

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 1 | ENERO 2015

ALERTAS

Virus Ébola

MERS-CoV

Virus Chikungunya

Clostridium botulinum

Influenza A (H5N1)

Influenza A (H7N9)

Sarampión

PERLA. Virus Toscana

Introducción

Epidemiología y Transmisión

Manifestaciones clínicas

Diagnóstico y Tratamiento

Tratamiento y Prevención

Bibliografía

PERLA. *Virus Toscana*



Phlebotomus perniciosus

Boletín Enfermedades Emergentes Enero 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, 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 21 de enero de este año la OMS había notificado más de 21.800 casos confirmados, probables o sospechosos de enfermedad por virus ébola. Han fallecido casi 8.680 personas en este brote (mortalidad del 40%). Los países más afectados hasta el momento y dónde sigue manteniéndose una transmisión intensa del virus siguen siendo **Guinea, Liberia y Sierra Leona**. Aunque habrá que seguir vigilando la evolución del brote parece que en estos países el número de nuevos casos confirmados semanales continúa disminuyendo rápidamente en las últimas semanas. En varias áreas de Liberia, Guinea y en tres distritos de Sierra Leona no se han reportado casos en las últimas tres semanas, sin embargo la transmisión continúa en la región Occidental (incluyendo Freetown) de Sierra Leona con más de 45 casos por semana. La

Salir

Imprimir

e-mail



Comunidad de Madrid

OMS considera que estos países tienen actualmente la capacidad suficiente para aislar y tratar a los pacientes, con más de dos camas por caso confirmado/probable notificado. Sin embargo, la distribución geográfica de estos recursos no es uniforme y en algunas zonas hay un problema de infra-notificación de casos por lo que en la práctica no se están aislando todos los casos en algunas áreas. En Malí no se han declarado nuevos casos recientes en los últimos 42 días y ha sido declarado país como libre de ébola.

A finales de diciembre se diagnosticaba en Escocia el primer caso importado de ébola al Reino Unido.

Además de todas las medidas implementadas para intentar controlar el brote se están realizando otras iniciativas relacionadas. Por ejemplo, según la OMS, en Sierra Leona se han distribuido fármacos frente a la malaria a más de 2,5 millones de personas en dos campañas. De esta manera se ha reducido de manera significativa el número de personas con cuadros de fiebre que podrían

confundirse con la enfermedad por ébola. Se planea para las próximas semanas el inicio en Liberia del primer ensayo fase-III de la vacuna candidato cAd3-EBO (NIAID/GSK).



Centro de tratamiento de ébola en Guinea

MERS-CoV

Desde abril del 2012 se han notificado unos 970 casos de infección por el MERS-CoV (unos 390 de estos casos han

sido mortales). Los últimos casos se han diagnosticado en **Arabia Saudí**. 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.

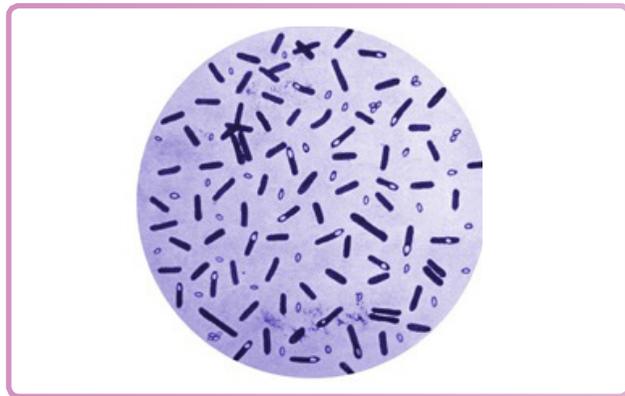
Virus Chikungunya

Polinesia Francesa: el número de infecciones detectadas en este brote sigue aumentando. Desde que se detectó el primer caso en octubre de este año el virus se ha extendido a varias islas de la Polinesia Francesa y se han registrado más de 60.000 casos.

En el continente americano y el **Caribe** siguen detectándose casos de la infección aunque en algunas de las zonas afectadas está disminuyendo el número de nuevos casos diagnosticados.

Clostridium botulinum

Desde diciembre del 2014 se han notificado seis casos de botulismo en **Noruega** (n=1) y **Escocia** (n=5) en personas consumidoras de drogas por vía parenteral. Se está investigando la causa de estas infecciones pero se sospecha que el origen puede ser un lote de heroína contaminada.



Clostridium botulinum (Fuente: CDC)

Influenza A (H5N1)

Desde principios de diciembre del año pasado hasta principios de enero de este año se han registrado 18 casos confirmados de gripe A (H5N1) en **Egipto** (esta cifra incluye 4 casos mortales). Todos los pacientes habían tenido exposición a aves enfermas o muertas. Globalmente se han notificado a la OMS unos 690 casos de la infección desde el año 2003 (unos 400 casos mortales), en 16 países. Actualmente no parece que se haya dado ningún cambio significativo en la epidemiología de esta infección en humanos dado que no se ha registrado una transmisión mantenida de persona a persona y tampoco se han objetivado cambios significativos en el número de afectados en las agrupaciones de casos registrados.

Influenza A (H7N9)

Desde que se notificaron los primeros casos en humanos de esta infección en **China** en marzo del 2013 se han

registrado unos 470 casos (182 mortales). No se han diagnosticado casos autóctonos en otros países por lo que parece que se trata de una zoonosis localizada actualmente. Se postula que el virus se transmite de forma esporádica a los humanos tras el contacto con el reservorio animal (aves) de manera similar al virus A (H5N1).

