Enfermedades Emergentes

Nº 10 OCTUBRE 2015



BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

ALERTAS

Virus Ébola

MERS-CoV

Virus Polio

Virus Zika

Virus West Nile

Gripe A (H7N9)

Vibrio cholerae

Onchocerca volvulus

Fiebre del valle del Rift

Bordetella pertussis

PERLA: Loa loa (1)

Introducción

Epidemiología y transmisión

Manifestaciones clínicas

Bibliografía



Boletín Enfermedades Emergentes Octubre 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.

Virus Ébola

A mediados de octubre de este año la OMS había notificado 28.466 casos de enfermedad por virus ébola y de estos, más de 11.000 han sido casos mortales. El número de casos en los tres países más afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona), alcanzó un pico en otoño del 2014 y se ha objetivado un descenso paulatino en el número de casos nuevos desde entonces. Se recuerda que **Liberia** se declaró nuevamente como país libre de ébola el 3 de septiembre de este año. Desde julio del 2015 la incidencia de casos se ha mantenido por debajo de 10 casos semanales en Guinea y Sierra Leona, y la transmisión del virus parece estar actualmente limitada geográficamente a pequeñas áreas de estos dos países. Sin embargo, 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.

En el **Reino Unido** a principios de octubre precisó hospitalización por posibles complicaciones tardías de la

Enfermedades Emergentes

infección una enfermera diagnosticada de enfermedad por virus ébola adquirido en Sierra Leona en diciembre del 2014. El caso está todavía en investigación pero se han identificado a varios contactos cercanos de la paciente y al parecer una veintena de estos han recibido la vacuna rVSV-ZEBOV. Se recuerda que estudios preliminares han demostrado la persistencia del virus Ébola en algunos fluidos como el semen hasta 9 meses después del inicio de los síntomas (Deen et al, 2015). Se está investigando si la detección del virus por PCR (RT-PCR) se asocia con la infectividad del virus ya que se han notificado casos posibles de transmisión del virus por vía sexual pero son raros y la transmisión en este contexto todavía está en estudio.

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 15 de octubre de este año se habían notificado 1.616 casos de infección por el MERS-CoV (unos 620 de estos casos han sido mortales). En Corea del sur se ha notificado que un paciente inmunodeprimido diagnosticado previamente de infección por MERS-CoV ha tenido que ser ingresado nuevamente por un empeoramiento clínico. Parece que se ha vuelto a detectar el virus en muestras tomadas al paciente. Se está investigando el caso puesto que la experiencia en estos casos de probable recidiva clínica y/o secreción prolongada del virus es limitada. Se recuerda que aunque la gran mayoría de infecciones por MERS-CoV se han diagnosticado en Oriente Medio, se registraron 186 casos confirmados de la infección en un brote en Corea del Sur entre el 20 de mayo y el 4 de julio de este año.

Virus Polio

Laos: se ha notificado a la OMS un caso confirmado de infección por un poliovirus derivado de la vacuna de tipo 1 (circulating vaccine-derived poliovirus type 1, cVDPV1). El último caso autóctono de infección por virus salvaje en el país se notificó en el año 1993.

Los cVDPVs son cepas del virus que han mutado a partir de las cepas utilizadas en la vacuna de polio oral (OPV). Estos virus son raros pero estas cepas pueden emerger en poblaciones que no están adecuadamente vacunadas. La eliminación de la polio a nivel global precisa que se eliminen tanto las cepas salvajes del virus como las derivadas de la vacuna. Según la OMS está prevista una eliminación gradual de la OPV, comenzando por la retirada de la OPV que contiene virus tipo 2 (se prevé que el cambio de OPV trivalente a bivalente previsto para el 2016 debería reducir considerablemente el riesgo de infecciones cVDPV puesto que aproximadamente el 90% de estas están producidas por el tipo 2). Eventualmente debería retirarse por completo la OPV, sustituyéndola por vacuna de polio inactivada (IPV), que no deriva en infecciones por cVDPV.

ALE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES



Vacunación con OPV, vacuna de polio oral (Fuente: OMS)

Virus Zika

Colombia: notificados 9 casos autóctonos de infección por virus Zika en Cartagena, departamento de Bolívar. Estos serían los primeros casos de esta viriasis en el país.

Se recuerda que este flavivirus se transmite por picadura de mosquito y se recomienda que los viajeros a la zona extremen las medidas anti-artrópodos.

Virus West Nile

Francia: notificado el primer caso autóctono de infección por WNV desde 2003 en Nîmes, departamento de Gard. En esta zona se habían detectado casos de la infección en caballos recientemente.

A fecha de 14 de octubre se habían registrado 104 casos de enfermedad por este virus en países de la UE.

Gripe A (H7N9)

China: diagnosticados recientemente dos casos de esta infección en la provincia de Zhejiang. En los dos pacientes estaba documentada la exposición previa a aves.

Vibrio cholerae

Irak: se han registrado más de 1200 casos de infección por V. cholerae, serotipo Inaba, en el país.

Tanzania: detectados más de 4800 casos en varios focos en el país (la mayoría de casos se han registrado en la región de Dar es Salam).

Onchocerca volvulus

Méjico: las autoridades sanitarias han anunciado recientemente que se ha eliminado la oncocercosis en el país. Méjico se convierte en el tercer país en el mundo que consigue eliminar la enfermedad oficialmente, después de Colombia en el 2013 y Ecuador en el 2014.





