

Boletín

ENFERMEDADES EMERGENTES

BOLETÍN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Nº 1 | ENERO 2012

ALERTAS

Vibrio cholerae

Gripe

Gripe aviar H5N1

Linfogranuloma venéreo

Meningitis meningocócica

Leishmaniasis visceral

Dengue

Sarampión

Bacillus anthracis

PERLA: Enfermedad de Carrión

Introducción

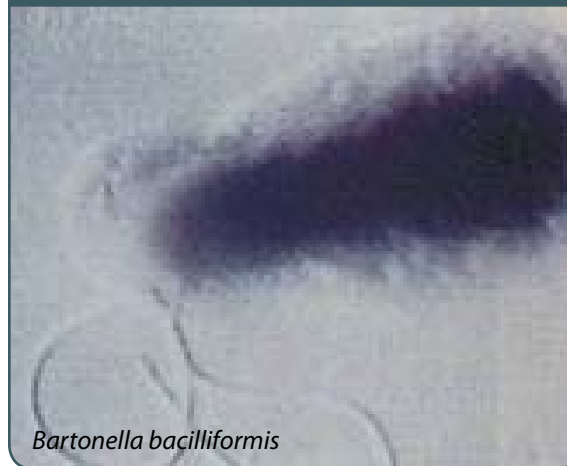
Manifestaciones clínicas

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico

Tratamiento

PERLA: ENFERMEDAD DE CARRIÓN



Bartonella bacilliformis

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

Vibrio cholerae

R.D. Congo: más de 1600 casos de cólera en la provincia de Bukavu en las últimas semanas, de los cuales han fallecido al menos 14 personas. Se estima que miles de personas están en riesgo debido a las condiciones sanitarias deficientes.

Somalia: han fallecido más de 25 niños por cólera recientemente y centenares de niños están muy graves en el campo de refugiados de Dolo Ado cerca de la frontera con Etiopía. También se han confirmado casos de cólera en otras zonas del país: Banadir, Bay, Mudug y Lower Shabelle. Los conflictos y la escasez de agua y alimentos en la zona empeoran esta situación crítica.

Salir

Imprimir

e-mail



Gripe

Según datos de la OMS en las regiones templadas del hemisferio norte la actividad de influenza se mantiene en un nivel bajo, salvo en algunas zonas de Europa (España, Turquía, Italia, Malta), Canadá, norte de África (Túnez, Argelia), China y Oriente Medio donde se ha notificado un aumento de casos. El principal tipo/subtipo del virus detectado en la zona templada del hemisferio norte es influenza A (H3N2), salvo en Méjico donde el principal subtipo circulante es influenza A (H1N1) pdm 09 y en China que ha notificado predominantemente influenza tipo B. La resistencia a oseltamivir también se ha objetivado pero a niveles muy bajos, que no ha aumentado con respecto a temporadas previas.

Gripe aviar H5N1

Registrados nuevos casos en el último mes en **China, Vietnam, Indonesia, Camboya y Egipto.**

Linfogranuloma venéreo

España: el linfogranuloma venéreo (LGV), producido por *Chlamydia trachomatis* serovares L1, L2 y L3, se considera actualmente una infección de transmisión sexual emergente en Europa y Norteamérica. Una publicación reciente da a conocer los datos de 146 casos de LGV diagnosticados entre el 2007 y el 2011 en el área de Barcelona (Vargas-Leguas et al, 2012). El 49% de estos casos se diagnosticaron en el 2011 (32 casos entre julio y septiembre de ese año), principalmente en

hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la mayoría co-infectados con el VIH. Se han instaurado diversas medidas de control y prevención incluyendo campañas de información a profesionales sanitarios y a grupos de riesgo.

Meningitis meningocócica

Vietnam: brote de meningitis meningocócica que ha afectado a 5 trabajadores de una misma compañía en la ciudad de Ho Chi Minh. Se considera que existe un brote de enfermedad meningocócica cuando se registran 3 o más casos (confirmados o probables) en un periodo de hasta 3 meses, y que resultan en una tasa de ataque primaria en la población de riesgo de al menos 10 casos

por 100.000 personas (una tasa aproximadamente 10 veces mayor a la habitual).

