

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

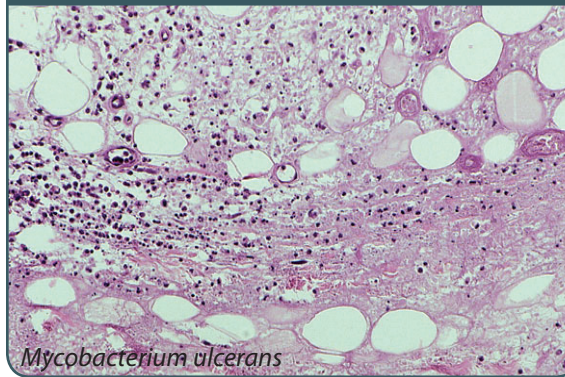
BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 11 | NOVIEMBRE 2010

ALERTAS

Cólera
Gripe aviar
<i>Trypanosoma cruzi</i>
Sarampión
Polio
Dengue
Tripanosomiasis Africana
Virus West Nile
Fiebre de Lassa
Perla:
Úlcera de Buruli (Infección por <i>Mycobacterium ulcerans</i>)
Introducción
Epidemiología
Manifestaciones Clínicas
Diagnóstico
Tratamiento
Prevención

PERLA: Úlcera de Buruli



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)

Cólera

Haití: siguen en aumento el número de casos de cólera en el país. A mediados de noviembre se registraban más

SUMARIO

ALERTAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

de 18.000 hospitalizados y más de 1.100 fallecidos desde el inicio del brote en septiembre de este año. El brote se ha centrado principalmente en el noroeste de la isla pero se ha documentado la extensión a otras zonas de Haití. El análisis del ADN bacteriano de las muestras de afectados en Haití indican que la cepa responsable del brote es originaria del sur de Asia.

República Dominicana: alerta máxima tras registrarse un caso de cólera en un trabajador de 32 años que regresó de Haití. Por el momento no se espera que el cólera tenga la misma repercusión que en el país vecino puesto que el sistema de alcantarillado y eliminación de aguas residuales está más desarrollado y el país ha tenido menos inundaciones tras el huracán Tomas.

EEUU: diagnosticado un caso de cólera en una mujer en Florida que había viajado recientemente a Haití. No se prevé un brote derivado de este caso.

Salir

Imprimir

e-mail



Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), la última pandemia de cólera del hemisferio occidental tuvo inicio en Perú en el año 1991 y se extendió a unos 16 países desde Argentina a Canadá. Desde 1991 a 1997 solamente en Perú se dieron más de 650.000 casos. La situación actual en el país caribeño es alarmante:



teniendo estas cifras y estos datos en consideración algunos expertos calculan que el brote de Haití podría producir hasta 270.000 casos. Esto se añade a la situación todavía más precaria en la que se encuentra el país tras el terremoto de este año.

Gripe aviar

China (Hong Kong): una mujer de 59 años permanece en estado grave al contraer la gripe aviar. Se ha identificado que se trata de un virus H5N1 clado 2.3.2, común en Asia. Debido al periodo de incubación es probable que la paciente adquiriese la infección durante un viaje reciente a la zona continental de China. Las autoridades han intensificado las medidas de vigilancia y de inspección de granjas avícolas, de limpieza de granjas y mercados y

han aumentado las pruebas de detección realizadas en aves. Los contactos cercanos y convivientes de la paciente han sido puestos en cuarentena y algunos han recibido profilaxis. Hasta el momento no se ha documentado la transmisión de humano a humano a raíz de este caso.

Trypanosoma cruzi

Venezuela: brote de enfermedad de Chagas en el municipio de Junin, cerca de la frontera con Colombia. Se han detectado 6 casos y de estos ha fallecido una niña de 2 años (los otros 5 casos han ocurrido en familiares de la fallecida). Se postula que el mecanismo de transmisión más probable ha sido la transmisión oral, puesto que ninguno de los afectados presentaba picaduras ni lesiones de rascado. Sigue en marcha la investigación del brote



y el estudio de otros posibles casos. Es posible que en zonas endémicas la transmisión oral, mediante alimentos o bebidas contaminadas por las heces de triatominos infectados con el parásito *T. cruzi* esté emergiendo como mecanismo de transmisión de la enfermedad de Chagas.

Sarampión

España: brote de sarampión en Granada, con inicio en el barrio de Albaicín. Se han registrado unos 36 casos, principalmente en niños no vacunados.

