

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 5 | MAYO 2009

ALERTAS

Influenza A H1N1

Gripe aviar (H5N1)

Meningitis meningocócica

Fiebre Q- *Coxiella burnetii*

Chikungunya

Fiebre Amarilla

Encefalitis Japonesa

Varicella zoster

Virus de la garrapata del ciervo

Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal

Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo

Leishmaniasis

PERLAS

Esquistosomiasis



Este boletín revisa las alertas de Mayo 2009. Fuentes: Pro MED, OMS, Tropi-Med News, TropNet Europ, santé-voyages, Eurosurveillance, European CDC (PRU)

Francesca Norman, José Antonio Pérez-Molina, Rogelio López-Vélez. Medicina Tropical. Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Centro perteneciente a la Red de Investigación en Enfermedades Tropicales (RICET:RD06/0021/0020)

http://www.fibio-hrc.org/pub_boletines.htm

http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalRamonCajal/Page/HRYC_home

Para inscripción y sugerencias pueden referirse al mail:

es-ci@gsk.com

SUMARIO

ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Influenza A H1N1

A fecha de 29 de mayo se han declarado >13.000 casos en 48 países (95 muertes). La OMS no ha recomendado restricciones específicas a los viajeros a causa de esta gripe. El primer caso confirmado en Europa tuvo lugar en Espa-



Distribución geográfica de los casos confirmados en laboratorio de infección del nuevo virus influenza A (H1N1) en España. 11 de mayo de 2009.



Home

Salir

Imprimir

e-mail



ña, donde se han declarado casi 140 casos, y se han dado a conocer los datos de los primeros 98 casos confirmados de H1N1. Un 78% de los casos adquirió la infección en el extranjero, y todos tenían como antecedente un viaje a Méjico. El rango de edad de casos fue de 14 a 55 años con una media de 24 años. No se han registrado muertes y la mayoría de los casos han cursado con síntomas leves. Parece que la notificación de nuevos casos está disminuyendo, pero se mantienen las medidas de prevención y control a nivel global.

Gripe aviar (H5N1)

Egipto: detectado un nuevo caso en un niño de 4 años de Sharkiya, pendiente de la confirmación de la OMS. Se inició tratamiento con oseltamivir y hasta ahora el niño está evolucionando favorablemente. Se han detectado otros cuatro casos en niños que habían tenido contacto con aves enfermas/muertas. Con éstos serían 76 casos en este país donde ha aumentado el número de casos de forma importante en los últimos meses. Desde el 1 de abril del 2009, se han detectado en Egipto al menos 16 infecciones nuevas (4 fallecidos), afectando principalmente

a niños y mujeres. Desde el 2003, el H5N1 ha infectado a >400 personas en 15 países, provocando la muerte a 250 de éstas.



Meningitis meningocócica

Nigeria: desde que se notificó el primer caso de la epidemia de meningitis en diciembre del 2008 se han registrado más de 2.100 muertes y casi 48.000 casos. Actualmen-

te se han visto afectados al menos 24 de los 36 estados del país y parece que la epidemia se va a convertir en la peor de los últimos 5 años. Nigeria, Níger, Burkina Faso y Chad se consideran los países Africanos de mayor riesgo. Habría que recordar que durante la epidemia de los años 1996-7 se estimaron 100.000 infectados en Nigeria y 50.000 en Níger.

Fiebre Q- *Coxiella burnetii*

Holanda: el número de casos de fiebre Q en humanos notificados en las últimas semanas ha aumentado dramáticamente, con más de 200 casos declarados, la mitad en la zona de North Brabant. La infección en humanos era prácticamente desconocida en el país hasta el año 2007 que se detectaron 168 casos, aumentando este número a más de 1.000 en el 2008. La infección se asocia al contacto estrecho con animales, siendo necesario un inóculo bajo del organismo, que incluso se adquiere a través de partículas aerosolizadas, para producir la infección. No queda claro si los infectados habían tenido contacto con animales o habían estado próximos a alguna granja.



Chikungunya

Tailandia: brote en 23 provincias, siendo las más afectadas las de Narathiwat, Yala, Pattani y Songkhla con más de 20.000 casos detectados desde el inicio del brote en noviembre del año pasado.