Leishmaniasis visceral

Sudan: se han notificado más de 100 casos de leishmaniasis visceral en niños en el campo de refugiados de Zam Zam en Darfur Norte. Esta parasitosis es endémica en Sudan pero el elevado número de casos en niños es preocupante.

Dengue

Alerta por brotes de dengue en zonas de **Filipinas, Sri Lanka, Malasia, Indonesia, India, Perú, Brasil,**

Colombia, Ecuador, Bolivia, Islas Marshall y Estados Federados de Micronesia en el Pacífico.

Sarampión

R.D. Congo: persiste el brote de sarampión que ha afectado a varias provincias del país con miles de casos. Lejos de estar controlado parece que el brote se está extendiendo y se han detectado casos también en Eastern Province.

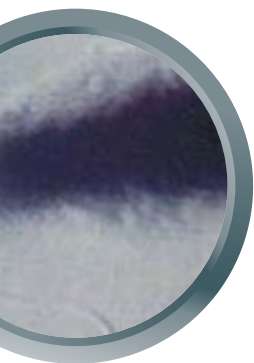
Bacillus anthracis

Zimbabue: ya se han registrado casi 150 casos de carbunco (ningún fallecido) en el brote que se inició en noviembre del año pasado y que ha afectado

al menos a 4 provincias del país. Se han instaurado medidas de control y prevención en el país y en Zambia, donde también se han dado casos sospechosos en animales. Se ha iniciado la búsqueda activa de casos, de productos animales potencialmente infectados (carne y pieles animales), la quema y entierro de las carcasas de animales muertos y la desinfección de zonas contaminadas entre otras medidas.



Bacillus anthracis



Enfermedad de Carrión

Introducción

La enfermedad de Carrión está producida por la bacteria *Bartonella bacilliformis* y es endémica en zonas de las regiones andinas de Perú, Colombia y Ecuador (valle de Orola). Se transmite por la picadura de moscas de la arena del género *Lutzomyia*, principalmente *Lutzomyia verrucarum*, y la distribución de la enfermedad coincide geográficamente con la distribución de los vectores.

La bartonelosis es una enfermedad bifásica que se caracteriza por una fase grave inicial conocida como

Fiebre de la Oroya seguida de una fase eruptiva con lesiones características de verruga peruana. En agosto de 1885, Daniel Alcides Carrión, un estudiante de medicina peruano, se inoculó con contenido tomado de una verruga de una paciente con verruga peruana. A las 3 semanas desarrolló los síntomas característicos de la fiebre de la Oroya (entidad descrita unos 10 años antes cuando un brote de enfermedad que cursaba con fiebre, anemia y elevada mortalidad afectó a trabajadores en la región de construcción del tren entre Lima y La Oroya). Carrión falleció en la fase aguda de la infección pero había conseguido establecer el origen común de las dos enfermedades. En 1905 Albero Barton identificó *Bartonella bacilliformis* dentro de los eritrocitos (bacilo de Barton). Hasta los años 90 se conocía poco sobre otras especies de *Bartonella* y

en esta década se determinó que *Bartonella henselae* o *Bartonella quintana* podían producir angiomatosis bacilar en pacientes con SIDA (que puede cursar con lesiones nodulares similares a las que aparecen en los casos de verruga peruana). *B.henselae* también se ha establecido como el principal agente causal de la enfermedad por arañazo de gato, *Bartonella* spp. como patógeno implicado en algunos casos de endocarditis con cultivos negativos y *B. quintana* como agente de la fiebre de las Trincheras. Se han descrito más de 20 especies o subespecies de *Bartonella*, aunque como se ha mencionado anteriormente son tres de estas especies las que producen la mayoría de infecciones en humanos. En el año 2007, se identificó una nueva especie de *Bartonella* en un viajero con fiebre y esplenomegalia que había estado en una zona de Perú endémica para

B. bacilliformis. Sin embargo, los estudios genéticos determinaron que se trataba de una nueva especie, *Bartonella rochalimaea*. Se postula que algunos casos de fiebre de La Oroya, atribuidos a *B. bacilliformis*, podrían haber sido debidos a esta especie.



