

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 11 | NOVIEMBRE 2014

ALERTAS

Virus Ébola

MERS-CoV

Virus Chikungunya

Legionella sp.

Enterovirus D68

Influenza A (H5N1)

Virus Polio

PERLA: Paragonimiasis

Introducción

Epidemiología y transmisión

Manifestaciones clínicas

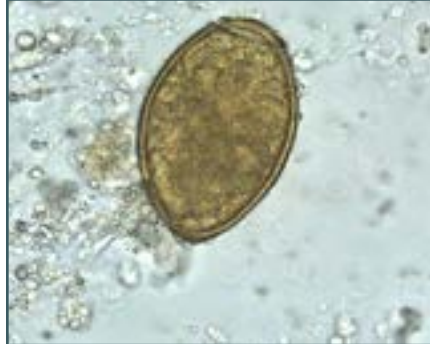
Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

Bibliografía

PERLA: *Paragonimiasis*



Huevo de *P. westermani*
(Fuente: CDC)

Boletín Enfermedades Emergentes Noviembre 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 Ébola

Se mantiene la situación crítica en los países de África occidental más afectados por el brote. A fecha de 19 de noviembre de este año y según datos de la OMS se registraban 15.145 casos (entre confirmados, sospechosos o probables, siendo 5.420 de estos casos mortales) en ocho países: **Guinea, Liberia, Mali, Sierra Leona, España, EEUU, Nigeria y Senegal.** Se considera que la transmisión se ha interrumpido en estos dos últimos países y no se han declarado casos adicionales ni en España ni en EEUU. Siguen activos los brotes en Guinea, Liberia y Sierra Leona. En Mali se han detectado seis casos (5 confirmados y uno probable). Los últimos 5 casos se han dado en la capital, Bamako, y no están relacionados con el primer caso detectado en el país a finales de octubre.

En total, se han realizado 19 evacuaciones/repatriaciones desde países afectados por el ébola. A Europa se han

Salir

Imprimir

e-mail



Hospital Universitario
Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid

evacuado 9 personas con infección confirmada por el virus: 3 a Alemania, 2 a España, 2 a Francia, 1 al Reino Unido y 1 a Noruega. En algunos de los otros casos, las personas con exposición al virus y repatriadas finalmente no resultaron estar infectadas. Se ha repatriado recientemente a España una cooperante con exposición al virus en zona endémica, estando pendiente de confirmar si se ha infectado.

Este es el mayor brote de virus ébola de la historia por el número de personas infectadas y por su extensión geográfica. Se considera que la epidemia todavía no ha alcanzado su pico y continúa extendiéndose. A medida que avanza el brote y aumenta el número de personas de otros países que se desplazan para prestar asistencia, aumenta la posibilidad de importación de algún caso de enfermedad por virus ébola a otros países. Se recuerda la importancia de adherirse estrictamente a las medidas de prevención según los protocolos oficiales establecidos ante cualquier caso sospechoso.

El brote detectado en la **R. D. Congo** este año (no relacionado con el brote de África occidental) parece que

está controlado. Se han registrado unos 66 casos (49 de estos mortales). En el último caso notificado, las pruebas de control fueron negativas a principios de octubre. Por lo tanto, si no se registran nuevos casos debería darse por finalizado este brote próximamente.

MERS-CoV

Desde abril del 2012 hasta el 20 de noviembre del 2014 se habían registrado 943 casos de infección por el MERS-CoV (379 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. Hasta el momento no se ha identificado la fuente de la infección ni el modo de transmisión aunque los dromedarios se han identificado

como una especie hospedadora del virus y muchos de los casos primarios de la infección identificados habían tenido exposición, directa o indirecta, a camellos.