Sarampión

EEUU: se han declarado un brote en California con casi 60 casos confirmados 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. Entre los casos confirmados se encuentran cinco trabajadores de este centro. Una proporción importante de los pacientes afectados no tenía antecedentes de vacunación frente al virus o estaban vacunados de forma incorrecta.



PERLA. Virus Toscana

Introducción

El virus Toscana (TOSV) es un arbovirus (virus transmitido por artrópodos) que pertenece al género *Phlebovirus* de la familia *Bunyaviridae*. Este virus se aisló por primera vez en el año 1971 en Italia en dos especies diferentes de flebotominos, *Phlebotomus perniciosus* y *P. perfiliewi*. Más de una década después se notificaron los primeros casos de infección por TOSV en viajeros al regreso de Italia. En España, el virus se aisló por primera vez en 1988 en pacientes con meningitis linfocitaria. Este virus puede producir afectación neurológica y se considera actualmente un virus emergente.

Epidemiología y Transmisión

El TOSV se ha aislado en *P. perniciosus* y *P. perfiliewi* y la distribución principal del virus corresponde con las zonas donde habitan estos vectores. La circulación del virus suele aumentar en los meses estivales cuando las poblaciones de flebotominos están más activas. En principio estos vectores actúan como principal reservorio del virus, siendo posible la transmisión por vía vertical/sexual en los flebotominos, y los vertebrados no son reservorios importantes del virus, aunque los expertos indican que se precisan más estudios para confirmar estas hipótesis.



Phlebotomus perniciosus

Aunque los primeros casos de TOSV se detectaron en Italia, en los últimos años se ha demostrado que la distribución geográfica del virus es más amplia, y se ha detectado en la mayoría de países mediterráneos de Europa occidental (Portugal, España, Francia, Grecia y Croacia), además de en Chipre y Turquía. En estos países es de los virus más prevalentes, junto con los enterovirus y los herpesvirus, en los casos de meningitis que ocurren durante los meses

de verano. Concretamente en España hay regiones como la provincia de Granada donde la seroprevalencia en la población alcanza el 25%, y el TOSV es de las causas más frecuentes de meningitis vírica en los meses cálidos, en personas que proceden del ámbito rural. Los datos epidemiológicos para países del norte de África y otros países del Mediterráneo son escasos.

Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación del virus suele ser corto (3 a 7 días habitualmente, hasta un máximo de 14 días). Algunas infecciones pueden cursar de forma asintomática o paucisintomática. Las altas tasas de seroprevalencia en algunas áreas y el bajo número de infecciones sintomáticas descritas sugieren que en la mayoría de los casos las infecciones son subclínicas y solo en algunos casos producen cuadros neurológicos, principalmente de meningitis aséptica y ocasionalmente de meningoencefalitis/encefalitis.

Los síntomas más frecuentes son la cefalea, la fiebre, las nauseas/vómitos y las mialgias. En la exploración se puede objetivar rigidez de nuca, alteración del nivel de conciencia, y con menor frecuencia temblores, paresias, y nistagmo. Los síntomas suelen durar una media de 7 días y la evolución suele ser favorable..

Diagnóstico y Tratamiento

El LCR suele tener más de 5-10 células/mL con proteínas y glucosa normales. Se pueden realizar pruebas para la detección de IgM/IgG, habitualmente mediante técnicas inmunoenzimáticas (ELISA), en suero y LCR aunque estas suelen estar disponibles solo en laboratorios especializados o de referencia. Además, habría que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, que se pueden dar reacciones cruzadas con otros flebovirus antigénicamente similares al TOSV, como el virus Nápoles o el virus Sicilia. En estos casos se podrían realizar pruebas de seroneutralización de placas de crecimiento del virus para confirmar el diagnóstico. Los

pruebas serológicas son complementarios al diagnóstico directo por cultivo y/o biología molecular (PCR) que se realizan habitualmente en LCR. Las técnicas moleculares pueden detectar concentraciones bajas del virus pero habría que tener en cuenta que las técnicas moleculares clásicas para la detección de TOSV han sido diseñadas basadas en las secuencias de cepas italianas del virus. Debido a la variabilidad genética del virus estas técnicas podrían ser poco sensibles para la detección de cepas que circulan en otras zonas. En estos casos habría que solicitar al laboratorio de referencia la realización de técnicas específicas o genéricas capaces de detectar estas variantes.

Tratamiento y Prevención

El tratamiento de la infección por TOSV es principalmente sintomático y de soporte y no existe una vacuna eficaz frente a la infección. Las medidas de vigilancia epidemiológica y de control son importantes y la prevención se basa en la utilización de las medidas de prevención para evitar las picaduras principalmente en los meses más cálidos del año cuando existe mayor transmisión.

Bibliografía

- <http://www.afro.who.int/en/sierra-leone/press-materials/item/7307-more-than-25-million-people-reached-in-emergency-response-campaign-with-anti-malarial-medicines-in-sierra-leone.html> (acceso 23 enero 2015).
- Charrel RN, Bichaud L, de Lamballerie X. Emergente of Toscana virus in the mediterranean area. *World J Virol* 2012; 1 (5): 135-141.
- Calisher CH, Weinberg AN, Muth DJ, *et al.* Toscana virus infection in United States citizen returning from Italy. *Lancet* 1987; 1. 165-166.
- Sánchez-Seco MP, Navarro JM: Infecciones por el virus Toscana, el virus del Nilo occidental y otros arbovirus de interés en Europa. *Enfer Infecc Microbiol Clin* 2005; 23 (9): 560-8..



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**).