Polio

Congo (Congo-Brazzaville): a fecha de 9 de noviembre se registraban 184 casos de parálisis flácida aguda y 85 fallecidos en el brote de polio centrado en la ciudad portuaria de Pointe Noire. Se ha confirmado que 4 de estos casos han sido producidos por un poliovirus salvaje tipo 1. La mayoría de los casos y de las muertes

se han dado en personas mayores de 15 años. Estudios de secuenciación genética han detectado que el virus es similar al que está circulando en Angola. Anterior a este brote, Congo registraba su último caso autóctono de polio en el año 2000. Se ha lanzado un plan de respuesta de emergencia que incluirá la implementación de campañas de vacunación.



Mapa de Congo Brazzaville

Dengue

Pakistán: notificados más de 5.000 casos en el brote de dengue que afecta al país desde hace unos meses. Las zonas más afectas hasta ahora son Sindh (con casi el 50% de los casos) y Punjab.

EEUU: registrado el primer caso de dengue autóctono desde los años 50 en el condado de Miami-Dade en Florida.

Tripanosomiasis Africana

Zambia: nuevo caso de tripanosomiasis africana del este (*T.b.rhodesiense*) en un viajero y adquirido en la zona de Luangwa en el este de Zambia. Se recuerda que en septiembre de este año se notificaba otro caso, adquirido en la misma zona, en un viajero norteamericano.

Virus West Nile

España: se siguen registrando casos exclusivamente equinos en el sur de España: 41 casos (10 caballos han fallecido) en Cádiz, Sevilla y Málaga.

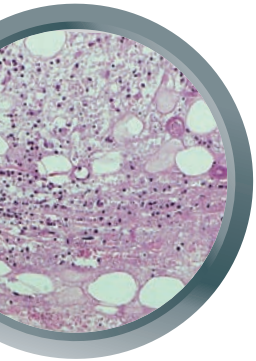
afectación multi-orgánica tras un periodo de incubación entre 6-21 días.

Fiebre de Lassa

Sierra Leona: ha fallecido la tercera persona en un brote de fiebre de Lassa que está afectando al norte del país. Según cifras de la OMS, se registran unas 5.000 muertes anuales por esta infección en África occidental, pero habitualmente solo se ve afectada la parte este de Sierra Leona, por lo que se teme que la enfermedad esté extendiéndose. La fiebre de Lassa se identificó en la población de Lassa en el norte de Nigeria en 1969 y es endémica en partes de África occidental incluyendo Liberia, Guinea y Senegal. El virus se transmite por el contacto con la orina o las heces de roedores infectados y posteriormente entre humanos por el contacto con las secreciones de los enfermos. Hasta un 80% de las infecciones pueden ser asintomáticas pero en el resto se puede producir enfermedad severa con



Mapa de Sierra leona



Úlcera de Buruli (Infección por *Mycobacterium ulcerans*)

Introducción

La úlcera de Buruli (UB) es una enfermedad cutánea necrotizante crónica producida por *Mycobacterium ulcerans*. Es una de las enfermedades tropicales desatendidas identificadas por la OMS.

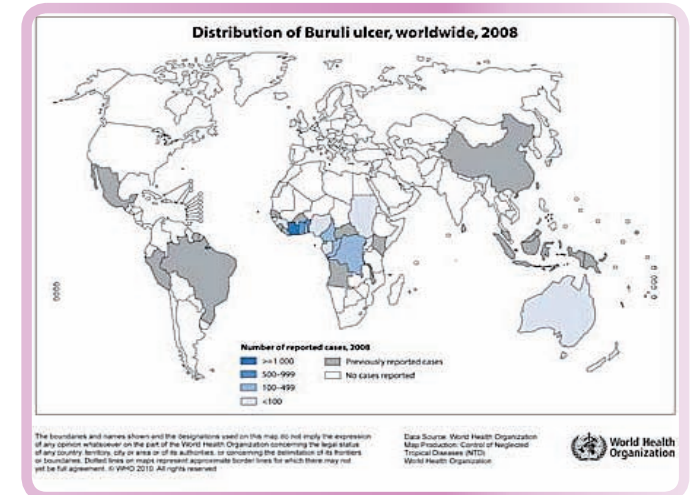
En 1897 el médico británico Sir Albert Cook describió úlceras cutáneas compatibles con la UB en Kampala, Uganda. En 1948 se realizó una descripción más detallada de la enfermedad en un grupo de pacientes en Australia y se aisló por primera vez el agente causante. El nombre más común de la enfermedad, UB, se empieza a utilizar tras registrarse un gran número de casos en la década de los sesenta en el condado de Buruli, actual distrito de Nakasongola, en Uganda.

