

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 12 | DICIEMBRE 2010

ALERTAS

Cólera

Influenza

Vacuna *Neisseria meningitidis* grupo A

Sarampión

Parotiditis

Dengue

Polio

Plasmodium falciparum

Gripe aviar H5N1

Rabia

Perla:

Dracunculiasis (Gusano de Guinea)

Introducción

Transmisión

Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Tratamiento y Prevención

PERLA: Dracunculiasis



Larvas de
Dracunculus medinensis

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

Cólera

Haití: a mediados de diciembre se contabilizaban más de 2300 fallecidos y más de 100000 afectados en el brote de cólera que ya afecta a todas las provincias del país. Se trata de una cepa productora de toxina particularmente virulenta y según el CDC la tasa de mortalidad podría ser hasta 12 veces mayor que la registrada durante la epidemia de cólera en Perú en el año 1991.

R. Dominicana: registrados unos 32 casos.

Influenza

Europa: la temporada de gripe 2010-2011 ha comenzado en Europa con un aumento de la transmisión documentada en al menos 11 países. Los principales virus que circulan actualmente son el virus pandémico A (H1N1) 2009 y virus

Salir

Imprimir

e-mail



de influenza tipo B. A fecha de 16 de diciembre el país más afectado ha sido el Reino Unido y aunque la mayoría de los casos han sido leves se han dado un número significativo de casos severos que han precisado hospitalización y se han registrado casos letales, algunos de ellos en pacientes de grupos de riesgo como las mujeres embarazadas.

Vacuna *Neisseria meningitidis* grupo A

Burkina Faso: el 6 de diciembre el país comenzaba una campaña nacional de vacunación con una nueva vacuna conjugada frente al meningococo grupo A (MenAfriVac), uno de los principales grupos que circulan en la zona. Se espera vacunar hasta a 12 millones de personas. Se prevé que Malí y Níger, también países hiperendémicos en el llamado cinturón de la meningitis de África sub-Sahariana, iniciarán asimismo campañas de vacunación próximamente.

Sarampión

España: a fecha de 7 de diciembre se registraban un total de 59 casos confirmados de sarampión en el brote detectado en Granada a mediados de octubre de este año. La mayoría de casos se han registrado en menores de 15 años, con pocos casos diagnosticados en personas adultas. Un gran número de los casos se han dado en personas no vacunadas. En general, la cobertura vacunal de la triple vírica en Andalucía (>95%) se considera la adecuada para interrumpir la transmisión de la infección en la población. Sin embargo, estudios de seroprevalencia realizados en 1996 indican que podría haber un 5% de susceptibles, aproximadamente, entre los nacidos entre 1986-1997 (edad actual entre 24-33 años).

Parotiditis

Alemania: notificado un brote de parotiditis en la zona norte de Baviera con 115 casos confirmados entre el 1 de julio y el 31 de octubre de este año. Los datos registrados hasta ahora reflejan una tasa elevada de complicaciones con 21 casos de orquitis y 1 caso de meningitis. El virus es del genotipo G que se ha asociado a varios brotes recientes en Europa y EEUU. Se identifica la necesidad de ampliar los estudios para determinar si el brote actual ha sido a consecuencia de un alto número de individuos susceptibles o por una cepa salvaje en circulación. Se ha recomendado la iniciación de una campaña de vacunación en la zona



Mapa de Baviera, Alemania

Dengue

Venezuela: persiste el brote de dengue en el país, este año se han notificado más de 114.000 casos (casi el doble que durante el mismo periodo del 2009), que representan las cifras más altas de los últimos 21 años. Entre las zonas más afectadas se encuentra el estado de Falcón, y se prevé que la situación pueda empeorar debido a las inundaciones recientes.

Polio

R.D. Congo: notificado un brote en la población de Kikwit y alrededores con 36 casos, de los cuales han fallecido 15 personas. Está previsto que se inicien campañas de vacunación urgentes.

Rabia

Indonesia: no está controlado el brote de rabia que comenzó en Bali a finales del 2008: con la última muerte la cifra de fallecidos asciende a 108, y se teme que el número real de afectados pueda ser aún mayor.

Gripe aviar H5N1

Indonesia: nuevo caso en el país (171 casos totales).

Egipto: nuevo caso fatal: con este suman 37 muertes de un total de 113 afectados.

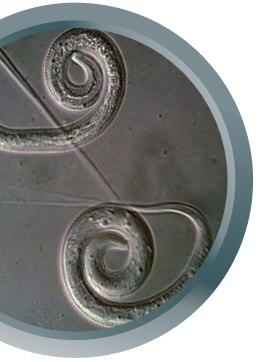
Plasmodium falciparum

EEUU: diagnosticado un caso de malaria por *P. falciparum* en una mujer de 31 años del condado de Duval, Florida, que no refería antecedentes de viajes internacionales. En Florida en lo que va de año se han registrado 111 casos de malaria, todos importados de otros países. En Duval se han notificado 5 casos importados en el 2010. Este sexto caso podría ser el primero de adquisición local en el condado en los últimos 10 años.

