

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 8 | AGOSTO 2011

ALERTAS

Plasmodium vivax

Dengue

Enfermedad Mano-Boca-Pie

Sarampión

Rabia canina

Virus West Nile

Gripe aviar H5N1

Fiebre Hemorrágica Venezolana

Perla: *Vibrio cholerae*

Introducción

Microbiología

Manifestaciones clínicas

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

PERLA: DIARREA PERSISTENTE EN VIAJEROS



Vibrio cholerae

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

Plasmodium vivax

Grecia: se ha confirmado un caso de malaria por *P. vivax* en un viajero al sur de Grecia (Elos y Skala). El viaje fue durante la última semana de julio, y el paciente no tenía antecedentes de viajes a zonas endémicas de malaria. Se considera que Grecia está libre de malaria desde 1974 y sin embargo según las autoridades sanitarias griegas desde junio de este año se han notificado 6 casos de malaria en personas que no habían viajado a zonas de malaria. Todos estos casos han sido por *P. vivax* (confirmados) y han ocurrido en la región sur del país (Peloponeso), específicamente en los distritos de Laconia y Evoia. Se han intensificado las medidas de vigilancia epidemiológica y de control de mosquitos en las zonas afectas. Por el momento se considera que el

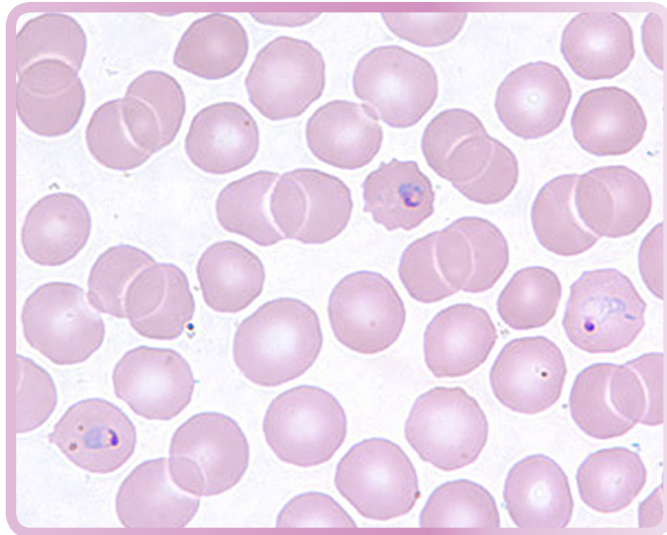
Salir

Imprimir

e-mail



riesgo de malaria en Grecia es limitado y puesto que se han implementado medidas de control los CDC americanos por el momento no están recomendando la profilaxis anti-palúdica a los viajeros al país. Se recuerda que es recomendable extremar las medidas frente a las picaduras.



Plasmodium vivax (Fuente: CDC)

Dengue

Bahamas: las autoridades han alertado sobre el brote de dengue en las islas donde se han notificado más de 1500 casos. Se han iniciado labores de fumigación especialmente en las áreas más pobladas y se ha informado a la población local sobre la importancia de las medidas preventivas.

