

Boletín ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 8 | AGOSTO 2015

ALERTAS

Virus Ébola

MERS-CoV

Virus Chikungunya

Bacillus anthracis

Corynebacterium diphtheriae

Virus West Nile

Cyclospora cayetanensis

Virus Ross River

Borrelia recurrentis

PERLA: *Onchocerca volvulus*¹

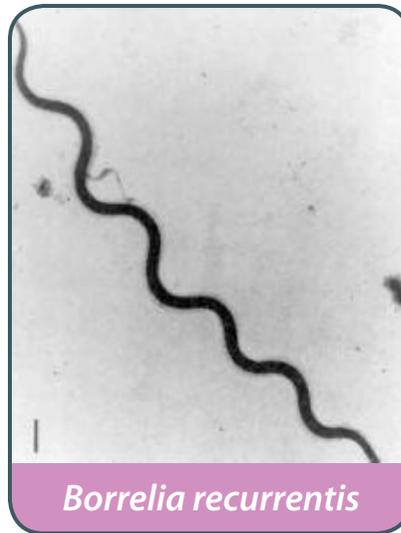
Introducción

Epidemiología

Transmisión

Manifestaciones clínicas

Bibliografía



Borrelia recurrentis

Boletín Enfermedades Emergentes Agosto 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 Ébola

A principios de agosto de este año la OMS había notificado 27 898 casos de enfermedad por virus ébola y de estos, 11 296 han sido casos mortales. Se ha registrado un descenso reciente en el número de nuevos casos semanales de ébola en **Guinea** y **Sierra Leona**. En **Liberia** no se han detectado nuevos casos recientes y si no se diagnostican nuevas infecciones podría declararse nuevamente al país como libre de ébola el 3 de septiembre de este año.

Se han publicado recientemente los primeros datos de un estudio de Fase III de una vacuna recombinante frente al ébola (VSV-EBOV) realizado en Guinea (Henao-Restrepo et al, 2015). De los 2014 contactos de pacientes con ébola que se vacunaron inmediatamente después de la exposición, ninguno desarrolló la enfermedad 10 días tras la vacunación, mientras que 16 de las 2380 personas en el grupo de contactos que fueron vacunadas 3 semanas después desarrollaron la enfermedad. El estudio sigue abierto, pero dados estos resultados se ha suspendido la

randomización y a todos los participantes se les ofrecerá la vacunación inmediata (se elimina el grupo de vacunación diferida). Aunque todavía se está investigando, estos resultados parecen indicar que la vacuna es altamente eficaz y podría ser de utilidad como profilaxis post-exposición.

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 6 de agosto de este año se han notificado más de 1400 casos de infección por el MERS-CoV (unos 540 de estos casos han sido mortales). Se han diagnosticado recientemente 17 nuevos casos de la infección en **Arabia Saudí** (hasta el momento la gran mayoría de casos se ha registrado en este país). En **Corea del sur** no se han registrado nuevos casos desde principios de Julio y parece que próximamente se dará por finalizado el brote en este país.

Virus Chikungunya

España: notificado a principios de agosto a la OMS el primer caso de infección por virus chikungunya diagnosticado en España en un paciente sin antecedentes de viajes a zonas endémicas del virus. El paciente debutó con síntomas durante un viaje a Francia y posteriormente se diagnosticó en la comunidad Valenciana por serología IgM positiva al virus. Se están realizando varios estudios epidemiológicos y entomológicos en Valencia y se han instaurado medidas de control del vector en las zonas de estancia del paciente tanto en Francia como en España.

Bacillus anthracis

Bulgaria: se ha notificado un caso mortal de infección por *B. anthracis* en un ganadero en contacto con un animal enfermo. La carne del animal se había utilizado para preparar productos para el consumo humano. Estos productos fueron retirados del mercado y se ofreció profilaxis antibiótica a las personas que habían tenido contacto con

la carne o que la habían consumido. Por el momento no se han detectado nuevas infecciones en humanos, aunque todavía se está investigando este evento.

Corynebacterium diphtheriae

Dinamarca: se ha notificado un caso de difteria cutánea toxigénica tras un traumatismo en una extremidad en un solicitante de asilo de **Eritrea**. En **Suecia** también se han diagnosticado dos casos de difteria cutánea producida por *C. diphtheriae* toxigénico en dos pacientes del mismo origen además de otros dos casos de difteria cutánea no-toxigénica. En **Alemania** también se han detectado cuatro casos similares este año, todos por *C. diphtheriae* toxigénico, en refugiados de **Libia, Etiopía, y Eritrea** y en un paciente de **Siria**. Actualmente no se considera que estos casos de difteria constituyan un brote significativo en la población de refugiados en Europa. Sin embargo, es posible que estos casos estén infra-diagnosticados

por las posibles limitaciones en el acceso a los cuidados sanitarios de estas personas. Se precisa una vigilancia epidemiológica efectiva para controlar esta infección prevenible mediante vacunación.

