

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 5 JUNIO 2015

ALERTAS

MERS-CoV

Virus Ébola

Corynebacterium diphtheriae

Influenza A (H5N1)

Influenza (H7N9)

Sarampión

Neisseria meningitidis

Virus Lassa

PERLA: Filariasis linfáticas

Introducción

Epidemiología

Transmisión

Manifestaciones Clínicas

Bibliografía



Podoconiosis (Fuente: CDC)

SUMARIO

Boletín Enfermedades Emergentes Junio 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.

ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES
BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 19 de junio de este año se han notificado más de 1.350 casos de infección por el MERS-CoV (unos 520 de estos casos han sido mortales, tasa de letalidad del 38,5%). La mayoría de casos se han diagnosticado en **Arabia Saudí** (más de 1.000 casos). Desde mayo de este año está activo un brote de esta infección en **Corea del sur**, asociado a un caso importado desde Oriente medio. En este brote se han identificado ya más de 165 casos (con 24 casos mortales, tasa de letalidad del 14,5%) y muchos de estos se han asociado a transmisiones en el entorno sanitario. Además una de las personas afectadas viajó desde Corea del sur a China donde fue diagnosticado. Se ha identificado también el primer caso de infección por MERS-CoV en **Tailandia**, en una persona que había viajado a Oriente medio. Además en **Alemania** falleció a principios de mes una persona que muy probablemente había adquirido el virus durante un viaje a los Emiratos Árabes Unidos.

Salir

Imprimir

e-mail

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



Debido a la situación actual y a la magnitud del brote en Corea del sur, el 16 de junio de este año se reunía el Comité de Emergencia de la OMS para analizar los factores que habían contribuido a la extensión del virus en ese país (falta de información entre profesionales sanitarios y en la población general y medidas de prevención y control subóptimas en los hospitales, entre otros). El Comité concluyó que no se cumplían las condiciones para declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional. De momento, la OMS no recomienda la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio ni considera que sean necesarios exámenes en los puntos de entrada. Sí se consideraba necesario aumentar la sensibilización sobre el MERS y sus síntomas entre los viajeros con origen o destino en las zonas afectadas.

Virus Ébola

A fecha de 17 de junio de este año la OMS había notificado 27.341 casos de enfermedad por virus ébola y de estos, 11.184 han sido casos mortales (tasa de letalidad del

40,9%). El 9 de mayo **Liberia** se declaraba libre de Ébola, sin embargo se siguen detectando casos en **Guinea** y en **Sierra Leona**. Además, algunos de los nuevos casos identificados se han dado en personas que no eran contactos conocidos de pacientes con la enfermedad o han sido identificados post-mortem lo cual indicaría que existen cadenas no reconocidas de transmisión del virus. Por lo tanto habría que reforzar la vigilancia y los estudios de los contactos e intentar detectar los casos de enfermedad de forma precoz para controlar el brote.

Corynebacterium diphtheriae

España: detectado a principios del mes de junio el primer caso de difteria en España en casi 30 años en un niño de Girona no vacunado frente a la enfermedad. Se han realizado los estudios de contactos requeridos identificándose

varios portadores asintomáticos de esta bacteria entre los contactos del niño. Se recuerda que la vacuna frente a la difteria está incluida en el calendario vacunal infantil.

Influenza A (H5N1)

Egipto: ha aumentado recientemente el número de casos confirmados de infección por el virus de la gripe A (H5N1) en humanos, con más de 140 casos registrados este año en el país, de los cuales 39 han sido mortales (tas de letalidad del 27,9%). Parece que el aumento de infecciones en Egipto este año no se ha relacionado con mutaciones en el virus y podría estar asociado a un mayor número de exposiciones a aves infectadas. A nivel mundial se han diagnosticado 840 casos de gripe aviar H5N1 en humanos (desde el 2003 hasta el 1 de mayo del 2015) y de estos, 447 han sido mortales (tasa de letalidad del 43,2%).

