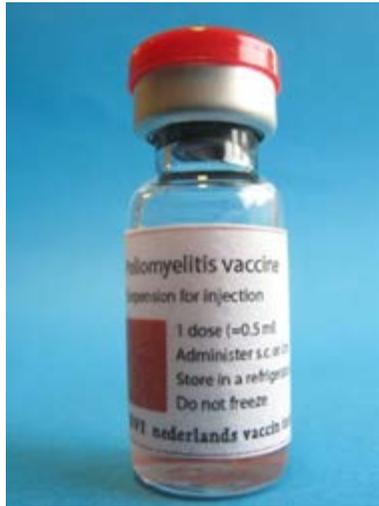
A mediados de noviembre de este año la OMS había notificado 28.598 casos de enfermedad por virus ébola y

de estos, más de 11.000 han sido casos mortales. Parece que el brote se está controlando en algunas zonas: **Sierra Leona** se declaró libre de ébola el 7 de noviembre y en **Guinea** no se han detectado nuevos casos en las primeras semanas de noviembre. Sin embargo, tras declararse libre de ébola **Liberia** el 3 de septiembre de este año, se han notificado tres nuevos casos en este país en noviembre, que están pendientes de confirmación por la OMS. Se recuerda que se considera que el riesgo de transmisión, tanto a nivel regional como a nivel global, se mantendrá hasta que todos los países de África occidental sean declarados libres de ébola.

Virus Chikungunya

Siguen activos varios brotes en el Caribe y en el continente americano. Aunque han aumentado levemente el número de nuevos casos en las últimas semanas en la región de las Américas, parece que las cifras son menores que las

notificadas durante el mismo periodo del año pasado. Se debe mantener la vigilancia en zonas como Europa donde la presencia de vectores competentes del virus (principalmente *Aedes albopictus* en zonas del Mediterráneo y *Aedes aegypti* en Madeira) podría resultar en transmisión autóctona si hay casos importados de la infección en fase virémica.



Vacuna de polio inactivada

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 19 de noviembre de este año se habían notificado 1638 casos de infección por el MERS-CoV (unos 630 de estos casos han sido mortales). Se recuerda que hasta el momento la gran mayoría de infecciones por

MERS-CoV se han diagnosticado en Oriente Medio.

Virus West Nile

Desde el inicio de la temporada de transmisión anual hasta el 19 de noviembre se habían registrado 108 casos de enfermedad por este virus en países de la UE y 193 casos en países vecinos. No se han detectado nuevos casos en la UE en las últimas semanas y si se mantiene la situación se dará por finalizado el periodo de vigilancia estacional de WNV para este año 2015.

Virus Polio

Según las últimas cifras la transmisión de virus polio salvaje en el 2015 se mantiene en niveles más bajos que otros años. Este año se han detectado infecciones por virus salvaje tipo 1 solamente en **Pakistán** y **Afganistán** (unos 56 casos comparados con 290 casos en 9 países durante el mismo periodo del 2014). Este año también se han notificado unos

19 casos de infección por poliovirus derivados de la vacuna (cVDPV circulating vaccine-derived poliovirus) comparados con 47 de estos casos en el 2014. Los casos de este año se han registrado en **Madagascar, Laos, Ucrania, Pakistán, Nigeria** y **Guinea** (este último previamente notificado en Mali). Se recuerda que la OMS recientemente confirmaba la erradicación del poliovirus salvaje tipo 2 a nivel mundial.

Gripe A (H7N9)

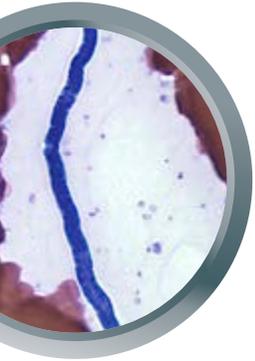
China: diagnosticados recientemente dos nuevos casos de esta infección en la provincia de Zhejiang. En los dos pacientes estaba documentada la exposición previa a aves. Desde marzo del 2013 (momento en el que se detecta en China este nuevo virus de gripe aviar en humanos) hasta la fecha, se han diagnosticado unos 680 casos de la infección (unos 275 de estos casos han sido mortales). No se han detectado casos autóctonos de momento en otros países. Se sospecha que el brote es debido a la transmisión zoonótica esporádica de aves a humanos.

Sarampión

Detectados brotes en varios países. En **Egipto** y **Malasia** se ha notificado un aumento en el número de casos respecto a años anteriores. Se debería valorar la vacunación triple vírica en los viajeros no-inmunes a zonas de epidemia.

Parotiditis

Notificados brotes en **Argentina** y en Sao Paulo en **Brasil**. Al igual que para el sarampión, habría que asegurar que los viajeros a la zona están adecuadamente inmunizados.

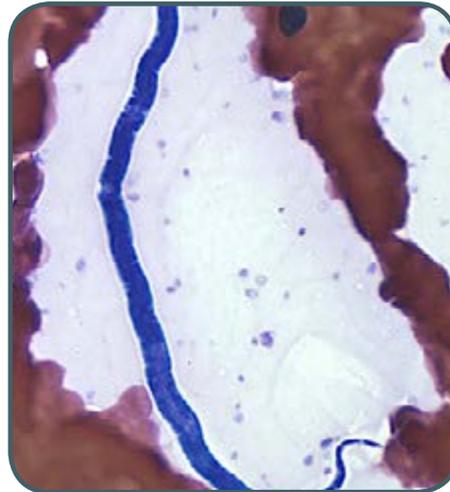


PERLA: *Loa loa* (2)

Introducción

La loiasis está producida por el nematodo *Loa loa* que se transmite al humano por la picadura de moscas hematófagas del género *Chrysops* en zonas endémicas de África central y occidental.

