

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 3 | MARZO 2015

ALERTAS

Virus Ébola

Sarampión

MERS-CoV

Neisseria meningitidis

Fiebre tifoidea

Virus Zika

Vibrio cholerae

PERLA: Capilariasis

Introducción

Capilariasis intestinal

Capilariasis hepática

Bibliografía

PERLA: Capilariasis



Huevo de *C. philippinensis*
(Fuente: CDC)

Boletín Enfermedades Emergentes Marzo 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 17 de marzo de este año la OMS había notificado 24.778 casos confirmados, probables o sospechosos de enfermedad por virus ébola. De estos, más de 10.000 han sido casos mortales. Se notificaron 150 nuevos casos confirmados en la semana del 9 al 15 de marzo (comparados con 116 en la semana anterior): en **Guinea** se han registrado 95 de estos nuevos casos y en **Sierra Leona** 55, mientras que en **Liberia** no se registraron casos nuevos por tercera semana consecutiva. Además, en las últimas semanas se ha evacuado a varios profesionales sanitarios desde Sierra Leona: a mediados de marzo un trabajador infectado por el virus se trasladó a EEUU y posteriormente se repatriaron a otros 20 sanitarios internacionales que habían estado en contacto con el paciente (16 de ellos a EEUU, 3 a Dinamarca y uno al Reino Unido). También han sido repatriados al Reino Unido otros profesionales que habían estado en contacto con una persona con infección confirmada que había sido evacuada el 12 de marzo.

Salir

Imprimir

e-mail



Hospital Universitario
Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid

Sarampión

EEUU: del 1 de enero al 13 de marzo del 2015 se han notificado más de 175 casos de sarampión en EEUU, la mayoría asociados al brote registrado en California desde finales de diciembre del mes pasado. Se han analizado 30 muestras de pacientes del brote de California y se ha identificado el genotipo B3 del virus. Este genotipo se ha asociado a un brote reciente importante declarado en las Filipinas pero también se ha detectado en otros 14 países y en otros estados de EEUU en los últimos meses.

Europa: entre el 1 de enero y el 1 de marzo del 2015 se han notificado más de 23.000 casos de sarampión en la región Europea de la OMS. El país más afectado ha sido Kirguistán, con más de 7.000 casos en las primeras 7 semanas del año. También se ha registrado un número importante de casos en Bosnia-Herzegovina, Croacia, Georgia, Alemania, Italia, Kazajstán, la Federación Rusa y Serbia. El D8 es el genotipo del virus que se ha identificado con mayor frecuencia. Se están intentando reforzar las campañas de vacunación en la zona como medida de control.

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta mediados de marzo de este año se han notificado más de 1100 casos de infección por el MERS-CoV (unos 450 de estos casos han sido mortales). La mayoría de casos se han diagnosticado en **Arabia Saudí** (más de 950 casos). Hasta el momento todos los casos han ocurrido en Oriente Medio, han sido diagnosticados en contactos de un caso primario infectado en Oriente Medio o se han detectado en personas que regresaban de la zona.

Neisseria meningitidis

Nigeria: se han detectado más de 650 casos sospechosos de enfermedad meningocócica (incluidos 50 casos mortales) desde finales de enero hasta principios de marzo de este año en los estados de Kebbi y Sokoto en el noroeste de Nigeria. Los estudios realizados confirman el predominio de *N. meningitidis* del serogrupo C en las

zonas afectadas (de momento no se han identificado otros serogrupos). En el estado de Zamfara también se ha objetivado un aumento reciente en el número de casos sospechosos de enfermedad meningocócica, pero de momento no se ha confirmado la epidemia. Desde la introducción de la vacuna conjugada frente al serogrupo A (MenAfriVac), que ofrece protección frente al serotipo más prevalente en la región, se había objetivado un descenso en el número de casos de la enfermedad (entre el año 2011 y el 2014 se realizaron campañas de vacunación masiva con esta vacuna en varios estados de Nigeria, incluyendo el estado de Kebbi). Sin embargo, el brote actual pone en evidencia la falta de protección frente a los otros serotipos de esta bacteria. Están previstas otras campañas de vacunación, entre otras medidas, en respuesta a este brote. Además, habría que valorar la vacunación con la vacuna cuadrivalente (que incluye los serotipos ACYW) a los viajeros a zonas de riesgo.



Mapa d Nigeria (Fuente: CDC).