Influenza A (H7N9)

China: se han notificado recientemente 15 nuevos casos de esta infección (3 de los cuales han sido mortales). En todos los casos se documentó la exposición a aves o su entorno. No se han identificado agrupaciones de casos. Las infecciones se han diagnosticado en 7 provincias y municipios: Anhui (4), Beijing (1), Fujian (1), Hubei (1), Jiangsu (3), Jiangxi (1), y Zhejiang (4). La OMS recomienda a los viajeros a países donde se han notificado brotes de gripe aviar que eviten el contacto con animales en granjas o mercados de aves, entre otras medidas de prevención.

Sarampión

Chile: notificado a la OMS un pequeño brote de cinco casos de sarampión en Santiago a principios de junio. Parece que el primer paciente (caso índice) pudo adquirir la infección durante un viaje internacional (China-Hawái-Santiago). Se

han intensificado las medidas de vigilancia epidemiológica y se está vacunando a todos los posibles contactos a la vez que se refuerza la vacunación infantil para intentar interrumpir la cadena de transmisión. Se recuerda que del 11 de junio al 4 de julio se celebra la "Copa América Chile 2015" y que las autoridades sanitarias han recomendado la vacunación frente al sarampión a los viajeros al país no inmunizados.

Neisseria meningitidis

Níger: se han notificado más de 8300 casos de meningitis meningocócica (entre casos sospechosos y confirmados) en este brote, principalmente producidos por el serogrupo C de *N. meningitidis*. Parece que el pico del brote se alcanzó a principios de mayo, con más de 2.000 casos por semana, y es probable que se de por finalizado el brote próximamente. No obstante, se sigue recomendando la vacunación a viajeros a las zonas afectas.

Virus Lassa

EEUU: confirmado a finales de mayo de este año un caso mortal de fiebre de Lassa en un viajero al regreso de **Liberia**. Las pruebas realizadas descartaron enfermedad por virus ébola y otros virus hemorrágicos. Se recuerda que este arenavirus se transmite a los humanos tras el contacto con excretas de roedor, o con alimentos o utensilios contaminados. La transmisión del virus de persona a persona o en el laboratorio también es posible.



PERLA: Filariasis linfáticas (1)

Introducción

Las filariasis son enfermedades producidas por nematodos que afectan principalmente al tejido linfático y los tejidos subcutáneos. Existen tres especies que producen filariasis linfática: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* y *Brugia timori*. Son enfermedades transmitidas por vectores que producen una morbilidad importante en la población afecta y se consideran enfermedades tropicales desatendidas (Neglected Tropical Diseases, NTDs).

En esta primera parte se revisa la epidemiología, la transmisión y las principales manifestaciones clínicas de las filariasis linfáticas. En la segunda parte, en el próximo boletín, se revisan el diagnóstico, el tratamiento y las principales medidas de prevención de esta enfermedad parasitaria.

Epidemiología

Se estima que unos 120 millones de personas de áreas tropicales y subtropicales están infectadas por filariasis linfáticas (estando aproximadamente dos tercios de estas en Asia). Unas 40 millones de las personas infectadas tienen una discapacidad grave y/o deformidad por estas filariasis. La mayoría de infecciones (>90%) son debidas a *W. bancrofti*.

La distribución de las filariasis en el mundo es variable en parte debido a que los vectores que transmiten las infecciones varían según la localización geográfica (ver tabla): *W. bancrofti* se transmite por varias especies de mosquitos *Culex*, *Anopheles*, *Aedes*, *Mansonia* y *Coquillettidia* y *Brugia* spp. se transmite principalmente por mosquitos *Mansonia* y *Aedes*. *W. bancrofti* está presente principalmente en África sub-Sahariana, el sudeste Asiático, el subcontinente indio, zonas del Pacífico y focalmente en áreas de Latinoamérica y el Caribe (incluido Haití).

