

# Boletín

## ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 4 | ABRIL 2011

### ALERTAS

Sarampión

Melioidosis

Polio

Virus Ross River

Virus de la encefalitis de St. Louis

Gripe aviar H5N1

Dengue

Cólera

Perla: *Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis* sp y protozoos entéricos no-patógenos

Introducción

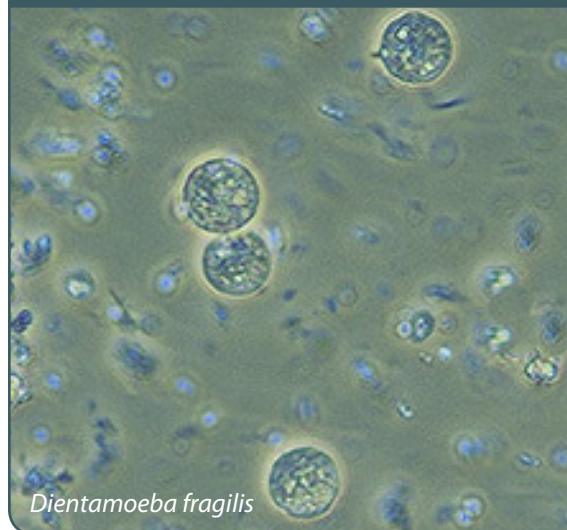
Epidemiología y Transmisión

Manifestaciones Clínicas

Diagnóstico

Tratamiento

### PERLA: *DIENTAMOEBIA FRAGILIS*, *BLASTOCYSTIS* SP Y PROTOZOOS ENTÉRICOS NO-PATÓGENOS



*Dientamoeba fragilis*

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

## Sarampión

**Europa:** la OMS alerta sobre el aumento reciente en el número de casos de sarampión en la región. A fecha de 18 de abril de este año se registraban más de 6500 casos en 33 países. En España se han registrado dos brotes importantes con más de 600 casos declarados en Andalucía desde octubre del año pasado. Los brotes se han centrado en las zonas de Sevilla (más de 350 casos desde enero del 2011) y Granada (más de 250 casos desde octubre del 2010). La OMS recomienda la administración de al menos dos dosis de vacuna en niños y valorar la vacunación de los viajeros internacionales adolescentes/adultos que desconozcan si tienen inmunidad frente al virus (vacunación o enfermedad previa). Los viajes, especialmente a determinadas zonas geográficas, pueden aumentar el riesgo de

Salir

Imprimir

e-mail



exposición al virus y transmisión posterior a poblaciones susceptibles.

## Melioidosis

**España:** notificado un caso de melioidosis importada adquirida en **África** en una mujer de 35 años previamente sana. La paciente había viajado durante 11 meses por varios países africanos (Madagascar, Namibia, Botsuana, Angola, St. Tomé, Camerún, Gabón, Nigeria, Benín, Burkina Faso, Mali, Senegal, Mauritania y Marruecos). Ingresó en un hospital de Madrid a su regreso a España por un cuadro de sepsis y distrés respiratorio y posteriormente se identificó *Burkholderia pseudomallei* en los hemocultivos. La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento con ceftazidima y doxiciclina (ya que la cepa era resistente

al cotrimoxazol). No se identificó ninguna actividad de riesgo asociada a la adquisición de la infección y en el estudio realizado no se objetivó ninguna patología médica ni situación de inmunosupresión asociada. Su compañero de viaje no presentó ningún síntoma. *Burkholderia pseudomallei* es endémica en el sudeste asiático y zonas tropicales del norte de Australia y se han notificado casos aislados en el continente americano y en África. La melioidosis se suele dar en personas que han tenido contacto directo con la tierra/agua que contiene la bacteria y la mayoría tienen algún factor de riesgo predisponente como diabetes mellitus, nefropatía, neumopatía o hepatopatía crónica, alcoholismo, terapia con inmunosupresores, o fibrosis quística. También se ha identificado como factor de riesgo el consumo excesivo de kava (*Piper methysticum*, planta de la zona del Pacífico que se utiliza para preparar una bebida con propiedades sedantes/ansiolíticas, y cuyo consumo se ha asociado con el desarrollo de hepatopatía).



Colonias de *Burkholderia pseudomallei* (Fuente: CDC)

## Polio

---

**Costa de Marfil:** brote por virus polio salvaje tipo 3 en el país. No se detectaba este tipo del virus en esta zona del oeste de África desde el año 2000. En los años 2008-2009 este país estuvo afectado por el brote por virus polio salvaje tipo 1 que circulaba en el oeste de África y que se controló recientemente. Se han iniciado dos rondas de vacunación (en marzo y abril) en varios países, pero estas no se han podido llevar a cabo en Costa de Marfil debido a la situación de inseguridad e inestabilidad política que vive el país actualmente. Está prevista una campaña de vacunación para finales de abril. Se recomienda una dosis de recuerdo de la vacuna de la polio o la serie completa (según la situación vacunal) a los viajeros a Costa de Marfil y otros países afectados de África occidental.