Fiebre del valle del Rift

Mauritania: detectado un pequeño brote en el sur del país. Como medidas preventivas se recomiendan las precauciones para prevenir las picaduras de artrópodos, evitar el contacto con tejidos (o sangre) de animales y evitar consumir carne cruda o leche no pasteurizada.

Bordetella pertussis

Sudán: notificados más de 300 casos sospechosos de tos ferina en Darfur del norte. Se recuerda que los viajeros a la zona deberían estar correctamente vacunados frente a la infección, y se debería valorar la administración de dosis de Tdpa (tétanos-difteria-pertussis acelular) de refuerzo periódicamente a los adultos.

PERILAS ENFERMEDADES EMERGENTES

ÓGICAS



PERLA: Loa loa (1)

Introducción

La loiasis está producida por el nematodo *Loa loa* que se transmite al humano por la picadura de moscas (tábanos) hematófagas en zonas endémicas de África central y occidental. Las manifestaciones más características de la infección son la aparición de angioedema subcutáneo localizado transitorio, conocido como edema de Calabar, y la migración del helminto adulto bajo la conjuntiva del ojo.

En esta parte se revisa la epidemiología, la transmisión y principales manifestaciones clínicas. (En la segunda parte se revisan el diagnóstico, el tratamiento y las principales medidas de prevención de la loiasis).



Mosca Chrysops spp

Epidemiología y transmisión

La loiasis se transmite por tábanos del género *Chrysops* que habitan en los bosques lluviosos tropicales de África central y occidental (principalmente en el norte de Angola, sudeste de Benín, Camerún, República Centroafricana, Chad, República del Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Nigeria, Sudán, República Democrática del Congo y Uganda).

Se estima que entre 3 y 13 millones de personas están infectadas. Probablemente existen un gran número de infecciones "ocultas" y se considera que en muchas zonas la epidemiología de la loiasis no está bien definida. En zonas endémicas la probabilidad de la infección aumenta con la edad y la proporción de personas infectadas a su vez depende de la densidad de los vectores en la zona. Las infecciones en viajeros son infrecuentes. Hay casos descritos de viajeros infectados tras estancias cortas en zonas endémicas, pero típicamente la adquisición de esta filariasis en viajeros se asocia a estancias prolongadas.

INTERNACION

Con la picadura del vector se introducen las larvas de tercer estadio (L3) en la piel del humano hospedador y estas penetran la herida. Las larvas posteriormente maduran a adultos en un periodo de tres meses aproximadamente. Son los adultos los que producen la clínica, habitan en el tejido subcutáneo y pueden migrar a otras localizaciones incluyendo el tejido subconjuntival del ojo. Tras un

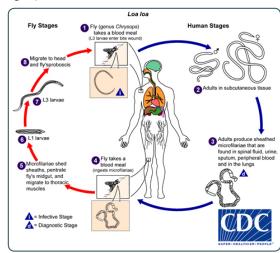
BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

periodo de entre 6 y 12 meses (periodo prepatente), el adulto produce miles de microfilarias que pasan a la circulación. Las microfilarias no producen patología en las infecciones no tratadas pero pueden contribuir a la aparición de complicaciones después del tratamiento específico.

Las microfilarias están presentes en sangre periférica principalmente durante el día (periodicidad diurna), coincidiendo con los hábitos de alimentación de su vector. Cuando el vector pica a una persona infectada ingiere las microfilarias. En un periodo de 10 a 12 días las filarias maduran en la mosca y se convierten eventualmente en larvas L3 infectivas, completando el ciclo. Los adultos pueden sobrevivir más de 20 años pero no se replican en el humano. Por lo tanto, si la persona deja la zona endémica el número de adultos no se incrementa porque se interrumpe la exposición a las larvas infectivas.

Manifestaciones clínicas

La mayoría de personas infectadas por *L. loa* están asintomáticas. En las personas no-inmunes (habitualmente viajeros) parecen ser más frecuentes las reacciones de tipo alérgico como la urticaria, el prurito, los edemas de Calabar y el asma. En estas personas raramente se detectan microfilarias en sangre periférica.



Ciclo de Loa loa (Fuente: CDC)

Se postula que la mayoría de las manifestaciones clínicas están mediadas inmunológicamente. Los angioedemas subcutáneos (edemas de Calabar) se deben a la reacción de hipersensibilidad al adulto migrando a través del tejido subcutáneo y a la eliminación de las microfilarias. Estos edemas ocurren típicamente en la cara y en las extremidades y suelen resolverse de manera espontánea en unos días. La migración del nematodo adulto a través del ojo también produce edema e inflamación de forma transitoria, generalmente sin secuelas. Raramente el helminto puede invadir el ojo produciendo dolor e inflamación intra-ocular. Otras complicaciones que pueden ocurrir en pacientes con loiasis son la miocardiopatía en pacientes con eosinofilia intensa, la nefropatía por depósito de inmunocomplejos o la encefalopatía con presencia de microfilarias en el líquido cefalorraquídeo (habitualmente tras el tratamiento antiparasitario específico y que podría ser consecuencia de la reacción inflamatoria a las microfilarias que mueren).

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES



Adulto de L. loa en zona subconjuntival (Fuente: CDC)

Bibliografía

- Deen GF, Knust B, Broutet N, et al. Ebola RNA Persistence in Semen of Ebola Virus Disease Survivors Preliminary Report. N Engl J Med 2015; Oct 14. [Epub ahead of print].
- 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.
- Klion AD. Loiasis (Loa loa infection). UpToDate 2015.
- Holmes D. Loa loa: neglected neurology and nematodes. Lancet Neurol 2013; 12 (7): 631-2.



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 de Información de GSK).

