

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 4 | ABRIL 2015

ALERTAS

Virus Ébola

Influenza A (H7N9)

Influenza A (H5N1)

Neisseria meningitidis

Vibrio cholerae

Rabia

Virus Chikungunya

PERLA: Gnathostomiasis

Introducción

Epidemiología y Transmisión

Manifestaciones Clínicas

Diagnóstico

Tratamiento y Prevención

Bibliografía

PERLA: Gnathostomiasis



Gnathostoma spp.

Boletín Enfermedades Emergentes Abril 2015

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

Centro 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 fecha de 14 de abril de este año la OMS había notificado 25.831 casos confirmados, probables o sospechosos de enfermedad por virus ébola. De estos, casi 10.700 han sido casos mortales. Se notificaron 37 nuevos casos confirmados en la semana del 6 al 12 de abril: en **Guinea** se han registrado 28 de estos nuevos casos y en **Sierra Leona** 9, mientras que en **Liberia** no se registraron casos nuevos en esa semana. En esa última semana el número de casos ha aumentado discretamente en Guinea, mientras que la situación se mantiene estable en Sierra Leona, con tendencia a la disminución progresiva en el número de casos. Aunque está mejorando la vigilancia en Guinea, parece que se mantienen focos de transmisión de origen desconocido que podrían ser la fuente de nuevas infecciones. Desde el inicio de la epidemia se han evacuado o repatriado a 65 personas desde estos tres

Salir

Imprimir

e-mail



países de África occidental. No se han registrado nuevas evacuaciones médicas desde finales de marzo de este año.

Aunque parece que se está avanzando en cuanto al control de la epidemia de Ébola en los tres países más afectados se alerta sobre la situación precaria que se mantiene en la zona. En Guinea, Sierra Leona y Liberia se interrumpieron los servicios de vacunación infantiles al inicio del brote, por lo que ha aumentado el riesgo de enfermedades transmisibles como el sarampión. Se están intentando intensificar nuevamente las campañas de vacunación, manteniendo a la vez todas las medidas de prevención de infección recomendadas.

Influenza A (H7N9)

China: en el último mes se han notificado unos 20 casos confirmados de infección por el virus de gripe aviar A

(H7N9) en humanos. Cuatro de estos casos han sido mortales. Los casos se han detectado en 5 provincias: Anhui (n=3), Fujian (n=2), Guangdong (n=4), Shandong (n=1) y Zhejiang (n=10). Se recuerda que este virus se detectó por primera vez en humanos en marzo del 2013 en China. Desde esa fecha se han diagnosticado más de 650 casos, de los cuales unos 250 han sido mortales. No se han registrado casos autóctonos en otros países. La mayoría de los casos no estaban asociados, y se sospecha que la mayoría de las infecciones son debidas a la transmisión zoonótica esporádica de aves infectadas a humanos.

Influenza A (H5N1)

Egipto: ha aumentado recientemente el número de casos confirmados de infección por el virus de la gripe A (H5N1)

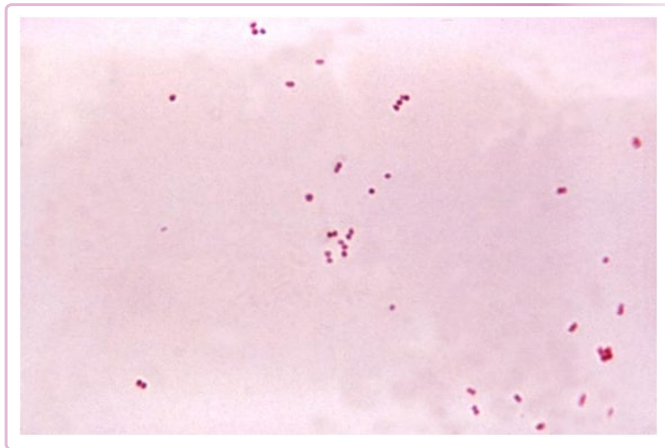
en humanos, con más de 60 casos registrados desde febrero de este año (más de 160 casos desde noviembre del 2014). Un nuevo filotipo del virus es el que predomina actualmente en Egipto pero todavía no se ha establecido la asociación con el aumento reciente en el número de casos humanos.

Neisseria meningitidis

Nigeria: sigue activo el brote de meningitis que comenzó a finales de enero de este año en los estados de Kebbi, Sokoto y Zamfara. Por el momento solamente se ha identificado *N. meningitidis* serogrupo C en los casos confirmados. A principios de abril se habían registrado casi 1.400 casos de los cuales unos 80 han sido letales. En **Ghana** también se ha detectado un brote de meningitis en Upper West Region con unos 200 casos (unos 20 mortales). Además se ha detectado un aumento en el número de casos de meningitis en **Níger**, principalmente

en Dosso y Niamey, desde febrero de este año. Las principales bacterias identificadas son *N. meningitidis* de los serogrupos W135 y C y *Streptococcus pneumoniae*. Se han registrado hasta el momento más de 460 casos (más de 60 de estos mortales).