En esta parte se revisa el diagnóstico, el tratamiento y las principales medidas de prevención de la loiasis. (En la primera parte se revisaba la epidemiología, la transmisión y principales manifestaciones clínicas).



Microfilaria de *L. loa* en sangre periférica (tinción Giemsa) (Fuente: CDC)

Diagnóstico

En pacientes infectados se puede objetivar una eosinofilia en sangre periférica, hipergammaglobulinemia y niveles elevados de IgE. Estos hallazgos son inespecíficos y más

frecuentes en individuos sintomáticos no-inmunes que en residentes habituales de zonas endémicas.

El diagnóstico definitivo se realiza con la identificación del helminto adulto en el ojo o tejido subcutáneo o de las microfilarias en sangre (por microscopía habitualmente tras técnicas de concentración de sangre periférica diurna y tinción con Giemsa). Existen pruebas serológicas para el diagnóstico de esta filaria (generalmente detección de IgG e IgG4) pero no diferencian correctamente entre las diversas filarias y se pueden producir reacciones cruzadas con antígenos de otros helmintos. Además, no sirven para diferenciar la infección activa de una infección o exposición pasada. Las técnicas para la detección de antígenos circulantes de *L. loa* están en desarrollo. También existen otras técnicas de diagnóstico molecular basadas en la PCR, generalmente disponibles en centros especializados.

Tratamiento

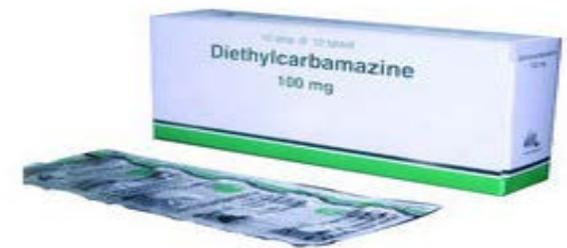
El tratamiento de elección para *L. loa* es la dietilcarbamacina (DEC) que es un agente microfilaricida y macrofilaricida. Si existe baja carga parasitaria se administraría DEC 9 mg/kg/día, en 3 dosis, durante 21 días, generalmente en pauta ascendente. En pacientes con una alta carga parasitaria (> 2.500-3.000 microfilarias de *L. loa*/ml) existe un riesgo importante de reacciones adversas severas y de meningoencefalitis (por la rápida muerte de las microfilarias y/o la migración al SNC). En estos casos se recomienda disminuir primero la carga parasitaria con albendazol (agente macrofilaricida, 400 mg/12-24h durante 3 semanas) para después administrar DEC. La utilización de ivermectina podría provocar encefalopatía. En casos excepcionales se ha utilizado la aféresis de sangre periférica para disminuir la microfilaremia.

La DEC estaría contraindicada en casos de coinfección con *Onchocerca volvulus* por los posibles efectos adversos relacionados con la muerte rápida de las microfilarias de *Onchocerca* sp. en el ojo o en la piel. En áreas

geográficas donde existen tanto *O. volvulus* como *Loa loa* debería descartarse además la coinfección porque la administración de ivermectina para la oncocercosis puede precipitar una encefalopatía grave en pacientes con loiasis, especialmente si existe una microfilaremia elevada. En casos de coinfecciones se podría disminuir la carga parasitaria de *L. loa* con albendazol para después tratar con ivermectina asociado o no a doxiciclina +/- DEC. Si la microfilaremia de *L. loa* es baja se podría administrar una dosis de ivermectina y posteriormente DEC. La doxiciclina no es efectiva en el tratamiento de *L. loa* porque esta filaria no contiene la bacteria endosimbionte *Wolbachia*. En algunos casos el tratamiento general de las filariasis puede precisar el uso de antihistamínicos y/o corticoides para paliar las reacciones alérgicas a los antígenos de las microfilarias que mueren. Se puede realizar la extracción quirúrgica del helminto adulto del ojo, aunque esto no es práctico ni de gran utilidad en zonas endémicas donde son frecuentes las cargas parasitarias elevadas y especialmente porque la migración no suele dañar las estructuras oculares.

Prevención

No existe vacuna frente a *L. loa* y las medidas de prevención se basan en el uso de las medidas para evitar las picaduras de los vectores. No hay programas comunitarios en zonas endémicas de administración de fármacos en masa específicos frente a loiasis. Algunos expertos recomiendan una dosis semanal de 300mg de DEC como profilaxis para viajeros de riesgo (como viajeros de larga estancia, expatriados, o personal militar en zonas endémicas).



Dietilcarbamacina (DEC)

Bibliografía

- Díaz-Menéndez M, Norman F, Monge-Maillo B, *et al.* Las filariasis en la práctica clínica. *Enferm Infecc microbiol Clin* 2011; 29 (Supl 5): 27-37.
- Klion AD. Loiasis (*Loa loa* infection). UpToDate 2015.
- Martín-Rabadán P, Martínez-Ruiz R, Cuadros J *et al.* El laboratorio de microbiología ante las enfermedades parasitarias importadas. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2010; 28 (10): 719-25.
- Treatment Guidelines from The Medical Letter. *Drugs for Parasitic Infections*. 11,e1 (2013).
- Holmes D. *Loa loa*: neglected neurology and nematodes. *Lancet Neurol* 2013; 12 (7): 631-2.



En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario serán incluidos en un fichero responsabilidad de GlaxoSmithKline, S.A. (GSK) con domicilio en C/. Severo Ochoa, 2, 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad de proceder al envío del Boletín de Enfermedades Emergentes. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y cancelación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionada (**Atención Departamento Centro de Información**) o enviando un e-mail a la dirección **es-ci@gsk.com** (**centro de información de GSK**).