Enfermedad Mano-Boca-Pie

Vietnam: sigue activo el brote declarado en el país,

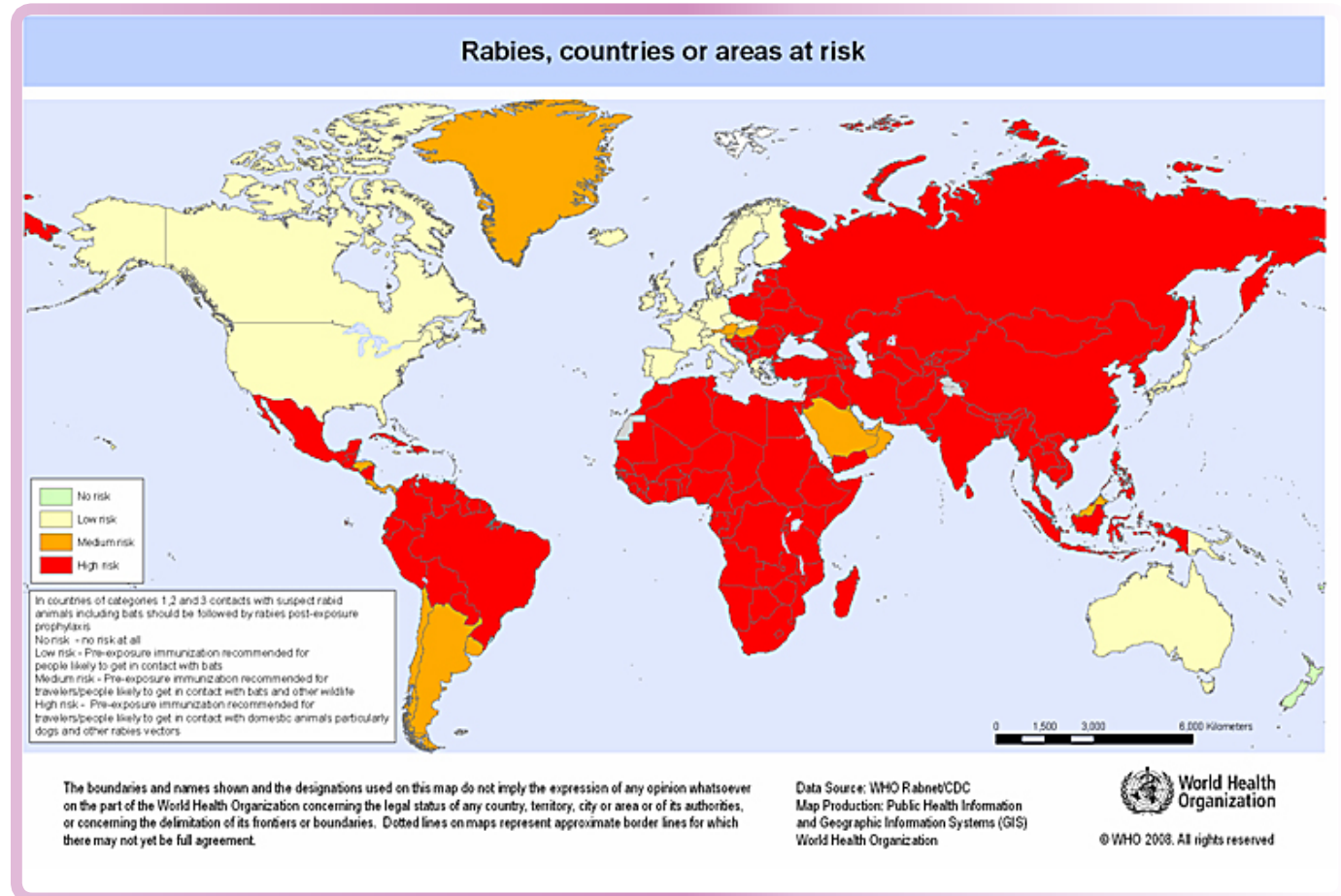
con más de 32.500 casos declarados en 52 localidades. El tipo 71 de Enterovirus es el principal implicado en este brote, que se ha asociado a una elevada tasa de complicaciones. La gran mayoría de los casos letales se han dado en menores de 5 años y se ha recomendado que se tomen precauciones especiales para descontaminar las guarderías y los centros escolares para prevenir la transmisión.

Sarampión

España: se ha contenido el brote de sarampión declarado en Asturias en mayo de este año y que ha afectado a una veintena de personas.

Rabia canina

Francia: se notifica un caso de rabia canina en Francia en un perro de 3 meses importado ilegalmente desde Marruecos, a través de España. Los dueños, familiares y contactos han recibido tratamiento post-exposición según el tipo de contacto. Ninguna persona tuvo contacto directo con el perro en España. Desde el año 2001, se han importado a Francia, de forma ilegal, al menos 9 perros con rabia: en todos los casos menos dos el origen de estos animales fue Marruecos, y estos fueron transportados a través de España para llegar a Francia (otro de los perros fue importado desde el sur de España y el virus aislado fue similar a cepas marroquí y en el último caso el perro fue importado desde Gambia y a través de Bélgica a Francia). En relación con estos 9 animales el número de personas que precisó tratamiento post-exposición varió de 2 a 187 por episodio. Aunque no se ha dado ningún caso de rabia humana autóctona en la Francia continental desde 1923 estos casos ponen de manifiesto el riesgo potencial asociado a la importación ilegal de perros a zonas libres de rabia.