Fiebre tifoidea

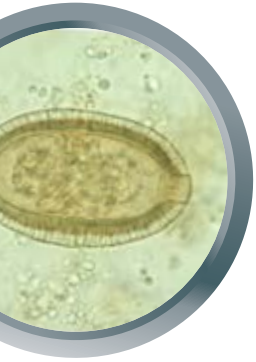
Uganda: el 24 de febrero de este año las autoridades sanitarias informaban a la OMS acerca de un brote importante de fiebre tifoidea en el país. El brote comenzó en Kampala City a principios del 2015 y se han notificado un total de 1940 casos sospechosos. La mayoría de afectados han sido varones de entre 20 y 39 años de edad. En algunas de las muestras investigadas al principio del brote se confirmó la presencia de *Salmonella typhi*, y posteriormente también se han identificado aislados de *Salmonella paratyphi* del grupo A. Se han identificado algunos zumos y agua para el consumo contaminados como principales fuentes del brote. La mayoría de las muestras de agua examinadas estaban además contaminadas con materia fecal. Se han implementado diversas medidas, como la provisión de agua potable, para intentar controlar el brote.

Virus Zika

Pacífico: siguen activos los brotes de infección por virus Zika en varias zonas como Nueva Caledonia, las islas Salomón y Vanuatu. Se recuerda la importancia de las medidas para evitar las picaduras de mosquitos para prevenir la infección.

Vibrio cholerae

Mozambique: sigue activo el brote de cólera en el país y ya se han notificado más de 5110 casos desde finales del año pasado en las provincias de Nampula, Niassa, Tete y Zambezia. Se considera que el riesgo para los viajeros es bajo pero se deben mantener las precauciones con el agua y los alimentos.



PERLA: Capilariasis

Introducción

La capilariasis es una infección producida por el nematodo *Capillaria* sp. Se han descritos dos síndromes clínicos principales: la capilariasis intestinal producida por *C. philippinensis* y la capilariasis hepática producida por *C. hepatica*. La capilariasis intestinal ocurre con mayor frecuencia en Asia mientras que la capilariasis hepática tiene distribución mundial pero es una infección rara en humanos.

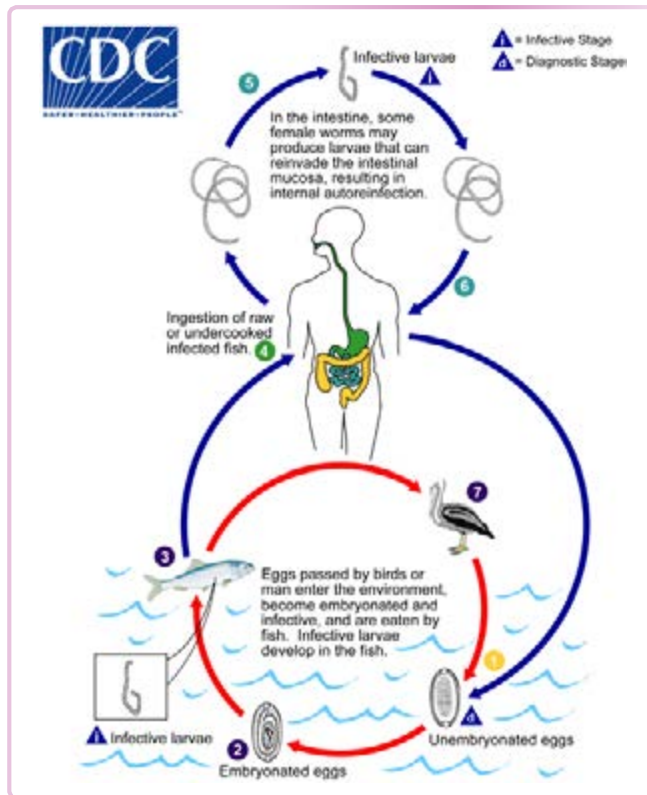
Capilariasis intestinal

La capilariasis intestinal humana es una infección infrecuente. Se han documentado unos 2000 casos globalmente en países como las Filipinas, Indonesia, Tailandia, Laos, la India, Irán, Corea, Japón y China.

C. philippinensis es un parásito de pájaros piscívoros, que son considerados el hospedador natural definitivo. Los adultos de *C. philippinensis* residen en los tractos intestinales de pájaros y humanos. Los huevos no embrionados se eliminan en las heces y embrionan en el agua dulce donde son ingeridos por peces. Posteriormente las larvas eclosionan, penetran el intestino del pez y migran a tejido muscular. La ingesta de pescado crudo o poco cocinado produce la infestación. Los huevos no embrionados también pueden transformarse en huevos embrionados en el intestino humano y las larvas emergentes pueden infectar a la misma persona (auto-reinfestación) produciendo una hiperinfestación.



