

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 12 | DICIEMBRE 2015

ALERTAS

Virus Zika
Virus Ébola
Rabia
Virus Polio
Dengue
MERS-CoV
Saccharopolyspora rectivirgula
PERLA: *Pentastomiasis*
Introducción
Epidemiología
Ciclo y Trasmisión
Manifestaciones Clínicas
Diagnóstico
Tratamiento
Prevención
Bibliografía



Boletín Enfermedades Emergentes Diciembre 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

Sigue documentándose la extensión geográfica en el brote por virus Zika (ZIKV). En el 2015 se han notificado los primeros casos autóctonos de esta viriasis en varios países: **Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Surinam, y Venezuela.** De momento este año no se han notificado casos autóctonos de infección por ZIKV en países de la Unión Europea pero a finales de noviembre se diagnosticaba un caso importado en **Holanda** en un viajero al regreso de **Surinam.**

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. Se recuerda que en noviembre el ministerio de sanidad brasileño declaraba una emergencia nacional de salud pública en respuesta a esta situación. A fecha de 12 de diciembre del 2015 se habían registrado más de 2400 casos sospechosos de microcefalia en 20 estados donde también se registran brotes actualmente de ZIKV. Se recuerda que en la

Salir

Imprimir

e-mail

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



Polinesia Francesa también se registró un aumento en el número de malformaciones del sistema nervioso central en los años 2014-2015 después del brote de ZIKV del 2013-2014 y que tanto en estas islas como en Brasil se está investigando la posible asociación del ZIKV con síndrome de Guillain-Barré.



Bandera de Surinam

Virus Ébola

A mediados de diciembre de este año la OMS había notificado 28 602 casos de enfermedad por virus ébola y de estos, unos 11 300 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 recientes. Si en este país no se notifican nuevos casos se declarará libre de ébola el 28 de diciembre. Tras declararse libre de ébola **Liberia** el 3 de septiembre de este año, se detectó en noviembre una agrupación familiar de casos de la infección que está bajo vigilancia. Si no se registran nuevos casos, Liberia debería ser declarada libre de ébola nuevamente el 14 de enero del 2016. 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.

Rabia

Puerto Rico (EEUU): se ha notificado un caso mortal de rabia humana tras una mordedura de mangosta. Este sería el primer caso de rabia humana en Puerto Rico desde

el 2003. Se recuerda a los viajeros a zonas de riesgo que deberían ser valorados por si precisan profilaxis post-exposición tras una mordedura/arañazo o tras el contacto directo con la saliva de perros, otros mamíferos terrestres como la mangosta y murciélagos.

Virus Polio

Se han detectado recientemente 6 nuevas infecciones por virus polio salvaje tipo 1 (WPV1) en **Pakistán**. Además se han notificado 2 nuevos casos de infección por poliovirus derivados de la vacuna (cVDPV circulating vaccine-derived poliovirus) en **Myanmar**.

Dengue

EEUU: brote de dengue en Hawaii, en la Big Island, con más de 100 casos autóctonos confirmados desde

septiembre de este año. Parece que todavía no se ha alcanzado el pico del brote. Se recomienda a los viajeros a zonas de riesgo que extremen las medidas para evitar las picaduras de mosquitos especialmente durante las horas diurnas.

En **Méjico** se ha aprobado el uso de una vacuna tetravalente frente al dengue para personas de entre 9 y 45 años residentes en zonas endémicas. En niños >9 años la vacuna podría ofrecer una protección del 80-90% frente al dengue severo y la hospitalización por dengue. La protección global se estima en un 60% pero parece ser mucho más baja frente al serotipo 2 del virus (alrededor de un 25%). Actualmente no se ha demostrado su eficacia en viajeros.

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 17 de diciembre de este año se habían notificado 1642 casos de infección por el MERS-CoV (unos 630 de estos casos han sido mortales). Los últimos

casos se han diagnosticado en **Arabia Saudí**, donde se han notificado la gran mayoría de infecciones hasta el momento.