Alemania: se notifica un caso de malaria por *P. falciparum* probablemente adquirido en **Libia**, país actualmente designado como libre de malaria por la OMS. La viajera estuvo en la región de Fezzan en el suroeste del país, zona frecuentada por Tuaregs y otras poblaciones de nómadas originarias de países endémicos para la malaria al sur y al oeste de Libia. Además, distribuidas en varias zonas del país hay unas 7 especies de mosquitos *Anopheles* que pueden actuar como vectores competentes de la malaria.



Mapa de Libia



Dracunculiasis (Gusano de Guinea)

Introducción

La dracunculiasis o dracontiasis es una enfermedad parasitaria producida por el nematodo *Dracunculus medinensis*, también llamado "gusano de Guinea o gusano de Medina". Anteriormente este parásito era una causa importante de morbilidad en amplias zonas de África, Yemen y la India, se calcula que en la década de los cincuenta pudo haber aproximadamente unos 50 millones de casos. Tras la instauración de un programa intensivo de erradicación a nivel global se han reducido el número de países endémicos desde 20 en 1986 a

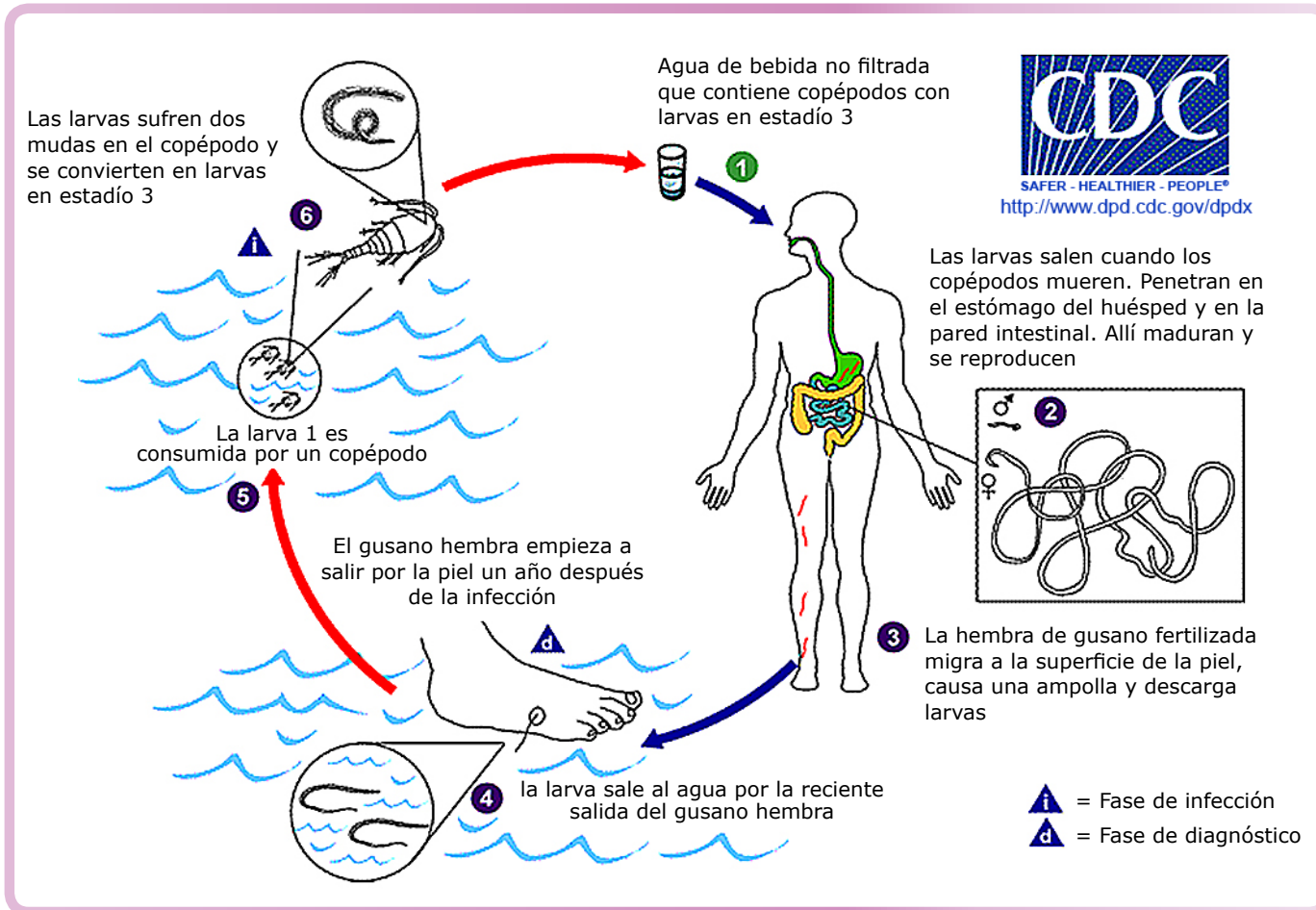
4 en el 2009 (Etiopía, Ghana, Mali y Sudan). En el 2009 el número de casos anuales registrados globalmente fueron menos de 3.200, y el 85% de estos se dieron en Sudan, donde la correcta implementación de los programas de erradicación se ha visto impedida por la situación de conflicto mantenida en el país.