Fuente: OMS

Virus West Nile

Europa: confirmados varios casos de infección por virus West Nile en varios países europeos. Desde principios de julio de este año hasta el 11 de agosto se han declarado casos en **Albania** (2 casos), **Grecia** (22 casos), **Israel** (6 casos), **Rumania** (1 caso), y la **Federación Rusa** (11 casos). Estas notificaciones reflejan en parte las condiciones climatológicas favorables: con las lluvias y las temperaturas elevadas aumentan las poblaciones de mosquitos.

Gripe aviar H5N1

Camboya: detectado un nuevo caso letal de gripe H5N1 en una niña de 6 años. Los 8 casos diagnosticados en el país este año han sido mortales.

Egipto: una niña de 6 años se ha recuperado tras ser diagnosticada de una infección por virus de influenza H5N1. De los 151 casos confirmados en Egipto hasta la fecha, 52 han sido mortales.

Fiebre Hemorrágica Venezolana

Venezuela: declarado un brote de fiebre hemorrágica venezolana (FHV) en una zona del estado de Portuguesa. Se han notificado 4 casos (uno de ellos mortal) en las últimas dos semanas. La FHV está producida por el virus Guanarito, un arenavirus relacionado con otros dos arenavirus de América del sur: el virus Machupo (que causa la fiebre hemorrágica boliviana) y el virus Junin (fiebre hemorrágica argentina). El reservorio natural del virus son varias especies de roedores, y para evitar la transmisión de la infección se recomienda evitar el contacto con roedores y sus excreciones.



Vibrio cholerae

Introducción

Vibrio cholerae es un bacilo Gram-negativo curvo. La infección por este organismo se asocia típicamente a cuadros de diarrea copiosa, indolora y acuosa tras la ingesta de agua o alimentos contaminados. Se estima que ocurren de 3 a 5 millones de casos de cólera (unos 100.000 letales) anuales, pero estas cifras muy probablemente infraestimen la magnitud del problema. El cólera es endémico en los países menos desarrollados de Asia y África y se ha asociado a epidemias en Asia,

Oriente Medio, Centroamérica y América del sur. En la última década se han notificado epidemias importantes en varios países africanos. Actualmente se registra un brote importante en Haití, país devastado por el terremoto en enero del 2010. La cepa de *V. cholerae* detectada en Haití es casi idéntica a las cepas El Tor O1 que predominan en el sudeste asiático y distinta a las que circulan en Latinoamérica y el este de África. Los estudios epidemiológicos iniciales realizados apoyan la teoría de la importación de la bacteria causante desde Asia por las tropas de las Naciones Unidas. Posteriormente se ha detectado la misma cepa en pacientes con cólera en otros países, como la República Dominicana y EEUU.

Microbiología

Existen más de 200 serogrupos de *V. cholerae*, que se determinan según el antígeno O del lipopolisacárido de la pared celular. Los serogrupos de *V. cholerae* asociados a las epidemias de cólera en humanos son el O1 y el O139. Los otros serogrupos son cepas "no-O1" que se asocian a casos esporádicos de gastroenteritis y en ocasiones a otras infecciones. *V. cholerae* O1 se divide en dos biotipos, "clásico" y "El Tor", y estos a su vez se subdividen en 3 serotipos, Inaba, Ogawa e Hikojima. El principal factor de virulencia de *V. cholerae* O1 y O139 es la toxina colérica, una proteína compuesta de una subunidad A y 5 subunidades B. La unión de la toxina al enterocito de la mucosa intestinal produce un aumento en la secreción de cloro y una reducción en la

absorción de sodio que produce una pérdida masiva de agua y electrolitos.

