

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 9 | SEPTIEMBRE 2015

ALERTAS

Virus Ébola

MERS-CoV

Virus Chikungunya

Virus West Nile

Polio

Vibrio cholerae

Yersinia pestis

Rabia canina

Virus de la viruela de los monos (Monkeypox)

Borrelia recurrentis

PERLA: *Onchocerca volvulus* 2

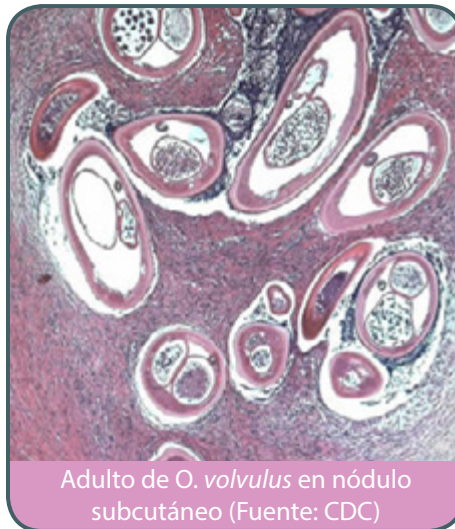
Introducción

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

Bibliografía



Adulto de *O. volvulus* en nódulo subcutáneo (Fuente: CDC)

Boletín Enfermedades Emergentes Septiembre 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 Ébola

A mediados de septiembre de este año la OMS había notificado 28.256 casos de enfermedad por virus ébola y de estos, 11.306 han sido casos mortales. **Liberia** se declaró nuevamente como país libre de ébola el 3 de septiembre. El número de nuevos casos confirmados se ha mantenido bajo en los otros dos países (**Guinea** y **Sierra Leona**) en las últimas semanas aunque se considera que todavía existe riesgo de transmisión a corto-medio plazo, aún se encuentran en observación más de 1.000 contactos y se ha perdido el seguimiento de algunos contactos de alto riesgo por lo que se deben mantener unas medidas de vigilancia estrictas.

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 17 de septiembre de este año se han notificado casi 1.600 casos de infección por el MERS-CoV (unos 600 de estos casos han sido mortales).

Salir

Imprimir

e-mail

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



Los casos más recientes se han diagnosticado en **Arabia Saudí** (hasta el momento la gran mayoría de casos se ha registrado en este país) y en **Jordania**. En este último país se han detectado 11 casos en las últimas semanas y han fallecido 5 de estos pacientes. Varios de estos casos se han asociado con un brote nosocomial en Amman. Se recomienda extremar las medidas de vigilancia para detectar posibles casos en personas que regresan de zonas de riesgo.

Virus Chikungunya

España: finalmente no se ha confirmado el caso notificado a principios de agosto de infección por virus chikungunya en un paciente sin antecedentes de viajes a zonas endémicas del virus. El paciente debutó con síntomas durante un viaje a Francia y posteriormente se diagnosticó en la comunidad Valenciana por serología IgM positiva al virus. La muestra se analizó posteriormente en el centro nacional de microbiología y los resultados de la IgM e IgG frente al virus no fueron concluyentes. El análisis de otra

muestra extraída a mediados de agosto fue negativo. En la primera muestra se detectó una IgM positiva frente a parvovirus B19 (resultado negativo en la segunda muestra), por lo que los síntomas del paciente podrían haber sido debidos a una infección reciente por este virus.

Senegal: detectados casos de esta viriasis en la región de Kédougou. La última vez que se detectó la circulación activa del virus en esta zona fue en los años 2009-2010.

Virus West Nile

Portugal: notificado un caso confirmado de infección por virus West Nile (WNV) en un varón de 71 años del municipio de Loulé en la zona de Algarve. El paciente, sin antecedentes de viajes recientes fuera de la zona, fue hospitalizado a finales de julio con síntomas neurológicos y finalmente fue dado de alta a principios de agosto, sin secuelas. Aunque la presencia del WNV en Portugal ya era conocida y se habían notificado con anterioridad tres casos probables de infecciones en humanos (dos en el año 2004

y una en el 2010), esta sería el primer caso en humanos que cumple todos los criterios de caso confirmado establecidos por la Unión Europea. Se han identificado tres focos de infección en equinos en los municipios de Faro y Loulé (Algarve). Se han implementado diversas medidas de prevención en la zona. Se recuerda que existe una vacuna frente a este flavivirus para caballos pero no existe una vacuna disponible para uso en humanos. A fecha de 17 de septiembre se habían detectado 59 casos de enfermedad por este virus en países de la UE: 40 en Italia, 7 en Rumania, 6 en Austria, 4 en Hungría, 1 en Bulgaria y 1 en Portugal. Además se han notificado 54 casos en Israel, 12 en Rusia, 5 en Serbia, y 1 en Palestina desde principios de la temporada de transmisión de este año.