Huevo de *C. philippinensis* (Fuente: CDC)



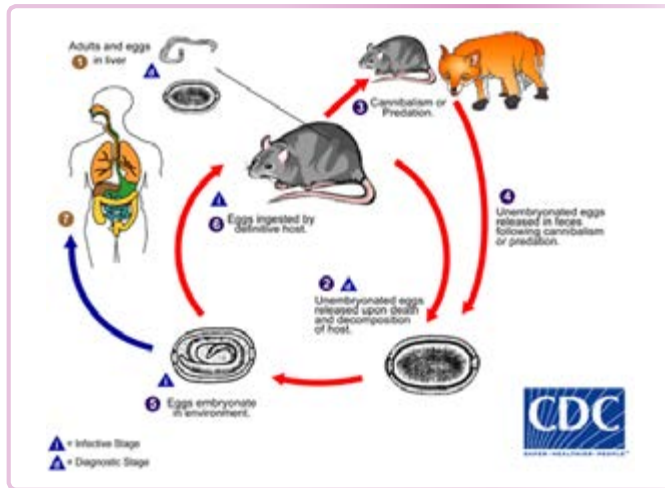
Ciclo de *Capillaria philippinensis* (Fuente: CDC)

El diagnóstico se realiza tras la detección en heces de los huevos característicos (de 45 x 20 micras con "tapones" terminales). También se pueden encontrar larvas en las heces. El tratamiento específico se realiza con albendazol (400mg al día durante 10 días) o mebendazol (200mg cada 12 horas durante 20 días). En algunos casos se precisa también tratamiento de soporte y suplementos nutricionales.

Capilariasis hepática

La capilariasis hepática humana es una infección rara. Se han documentado unos 200 casos globalmente en Europa (en países como Alemania, Suiza, Italia y Grecia), en América (en países como EEUU, Canadá, Méjico y Brasil), en Asia (India, Corea, Japón y Tailandia), en África (Nigeria y Costa de Marfil entre otros) y Oceanía (Nueva Zelanda). La mayoría de infecciones se han notificado en niños menores de 8 años.

C. hepatica es un parásito que afecta principalmente a roedores pero puede afectar a perros, cerdos y otros mamíferos (descrito en más de 100 especies de mamíferos en más de 50 países). Tras la ingesta de huevos embrionados las larvas son liberadas en el intestino y migran por la vena porta al hígado donde maduran a adultos y depositan huevos en el parénquima hepático tras un periodo de unas 4 semanas. Ocasionalmente las larvas migran a pulmones, riñones u otros órganos. Los huevos no se eliminan en las heces del hospedador, y permanecen en el hígado hasta que el animal muere o es comido por un depredador. Los huevos ingeridos por el depredador se eliminan en las heces de estos animales y embrionan en el entorno tras 30 días aproximadamente. Los humanos se infectan tras la ingesta de alimentos, agua o tierra contaminados con los huevos embrionados. La ingesta de huevos no embrionados (no infecciosos) no produce la infección hepática puesto que estos pasan por el intestino y son eliminados en las heces.



Ciclo de *Capillaria hepatica* (Fuente: CDC)

La capilariasis hepática produce hepatitis aguda o subaguda, típicamente con fiebre, hepatomegalia y eosinofilia marcada. La ingesta de huevos no embrionados no suele producir síntomas.

El diagnóstico se establece al encontrar el nematodo adulto o los huevos en muestras de biopsia hepática (incluso post-mortem). Los huevos no se eliminan en las heces del hospedador, pero el hallazgo de huevos de *C. hepática* en las heces es debido a la ingesta de huevos no infectivos (no embrionados) que pasan por el tracto gastrointestinal y son eliminados y no es diagnóstico de

capilariasis hepática/infección clínica. Existen técnicas serológicas pero que no están disponibles de rutina. Las pruebas de imagen (TAC o ecografía hepática habitualmente) pueden mostrar imágenes sugestivas en el hígado (como lesiones ocupantes de espacio nodulares/quísticas). No está claramente establecido el tratamiento óptimo para la capilariasis hepática. Se han descrito casos tratados con albendazol y tiabendazol con buena evolución.

Bibliografía

- Leder K, Weller PF. Miscellaneous nematodes. UpToDate 2014.
- Fan Z, Huang Y, Qian S. Serious diarrhea with weight loss caused by *Capillaria philippinensis* acquired in China: a case report. BMC research Notes 2012; 5: 554.
- Fuehrer HP, Igel P, Auer H. *Capillaria hepatica* in man- an overview of hepatic capillariosis and spurious infections. Parasitol Res 2011; 109 (4): 969-79.



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 ejercerlos 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**).