

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 2 FEBRERO 2015

ALERTAS

Virus Ébola

Sarampión

MERS-CoV

Clostridium botulinum

Fiebre amarilla

Hepatitis A

Influenza A (H7N9)

Fiebre tifoidea

Vibrio cholerae

Chikungunya

PERLA. Anisakiasis

Introducción

Epidemiología y Transmisión

Manifestaciones clínicas

Diagnóstico

Tratamiento y Prevención

Bibliografía

PERLA. Anisakiasis



Larva de *Pseudoterranova* sp.
(Fuente: CDC).

Boletín Enfermedades Emergentes Febrero 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 15 de febrero la OMS había notificado 23.253 casos confirmados, probables o sospechosos de enfermedad por virus Ébola. Han fallecido casi 9.400 personas en este brote. Los países más afectados hasta el momento siguen siendo **Guinea, Liberia y Sierra Leona** aunque parece que se está estabilizando algo el brote si se consideran el número de nuevos casos semanales. En total, se han evacuado o repatriado a unas 36 personas desde los países afectados por el Ébola desde el inicio del brote. Doce de estas han sido evacuaciones médicas a Europa de pacientes con enfermedad por Ébola confirmada (3 a Alemania, 2 a España, 2 a Francia, 1 a Reino Unido, 1 a Noruega, 1 a Italia, 1 a Holanda y 1 a Suiza). En los últimos días se han repatriado a otras dos personas con exposiciones de riesgo, 1 a EEUU y otra a Reino Unido.

Salir

Imprimir

e-mail



Hospital Universitario
Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid

Sarampión

EEUU: del 1 de enero al 6 de febrero del 2015 se han notificado más de 120 casos de sarampión en EEUU, la mayoría asociados al brote registrado en California desde finales de diciembre del mes pasado. Parece que en la mayoría de los casos confirmados la exposición inicial pudo haber ocurrido en un parque de atracciones en Anaheim, California. Se sospecha que el caso índice es un viajero que se infectó fuera del país y que visitó el parque durante el periodo de contagio, aunque esto todavía se está investigando.

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 19 de febrero de este año se han notificado unos 1.000 casos de infección por el

MERS-CoV (unos 410 de estos casos han sido mortales). Los últimos casos se han diagnosticado en **Arabia Saudí** y además se ha notificado un caso importado a **Filipinas** adquirido en este país. 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.

Clostridium botulinum

Desde diciembre del 2014 ya se han notificado 25 casos de botulismo en **Noruega** (n=10) y **Escocia** (n=15) en personas consumidoras de drogas por vía parenteral. Además se están investigando otros casos sospechosos en Escocia. Se postula que existe un lote de heroína contaminada con esporas de *C. botulinum* que está circulando en estos países.

Fiebre amarilla

Brasil: notificados recientemente dos casos de fiebre amarilla probablemente adquiridos en Alto Paraíso, en el estado de Goias. El primer caso se ha registrado en un viajero que se diagnosticó en Rio de Janeiro y posteriormente fue dado de alta y el segundo caso se ha dado en un residente local que fue trasladado y eventualmente falleció en Brasilia. Las autoridades locales de la ciudad de Alto Paraíso están fomentando la vacunación frente a la fiebre amarilla tanto en la población local como en los turistas. Además, habría que recordar que desde el 31 de enero del 2015 las autoridades en **Sudáfrica** no exigen la vacunación oficial frente a la fiebre amarilla para los viajeros que vienen de Eritrea, Somalia, Sao Tomé y Príncipe, Tanzania y Zambia (al considerarse actualmente estos últimos países de bajo riesgo de fiebre amarilla).

Hepatitis A

Méjico: declarado un brote con unos 50 casos confirmados en niños de un colegio del municipio de Teolochoelco en Tlaxcala.

Influenza A (H7N9)

Canadá: diagnosticados dos casos importados de gripe A (H7N9) en una pareja que había visitado **China** recientemente. Actualmente no se han identificado casos adicionales en los contactos de los pacientes.

Fiebre tifoidea

Uganda: según las autoridades sanitarias se han registrado más de 140 casos sospechosos de fiebre tifoidea en áreas de Kampala desde el 6 de febrero de este año. Se sospecha que el origen del brote podría ser una fuente

de agua contaminada. Se recuerda a los viajeros al país que además de extremar las precauciones con el agua y los alimentos habría que valorar la vacunación frente a la fiebre tifoidea.