Malasia: brote de Chikungunya que ha afectado a más de 1.600 personas (ningún fallecido).

Los síntomas de la infección son parecidos a los del dengue, pero la mortalidad por virus Chikungunya es más

baja. El periodo de incubación es de 2-4 días habitualmente (máximo 12 días), y cursa con un periodo inicial caracterizado por fiebre alta que dura unos días seguido de un periodo más prolongado de artromialgias y en ocasiones cefalea e insomnio. No existe tratamiento específico eficaz, y la prevención se basa en las mismas medidas que para otras infecciones transmitidas por mosquitos.

domésticos y las aves salvajes actúan como reservorio del virus. Una proporción importante de infecciones cursan de forma subclínica, pero la tasa de mortalidad es de un 30%, y un 30% de los que sobreviven tienen secuelas neurológicas.

Fiebre Amarilla

Brasil: puesta en marcha de campañas de inmunización masiva en Sao Paulo y Rio Grande do Sul tras el aumento reciente en el número de casos de fiebre amarilla.

Varicella zoster

Rusia: brote importante de varicela en la región de Ryzan, con >2300 casos registrados en los últimos 3 meses, con una incidencia de 202,9 por 100.000 habitantes. La mayoría de casos (89%) se han dado en menores de 14 años.

Encefalitis Japonesa

India: las autoridades han declarado una alerta sanitaria en el estado de Uttar Pradesh, en el norte del país, tras el fallecimiento de 38 personas desde principios de año con sospecha de encefalitis japonesa (EJ). Esta enfermedad vírica es endémica en el estado. La EJ está producida por el virus de EJ de la familia *Flaviviridae*. Los cerdos

Virus de la garrapata del ciervo

EEUU: publicado el primer caso de enfermedad humana por un virus transmitido por la garrapata del ciervo, *Ixodes scapularis* (deer tick virus, DTV). Se trata de un paciente de 62 años con antecedentes de leucemia que



falleció en el 2008, por una meningoencefalitis, en el estado de Nueva York. Aunque se había detectado el virus previamente en muestras del cerebro de un paciente de Ontario, Canadá, en ese caso no se pudo demostrar enfermedad asociada. El DTV, parecido al virus Powassan que también produce una encefalitis transmitida por garrapatas, es un flavivirus. Este tipo de encefalitis es muy rara, y las garrapatas están infectadas con menor frecuencia con este virus que con el agente causante de la enfermedad de Lyme. Se estima que una persona infectada tiene una posibilidad entre 300 de enfermar. Como prevención se deberían utilizar medidas para prevenir las picaduras de garrapatas.

Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal

Turquía: confirmado brote en las provincias de Zonguldak y Bartın (12 casos confirmados entre enero y mayo de este año). Las pruebas serológicas han sido positivas para el subtipo Puumala de hantavirus, pero habría que recordar que las reacciones cruzadas entre subtipos de este

virus no son infrecuentes. Se conoce que el virus circula en países vecinos así que no es sorprendente la presencia de este brote en el país. Se han iniciado medidas de prevención de la infección en las zonas afectas que incluyen la distribución de directrices para el control de roedores.

Rusia: >120 casos en la región de Penza este año.

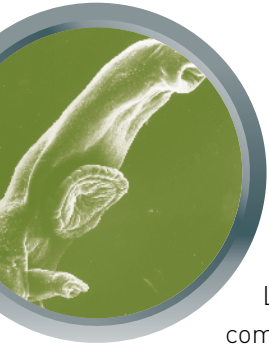
Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo

Turquía: han fallecido dos personas en la zona de Samsun. Serían los dos primeros fallecidos por la infección en el país este año. Se prevé un aumento en el número de casos de la infección coincidiendo con el tiempo más cálido que favorece la proliferación del vector (garrapata).

Leishmaniasis

Irak: casi 200 casos de leishmaniasis registrados en la provincia de Missan (unos 350 km al sur de Bagdad) este año. La infección se transmite por la picadura de dípteros *Phlebotomus* infectados y los principales reservorios son los roedores así que las medidas de prevención se deben basar en el control del vector y de estos animales.