Virus Chikungunya

Sigue activo el brote de este virus detectado en diciembre del año pasado en el **Caribe** y que se ha extendido a **América** del norte, central y del sur. En la región Panamericana se han registrado más de 890.000 casos hasta la fecha. Recientemente, se registraba el primer caso autóctono en Méjico. Además, a mediados de noviembre se notificaban 11 casos autóctonos de chikungunya en **Francia** en la zona de Montpellier. Estas personas vivían cerca de una persona con infección por chikungunya importada de **Camerún**. Se recuerda que actualmente también existe otro brote importante de este virus en la

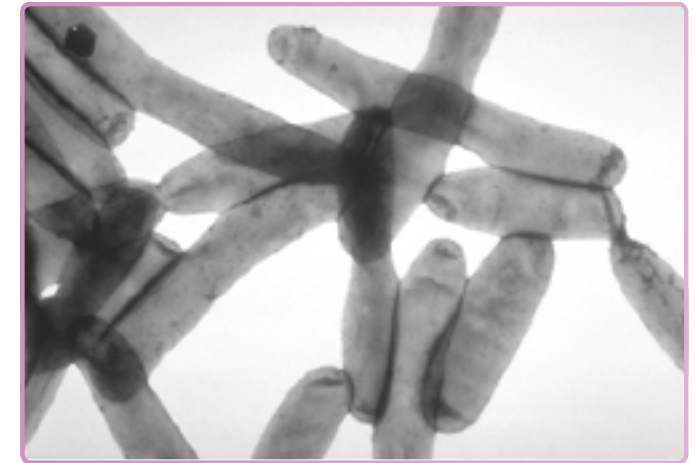
Polinesia francesa, con más de 1000 casos registrados, la mayoría en Tahití.

Los datos epidemiológicos indican que los brotes siguen extendiéndose en el Caribe, en el continente americano y en el Pacífico. El vector que transmite el virus es endémico en estas zonas, donde también puede transmitir el virus dengue. Se precisa mantener las medidas de vigilancia adecuadas para detectar posibles casos de estas infecciones en personas que regresan de las zonas afectas.

Legionella sp.

Portugal: el 6 de noviembre se identificaba un brote de legionelosis en Vila Franca de Xira, 30km al norte de Lisboa. A fecha de 17 de noviembre las autoridades sanitarias han notificado 331 casos (incluyendo 8 casos mortales) asociados a este brote: 322 en la zona de Lisboa, 3 en la

región norte, 5 en la región central y 1 en al región del Algarve. Este es el mayor brote de legionelosis registrado en Portugal y uno de los mayores notificados en la UE, pero actualmente se considera un evento local. Todos los pacientes se infectaron en Vila Franca de Xira, y se han clausurado las torres de refrigeración de las principales industrias de la zona mientras se investiga la fuente del brote. Los resultados preliminares obtenidos muestran una asociación entre las bacterias obtenidas del agua de las torres de refrigeración y las bacterias aisladas en muestras de los pacientes.



Legionella pneumophila (Fuente: CDC)

Enterovirus D68

Desde mediados de agosto hasta mediados de noviembre de este año se han notificado a los CDC en **EEUU** más de 1100 casos confirmados de enfermedad respiratoria por EV-D68 en 47 estados y el distrito de Columbia. La mayoría de casos confirmados se han dado en niños con

antecedentes de asma/patología respiratoria. Se está investigando la posible asociación de este virus con la aparición de síntomas neurológicos agudos. En **Canadá** también se ha registrado un aumento en el número de infecciones respiratorias graves producidas por EV-D68 durante el mismo periodo. En los últimos años también se han detectado casos esporádicos de infección por EV-D68 en varios países europeos.

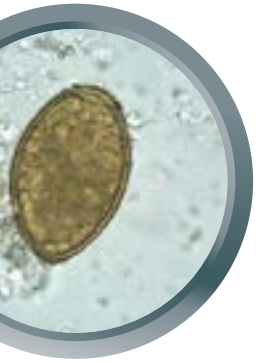
No existe vacuna ni tratamiento específico para este virus y el tratamiento es sintomático y con medidas de soporte si se precisan.

Influenza A (H5N1)

Recientemente se han diagnosticado tres casos de gripe H5N1 en **Egipto**, en personas que habían tenido contacto con aves. Desde el año 2003 hasta principios de octubre de este año se habían notificado a la OMS 668 casos de la infección (393 mortales), en 16 países. Se recomienda a los viajeros a China y el sudeste asiático, donde se han registrado la mayoría de casos hasta ahora, que eviten el contacto con aves y las visitas a mercados de aves vivas, para evitar la exposición a virus de influenza como el A (H5N1) y el A (H7N9).