Saccharopolyspora rectivirgula

Corea de sur: desde finales de octubre se ha estado investigando un brote de enfermedad respiratoria asociado a una universidad de biociencias veterinarias en Konkuk. A mediados de noviembre se habían registrado más de 80 casos en este brote y recientemente la autoridades sanitarias han identificado la bacteria *Saccharopolyspora rectivirgula* como probable agente etiológico de las infecciones. Se sospecha que este patógeno se puede haber dispersado a través del sistema de ventilación desde contenedores de piensos para los animales de laboratorio.



PERLA: *Pentastomiasis*

Introducción

La pentastomiasis es una zoonosis parasitaria infrecuente producida por las larvas (ninfas) de varias especies de pentastómidos. Los pentastómidos fueron descritos por primera vez en el siglo XVIII por el veterinario francés Chabert siendo la mayoría parásitos de reptiles aunque algunos parasitan mamíferos, aves o peces. Comparten características morfológicas con anélidos y artrópodos y las especies que infectan a humanos pertenecen a las familias *Linguatulidae*, *Armilliferidae* y *Porocephalidae*.

Especie	Distribución geográfica	Hospedador definitivo (localización del parásito adulto)	Hospedador intermediario
<i>L. serrata</i>	Cosmopolita	Perros, lobos (nasofarínge)	Rumiantes
<i>A. armillatus</i>	África del Oeste	Pitones (tracto respiratorio)	Roedores, monos
<i>A. grandis</i>	África Central	Pitones (tracto respiratorio)	Roedores, monos
<i>A. moniliformis</i>	Sudeste Asiático	Cobras (tracto respiratorio)	Roedores, monos
<i>P. crotali</i>	América del Norte, Sur y Central	Serpientes de cascabel (tracto respiratorio)	Roedores, monos

Tabla. Características de Pentastómidos asociados a infección humana (adaptado de Tappe & Büttner, 2009).

Epidemiología

Las principales especies asociadas a pentastomiasis en humanos son *L. serrata*, *A. armillatus*, *A. moniliformis*, *A. grandis* y *Porocephalus crotalis*. La gran mayoría de infecciones humanas están producidas por las especies *L. serrata* y *A. armillatus*. Los hospedadores definitivos de *Linguatula* son perros y otros carnívoros, y varias especies de serpientes actúan como hospedadores definitivos de *Armillifer* y *Porocephalus*. Las prevalencias más altas de pentastomiasis producidas por *L. serrata* se han descrito en Oriente Medio, donde existen altas tasas de infección en perros. En América Central y del Sur se han notificado casos esporádicos y en Europa, EEUU y China solamente se han notificado casos aislados. Las infecciones por *Armillifer* spp. son más prevalentes en África del Oeste y Central y Malasia donde no es infrecuente el consumo humano de reptiles como las serpientes. En Europa y América del Norte estas infecciones son raras, pero se han descrito algunos casos en inmigrantes de zonas endémicas y en

viajeros de larga estancia.

Las principales características de los pentastómidos que afectan a humanos se resumen en la tabla.

Ciclo y Transmisión

Los parásitos adultos habitan en el tracto respiratorio del hospedador definitivo (serpientes en el caso de *Armillifer* y *Porocephalus* o de perros/otros carnívoros en el caso de *Linguatula*) y los huevos se eliminan en las secreciones respiratorias o en las heces. Los humanos se infectan habitualmente tras el contacto con estas secreciones y posterior ingesta de los huevos (o por el consumo de carne cruda o poco cocinada de serpiente o de ganado) y se convierten en hospedadores accidentales. Tras la ingesta de huevos la larva primaria, con cuatro patas rudimentarias con garras, eclosiona y atraviesa la pared intestinal, sufre varias mudas, se desplaza por las serosas y puede enquistarse en la pared abdominal, el pulmón u

otros órganos. Con las mudas la morfología del parásito va cambiando hasta tener el aspecto vermiforme sin patas del adulto. En los humanos el parásito se suele calcificar tras un periodo de varios años. En el ciclo natural el hospedador definitivo se infecta al comer mamíferos parasitados (hospedador intermediario).