## Virus Ross River

---

**Alemania:** se notifican dos casos importados de infección por virus Ross River (VRR) adquiridos en el oeste de **Australia**. Las dos pacientes debutaron con síntomas típicos de la infección (fiebre, exantema maculopapular y artralgias) a finales de febrero durante su viaje a Australia y fueron diagnosticadas a su regreso a Alemania (IgM e IgG positivas frente VRR mediante inmunofluorescencia indirecta). En las pruebas iniciales no se detectó reactividad cruzada con otros alfavirus como el Chikungunya, el virus Barmah Forest y el virus Semliki Forest. El VRR es endémico en Australia (la transmisión ocurre principalmente en el territorio del Norte y en Queensland) y se transmite mediante picadura de mosquitos, habitualmente *Aedes* y *Culex*.

## Virus de la encefalitis de St. Louis

---

**Argentina:** Notificado un brote en la zona de San Juan, con 7 casos confirmados a fecha de 20 de abril. El virus se transmite por la picadura de mosquitos *Culex pipiens*, por lo que, entre otras medidas, se han iniciado campañas de fumigación en las zonas afectas. Tras la infección solo una minoría suele desarrollar encefalitis, siendo la edad avanzada un factor de riesgo para esta complicación.

## Gripe aviar H5N1

---

**Bangladesh:** notificado el segundo caso de este año en un niño de 2 años. Anteriormente solo se había registrado un caso de infección humana en este país en el año 2008 (3 casos en total, ninguno mortal).

**Egipto:** notificados dos nuevos casos, el total de casos en el país asciende ahora a 143, 47 de los cuales han sido mortales.

**Camboya:** se ha notificado un nuevo caso mortal en una niña de 5 años. Los 5 pacientes diagnosticados de gripe aviar H5N1 este año en el país han fallecido.

Con estos nuevos casos y a fecha de 21 de abril se han actualizado las cifras globales de casos en humanos: se han registrado 552 casos (322 mortales). En este año a nivel mundial se han registrado un total de 36 casos (17 fallecidos) y solamente en Egipto se han registrado 24 de estos casos, pero con una tasa de mortalidad algo más baja (7 fallecidos).

Según un informe reciente de la FAO de las Naciones Unidas, la eliminación del virus H5N1 de la población de aves de los 6 países considerados como endémicos (Bangladesh, India, China, Indonesia, Vietnam y Egipto) podría tardar más de 10 años pese a las medidas previstas.

## Cólera

**Haití:** se ha detectado un aumento en el número de casos de cólera en el último mes coincidiendo con el inicio de la época de lluvias. El brote que persiste desde el año pasado no estaba controlando y se siguen notificando más de 2000 nuevos casos cada semana.

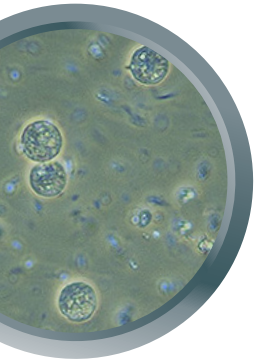
## Dengue

**Bolivia:** se han notificado más de 11000 casos sospechosos desde principios de año hasta el 8 de abril (2280 confirmados) y han fallecido 27 personas en el brote de dengue que está afectando principalmente a las zonas de Santa Cruz de la Sierra, Beni y La Paz (la mayoría de infecciones confirmadas son por el serotipo 2). Estas cifras reflejan un aumento importante respecto a las del año pasado: en el 2010 se registraron unos 9.000 casos en total.

**Paraguay:** se han notificado más de 26.000 casos sospechosos en una epidemia que se ha calificado como de las peores de la historia del país.



Mapa de Bolivia (CDC)



### *Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis* sp y protozoos entéricos no-patógenos

#### Introducción

*Dientamoeba fragilis* y *Blastocystis* sp fueron considerados como protozoos comensales entéricos y por lo tanto no patógenos para el hombre. Sin embargo, actualmente se reconoce que pueden producir enfermedad intestinal sintomática.

*D. fragilis* pertenece a la familia de protozoos flagelados que incluye *Trichomonas*, aunque inicialmente, y como podría sugerir su nombre, se clasificó dentro del grupo de amebas. A diferencia de otros protozoos que existen en forma de trofozoitos y quistes, en *D. fragilis* solamente se han identificado trofozoitos. Se han identificado al menos dos variantes genéticas pero se desconoce por el momento si estas exhiben alguna diferencia en cuanto a su patogenicidad.