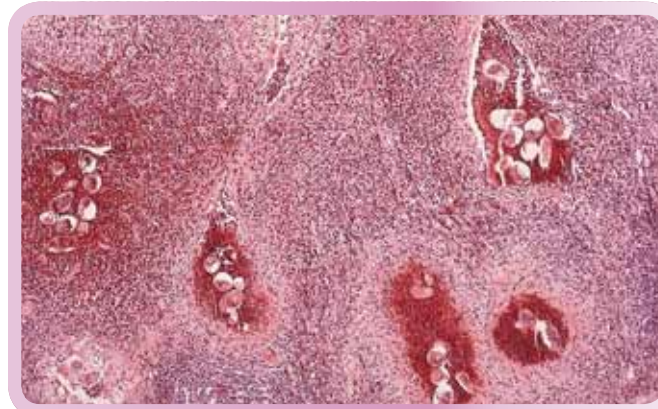




Esquistosomiasis

Introducción

La esquistosomiasis, también conocida como "bilharziasis" (Theodor Bilharz fue el primero en identificar el parásito en 1852), es la infección causada por trematodos de la especie *Schistosoma*. Las principales especies que producen infección humana son *S. haematobium* que produce afectación renal y vesical, y menos frecuentemente hepática y *S. mansoni* y *S. japonicum* que pueden producir complicaciones a nivel intestinal y hepático. Existen dos especies con menor repercusión en humanos, *S. mekongi* y *S. intercalatum*, que también pueden producir enfermedad intestinal y hepática. La esquistosomiasis ha sido catalogada como una de las enfermedades tropicales desatendidas (NTDs) y se estima que a nivel mundial más de 200 millones de personas están infectadas y más de 200.000 muertes cada año se deben a la enfermedad.



Microfotografía de vejiga con esquistosomas *S. haematobium* mostrando grupos de huevos y eosinofilia.

Fuente: CDC

Epidemiología

Las distintas especies tienen una distribución geográfica restringida:

***S. mansoni*:** prevalente en zonas tropicales y subtropicales de África subsahariana, Oriente medio, Suramérica y el Caribe.

***S. haematobium*:** se adquiere principalmente en el norte de África, África subsahariana, Oriente medio, Turquía y la India.

***S. japonicum*:** se encuentra habitualmente en Asia, y en especial en China, Filipinas, Tailandia e Indonesia.

***S. intercalatum*:** solamente se encuentra en África central y oeste.

***S. mekongi*:** restringido a Laos y Camboya.

En zonas endémicas la infección se adquiere habitualmente durante la infancia. La prevalencia e intensidad de las infecciones aumentan con la edad hasta alcanzar un pico hacia los 15-20 años. En los adultos de mayor edad la prevalencia de la infección no cambia significativamente pero la intensidad (carga parasitaria) disminuye de forma importante. La transmisión suele ser mayor en zonas ru-



rales, aunque la distribución no ocurre de forma uniforme en las distintas comunidades, de tal forma que un 5-10% tendrán una parasitación importante y el resto solamente infecciones leves-moderadas. Esta distribución desigual se podría relacionar en parte con la proximidad a fuentes de agua. También se debe considerar la posibilidad de esquistosomiasis en viajeros e inmigrantes/refugiados de zonas endémicas.

Transmisión

La forma más frecuente de infectarse es a través del baño en lagos/charcas infestadas con los caracoles que actúan de hospedadores intermediarios de *Schistosoma*. Durante el baño las larvas penetran la piel y migran a vasos sanguíneos y linfáticos y a través de éstos a pulmones y al corazón. La migración prosigue por los capilares pulmonares al corazón y desde la circulación arterial a arterias mesentéricas, esplánicas y venas portales al hígado donde maduran a la forma adulta. Los adultos migran a las vénulas mesentéricas del intestino delgado (*S. japonicum* y *S. mekongi*), colon (*S. mansoni*) o plexo venoso vesical (*S. haematobium*) según la especie.