B. malayi se localiza en China, India, Malasia, las Filipinas, Indonesia y varias islas del Pacífico.

B. timori ocurre en algunas islas de Indonesia.

Especie	Vector	Distribución geográfica
<i>Wuchereria bancrofti</i>	<i>Culex</i> , <i>Anopheles</i> , <i>Aedes</i> , <i>Mansonia</i> , <i>Coquillettidia</i>	África sub-Sahariana, sudeste Asiático, subcontinente indio, zonas del Pacífico, áreas de Latinoamérica y Caribe
<i>Brugia malayi</i>	<i>Mansonia</i> , <i>Aedes</i>	China, India, Malasia, Filipinas, Indonesia, varias islas del Pacífico.
<i>Brugia timori</i>	<i>Mansonia</i> , <i>Aedes</i>	Islas de Indonesia

Tabla. Principales vectores y distribución geográfica de las filarias linfáticas

La prevalencia de la microfilaremia en zonas endémicas aumenta con la edad. En estas áreas a partir de la tercera-cuarta década de la vida se considera que la mayoría de las personas habrán estado expuestas. La carga de helmintos adultos aumenta a medida que persiste la exposición. Sin

embargo, los adultos no se replican en el humano y si la persona deja la zona endémica el número de adultos no se incrementa porque se interrumpe la exposición a las larvas infectivas. Los vectores no son transmisores muy eficientes por lo tanto habitualmente se precisa una estancia prolongada en zona endémica para adquirir la infección. Típicamente la adquisición de filariasis en viajeros se asocia a estancias prolongadas aunque hay casos descritos de viajeros infectados tras estancias cortas en zonas endémicas.

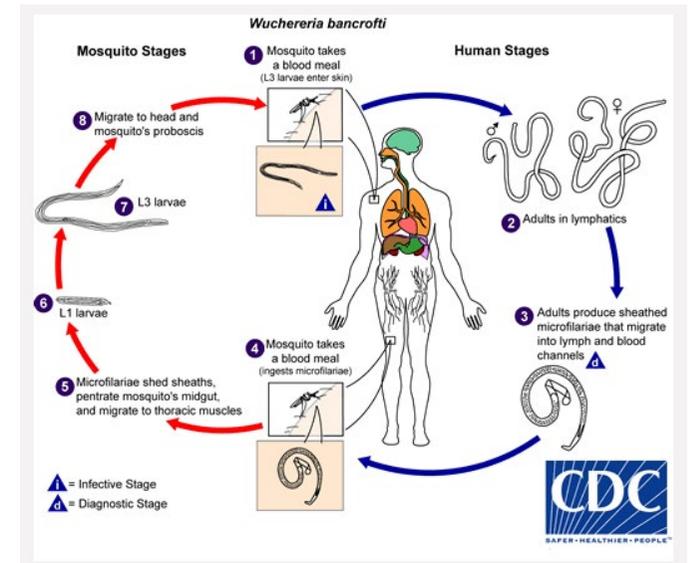


Mosquito *Coquillettidia* spp.

Transmisión

Con la picadura del vector se depositan las larvas de tercer estadio infectivas en la piel y estas migran a través de la dermis hacia los vasos linfáticos locales. Tras un periodo de 6 a 12 meses estas larvas maduran hasta convertirse en helmintos adultos. Los adultos sobreviven de 5 a 12 años habitualmente. Al reproducirse los adultos se liberan las

microfilarias que migran y pasan a la sangre. El vector ingiere la sangre con las microfilarias y en el vector estas se desarrollan a larvas de primer, segundo y tercer estadio sucesivamente. Las larvas de tercer estadio pueden infectar a otra persona tras la picadura del mosquito, completando de esta manera el ciclo. Los humanos son los únicos hospedadores de *W. bancrofti*, mientras que *Brugia* spp. puede infectar a humanos y animales (tanto domésticos como salvajes).