*Blastocystis* sp puede existir en forma vacuolada, granular, ameboide o quística, aunque se desconoce la forma implicada en la transmisión. Se han reconocido nueve subtipos diferentes, siendo el subtipo 3 el más frecuente en humanos.

Los protozoos que se mencionan a continuación no se consideran patogénicos para los humanos y su

identificación en heces no precisa tratamiento. En pacientes sintomáticos su hallazgo obliga a buscar otra causa de los síntomas.

Amebas no patógenas: -*Entamoeba gingivalis*  
-*Entamoeba hartmanni* -*Entamoeba coli*  
-*Entamoeba polecki* -*Endolimax nana* -*Iodamoeba bütschlii*  
-*Entamoeba dispar* -*Entamoeba moshkovski*. Flagelados no patógenos: -*Trichomonas hominis* -*Chilomastix mesnili*.

#### Epidemiología y Transmisión

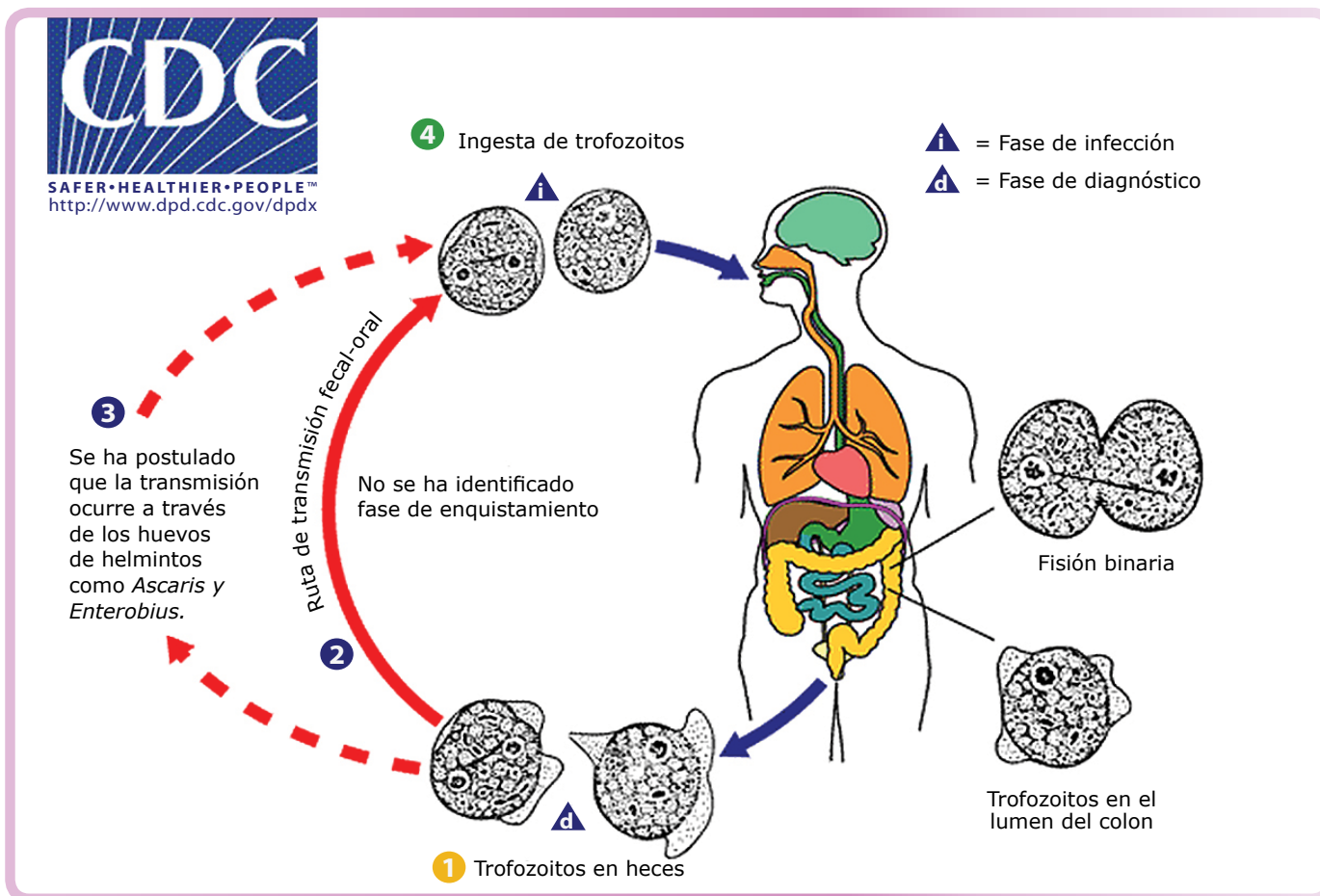
*D. fragilis* tiene transmisión fecal-oral, aunque se desconoce como los trofozoitos pueden sobrevivir fuera del organismo y mantenerse viables tras la exposición al medio ácido gástrico tras la ingesta. Algunos autores postulan que los trofozoitos sobreviven dentro de los huevos de helmintos como *Enterobius vermicularis*

# PERLAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

y se transmiten al ingerirse estos últimos. Esto podría explicar la existencia de coinfecciones con estos dos patógenos, especialmente en niños, pero otros estudios no han demostrado la correlación entre las infecciones por *D. fragilis* y *E. vermicularis*. Tiene distribución mundial aunque la prevalencia varía según la distribución geográfica y puede verse influenciada por la densidad poblacional y los niveles de higiene, puesto que se han encontrado tasas de infección más altas en algunos grupos como por ejemplo en grupos de personal militar y misioneros.

*Blastocystis* sp también tiene distribución mundial y se postula que la transmisión es fecal-oral, siendo un hallazgo más frecuente en los habitantes de países menos desarrollados y en los viajeros que regresan de estas zonas. Esto podría relacionarse con los bajos niveles de higiene, la exposición a animales y el consumo de alimentos y agua contaminados.



Ciclo biológico de *Dientamoeba fragilis*

## Manifestaciones Clínicas

Se desconoce tanto el periodo de incubación de la infección por *D. fragilis* como la proporción de infectados que permanecerán asintomáticos tras la infección. El parásito se localiza en el colon donde puede producir colitis y los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal y la diarrea, tanto aguda como recurrente. En algunos casos se puede detectar eosinofilia periférica, que es un hallazgo excepcional en las infecciones por protozoos intestinales (la infección por *Isoospora belli* también puede cursar con eosinofilia en sangre).

Los principales síntomas que se han asociado a la infección por *Blastocystis* sp son la diarrea, el dolor

abdominal, la distensión abdominal y la urticaria. Algunos estudios sugieren una posible asociación entre *Blastocystis* sp y el síndrome de colon irritable, aunque no se ha establecido una clara relación causal.

## Diagnóstico

El diagnóstico se realiza tras la detección directa de los trofozoitos de *D. fragilis* en heces que se han procesado correctamente (fijación y tinción). Los trofozoitos son frágiles y si la muestra no se procesa adecuadamente esto conllevará una infradiagnóstico de la infección. También se utilizan técnicas de cultivo y de PCR, que están disponibles en laboratorios especializados.

El diagnóstico de la infección por *Blastocystis* sp se suele realizar mediante la identificación microscópica en heces. También se pueden utilizar técnicas de cultivo en heces, ELISA y PCR, pero estas no están disponibles de rutina.

## Tratamiento

Aunque existen diferencias de opiniones acerca de la patogenicidad de estos organismos, existen numerosos casos y series que describen la resolución de síntomas en los pacientes solamente tras la intervención terapéutica y la erradicación del organismo. Aunque se reconoce la necesidad de realizar más estudios para

# PERLAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

aclarar la virulencia, patogenia y modo de transmisión de estos protozoos, *D. fragilis* y *Blastocystis* sp deberían incluirse en el diagnóstico diferencial de los cuadros de diarrea crónica, dolor abdominal, anorexia sin causa aparente e incluso deberían descartarse en pacientes diagnosticados de colon irritable.

Se recomienda el tratamiento de la infección cuando uno de estos dos organismos se identifica como patógeno aislado en pacientes sintomáticos con dolor abdominal y diarrea de al menos una semana de duración. Aunque no se han realizado ensayos clínicos controlados y randomizados a gran escala para evaluar

las distintas terapias frente a *D. fragilis*, se pueden utilizar pautas con paromomicina, iodoquinol, e incluso pautas de tratamiento combinado.

Para el tratamiento de *Blastocystis* sp se pueden utilizar metronidazol, tinidazol, trimetoprim-sulfametoxazol o nitazoxanida.

## Bibliografía

- Johnson EH, Windsor JJ, Graham Clark C. Emerging from Obscurity: Biological, Clinical and Diagnostic Aspects of *Dientamoeba fragilis*. Clin Microbiol Rev, 2004; 17 (3), 553-70.
- Stark DJ, Beebe N, Marriott D, et al. Dientamoebiasis: clinical importance and recent advances. Trends Parasitol 2006, 22(2), 92-96.
- Stark D, Barratt J, Roberts T, et al. A review of the clinical presentation of dientamoebiasis. Am J Trop Med Hyg, 2010, 82 (4), 614-9.



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