Daniel Alcides Carrión

Manifestaciones Clínicas

La fase aguda o hemática (Fiebre de La Oroya) empieza unas 3 semanas tras la inoculación, con fiebre, cefalea, y anorexia que pueden persistir durante varios días-semanas. En esta fase puede aparecer anemia debido a la invasión de los eritrocitos por *B. bacilliformis*.

Las posibles complicaciones son sobreinfecciones por *Salmonella spp.*, *Shigella sp.*, *S. aureus* o *Enterobacter spp.*, manifestaciones neurológicas, anasarca y derrame pericárdico. Sin tratamiento adecuado esta fase se asocia con un 40% de mortalidad. La segunda fase, tisular, ocurre cuando los organismos que han invadido las células endoteliales de los capilares inducen proliferación celular, produciendo nódulos como hemangiomas en la piel y mucosas. Aunque muchos pacientes no refieren un síndrome febril previo reciente, la verruga peruana aparece de 2 a 8 semanas después de la recuperación de la fiebre de La Oroya. Las lesiones de verruga peruana pueden ser miliares (pequeñas pápulas blandas en grupos en la dermis), nodulares (lesiones subdérmicas como verrugas que pueden ser pedunculadas), y que según evolucionan forman lesiones grandes,

superficiales (forma mular), muy vasculares. Sin tratamiento estas lesiones pueden persistir durante meses o incluso años. Según se resuelven pueden dejar una discreta hiperpigmentación de la piel, pero no suelen dejar cicatriz.



Verruga peruana

Diagnóstico diferencial

En la fase aguda habría que descartar malaria, dengue, fiebre tifoidea, y leptospirosis, entre otros. En la fase de verruga peruana el diagnóstico diferencial se realiza con la angiomasosis bacilar, granulomas piogénicos, hemangiomas y sarcoma de Kaposi.

Diagnóstico

El la fase aguda se diagnóstica mediante hemocultivos o al identificar *B. bacilliformis* en frotis de sangre teñidos con Giemsa. El hemocultivo es positivo en un 70% de los pacientes con fiebre de La Oroya, pero pueden pasar hasta 14 días hasta que el cultivo se vuelve positivo. El hemocultivo es positivo en solo un 10-15% de los pacientes con verruga peruana, y el diagnóstico se basa en el hallazgo de las lesiones típicas +/- los hallazgos

de la biopsia cutánea (aunque no se visualicen los organismos, la tinción con Giemsa puede demostrar las inclusiones citoplasmáticas características- inclusiones de Rocha-Lima). Existen pruebas serológicas, pero no se ha establecido su sensibilidad y especificidad para su uso en la práctica clínica.

Tratamiento

La fiebre de Oroya se puede tratar con cloranfenicol o con un beta-lactámico (de elección penicilina)

y como alternativa se ha utilizado doxiciclina. Las fluoroquinolonas también se han utilizado en esta fase pero estudios recientes han demostrado sensibilidad disminuida/resistencia de *B. bacilliformis* in vitro a estos fármacos, por lo que algunos autores recomiendan no usarlas. La verruga peruana se puede tratar con rifampicina o macrólidos. La prevención se basa en las medidas para evitar las picaduras del vector.

Bibliografía

- Vargas-Leguas H, Garcia de Olalla P, Arando M, *et al.* Lymphogranuloma venereum: a hidden emerging problema, Barcelona, 2011. Euro Surveill. 2012; 17 (2): pii=20057.
- Eremeeva ME, Gerns HL, Lydy SL, *et al.* Bacteremia, fever, and splenomegaly caused by a newly recognized Bartonella species. N Engl J Med, 2007; 356: 2381.
- Maguina C, Garcia, PJ, Gotuzzo E, *et al.* Bartonellosis (Carrión's Disease) in the Modern Era. Clin Infect Dis, 2001; 33, 772-779.
- Angelakis E, Biswas S, Taylor C, *et al.* Heterogeneity of susceptibility to fluoroquinolones in Bartonella isolates from Australia reveals a natural mutation in gyrA. J Antimicrob Chemother 2008; 61: 1252.
- Spach DH. Bartonellosis: Oroya fever and verruga peruana. UpToDate version 19.2



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**).