Virus West Nile

Europa: a fecha de 6 de agosto se habían detectado 6 casos de enfermedad por este virus en países de la UE: 4 en **Italia**, 1 en **Rumania** y 1 en Bulgaria. Además se han notificado 3 casos en **Israel** desde principios de la temporada de transmisión de este año.

Cyclospora cayetanensis

EEUU: a fecha de 10 de agosto se habían notificado a los CDC americanos 457 casos confirmados de infección por *Cyclospora* sp. en 29 estados. En algunos de los casos se sospecha que la fuente de la infección podría ser cilantro contaminado, posiblemente importado de Méjico.

Reino Unido: diagnosticados unos 20 casos de esta infección en junio-julio de este año en viajeros a su regreso de Méjico.



Borrelia recurrentis

Virus Ross River

Holanda: notificados recientemente dos casos importados de esta infección en viajeros a su regreso de **Australia**. Recientemente se ha registrado en este país el brote más importante desde 1996 de esta viriasis transmitida por mosquitos.

Borrelia recurrentis

Holanda: diagnosticados dos casos de fiebre recurrente epidémica (transmitida por el piojo del cuerpo, *Pediculus humanus corporis*) en dos solicitantes de asilo de **Eritrea**. Se debería sospechar la infección por *B. recurrentis* en pacientes con fiebre que han inmigrado recientemente de países endémicos (Etiopía, Sudán, Eritrea, Somalia).



PERLA: *Onchocerca volvulus*¹

Introducción

La oncocercosis está producida por el nematodo *Onchocerca volvulus*. Esta enfermedad también es conocida como “ceguera de los ríos” porque las moscas negras que actúan como vector se crían cerca de ríos de corrientes rápidas y arroyos. Generalmente, afecta a poblaciones de comunidades rurales y es una de las principales causas de ceguera y enfermedad cutánea a nivel mundial. Ha sido designada por la Organización Mundial de la Salud como una de las principales enfermedades tropicales desatendidas (Neglected tropical Disease, NTD).

En esta primera parte se revisa la epidemiología, la transmisión y las principales manifestaciones clínicas de la oncocercosis. En la segunda parte, en el próximo boletín, se revisan el

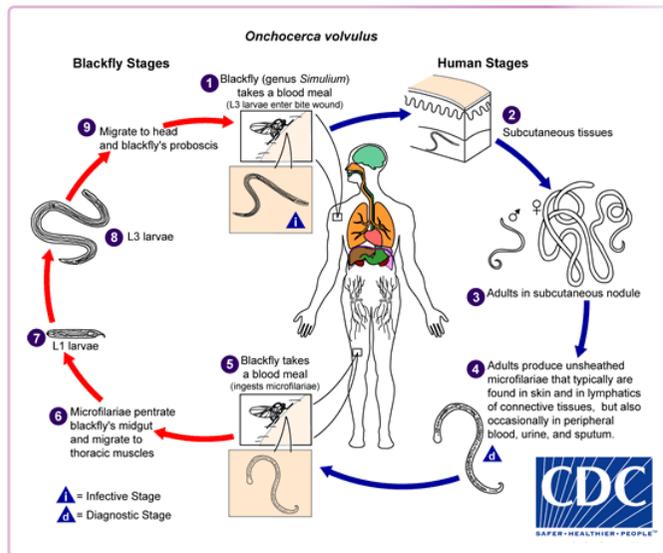
diagnóstico, el tratamiento y las principales medidas de prevención de esta infección.

Epidemiología

Se estima que la prevalencia global de la oncocercosis supera los 35 millones y que más de 100 millones de personas están en riesgo de infectarse en zonas endémicas. La gran mayoría de infecciones (>99%) se dan en países de África sub-Sahariana. Se han encontrado pequeños focos de la infección en Yemen y en América Latina (Méjico, Guatemala, Ecuador, Colombia, Venezuela y Brasil) aunque ya se ha conseguido eliminar o interrumpir la transmisión en varios de estos focos. Según la OMS en septiembre del 2014, Ecuador se convirtió en el segundo país del mundo, después de Colombia, declarado libre de oncocercosis después de haber aplicado con éxito durante años las actividades de eliminación de la enfermedad. Actualmente existen focos de oncocercosis dispersos en cuatro países de América Latina: Brasil, Guatemala, México y Venezuela.

Se han descrito dos patrones diferentes de la enfermedad según la distribución geográfica en zonas de la sabana de África occidental (con predominio de afectación ocular) y en zonas forestales de África (con predominio de afectación cutánea). Se postula que estas diferencias son debidas a la existencia de dos cepas de *O. volvulus*. También se ha relacionado la mayor afectación ocular de la cepa de la sabana con la presencia de cantidades mayores de ADN de *Wolbachia*, una bacteria endosimbionte de la familia *Rickettsiaceae* que es necesaria para la supervivencia y la fertilidad del nematodo.