Virus Polio

En el 2014 se han detectado casos de polio en 9 países: **Pakistán, Afganistán, Nigeria, Guinea Ecuatorial, Somalia, Camerún, Irak, Siria y Etiopía**. En mayo de este año la OMS declaraba que la extensión internacional del poliovirus salvaje se consideraba un evento de salud pública de importancia internacional y se emitían unas recomendaciones temporales oficiales de vacunación para los residentes y viajeros a países afectados por virus polio este año. A fecha de 14 de noviembre la OMS recomendaba la extensión y aplicación de estas recomendaciones oficiales durante 3 meses más.



PERLA: Paragonimiasis

Introducción

La paragonimiasis es una infección producida por el trematodo *Paragonimus* sp. que se adquiere principalmente por el consumo de cangrejos de agua dulce crudos o poco cocinados. Se han descrito más de 50 especies y subespecies de *Paragonimus*, y la mayoría se encuentran en hospedadores carnívoros. Se estima que unas 16 especies pueden producir infección en humanos siendo la especie más frecuente en este contexto *P. westermani*.

Epidemiología y transmisión

La paragonimiasis está principalmente distribuida en zonas de Asia, África occidental y América. Se estima que hay 20 millones de personas infectadas globalmente y más de 290 millones viven en zonas de riesgo. La prevalencia de la infección aumenta en áreas donde hay reservorios humanos y animales, hospedadores intermediarios (caracoles y cangrejos) y dónde se consumen mariscos crudos/poco cocinados con mayor frecuencia. La paragonimiasis también se puede adquirir tras el consumo de carne cruda de animales carnívoros, como jabalís, infectados con estos trematodos. Está descrita además la transmisión a través de utensilios de cocina contaminados.

Las distribución de especies de *Paragonimus* puede variar según la zona geográfica: *P. westermani* se encuentra en Asia, principalmente en China, Corea, Japón, Filipinas, Taiwán y la India; *P. africanus* se encuentra distribuido en África occidental y *P. mexicanus* en partes de América central y del sur.

El ciclo de este trematodo se inicia con la expectoración de huevos no embrionados en el esputo (o si los huevos son deglutidos estos se eliminan en las heces). En agua dulce los huevos embrionan y tras unas semanas los miracidios eclosionan y penetran las partes blandas de los caracoles intermediarios. En los caracoles los miracidios se desarrollan durante un periodo que dura de 3 a 5 meses (de esporoquiste a redia y luego a cercaria). Las cercarias emergen e infectan a los cangrejos intermediarios y tras 6 a 8 semanas, se convierten en metacercarias. Las metacercarias son las formas infectivas para los mamíferos hospedadores y la infección se adquiere tras la ingesta de cangrejos contaminados. En el duodeno las metacercarias se exquistan, penetran la pared intestinal pasando a la cavidad peritoneal, migran por la pared abdominal y diafragma hasta el parenquima pulmonar donde quedan encapsuladas y se convierten en adultos tras 5 a 6 semanas. El adulto deposita huevos que pasan

al esputo y se expectoran o son deglutidos y se eliminan en las heces, completando el ciclo. Por lo tanto, desde la infección a la eliminación de huevos suele pasar un periodo de 65 a 90 días. Ocasionalmente puede haber migración del trematodo a otros tejidos como músculo estriado o tejidos del SNC.