Transmisión

Los humanos son el único hospedador conocido de *D. medinensis*. La infección ocurre tras la ingesta de agua no filtrada, contaminada con copépodos (pequeños crustáceos conocidos como pulgas de agua) que contienen las larvas infectivas. Al ingerirse los copépodos mueren, liberando las larvas de su interior y que penetran la pared gástrica o duodenal del hombre entrando en el abdomen y espacio retroperitoneal. Tras la maduración a las formas adultas y la reproducción, los gusanos macho mueren y las hembras migran a los

tejidos subcutáneos, pudiendo alcanzar una longitud de 70-120 cm. Aproximadamente 12 meses después de la infección el gusano hembra produce una ampolla en la piel, habitualmente en las extremidades inferiores. Cuando esta lesión entra en contacto con el agua (generalmente al sumergir el paciente la extremidad en el agua en los pozos abiertos), el nematodo emerge y libera larvas al agua que serán posteriormente ingeridas por un copépodo. Tras dos semanas las larvas se convierten en larvas infectivas, completando el ciclo.

La transmisión de la dracunculiasis tiene un patrón estacional. En zonas más secas, las personas suelen infectarse durante la época de lluvias, cuando abunda el agua estancada, mientras que en zonas más húmedas, la infección suele ocurrir durante la época seca cuando el agua superficial se seca quedando zonas de agua estancada residual (la infección no suele adquirirse al beber agua corriente de ríos o manantiales).



Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Las personas infectadas suelen estar asintomáticas durante un año aproximadamente. Justo antes de aparecer la lesión cutánea algunos pacientes pueden tener síntomas sistémicos (fiebre, urticaria, prurito, mareos, náuseas, vómitos y diarrea). Tras esto se forma una ampolla dolorosa (2-7cm), en las extremidades inferiores en el 80-90% de los casos. La salida del helminto a través de la lesión para liberar las larvas y habitualmente tras el contacto con el agua, suele producir un dolor muy intenso. Aunque la mortalidad asociada a la infección es baja, puede cursar con complicaciones como celulitis, formación de abscesos, sepsis, artritis séptica cuando existe afectación articular, y casos de tétanos. Aunque es infrecuente, el helminto

puede migrar a sitios ectópicos como el pulmón, el ojo, el pericardio o la médula, pudiendo producir abscesos en estas localizaciones. Algunos gusanos mueren sin salir por la piel y se calcifican. Estas calcificaciones subcutáneas pueden palparse o pueden suponer un hallazgo incidental radiográfico.

El diagnóstico es clínico, pudiéndose objetivar una eosinofilia periférica.



Fuente: CDC

Tratamiento y Prevención

No existe tratamiento farmacológico para la dracunculiasis. Se han utilizado algunos fármacos como el metronidazol, el tiabendazol y el mebendazol, pero aunque pueden tener algún efecto anti-inflamatorio, no se ha demostrado ningún efecto sobre el helminto adulto ni sobre las larvas. No se desarrolla inmunidad protectora tras la infección, y en algunas zonas endémicas hay personas que sufren la enfermedad todos los años. El tratamiento se basa en la extracción, lenta (días a semanas) y casi siempre dolorosa, del helminto a través de la piel. Si el helminto se rompe durante la extracción, se puede producir una reacción inflamatoria intensa local. Las curas locales de la herida son importantes para prevenir la sobreinfección.

PERLAS ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Las medidas preventivas utilizadas para intentar alcanzar la erradicación mundial en un futuro próximo incluyen, además de las medidas de educación y vigilancia epidemiológica, la filtración para eliminar los copépodos del agua utilizada para el consumo humano, el uso de insecticidas para matar los copépodos, y la construcción de pozos cerrados para que las fuentes de aguas no se contaminen tras los baños de los individuos infectados.



Fuente: CDC

Bibliografía

- Influenza Team. Start of the influenza season 2010-11 in Europe dominated by 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus. Euro Surveill. 2010; 15 (50), pii=19753.
- López Hernández B, Laguna Sorinas J, Marín Rodríguez I, *et al.* Spotlight on measles 2010: An Ongoing Outbreak of measles in an unvaccinated population in Granada, Spain, October to November, 2010. Euro Surveill. 2010; 15 (50): pii=19746.
- Otto W, Mankertz A, Santibanez S, *et al.* Ongoing outbreak of mumps affecting adolescents and young adults in Bavaria, Germany, August to October 2010. Euro Surveill. 2010; 15 (50): pii=19748.
- CDC: <http://www.cdc.gov/parasites/guineaworm/> Acceso 25 noviembre 2010
- OMS: http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/guinea/en/ Acceso 25 noviembre 2010



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)**.