Ciclo de *W. bancrofti* (Fuente: CDC)

En la mayoría de las zonas endémicas las microfilarias solamente están presentes en la circulación durante la noche ("periodicidad nocturna", principalmente entre las 20h y las 2h). En la zona sur del Pacífico *W. bancrofti* está presente en sangre periférica durante todo el día

aunque el número de microfilarias aumenta a mediodía (patrón “subperiódico”). Estos patrones de microfilaremia se corresponden con los hábitos de alimentación de sus vectores (la mayoría de los vectores implicados en la transmisión de las filarias linfáticas se alimenta habitualmente durante el periodo nocturno).

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas pueden variar entre personas y dependen de diversos factores como el grado de exposición a las picaduras infectivas, el número de adultos que habitan en los linfáticos, la duración de la infección, el número de coinfecciones con bacterias y hongos, la respuesta inmune del hospedador y factores genéticos, entre otros. Las filarias linfáticas contienen la bacteria endosimbionte *Wolbachia*, un organismo de la familia *Rickettsiaceae* que parece ser necesario para la homeostasis del nematodo, y parte de las manifestaciones de estas filariasis se han atribuido a las respuestas inflamatorias dirigidas frente a esta bacteria.

Las filarias linfáticas pueden cursar con microfilaremia asintomática, manifestaciones agudas o síntomas crónicos. La mayoría de residentes de zona endémica infectados están asintomáticos aunque en ocasiones se pueden objetivar manifestaciones subclínicas como la dilatación linfática o la hematuria microscópica.



Linfedema en filariasis linfática (Fuente: CDC)

Las manifestaciones agudas más frecuentes son adenolinfangitis aguda, dermatolinfangioadenitis aguda, fiebre filarial (episodios autolimitados de fiebre a menudo con ausencia de otros síntomas y que pueden confundirse con otras causas de fiebre en los trópicos como la malaria) y eosinofilia pulmonar tropical. Esta última entidad cursa con tos no productiva, eosinofilia, febrícula y un patrón radiológico intersticial y es debida a una reacción inmunológica secundaria a las microfilarias atrapadas en los pulmones. En los viajeros a zonas endémicas (generalmente inmunointolerantes) son más frecuentes los síntomas agudos/precoces paradójicamente con microfilaremiyas bajas y raramente se desarrollan manifestaciones crónicas. Las manifestaciones crónicas son secundarias a la obstrucción de la circulación linfática siendo las más habituales el linfedema (habitualmente en miembros inferiores y genitales pudiendo evolucionar a elefantiasis), la afectación testicular (hidrocele, epididimitis), y la afectación renal (produciendo quiluria, hematuria, proteinuria). La mayoría de personas residentes en zonas endémicas se

PERLAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

infectan en la infancia, reciben múltiples picaduras infectivas y acaban desarrollando un grado de inmunotolerancia al parásito. Suelen permanecer asintomáticos hasta estadios más avanzados de la enfermedad (manifestaciones crónicas) cuando la carga parasitaria es más alta y la microfilaremia en sangre evidente.

En personas con linfedema con estancia en zona endémica se debe descartar la neoplasia, la tuberculosis, la celulitis recurrente y el linfedema primario entre otros. En determinadas zonas tropicales habría que descartar la podoconiosis que afecta a personas que habitan en las tierras altas de África tropical, Centroamérica y el

noroeste de la India. La podoconiosis es una enfermedad producida por partículas finas de minerales de tierras arcillosas volcánicas que penetran la piel de los pies y producen una endolinfangitis obliterante progresiva en personas susceptibles. En esta enfermedad la afectación es ascendente desde el pie hasta la rodilla, habitualmente bilateral pero asimétrica y no suele afectar la zona inguinal/genital mientras que en la filariasis linfática la afectación suele ser descendente desde la zona inguinal y suele afectar a personas que viven en zonas geográficas de menor altitud (<1500m).

Bibliografía

- 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. Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of lymphatic filariasis. UpToDate 2015.
- Norman FF, Pérez de Ayala A, Pérez-Molina JA, *et al.* Neglected tropical diseases outsider the tropics. *PLoS Negl Trop Dis*, 2010; 4:e762.

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**).

Home

Salir

Imprimir

e-mail

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