Manifestaciones clínicas

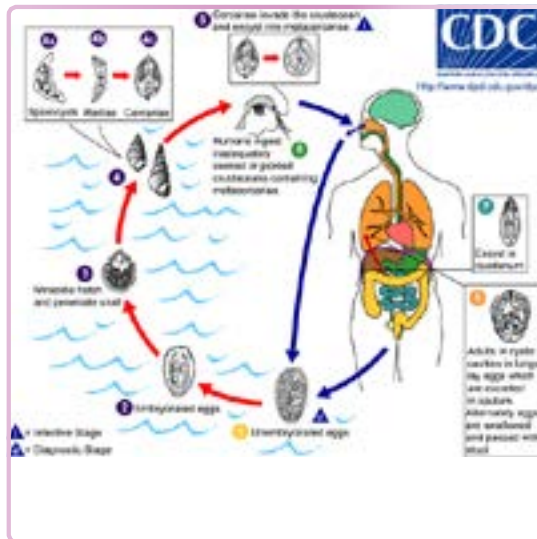
La mayoría de infecciones son asintomáticas. La mayoría de infecciones sintomáticas debutan con afectación pulmonar y la afectación extrapulmonar es infrecuente. En las fases tempranas coincidiendo con la migración de las larvas algunos pacientes presentan fiebre, diarrea, dolor epigástrico o dolor pleurítico. En algunas ocasiones se pueden objetivar derrames pleurales (generalmente eosinofílicos) o neumotórax en esta fase. A medida que progresa la migración pueden aparecer otros síntomas como el dolor torácico, la disnea, y la tos. Se pueden objetivar infiltrados pulmonares transitorios en esta etapa. El trematodo maduro puede permanecer en tejido pulmonar durante años, induciendo inflamación y fibrosis. El síntoma más frecuente en esta fase tardía es la hemoptisis recurrente: habitualmente el esputo es de color chocolate y contiene sangre, células inflamatorias e incluso huevos. No suele haber fiebre ni eosinofilia periférica.

Las manifestaciones extrapulmonares parecen ser más frecuentes con algunas especies, especialmente con *P. skrjabini*, endémica en China. Aunque la paragonimiasis cerebral es

la forma más frecuente de enfermedad extrapulmonar, la afectación del SNC es rara (ocurre en <1% de las personas con infecciones sintomáticas). El trematodo puede producir meningitis, encefalitis, aracnoiditis o lesiones ocupantes de espacio que pueden ser múltiples y de aspecto quístico. En la infección abdominal se pueden formar lesiones quísticas en la pared intestinal, en el hígado y en el riñón, entre otros. La infección del tejido subcutáneo puede producir lesiones nodulares e incluso edema subcutáneo migratorio.

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección en las fases tempranas previas a la producción de los huevos puede ser difícil y el diagnóstico de sospecha se basa en el hallazgo de manifestaciones clínicas compatibles en pacientes con eosinofilia y factores de riesgo epidemiológico. En fases más avanzadas de la infección el diagnóstico se basa en el estudio microscópico de esputo, muestras de lavado broncoalveolar o heces, donde



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

se pueden detectar los huevos característicos. También se pueden identificar los huevos o los trematodos adultos en biopsias cerebrales, de tejidos intra-abdominales o de nódulos subcutáneos. Las pruebas serológicas y técnicas de detección de antígeno también pueden ser de utilidad. Se están desarrollando otras técnicas diagnósticas basadas en la PCR que no están actualmente disponibles de rutina.



Huevo de *P. westermani* (Fuente: CDC)

En la radiografía de tórax se pueden objetivar lesiones quísticas múltiples, derrame pleural, lesiones nodulares y /o lesiones lineales irregulares. Por su aspecto algunas de estas lesiones podrían ser similares a las que aparecen en la tuberculosis o en pacientes con neoplasias pulmonares. En la paragonimiasis la lesiones suelen ser más periféricas y son más frecuentes en campos medios/inferiores mientras que la tuberculosis suele afectar habitualmente las zonas apicales del pulmón. En el caso de la paragonimiasis cerebral, y según la afectación/forma de presentación, en el diagnóstico diferencial se incluiría la neurocisticercosis, la meningitis bacteriana y las neoplasias, entre otros.

Tratamiento

El tratamiento de elección es el praziquantel (75 mg/kg/ día dividido en 3 dosis, durante 2-3 días). El tratamiento está recomendado tanto en personas sintomáticas como en las asintomáticas dada la posibilidad de desarrollar complicaciones tardías. El triclabendazol es un tratamiento alternativo eficaz

Prevención

La prevención se basa en las medidas higiénico-dietéticas adecuadas como el evitar consumo de cangrejos crudos/ poco cocinados, las medidas para evitar la contaminación de los utensilios de cocina, y las medidas higiénicas para evitar la contaminación del agua con restos fecales.

PERLAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Bibliografía

- Leder K, Weller PF. Paragonimiasis. UpToDate 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**).

[Home](#)

[Salir](#)

[Imprimir](#)

[e-mail](#)



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

Comunidad de Madrid