Se han instaurado varias medidas de control y prevención en respuesta a los brotes.



N. meningitidis con tinción de Gram; diplococos Gram-negativos (Fuente: CDC)

Vibrio cholerae

Kenia: según las autoridades se han registrado más de 800 casos de cólera desde finales de enero de este año, la mayoría en Homa Bay, Migori y Nairobi. Parece que ya ha pasado el pico del brote y se considera que el riesgo para los viajeros a la zona es mínimo aunque se recomienda mantener las medidas de precaución con el agua y los alimentos para evitar posibles infecciones.

Malawi: identificado un brote cerca de la frontera con Mozambique con más de 400 casos.

Rabia

Brasil: notificado un caso de rabia en el municipio de Corumbá, en el estado de Mato Grosso do Sul. Este sería el primer caso de rabia humana registrado en este estado en los últimos 20 años. Se han detectado varios casos de

rabia canina en Corumbá y Ladário en las últimas semanas.

Perú: registrados varios casos de rabia canina en las provincias de Camaná y Arequipa. Se recuerda que existen focos de rabia canina también en Puno y Puerto Maldonado.

Se debería valorar la vacunación frente a la rabia en algunos viajeros de alto riesgo y alertar sobre la necesidad de realizar profilaxis tras una exposición de riesgo.

Virus Chikungunya

Siguen activos los brotes de esta viriasis en varios países del continente americano. En **Ecuador** se han registrado más de 1.100 casos desde diciembre del año pasado, en

Colombia se han notificado más de 200.000 casos desde septiembre y en **Nicaragua** se han dado más de 23.000 casos desde octubre del 2014. Se recuerda la importancia de las medidas para evitar las picaduras de mosquitos para prevenir la infección.



PERLA: Gnathostomiasis

Introducción

La gnathostomiasis es una zoonosis transmitida por alimentos y producida por las larvas de *Gnathostoma* spp. Esta infección está principalmente distribuida en algunas zonas tropicales y subtropicales del mundo pero el auge de las migraciones y de los viajes internacionales la convierte en una infección que puede diagnosticarse también en zonas no endémicas.

Epidemiología y Transmisión

Gnathostoma se descubrió inicialmente en el estómago de un tigre que falleció en el zoológico de Londres en 1836, y posteriormente Levinson describió la infección en humanos en Tailandia en 1889. La gnathostomiasis está ampliamente distribuida en zonas tropicales del

continente asiático, especialmente en Japón y Tailandia, aunque la enfermedad también es endémica en otros países como Camboya, Laos, Myanmar, Indonesia, las Filipinas y Malasia. También se han descrito casos en China, Sri Lanka y la India. Más recientemente se han identificado casos de la infección también en zonas de Centroamérica y América del sur, como Méjico, Guatemala, Perú y Ecuador. También se han notificado casos en Zambia y Botswana y es posible que esta infección esté infradiagnosticada en África.



Gnathostoma spp.

El género *Gnathostoma* contiene 12 especies, 4 de las cuales se han descrito en humanos: *G. spinigerum*, que

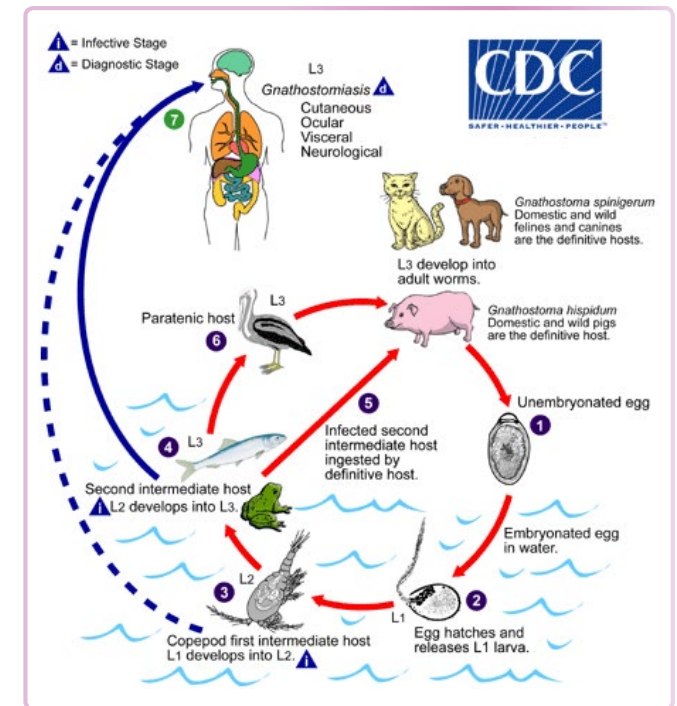
se encuentra principalmente en gatos y perros salvajes/ domésticos en India, China, Japón y el sudeste Asiático; *G. hispidum*, principalmente en cerdos en Europa, Asia y Australia; *G. doloresi*, en jabalíes salvajes y *G. nipponicum* en comadreja en Japón.