Manifestaciones Clínicas

La mayoría de infecciones por *V. cholerae* son asintomáticas. Con el biotipo El Tor que circula actualmente se da un caso clínico por cada 30-100 infecciones, mientras que con el biotipo clásico que circulaba previamente, se producía un caso clínico por cada 2-4 infecciones aproximadamente. El periodo de incubación es de unas horas hasta 5 días. Los organismos deben pasar la barrera gástrica ácida,

y los periodos de incubación más cortos suelen darse en pacientes con un pH gástrico más elevado y que han ingerido un inóculo elevado de organismos. La diarrea puede aparecer de forma brusca y las heces son típicamente acuosas con moco y se describen como agua de arroz. Los pacientes pueden presentar tras escasas horas desde el inicio de los síntomas con pérdidas de volumen importante (de hasta 500-1000 mL por hora). Las complicaciones se deben tanto a la pérdida de volumen que puede producir una insuficiencia renal aguda como a la pérdida de electrolitos (las heces contienen concentraciones elevadas de sodio, potasio, cloro y bicarbonato). Otras

complicaciones frecuentes son la hipopotasemia severa (que puede producir arritmias, íleo y calambres) y la acidosis metabólica. La hipoglucemia es un factor de mal pronóstico, especialmente en los niños, y puede contribuir a la afectación neurológica/convulsiones que pueden objetivarse en los casos más severos. La mortalidad en los casos no tratados es elevada, incluso mayor del 50%, y están especialmente en riesgo los niños y las embarazadas.

Diagnóstico

Para el diagnóstico se puede realizar coprocultivo en

medio selectivo que inhibe el crecimiento de otras bacterias entéricas, e identificación mediante pruebas bioquímicas y serotipado. Se puede realizar tinción de Gram en las heces o examen con microscopio de campo oscuro o de contraste de fases. Las técnicas de PCR en heces y serológicas se suelen utilizar principalmente para los estudios epidemiológicos.

Tratamiento

El tratamiento se basa en la corrección de la deshidratación, que se realizará por vía oral o intravenosa

según el grado de severidad. El tratamiento antibiótico ha demostrado beneficios en varios estudios, puesto que reduce la duración de la diarrea y de la excreción de *V. cholerae*. La terapia con antibióticos se suele iniciar tras la rehidratación inicial y cuando el paciente tolere por vía oral. Se puede utilizar la doxiciclina en dosis única, fluoroquinolonas (ciprofloxacino) y macrólidos (siendo estos últimos los antibióticos de elección en niños y embarazadas). En los niños, el uso de suplementos de zinc ha demostrado una reducción en la duración de la diarrea.

Prevención

Las precauciones con el agua y los alimentos son esenciales para limitar la transmisión de la infección. Existen dos tipos de vacunas orales comercializadas, aunque se suelen utilizar solamente en situaciones especiales puesto que el riesgo de cólera en viajeros es muy bajo, incluso cuando se viaja a países de riesgo, si se toman las precauciones adecuadas. La vacunación se podría valorar en viajeros de alto riesgo como cooperantes a campos de refugiados o zonas con brotes activos de cólera. Está disponible una vacuna inactivada

de células enteras de *V. cholerae* O1 que también contiene la subunidad B recombinante de la toxina (WC-rBS). Esta vacuna ofrece una protección de un 85% aproximadamente durante 6 meses, y posteriormente la

eficacia va disminuyendo. No protege frente *V. cholerae* O139. Según algunos estudios a corto plazo esta vacuna también proporciona cierta protección frente a la diarrea por *E. coli* enterotoxigénico.

En la India y Vietnam están disponibles además vacunas inactivadas bivalentes de células enteras de *V. cholerae* O1 y O139 (no contienen la subunidad B de toxina).

Bibliografía

- Mailles A, Boisseleau D, Dacheux L, *et al.* Rabid dog illegally imported to France from Morocco, August 2011. Euro Surveill. 2011;16(33): pii=19946.
- Piarroux R, Barrais R, faucher B, *et al.* Understanding the Cholera Epidemic, Haiti. Emerg Infect Dis, 2011; 17 (7): 1161-7.
- Dowell SF, Baden CR. Implications of the Introduction of Cholera to Haiti. Emerg Infect Dis, 2011: 17 (7): 1299-1300.
- Buttermont JR. Overview of Vibrio cholerae infection. Up-To-Date version 19.2, 2011.
- Roy SK, Hossain MJ, Khatun W, *et al.* Zinc supplementation in children with cholera in Bangladesh: randomised controlled trial. BMJ 2008; 336: 266.
- World Health Organization. Vaccine-preventable diseases and vaccines. International Travel and Health. Situation as on 1 January 2011. <http://www.who.int/ith/chapters/ith2011chap6.pdf> (acceso 10 agosto 2011).



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**).