Vibrio cholerae

Mozambique: se han notificado más de 2400 casos de cólera desde finales del año pasado en las provincias de Nampula, Niassa y Tete. Se considera que el riesgo para los viajeros es bajo pero se deben mantener las precauciones con el agua y los alimentos.

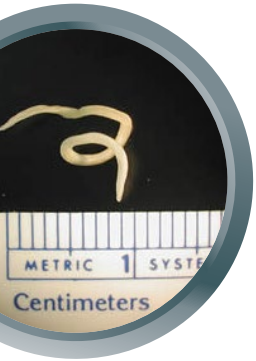
Chikungunya

Islas Cook: se han registrado los primeros casos de infección por virus chikungunya en las islas, con unos 13 casos notificados desde finales de enero de este año. Se espera un aumento en el número de casos según va

evolucionando el brote y se recuerda la importancia de las medidas para prevenir las picaduras de mosquitos.



Situación de las Islas Cook en el Pacífico



PERLA. Anisakiasis

Introducción

La anisakiasis es una zoonosis producida por nematodos, principalmente *Anisakis simplex*, *Anisakis physeteris*, *Contracaecum* sp. y *Pseudoterranova* sp. Los mamíferos marinos como ballenas, leones marinos y delfines, entre otros, son los hospedadores naturales de estos helmintos y los humanos son hospedadores accidentales. Se considera que el "equivalente" en humanos de la anisakiasis es la ascariasis.

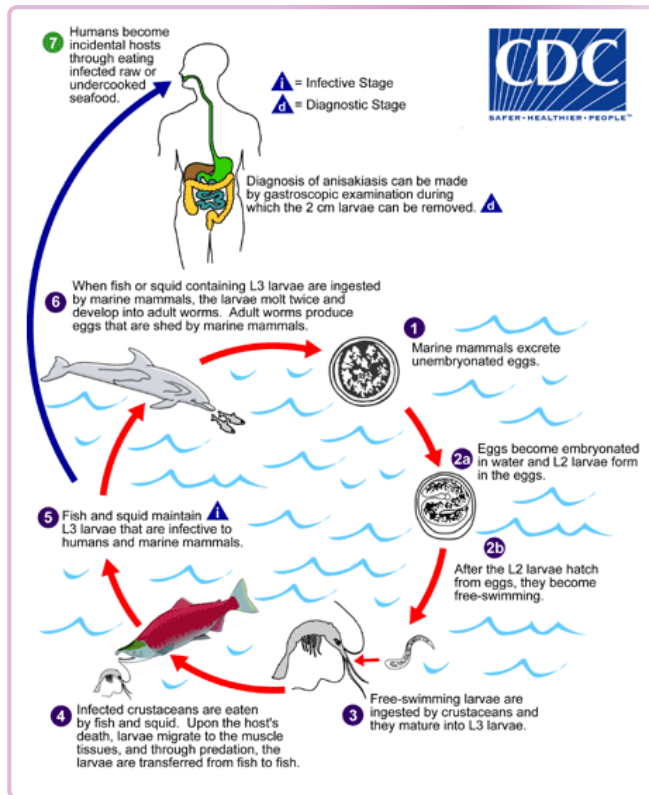
Epidemiología y Transmisión

La anisakiasis se ha descrito en muchas regiones pero es más frecuente en países como Japón, probablemente porque en este país es habitual la ingesta de pescado crudo.

El ciclo de estos nematodos se inicia al eliminarse los huevos no embrionados en las heces de los mamíferos marinos infectados. En el agua se forman las larvas de primer y segundo estadio. Estas larvas a su vez son ingeridas por crustáceos y posteriormente migran a los músculos. Las larvas se transfieren a peces y calamares que ingieren estos crustáceos y en estos se mantienen las larvas de tercer estadio que son infectivas para los mamíferos marinos y para los humanos. Tras ingerir estas larvas se desarrollan los adultos que quedan incrustados en la mucosa gástrica del mamífero marino.

Posteriormente los adultos producen huevos que se eliminan en las heces.

Los humanos se infectan tras consumir pescado crudo o poco cocinado que está infectado con las larvas. El salmón, el arenque, el bacalao, la caballa y el calamar transmiten *Anisakis* sp. y el fletán, el bacalao y el pargo rojo transmiten *Pseudoterranova* sp. Las larvas son visibles macroscópicamente en el pescado. Tras la ingesta las larvas (habitualmente una o dos) penetran la mucosa gástrica/ intestinal del paciente. Se inicia el proceso de maduración pero la larva eventualmente muere al no ser el humano su hospedador natural. Cuando muere el parásito se produce una reacción inflamatoria y un absceso con predominio de neutrófilos. En algunos casos, las larvas perforan la pared intestinal y se forma un absceso en la cavidad peritoneal.