Polio

Ucrania: confirmados dos casos de polio producidos por un poliovirus derivado de la vacuna de tipo 1 (circulating vaccine-derived poliovirus type 1, cVDPV1) en dos niños

que no habían sido vacunados frente a la infección. En este país, según datos del 2014, solamente el 50% de los niños están vacunados frente a la polio y otras enfermedades inmunoprevenibles. Se están implementando varias medidas de control aunque de momento se considera que el riesgo de extensión a nivel internacional desde este país es bajo.

Mali: diagnosticado en Bamako un caso de polio producido por cVDPV2 en un niño de procedente de Guinea.

Se recuerda que además de los 41 casos de polio producidos por poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) notificados en Pakistán y Afganistán, este año se han detectado casos de cVDPV en Madagascar (n=9), Nigeria (n=1), Ucrania (n=2) y Mali (n=1).

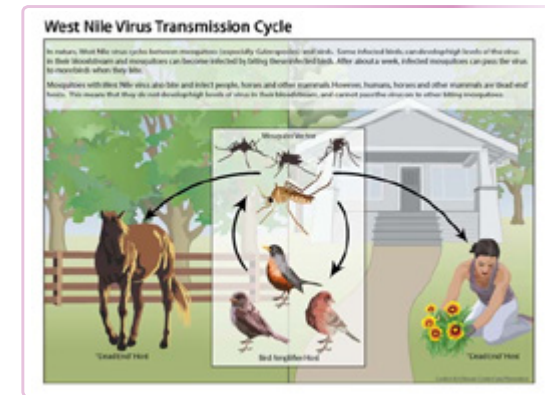
La OMS sigue recomendando que todos los viajeros a zonas afectas por polio estén vacunados correctamente. Existen unas recomendaciones especiales de vacunación para los residentes o viajeros con estancias de más de 4 semanas en áreas infectadas.

Vibrio cholerae

Tanzania: se han notificado cerca de 1000 casos de cólera (entre casos confirmados y casos sospechosos) en varios focos activos en el país. Se ha identificado *Vibrio cholerae* O1 Ogawa en las zonas afectadas. Se han instaurado varias medidas de prevención y control.

Yersinia pestis

Madagascar: brote de peste neumónica en el distrito de Moramanga con unos 14 casos (10 de ellos mortales) diagnosticados hasta finales de agosto. Se recuerda que ya se registró un brote de peste en el país entre el 2014 y el 2015 con más de 330 casos (79 de ellos mortales).



Ciclo de transmisión del virus West Nile (Fuente: CDC)

Rabia canina

Malasia: notificados más de 25 casos de rabia canina en los estados de Perlis, Kedah y Pulau Pinang desde julio de este año. Estos serían los primeros casos de rabia notificados en Malasia desde 1999. Se recuerda que la vacunación frente a la rabia estaría recomendada en viajeros de riesgo a zonas afectas y que se debería acudir a un centro sanitario lo antes posible tras una posible exposición de riesgo.

Virus de la viruela de los monos (Monkeypox)

R.D. Congo: alerta por un posible brote de viruela de los monos en el distrito de Tshuapa, con una veintena de casos sospechosos (la mayoría ha precisado hospitalización).

Borrelia recurrentis

Alemania: diagnosticados recientemente 11 casos de fiebre recurrente epidémica (transmitida por el piojo del cuerpo) en solicitantes de asilo/refugiados de **Eritrea/Etiopía/Somalia**. Es probable que los piojos infectados con *B. recurrentis* se estén transmitiendo entre personas en campos de refugiados en países como Libia.



PERLA: *Onchocerca volvulus* 2

Introducción

La oncocercosis está producida por el nematodo *Onchocerca volvulus*. Esta enfermedad también es conocida como “ceguera de los ríos” porque las moscas negras que actúan como vector se crían cerca de ríos de corrientes rápidas y arroyos. Generalmente, esta infección afecta a poblaciones de comunidades rurales y es una de las principales causas de ceguera y enfermedad cutánea a nivel mundial. Es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las principales enfermedades tropicales desatendidas (Neglected tropical Disease, NTD).

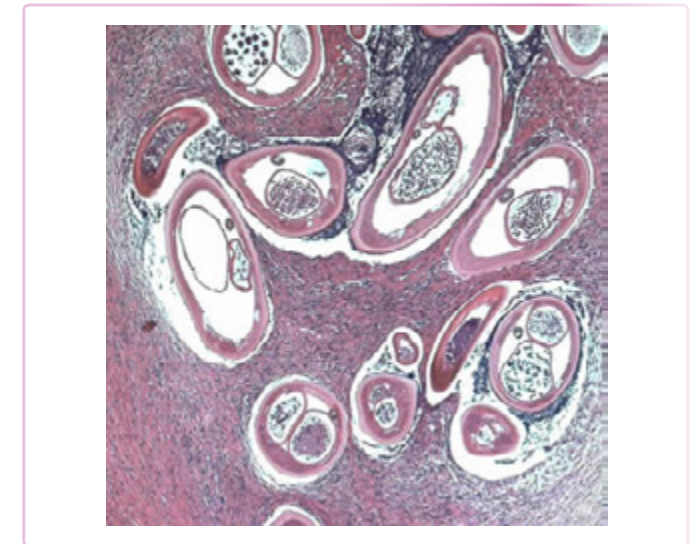
En esta segunda parte se revisa el diagnóstico, el tratamiento y las principales medidas de prevención de esta infección. En la primera parte, en el número anterior

se resaltaban la epidemiología, la transmisión y las principales manifestaciones clínicas de la oncocercosis.