M. ulcerans es una micobacteria que se encuentra en el medio ambiente y se transmite a los humanos por mecanismos desconocidos. Algunos pacientes refieren traumatismos previos en el lugar de las lesiones. Según varios estudios, algunos insectos acuáticos pueden albergar *M. ulcerans* en sus glándulas salivares y transmitir la infección a animales en condiciones experimentales. Se siguen investigando los mecanismos de transmisión a los humanos, pero parece que la enfermedad se asocia a la exposición a agua contaminada. No se ha demostrado la transmisión de la infección de persona a persona.

Epidemiología

Según datos de la OMS se han notificado casos en unos 33 países, principalmente en zonas con climas tropicales o subtropicales y cerca de masas de agua.

Existen algunas diferencias entre las cepas de *M. ulcerans* procedentes de África, América, Asia y Australia pero no se ha establecido una relación entre las distintas cepas y su virulencia en humanos. En África, donde se registran la mayoría de los casos, los más afectados son los menores de 15 años.



Distribución mundial de Úlcera de Buruli

Manifestaciones Clínicas

La infección suele debutar como una tumefacción cutánea móvil e indolora (nódulo), zona de induración o tumefacción difusa. *M. ulcerans* produce micolactona, una toxina destructiva que causa lesiones tisulares e inhibe la respuesta inmunitaria. Debido en parte a esta última propiedad de la toxina, la infección progresa

inicialmente sin dolor ni fiebre, y esto puede hacer que los pacientes inicialmente no soliciten atención médica. En ausencia de tratamiento se producen úlceras de gran tamaño y la afectación ósea produce deformidades incapacitantes. La morbilidad de la infección es importante, mientras que la mortalidad no es elevada y suele estar asociada al desarrollo de complicaciones como la sepsis o el tétanos.



Fuente: OMS

Diagnóstico

El diagnóstico diferencial debe realizarse, entre otros, con las úlceras tropicales, la leishmaniasis (especialmente en América del sur), la oncocercosis (forma nodular), el pie de Madura (infección crónica cutánea por actinomicetales Actinomicetales u hongos) y algunas infecciones fúngicas cutáneas como la histoplasmosis africana producida por *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii*.

Existen diversas técnicas para la confirmación diagnóstica, aunque en algunas zonas endémicas la disponibilidad puede verse limitada por la falta de recursos. El diagnóstico se puede realizar mediante:

- el examen directo tras tinción (Ziehl-Nielsen) de las extensiones de material obtenido de las úlceras o biopsias (sensibilidad en torno al 40%, los bacilos no están distribuidos de forma uniforme en los tejidos y el número suele disminuir con el tiempo)

- el cultivo de *M. ulcerans* (sensibilidad 20-60%),
- técnicas de PCR (sensibilidad 98%)
- examen anatomopatológico de biopsias (sensibilidad de aproximadamente 90%, especialmente útil cuando los anteriores métodos han resultado negativos)

Tratamiento

El diagnóstico y tratamiento precoz de los casos son necesarios para evitar las complicaciones y las secuelas. Las recomendaciones terapéuticas actuales de la OMS se basan en:

- el uso combinado de rifampicina y estreptomina o amikacina durante 8 semanas (en embarazadas una alternativa podría ser el uso de rifampicina con claritromicina oral) -la intervención quirúrgica para eliminar el tejido necrosado (se intenta demorar hasta 4 semanas tras el inicio de la antibioterapia), cubrir los defectos cutáneos y corregir las deformidades

- otras intervenciones para evitar o minimizar las discapacidades

el genoma completo de *M. ulcerans*, y esto sin duda contribuirá al avance en las investigaciones sobre la úlcera de Buruli.

Prevención

En muchos países las actividades de control de la enfermedad como la detección precoz y tratamiento de casos se ven limitadas por la falta de recursos. La vacunación con el bacilo Calmette-Guérin (BCG) parece conferir una protección parcial a corto plazo, pero el desarrollo de una vacuna eficaz sigue siendo un área de investigación prioritaria. En febrero del 2007 se publicó

Bibliografía

- Úlcera de Buruli.OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/es/index.html>
- WHO2010. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. First WHO report on neglected tropical diseases.



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



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

Comunidad de Madrid