Adulto de *Linguatula serrata*, "gusano lengua" por su aspecto morfológico (Tappe & Büttner, 2009).

Manifestaciones Clínicas

La mayoría de infecciones humanas son asintomáticas y se diagnostican de forma accidental en estudios radiológicos que demuestran calcificaciones típicas o post-mortem en autopsias. Los síntomas asociados a la pentastomiasis dependerán del órgano afectado y suelen ser debidos a la migración o a la muerte de las ninfas. En la mayoría de los casos, las ninfas se encuentran en la cavidad peritoneal (localización subperitoneal alrededor del hígado, bazo y en la pared intestinal) aunque también se han descrito infecciones en el parénquima hepático y en ganglios linfáticos intra-abdominales y con menor frecuencia la afectación pulmonar, pleural, cardíaca, ocular y de otros órganos. Se pueden producir granulomas o pseudoquistes con efecto masa que incluso pueden confundirse con lesiones neoplásicas. En algunos casos se producen reacciones inflamatorias intensas con peritonitis, pericarditis o neumonitis entre otros. En Oriente medio

está descrita una forma nasofaríngea (conocida como "halzoun") al comer hígado o ganglios linfáticos crudos o semicrudos de caprinos y ovinos infectados.

Diagnóstico

El diagnóstico de sospecha se puede realizar al objetivarse en estudios radiológicos las calcificaciones típicas en forma de herradura o forma de "C". Se puede objetivar eosinofilia leve periférica en algunos casos. Se han desarrollado pruebas serológicas y técnicas moleculares basadas en la PCR recientemente pero estas no están disponibles en la mayoría de los centros. El diagnóstico por lo tanto está basado en los hallazgos histológicos típicos.

Tratamiento

Las infecciones asintomáticas no precisan tratamiento específico y los parásitos suelen degenerar en un periodo de dos años aproximadamente. En las infecciones

sintomáticas con alta carga parasitaria se podría valorar una aproximación quirúrgica. Los datos sobre la actividad de los fármacos antiparasitarios en la pentastomiasis son escasos. En principio no se dispone de un tratamiento específico frente a estos parásitos.



Radiografía de tórax con larvas de *Armillifer* spp. calcificadas en forma típica de coma (Adeyekun *et al*, 2011)

Prevención

Las medidas de prevención se basan en una correcta higiene de manos tras el contacto con las secreciones de los animales que actúan de hospedador y la preparación/cocción correcta de su carne. Esto puede servir también para prevenir otras infecciones que pueden transmitirse por el consumo, por ejemplo, de reptiles crudos como la gnatostomiasis y la sparganosis (infecciones por *Gnathostoma* spp. y *Spirometra* spp., respectivamente).

Bibliografía

- Tappe D, Büttner DW. Diagnosis of human visceral pentastomiasis. PLoS Negl Trop Dis 2009; 3: e320.
- Tappe D, Dijkmans AC, Brienen EAT, *et al.* Imported Armillifer pentastomiasis: Report of a symptomatic infection in The Netherlands and mini-review. Trav Med Infect Dis 2014; 12: 129-133.
- Tappe D, Haeupler A, Schäfer H, *et al.* Armillifer armillatus Pentastomiasis in African Immigrant, Germany. Emerg Infect Dis 2013; 19 (3): 507-8.
- Martín-Rabadán P, Menéndez P, Bouza E. Parasitación retroperitoneal por un organismo vermiforme en una paciente africana. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005; 23 (2): 107-8.
- Adeyekun A, Ukadike I, Adetiloye VA. Severe pentasomide Armillifer armillatus infestation complicated by hepatic encephalopathy. Annals of African Medicine Vol. 10, No. 1; 2011: 59-63.



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**).

