

# Boletín

## ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 8 | AGOSTO 2014

### ALERTAS

Virus Ebola

Virus Chikungunya

MERS-CoV

Virus West Nile

Virus polio

Salmonella enteritidis

PERLA: **Estrongiloidosis**

Introducción

Transmisión

Manifestaciones Clínicas

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

Bibliografía

### PERLA: ENTEROBIASIS



Larva rabbitiforme de *S. stercoralis* (Fuente: CDC)

#### Boletín Enfermedades Emergentes Agosto 2014

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)

Fuentes: Pro MED, OMS, TropiMed News, TropNet Europ, santé-voyages, Eurosurveillance, European CDC (PRU)

## SUMARIO

### ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

## Virus Ebola

El 8 de agosto la OMS declaró que el brote de Ebola en África Occidental constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y realizó una serie de recomendaciones temporales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para intentar reducir la propagación internacional del virus.

Se considera que el brote constituye un 'evento extraordinario' y supone un riesgo de salud pública para otros estados y que las posibles consecuencias de una mayor propagación internacional son particularmente graves dada la virulencia del virus, su intensa transmisión tanto en la comunidad como en los centros sanitarios, y la debilidad de los sistemas de salud en los países afectados y en los que corren mayor riesgo de verse afectados. Se considera por lo tanto que es esencial

Salir

Imprimir

e-mail



Hospital Universitario  
Ramón y Cajal  
Comunidad de Madrid

# ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

una respuesta internacional coordinada para detener y revertir la propagación internacional del virus. Entre las recomendaciones se incluye que en los estados donde se ha registrado la transmisión del Ébola se debería examinar en los aeropuertos y puertos marítimos internacionales y en los principales pasos fronterizos terrestres a todas las personas que salgan del país, a fin de detectar pacientes febriles que pudieran estar infectados por el virus. Dichos exámenes deberían consistir, como mínimo, en un cuestionario, el registro de la temperatura y, en caso de que la persona tenga fiebre, una evaluación del riesgo de que su causa sea la enfermedad por virus del Ébola. Se debería impedir el viaje a toda persona con enfermedad compatible con Ébola, a no ser que sea en el contexto de una evacuación médica apropiada. No se considera que deberían prohibirse de forma generalizada el comercio ni los viajes internacionales, aunque deberían aplicarse las restricciones definidas con respecto a los viajes de los casos de Ébola y sus contactos. La OMS considera que se debería proporcionar a los viajeros a zonas afectadas o de alto

riesgo la información pertinente sobre los riesgos y sobre como minimizarlos. Los países deberían estar preparados para detectar, investigar y atender casos de enfermedad por virus Ébola (esto debería incluir el acceso a laboratorios cualificados para el diagnóstico de la enfermedad) y deberían tener la capacidad para gestionar el cuidado de los viajeros procedentes de zonas infectadas que lleguen a los aeropuertos internacionales o a los principales pasos fronterizos terrestres con enfermedades febriles de origen desconocido. La OMS recomienda además que los estados miembros estén preparados para facilitar la evacuación y repatriación de sus ciudadanos (por ejemplo, profesionales sanitarios) que hayan estado expuestos al virus. (La declaración completa de la OMS tras la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional con todas las recomendaciones está disponible en español en el siguiente enlace: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/es/>).

A fecha de 20 de agosto, se habían notificado, entre casos confirmados, probables y sospechosos, 2615 casos

(1427 mortales). De estos se han registrado 607 casos en **Guinea** (406 mortales), 1082 casos en **Liberia** (624 mortales), 16 casos en **Nigeria** (5 mortales) y 910 casos en **Sierra Leona** (392 mortales).

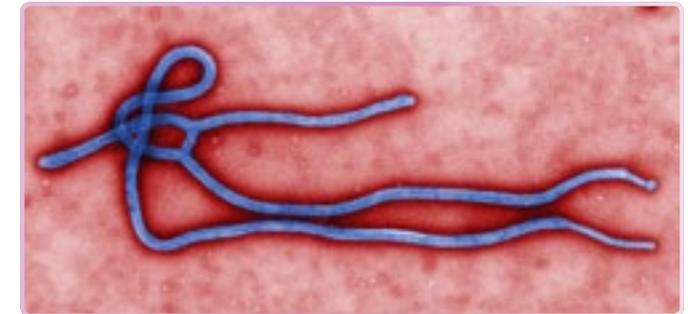


Imagen del virus Ébola (Fuente: CDC)

## Virus Chikungunya

El brote de virus Chikungunya que se detectó en el Caribe en diciembre del 2013 sigue activo y parece que el número de nuevos casos detectados está en aumento en todas las zonas afectadas. Además se ha documentado la extensión a América del Norte, Central y del Sur. Hasta el momento se han registrado unos 590.000 casos (entre probables y confirmados) en la región, aunque la tasa de mortalidad se mantiene baja (se han notificado unos 37 casos mortales). Varios países de la UE han declarado casos importados asociados con este brote.

## MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 21 de agosto del 2014 se habían registrado 855 casos de infección por el MERS-CoV (333 de estos casos han sido mortales). Hasta el momento se han dado casos confirmados en Arabia Saudí, Emiratos Árabes Unidos, Catar, Jordania, Omán, Kuwait, Egipto, Yemen, Líbano, Irán, Alemania, Francia, Italia, Grecia, Holanda, Túnez, Argelia, Malasia, Filipinas y en los EEUU. La mayoría de los casos se han registrado en Oriente Medio y se recomienda extremar las medidas de vigilancia para detectar posibles casos en personas que regresan de zonas de riesgo.

## Virus West Nile

A fecha de 22 de agosto se habían detectado 4 casos de enfermedad por este virus en países de la UE: 3 en Grecia y 1 en Austria. Además se han notificado 27 casos en países vecinos desde principios de la temporada de transmisión de este año.

## Virus polio

En las últimas semanas se han registrado nuevos casos de infección por virus polio silvestre tipo 1 (WPV1) en Pakistán. Se han notificado 146 casos este año a la OMS comparado con 192 registrados durante el mismo periodo del 2013. Este año se han diagnosticado casos de polio en nueve países: Pakistán (115 casos), Afganistán (8 casos), Guinea Ecuatorial (5 casos), Nigeria (5 casos), Somalia (4 casos), Camerún (5 casos), Irak (2 casos), Siria (1 caso) y Etiopía (1 caso). Se recuerda que desde que en mayo de este año la OMS declarase que la extensión internacional del poliovirus salvaje se consideraba un evento de salud pública de importancia internacional existen recomendaciones temporales oficiales de vacunación para los residentes y viajeros a países afectados por virus polio este año.

## Salmonella enteritidis

Entre junio y julio de este año se ha registrado un brote de enfermedad por *S. enteritidis*, con casi 80 casos en **Francia** y **Austria**, asociado al consumo de huevos producidos en el sur de Alemania. Actualmente se está investigando si otros casos notificados en Alemania (n=14), Luxemburgo (n=1) y Reino Unido (n=156) también podrían estar asociados a este brote.



## PERLA: Estrongiloidosis

### Introducción

La estrongiloidosis es la infección por el nematodo *Strongyloides stercoralis*. Es una infección endémica en zonas tropicales y subtropicales aunque también se registran casos en zonas templadas del mundo. Según algunos estudios en algunas de las zonas más afectadas la prevalencia regional puede ser mayor al 25%. Aunque puede cursar de forma asintomática es una infección potencialmente mortal en pacientes inmunodeprimidos.

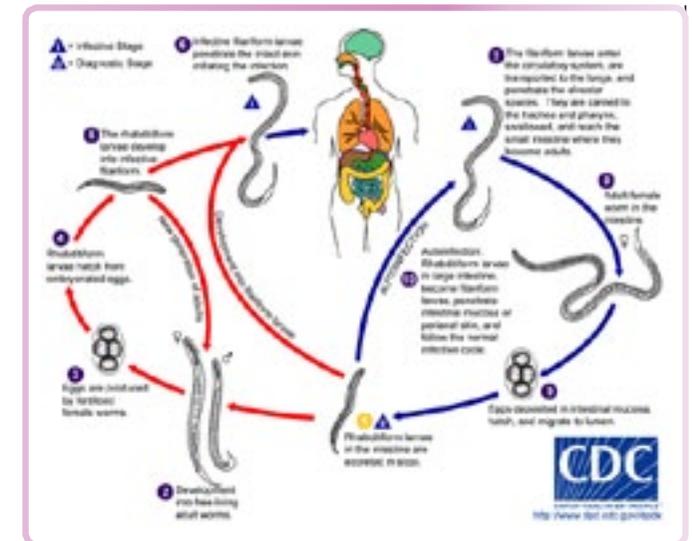
### Transmisión

Las larvas filariformes (larvas infectivas) de *S. stercoralis*, presentes en la tierra u otros materiales contaminados

con heces humanas, penetran a través de la piel tras el contacto directo. Posteriormente las larvas migran por vía hematogena a los pulmones donde entran en los alvéolos para luego ascender por el árbol traqueobronquial. Estas larvas se ingieren y maduran y se establecen en la mucosa del duodeno y del yeyuno donde los adultos pueden vivir durante varios años. La hembra adulta produce los huevos que se desarrollan en larvas no-infectivas (larvas rabditiformes) en la luz del intestino. Estas larvas se suelen eliminar en las heces tras un periodo de tiempo de 3 a 4 semanas desde la primera fase de penetración dérmica.