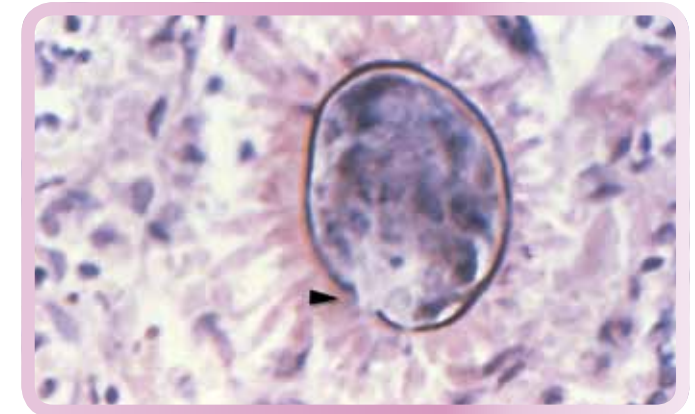
Manifestaciones clínicas

La mayoría de infectados por *Schistosoma* sp. no suelen tener síntomas. Los síntomas agudos suelen aparecer en



Schistosoma mansoni.

Fuente: CDC



Schistosoma japonicum egg.

Fuente: CDC



personas no-inmunes, como pueden ser los viajeros, debido a una mayor respuesta inmune tras la exposición. Sin embargo, las complicaciones crónicas requieren una infección más intensa y suelen aparecer en personas de zona endémica.

Infección aguda: la penetración inicial de las larvas cercarias puede ser asintomática o producir una dermatitis localizada con rash pruriginoso papular o tipo urticaria, conocido como "prurito del bañista" típicamente tras la penetración de esquistosómulas de especies de Schis-

tosoma animales. La esquistosomiasis aguda por especies humanas de *Schistosoma* se acompaña de rash que suele aparecer a las 24 horas de la exposición y es más frecuente con *S. japonicum*. La fiebre de Katayama es una reacción de hipersensibilidad sistémica a los parásitos mientras migran, pudiendo producir fiebre, mialgias, artralgias, tos seca, diarrea, cefalea, adenopatías, hepatoesplenomegalia y raramente coma y muerte. Esta reacción aparece de 2 a 8 semanas después de la exposición, siendo más frecuente con *S. mansoni* y *S. japonicum*.



Infección crónica: los síntomas principales dependerán de la especie infectante. Cuando existe afectación intestinal puede aparecer dolor abdominal, pérdida de apetito y diarrea, pudiéndose formar úlceras, pólipos y hasta obstrucción intestinal secundaria a una masa inflamatoria. La afectación hepática puede producir dos síndromes: la esquistosomiasis inflamatoria hepática y la forma crónica hepática.

La esquistosomiasis urinaria, producida por *S. haematobium*, puede cursar de forma asintomática o producir disuria y hematuria con anemia secundaria. Al progresar la enfermedad, se produce fibrosis y calcificación de la vejiga y uréteres produciendo hidronefrosis. La inflamación crónica se ha asociado a un riesgo aumentado de padecer carcinoma epidermoide de vejiga. Además del daño producido por la invasión directa por los esquistosomas, la formación de inmunocomplejos que se depositan en los riñones pueden producir proteinuria y el síndrome nefrótico.

Se pueden asociar a la esquistosomiasis dos síndromes neurológicos: la neuroesquistosomiasis medular (mielopatía aguda o subaguda) y la cerebral/cerebelosa (déficits focales de SNC, convulsiones, hipertensión intracraneal). Las complicaciones neurológicas pueden ocurrir incluso en pacientes con carga parasitaria baja, por lo que el tra-

tamiento de pacientes infectados aun cuando están asintomáticos estaría justificado.

La afectación pulmonar suele ocurrir en pacientes con infección hepatoesplénica severa al embolizarse los huevos del helminto a la circulación pulmonar a través de la circulación colateral portosistémica. Se produce una endarteritis pulmonar granulomatosa con hipertensión pulmonar y posteriormente cor pulmonale.

La afectación genital es menos frecuente y suele ocurrir con *S. haematobium*.