Los humanos son hospedadores accidentales, y los hospedadores definitivos son perros, gatos, tigres, leopardos y probablemente otros mamíferos piscívoros, en los cuales habita el helminto adulto en el estómago. El adulto elimina los huevos en el estómago del hospedador y estos finalmente se eliminan en las heces. Estos huevos se convierten en huevos embrionados en el agua dulce, eclosionan y salen las larvas de primer estadio (L1) tras unos 7 días. Estas larvas L1 son ingeridas por el primer hospedador intermediario (pulgas de agua o copépodos, habitualmente del género *Cyclops*) donde se desarrollan a larvas L2. Cuando los *Cyclops* infectados son ingeridos por el segundo hospedador intermediario (peces,

anguilas, ranas, aves y reptiles) las larvas L2 son liberadas en el intestino donde se desarrollan a larvas de tercer estadio (L3). Estas larvas migran por los tejidos y quedan enquistadas en tejido muscular. Cuando estas larvas infectivas son ingeridas por un hospedador definitivo, como un perro, las larvas se liberan nuevamente en el tracto gastrointestinal de este y migran al hígado y a la cavidad abdominal. Tras un periodo de unas 4 semanas, las larvas regresan al estómago, donde invaden la pared gástrica y se desarrollan en adultos, completando así el ciclo tras un periodo de 6 meses aproximadamente.

Los humanos se infectan habitualmente con las larvas L3 al ingerir pescado de agua dulce u otros hospedadores intermediarios como reptiles, ranas y pollos, que están crudos o poco cocinados. Se postula que la ingesta de agua contaminada con los copépodos o la penetración de las larvas L3 a través de la piel de las personas que manipulan carne infectada, podrían ser otros mecanismos

de transmisión a los humanos.



Ciclo de *Gnathostoma* spp. (Fuente: CDC)

Manifestaciones Clínicas

Tras la infección se pueden objetivar síntomas de forma inmediata y posteriormente una forma cutánea y una forma visceral. Unas 24-48h tras la ingesta de *Gnathostoma* spp., algunos pacientes desarrollan fiebre, urticaria, náuseas, vómitos, diarrea y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho. Estos síntomas ocurren cuando la larva se enquista y migra por la pared gástrica/intestinal y el hígado y pueden perdurar durante 2-3 semanas. Esta fase suele asociarse a eosinofilia periférica marcada. Posteriormente las larvas migran a la piel a través del tejido subcutáneo produciendo las lesiones/edemas migratorios típicos (se pueden objetivar hemorragias subcutáneas típicas por el sendero de migración). Desde esta localización pueden penetrar a tejidos profundos como pulmones, estructuras oculares, tracto gastrointestinal y genitourinario, y de manera más infrecuente al sistema nervioso central, donde puede producir manifestaciones graves. La mayoría de las infecciones producen solamente

afectación cutánea (semanas a meses después de la ingesta de las larvas). En los humanos el parásito no finaliza su desarrollo y las larvas, si no se tratan, pueden producir síntomas de forma intermitente hasta que se mueren unos 12 años después.

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo se realiza tras la identificación de la larva pero esto puede ser difícil por su comportamiento migratorio o cuando afecta a tejidos profundos. El diagnóstico suele basarse en el antecedente epidemiológico, el cuadro clínico y las pruebas serológicas (generalmente solo disponibles en determinados centros de referencia). La triada de eosinofilia periférica, y lesiones migratorias en una persona con antecedentes epidemiológicos de riesgo son sugestivas de gnathostomiasis. Si existe afectación del SNC, se puede objetivar eosinofilia en LCR.

Tratamiento y Prevención

Si es posible/accesible, se debe realizar la extracción quirúrgica de la larva. No existe tratamiento específico claramente efectivo aunque se puede realizar tratamiento, por ejemplo, con albendazol durante 21 días. Con frecuencia se precisan ciclos repetidos de tratamiento por recurrencia de los síntomas. Las medidas de prevención se basan en evitar el consumo de pescado de agua dulce (u otros alimentos) crudo/poco cocinado en áreas endémicas. También sería importante controlar la presencia de perros y otros animales en áreas de explotación de peces y que las excretas de estos mamíferos no contaminen las aguas con los huevos del parásito.

PERLAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Bibliografía

- Herman JS, Chiodini PL. Gnathostomiasis. Another Emerging Imported Disease. Clin Microbiol Rev, 2009; 22 (3). 484-492.
- Treatment Guidelines from The Medical Letter. Drugs for Parasitic Infections. 11,e1 (2013).



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)**.

[Home](#)

[Salir](#)

[Imprimir](#)

[e-mail](#)



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

Comunidad de Madrid