Diagnóstico

Para identificar morfológicamente las microfilarias en la piel se pueden realizar “pellizcos cutáneos” (skin snips) para observar las muestras al microscopio directamente y tras tinción con Giemsa. La exploración mediante lámpara de hendidura permite observar la presencia de microfilarias móviles intraoculares. También se puede detectar la presencia de las filarias en los oncocercomas. Existen técnicas de serología, detección antigénica y de PCR para *Onchocerca* spp. en muestras cutáneas pero solo suelen estar disponibles en centros especializados. El test de provocación de Mazzotti (administración de 50mg vía oral de dietilcarbamacina (DEC) para observar si aparecen síntomas, como la intensificación del prurito, relacionados con la muerte de las microfilarias) está en desuso como prueba diagnóstica y sólo se debería realizar si la detección

de microfilarias ocular y en piel ha resultado ser negativa.



Adulto de *O. volvulus* en nódulo subcutáneo (Fuente: CDC)

Tratamiento

El tratamiento de elección es la ivermectina (microfilaricida) en dosis única ajustada a peso, repetida cada 6-12 meses durante años hasta la curación. Una

alternativa sería el uso de doxiciclina, con actividad frente a *Wolbachia*, durante 6 semanas seguido de una dosis de ivermectina. Esta sería una opción generalmente en zonas no endémicas donde no habrá reexposiciones y reinfecciones que precisen repetir la pauta en numerosas ocasiones. La DEC no debería utilizarse para *O. volvulus* debido al riesgo de efectos secundarios oculares asociados a la muerte rápida de las microfilarias. En áreas geográficas donde existen tanto *O. volvulus* como *Loa loa* debería descartarse la coinfección puesto que la administración de ivermectina 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 (macrofilaricida) para después tratar con ivermectina asociado o no a doxiciclina.

picadura de una mosca negra del género *Simulium*. La mosca deposita las larvas infectivas

de tercer estadio (L3) en la piel, donde maduran a adultos (macrofilarias) en un periodo de 6 a 12 meses. Las hembras adultas viven en tejido subcutáneo o muscular y están rodeadas de una cápsula fibrosa y los machos migran entre estos nódulos para fertilizar a las hembras. De 10 a 12 meses tras la infección inicial (periodo prepatente) las hembras producen las microfilarias que migran por tejido subcutáneo. Los adultos pueden sobrevivir hasta 15 años produciendo de 1000 a 3000 microfilarias por día. El vector pica a una persona infectada e ingiere las microfilarias. En un periodo de 1 a 3 semanas las filarias maduran en la mosca y se convierten eventualmente en larvas L3, completando el ciclo.

Prevención

No existe vacuna para la oncocercosis y la prevención primaria se basaría en el uso de medidas para evitar la

picadura del vector. A nivel mundial se han implementado varios programas de control, como el Programa de lucha contra la Oncocercosis en África occidental (OCP) entre 1974 y 2002 que combinaba la fumigación de insecticidas contra las larvas de la mosca negra (lucha antivectorial) con la distribución a gran escala de ivermectina a la población. Se estima que el programa OCP evitó la infección de 40 millones de personas, previno la ceguera en 600.000, y logró que 18 millones de niños nacieran libres de la amenaza de la enfermedad y la ceguera. Además, se recuperaron 25 millones de hectáreas de tierras de cultivo abandonadas para el asentamiento y la producción agrícola, con capacidad para alimentar a 17 millones de personas anualmente.

Otros programas de control incluyen el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis (APOC), el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)

y el Programa de donación de Mectizan® (ivermectina). En determinadas zonas geográficas habría que descartar la infección con *L. loa* antes de proceder a la administración masiva de ivermectina.

Aunque estos programas han tenido un éxito importante, habría que tener en cuenta que en algunas zonas han aparecido resistencias a la ivermectina por lo que es esencial el desarrollo de otras estrategias de control de la

oncocercosis. Aunque no existe vacuna de uso en humanos existen algunos estudios prometedores en animales.

Bibliografía

- Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, et al. Control of Neglected Tropical Diseases. N Engl J Med 2007; 357: 1018-27.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs374/es/> (acceso el 5/6/15)
- Norman FF, Pérez de Ayala A, Pérez-Molina JA, et al. Neglected tropical diseases outside the tropics. PLoS Negl Trop Dis 2010; 4: e762.
- Murdoch ME. Onchocerciasis. UpToDate 2015.
- 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.
- Hess JA, Zhan B, Bonne-Année S, et al. Vaccines to combat river blindness: expression, selection and formulation of vaccines against infection with *Onchocerca volvulus* in a mouse model. Int J Parasitol 2014; 44 (9): 637-46.



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**).