A diferencia de otros helmintos, *S. stercoralis* puede además completar su ciclo en el hospedador humano. De esta manera, la carga de helmintos adultos puede aumentar de manera significativa mediante un ciclo de auto-infección. En este proceso las larvas rabditiformes maduran a larvas filariformes en el tracto gastrointestinal y estas últimas pueden penetrar a través de la piel perianal

o la mucosa colónica y posteriormente completar el ciclo de auto-infección. La transformación de las larvas en el tracto digestivo se puede acelerar si existe estreñimiento,



Ciclo de *Strongyloides sp.* (Fuente: CDC)

### **Manifestaciones Clínicas**

La mayoría de pacientes infectados no tiene síntomas significativos. Algunos pacientes refieren síntomas gastrointestinales, cutáneos y/o pulmonares intermitentes mientras que otros presentan eosinofilia periférica asintomática.

En la infección crónica las manifestaciones dermatológicas más frecuentes incluyen la urticaria, el prurito, o la aparición de tractos eritematosos característicos correspondientes a la migración de la larva (*larva currens*). A nivel gastrointestinal los helmintos adultos pueden producir duodenitis con dolor abdominal, diarrea y anorexia. En algunos casos con alta carga de parásitos se ha descrito la enterocolitis crónica y la malabsorción. Cuando las larvas migran por el pulmón pueden producir tos seca, disnea, broncoespasmo y hemoptisis.

En la enfermedad diseminada las larvas filariformes pueden producir afectación pulmonar, hepática, cardíaca y del sistema nervioso central. Este síndrome se asocia a bacteriemias, neumonías y meningitis por bacterias Gram negativas que entran en la circulación desde el tracto gastrointestinal o desde los pulmones. En el caso de la enfermedad diseminada la eosinofilia suele estar ausente por el uso de corticoides o si existe una infección bacteriana concomitante.



*Larva currens* (CDC)

### **Diagnóstico**

Se pueden detectar las larvas rabditiformes en heces aunque esta técnica es poco sensible y habitualmente se precisa realizar técnicas específicas como las de concentración o el cultivo de las larvas en placas de agar para su detección. En la infección diseminada las larvas filariformes se pueden detectar en heces, esputo, en muestras de lavado broncoalveolar, en líquido pleural, y en líquido peritoneal. Las larvas también se pueden identificar en muestras de biopsias (como de mucosa duodenal o cutánea). Las técnicas serológicas también son de utilidad pero pueden dar falsos negativos en pacientes inmunodeprimidos y falsos positivos en pacientes infectados por otros helmintos. Existen técnicas de PCR para detección de este nematodo en las heces pero estas no están disponibles de rutina.

Se recomienda realizar las pruebas diagnósticas (habitualmente estudio de heces y serología) a pacientes

con clínica compatible y antecedentes epidemiológicos de riesgo, a pacientes inmunodeprimidos con factores de riesgo o con eosinofilia y a pacientes asintomáticos que proceden de o han estado en zonas endémicas.



Larva rabbitiforme de *S. stercoralis* (Fuente: CDC)

### Tratamiento

El tratamiento de elección de las infecciones no complicadas es la ivermectina (generalmente dos dosis únicas ajustadas a peso, separadas dos semanas), pudiéndose utilizar el albendazol como alternativa. En pacientes procedentes de zonas endémicas de *Loa loa* se debería descartar esta infección antes del tratamiento puesto que la ivermectina puede precipitar una encefalopatía grave en pacientes con microfilaremias elevadas por *L. loa*. En pacientes inmunodeprimidos con infección diseminada se debería intentar disminuir la terapia inmunosupresora si es posible, además de administrar la terapia anti-parasitaria específica que generalmente se debe dar durante un periodo más prolongado (5 a 7 días, aunque no existe un claro consenso

y algunos expertos abogan por mantener ivermectina diaria con/sin albendazol hasta que exista respuesta clínica). En algunos pacientes críticos con intolerancia por vía oral se ha utilizado la ivermectina subcutánea, en enema o incluso por vía parenteral. Se debe valorar iniciar cobertura antibiótica de amplio espectro, para bacterias Gram negativas principalmente, en pacientes graves con síndrome de hiperinfestación.

### Prevención

Las medidas de prevención se basan en evitar el contacto directo con la tierra en zonas endémicas para prevenir la penetración de las larvas.

### Bibliografía

- Weller P, Leder K. Strongyloidiasis. UpTo Date 2014.
- Treatment Guidelines from The Medical Letter. Drugs for Parasitic Infections. 11, e1 (2013).



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**).