Ciclo de *Anisakis* sp./*Pseudoterranova* sp. (Fuente: CDC)

Manifestaciones clínicas

La mayoría de síntomas asociados a la anisakiasis son por el daño tisular directo o debidos a reacciones alérgicas. Tras la ingesta de pescado crudo infectado algunas personas desarrollan prurito y parestesias orofaríngeas de forma inmediata. Los síntomas de la anisakiasis gástrica, generalmente epigastralgia, náuseas y vómitos, suelen aparecer de 1 a 8 horas después de la ingesta. En la anisakiasis intestinal los síntomas pueden aparecer varios días tras la ingesta, siendo el dolor y la distensión abdominal los más frecuentes en este contexto. En algunos casos aparece una masa inflamatoria abdominal palpable que puede producir obstrucción abdominal y diarrea sanguinolenta. También se ha descrito la gastroenteritis y la enterocolitis eosinofílica, y en algunas ocasiones afectación de la región ileocecal produciendo síntomas similares a la apendicitis. Las larvas pueden penetrar la

cavidad peritoneal y migrar a otros órganos (anisakiasis extraintestinal) produciendo granulomas eosinofílicos que pueden confundirse con neoplasias. Las reacciones alérgicas pueden ser desde cuadros de urticaria leve hasta reacciones graves con shock anafiláctico. En estos casos la fiebre y la eosinofilia periférica son frecuentes. Estos cuadros suelen ser agudos aunque están descritos cuadros crónicos recurrentes. Los síntomas pueden ser similares a los que presentan los pacientes con alergia al pescado/marisco.

En el diagnóstico diferencial de la anisakiasis se deben incluir las neoplasias, la enfermedad de Crohn, la gastroenteritis eosinofílica primaria, otras infecciones producidas por parásitos (como la strongyloidiasis, la ascariasis, la toxocariasis y la ancylostomiasis), infecciones bacterianas como la yersiniosis y la tuberculosis, y la isquemia intestinal.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza tras la visualización de las larvas (tras los vómitos o durante una endoscopia). En los estudios baritados se pueden objetivar defectos de repleción que sugieren la presencia del nematodo. La IgE total y la IgE específica de *Anisakis* pueden estar elevadas especialmente en pacientes que desarrollan reacciones alérgicas tras la infección. Existen otras técnicas como la PCR y pruebas serológicas basadas en ELISA pero estas no están habitualmente disponibles.



Larva de *Pseudoterranova* sp. (Fuente: CDC).

Tratamiento y Prevención

El tratamiento curativo es la retirada del parásito (tras la regurgitación o por endoscopia o cirugía). Cuando las larvas no son accesibles el tratamiento sintomático suele ser suficiente puesto que las larvas solo suelen sobrevivir unos días en el intestino humano. Si las larvas penetran el intestino, hígado o páncreas podría ser necesaria la cirugía. Se ha descrito el tratamiento con albendazol en algunos casos con diagnóstico de anisakiasis de presunción.

Las medidas de prevención se basan en evitar el consumo de pescado crudo. La cocción adecuada a 70°C o la congelación a -20°C son medidas preventivas eficaces.

En España el Real Decreto 1420/2006 del 1 de diciembre sobre la prevención de la parasitosis por anisakis regula estas medidas y expone, entre otras, que los titulares de

establecimientos que sirven comida a consumidores o a colectividades como bares y hoteles están obligados a garantizar que los productos de la pesca para consumir en crudo o prácticamente en crudo han sido previamente congelados a una temperatura igual o inferior a -20°C en la totalidad del producto, durante un periodo de al menos 24 horas.

Bibliografía

- <http://www.gov.za/south-africa-reviews-yellow-fever-requirements> (acceso 23/2/15)
- Leder K, Weller PF. Miscellaneous nematodes. UpToDate 2014.
- Nieuwenhuizen NE, Lopata AL. *Anisakis*- A food-borne parasite that triggers allergic host defences. Int J Parasitology 2013, 43; 1047-57.
- Moore DA, Girdwood RW, Chiodini PL. Treatment of anisakiasis with albendazole. Lancet 2002; 360 (9326): 54.
- Real Decreto 1420/2006, de 1 de diciembre, sobre prevención de la parasitosis por anisakis en productos de la pesca suministrados por establecimientos que sirven comida a los consumidores finales o a colectividades. BOE núm. 302 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo.



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**).