Interacciones con otras infecciones: la bacteremia recurrente se asocia a la esquistosomiasis (ciertas bacterias entéricas pueden llegar a la circulación a través de la mucosa colónica inflamada, y los esquistosomas adultos pueden actuar como reservorio al ingerir bacterias). Se postula que la infección con *S. haematobium* puede aumentar el riesgo de VIH, a través de varios mecanismos. No existen evidencias de que la esquistosomiasis sea más grave o difícil de tratar en personas con infección por el VIH. No obstante, la inmunosupresión parece que facilitarían la reinfección de los individuos tratados, así como disminuiría la eficiencia en la excreción de los huevos de *S. haematobium* la cual necesita de una respuesta granulomatosa adecuada. Recíprocamente la esquistosomiasis favorecería la transmisión del VIH por la existencia de lesiones inflamatorias en la mucosa genital y rectal (sobre todo en las mujeres), así como podría incrementar la replicación viral mediada por la activación crónica del sistema inmune aunque esto último no se ha demostrado de forma consistente. La coinfección con malaria también podría aumentar la morbilidad en la esquistosomiasis hepatoesplénica.

Diagnóstico

En algunos casos se detecta eosinofilia y anemia en sangre periférica, si existe hipertensión portal, trombopenia, y con la afectación renal/vesical, se puede detectar hematuria. El diagnóstico definitivo se realiza al demostrar los huevos del parásito en orina o heces, lo cual permite identificación de la especie. Sin embargo, la sensibilidad de la microscopía puede ser baja especialmente si la infección es leve, pudiendo ser negativa en las primeras 6 semanas tras la infección. Ninguna de las pruebas serológicas puede distinguir entre infección activa e infección pasada, pero una serología negativa puede descartar la infección en pacientes de zona endémica y la serología positiva es útil en los viajeros, aunque no se suele positivizar hasta un mes después de la exposición.



Tratamiento

Se recomienda el tratamiento de todos los pacientes con evidencia de infección, tengan o no síntomas, siendo el fármaco de elección el praziquantel: 40 mg/ kg repartido en 1-2 dosis para *S. haematobium*, *S. mansoni* y *S. intercalatum*; 60 mg/ kg en 2 dosis para *S. japonicum* y *S. mekongi*. Se recomienda el uso de praziquantel en embarazadas o mujeres que están lactando cuando existen datos de infección, aunque es preferible iniciar el tratamiento después del primer trimestre si es posible. Para los pacientes con fiebre de Katayama se recomienda el

tratamiento de soporte pudiéndose utilizar corticoides cuando existan síntomas severos, y el praziquantel se debería administrar 6-10 semanas tras la presentación. Los pacientes con enfermedad neurológica se deberían tratar con praziquantel y corticoides. Después del tratamiento las muestras de control (orina/heces), se deberían obtener a las 6 semanas para pacientes de zona endémica y a los 3-6 meses en los viajeros (el praziquantel no actúa sobre las formas parasitarias jóvenes). Los derivados de las artemisininas se muestran prometedores en el tratamiento de la infección reciente.

Prevención

Los programas de control y prevención de la esquistosomiasis incluyen programas de saneamiento de aguas y de tratamiento masivo dirigido a poblaciones de alto riesgo de zonas endémicas. Además, está en desarrollo una vacuna específica. El cribado de viajeros, expatriados e inmigrantes de zona endémica, especialmente si existen factores de riesgo para esquistosomiasis, también sería una estrategia útil.

BIBLIOGRAFÍA

1. M Ertek on behalf of the Refik Saydam National Public Health Agency, T Buzgan on behalf of the Ministry of Health. An outbreak caused by hantavirus in the Black Sea Region of Turkey, January-may 2009. Euro Surveill. 2009; 14 (20): pii=19214.
2. Surveillance group for New Influenza A (H1N1) Virus Investigation and Control in Spain. New Influenza A(H1N1) virus infections in Spain, April-May 009. Euro Surveill. 2009; 14 (19): pii=19209.
3. Leder K, Weller PF. Epidemiology, pathogenesis and clinical features of schistosomiasis. Diagnosis of schistosomiasis. Treatment and prevention of schistosomiasis. UpToDate, version 17.1.
4. Tavakoli NP, Wang H, Dupuis M et al. Fatal case of deer tick virus encephalitis. N Engl J Med 2009, 360: 2099-107.



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



Comunidad de Madrid