Las moscas negras que actúan como vectores no son eficientes en la transmisión de la enfermedad por lo que generalmente se precisa una estancia prolongada (>12 meses) en zona endémica para la adquisición de la infección. Sin embargo, se han descrito casos de la infección tras estancias mucho más cortas por lo que habrá que sospecharla incluso en viajeros.



Ciclo de *O. volvulus* (Fuente: CDC)

Transmisión

Los humanos son los únicos hospedadores definitivos de *O. volvulus*, aunque existen otras especies de *Onchocerca* que infectan a animales. Los humanos se infectan tras la

picadura de una mosca negra del género *Simulium*. La mosca deposita las larvas infectivas de tercer estadio (L3) en la piel, donde maduran a adultos (macrofilarias) en un periodo de 6 a 12 meses. Las hembras adultas viven en tejido subcutáneo o muscular y están rodeadas de una cápsula fibrosa y los machos migran entre estos nódulos para fertilizar a las hembras. De 10 a 12 meses tras la infección inicial (periodo prepatente) las hembras producen las microfilarias que migran por tejido subcutáneo. Los adultos pueden sobrevivir hasta 15 años produciendo de 1000 a 3000 microfilarias por día. El vector pica a una persona infectada e ingiere las microfilarias. En un periodo de 1 a 3 semanas las filarias maduran en la mosca y se convierten eventualmente en larvas L3, completando el ciclo.

Manifestaciones clínicas

Se ha descrito que existe un espectro de respuestas inmunes en las personas infectadas: algunas personas desarrollan una respuesta inmune mínima a los antígenos parasitarios

permitiendo una proliferación de las microfilarias en ausencia de síntomas clínicos mientras que otras personas tienen una respuesta inmune importante sintomática. Las microfilarias que mueren, que además liberan antígenos de *Wolbachia*, generalmente producen una respuesta inmune/inflamatoria marcada a nivel cutáneo y ocular.

Las principales manifestaciones clínicas de la oncocercosis son:

- la afectación ocular, siendo las más frecuentes la presencia asintomática de microfilarias en cámara anterior con posterior desarrollo de lesiones en segmento anterior y/o posterior, la *queratitis puntata*, la queratitis esclerosante, la uveítis, la atrofia del nervio óptico y la corioretinitis

- los nódulos subcutáneos (oncocercomas), que contienen habitualmente 2-5 adultos y se sitúan predominantemente sobre prominencias óseas. Las localizaciones típicas pueden variar según la zona geográfica y se relacionan con los hábitos alimentarios de los vectores (en África los nódulos se localizan principalmente sobre crestas ilíacas y

en cintura pélvica y en Latinoamérica los nódulos aparecen con mayor frecuencia en cabeza, cuello y extremidades superiores)

- la afectación cutánea, con prurito generalizado como manifestación precoz además de la oncodermatitis popular aguda o crónica, la oncodermatitis liquenificada (sowda), la atrofia cutánea con pérdida de estructuras elásticas cutáneas (presbidermia), las adenopatías inguinales y

piel atrófica ("ingles colgantes"), y la hipopigmentación parcheada (piel de leopardo)

Los viajeros infectados suelen tener característicamente prurito y dermatitis y son infrecuentes los nódulos y la afectación ocular.

En el próximo boletín, se revisan el diagnóstico, el tratamiento y las principales medidas de prevención de esta infección.



"Piel de leopardo" en oncocercosis

Bibliografía

- Henao-Restrepo AM, Longini IM, Egger M, *et al.* Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial. *Lancet.* 2015 Aug 3. pii: S0140-6736(15)61117-5. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61117-5. http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvices/_layouts/forms/Review_DispatchForm.aspx?List=a3216f4c-f040-4f51-9f77-a96046dbfd72&ID=784 (Acceso 14/8/15)
- Reusken C, Cleton N, Medonça Melo M, *et al.* Ross River virus disease in two Dutch travellers returning from Australia, February to April 2015. *Euro Surveill.* 2015;20(31):pii=21200
- Wilting KR, Stienstra Y, Sinha B, *et al.* Louse-borne relapsing fever (*Borrelia recurrentis*) in asylum seekers from Eritrea, the Netherlands, July 2015. *Euro Surveill.* 2015;20(30):pii=21196.
- Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, *et al.* Control of Neglected Tropical Diseases. *N Engl J Med* 2007; 357: 1018-27.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs374/es/> (acceso el 5/6/15)
- Norman FF, Pérez de Ayala A, Pérez-Molina JA, *et al.* Neglected tropical diseases outside the tropics. *PLoS Negl Trop Dis* 2010; 4: e762.
- Murdoch ME. Onchocerciasis. *UpToDate* 2015.
- 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.



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**).

