



## FIEBRE DE LASSA

### DEFINICIÓN

Es una fiebre hemorrágica producida por el virus Lassa, perteneciente a la familia *Arenaviridae*, virus con envuelta de cadena única de ARN [2] [3]. El cuadro febril se describió por primera vez en la década de los 50 en Sierra Leona [3], pero no fue hasta 1969 cuando se identificó el virus causal en la ciudad de Lassa, Nigeria [1] [2].

### DISTRIBUCIÓN

Clásicamente se han notificado brotes en Nigeria, Guinea Conakry, Sierra Leona, Liberia, Senegal y Mali, si bien es cierto que en los últimos años se ha observado una expansión de los casos notificados hacia otros territorios. En Nigeria se estima una seroprevalencia en la población del 21%, del 15–20% en Sierra Leone y Liberia y del 7% en Guinea. Así mismo se han ido documentado algunos casos importado. [2] [3]

Se calcula que causa entre 100.000 a 300.000 infecciones al año, produciendo en torno a 5.000-10.000 muertes [1] [2].

### TRANSMISIÓN

La transmisión de la enfermedad puede suceder en cualquier época del año [3]. Es una zoonosis cuyo reservorio es un roedor, *Mastomys natalensis* [2], que convive con el ser humano en numerosas regiones africanas, especialmente en zonas rurales pero ampliamente extendido también en áreas urbanas [1]. Son reservorios asintomáticos del virus durante toda su vida [3].

Los roedores excretan los virus por orina, tracto respiratorio, sangre y saliva y el contagio se produce cuando el ser humano contacta con estos, bien por vía fecal-oral, bien inhalando las partículas virales en las excretas bien al contactar con los fluidos. La fiebre de Lassa es altamente contagiosa en el ámbito nosocomial cuando una persona entra en contacto con los fluidos infectados de un enfermo; no sucede lo mismo por el simple contacto entre personas. [2] [3]



## CUADRO CLÍNICO

Sólo un 20% de los infectados desarrollan síntomas, considerando una tasa de mortalidad del 1%, que asciende al 15-20% en enfermos hospitalizados. Produce una alta mortalidad fetal y tasas de mortalidad creciente en la mujer embarazada según avanza el embarazo (en torno al 50% al final del mismo). [2] [3]

Después de un período de incubación de 3-21 días aparece fiebre, odinofagia, dolor abdominal (especialmente en el área hepática), dolor pleurítico, mialgias, náuseas y vómitos, puede aparecer diarrea. A los 6-9 días de comenzar la fiebre aparece un rash maculopapular. Durante la evolución de la enfermedad puede observarse tos, bronquitis, pericarditis, encefalitis. Algunos hallazgos identificativos a la exploración pueden ser aftas, con exudado blanquecino o amarillento, en la cavidad bucal y linfadenopatías. En los análisis podemos detectar leucopenia, trombocitopenia, hipertransaminasemia y descenso de protrombina. La muerte sucede por disfunción endotelial y trastornos en la coagulación, las complicaciones hemorrágicas se observan en el 30% de los sintomáticos. En la convalecencia puede aparecer pericarditis, meningitis aséptica, ataxia y hasta un 29% de los enfermos quedan con sordera transitoria o permanente. [2] [3]

En el ser humano se ha aislado virus en sangre, heces, orina, secreciones faríngeas, vómitos, semen y saliva, durante al menos 30 días [3]. Para el diagnóstico se recomendaría RT-PCR, serología mediante ELISA y detección de antígeno. La RT-PCR es el *gold-standard*. La serología mediante IFI es menos específica que el ELISA que arroja buena especificidad y sensibilidad, además es posible realizarla en muestras inactivadas, la precaución se debe tener en cuanto a que la serología puede ser negativa durante los primeros días de sintomatología. [2] [3] Se puede aislar el virus en cultivo de células Vero. El diagnóstico por inmunoblot tiene baja sensibilidad. [3]

El virus puede ser inactivado con luz ultravioleta, radiación gamma, hipoclorito de sodio al 0.5%, fenol al 0.5% y formalina al 10% [3]

Los enfermos por fiebre de Lassa deben permanecer aislados y el personal sanitario los manejará con Equipos de Protección Individual [2] [3].

Para el tratamiento se procurarán medidas de soporte (Fluidoterapia, analgesia,



hemoderivados, antibioterapia, etc) y posibilidad de cuidados críticos [3].

La ribavirina parece eficaz para el tratamiento, especialmente si se administra en fases tempranas, y es útil como profilaxis post-exposición. En un estudio en Sierra Leona se administró ribavirina intravenosa durante 10 días: aquellos que la habían recibido en los primeros 6 días desde el comienzo de los síntomas presentaron una mortalidad del 5%, los que la recibieron a partir del séptimo día fue del 26%. Para post-exposición se recomienda 32 mg/kg en el momento del contacto, para continuar con 10 mg/kg cada 8 horas durante 10 días. El embarazo y la lactancia contraindican la administración de ribavirina [2] [4].

Para los contactos se recomienda una vigilancia clínica durante 21 días [2].

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Desde noviembre de 2015, Nigeria, Benín, Sierra Leona, Liberia y Togo han notificado más de 300 casos de fiebre de Lassa y 167 muertes. Nigeria acumula la mayoría, 273 casos y 149 muertes, registrados en 23 de los 34 estados del país. Benín ha registrado 51 casos y 25 muertes. Togo y Sierra Leona 2 casos cada uno. Liberia ha notificado 38 casos sospechosos, incluidas 3 muertes [5].

Casos fuera de África:

- Varón de 47 años de edad, sanitario que trabajaba en Sansanne-Mango, Savanes (norte de Togo). El paciente desarrolló diarrea, vómitos y fiebre el 12 de febrero y fue tratado como malaria. El 26 de febrero, fue evacuado a Colonia, Alemania, donde murió de fallo multiorgánico a las pocas horas de llegar. No había viajado en los 21 días anteriores a la aparición de los síntomas. El 9 de marzo, se diagnosticó postmortem de fiebre de Lassa mediante PCR y secuenciación en el Instituto Bernhard Nocht en Hamburgo, Alemania.
- Varón de 33 años de edad, sanitario que atendió en Togo al anterior caso. El 5 de marzo desarrolló los síntomas. Fue trasladado a Atlanta, EEUU, el 12 de marzo. No había viajado fuera de Togo en los 21 días anteriores a la aparición de los síntomas. En la actualización publicada del 23 de marzo el paciente estaba en aislamiento y en condición estable.
- Un empleado de la funeraria que se encargó del cadáver del primer caso. Estaba bajo



cuarentena domiciliaria desde el 9 de marzo una vez se conoció el diagnóstico del primer caso. El paciente tenía síntomas respiratorios cuando atendió el cadáver. La primera PCR del 10 de marzo fue negativa, pero como los síntomas persistían se realiza nueva PCR el 15 de marzo resultando positiva. Entonces se trasladó a una unidad de aislamiento en Frankfurt. Generó 52 contactos de riesgo que estuvieron bajo vigilancia.

- Mujer de 73 años de edad, que viaja durante 6 semanas por Liberia. Regresa a Suecia el 2 de marzo. El 8 de marzo comienza con fiebre, escalofríos, artralgias, cefalea y diarrea. El 17 de marzo es ingresada con signos de encefalitis. El 1 de abril se confirma el diagnóstico y se traslada a una unidad de aislamiento. Un total de 74 contactos quedaron bajo observación hasta el 22 de abril.

Fernando de la Calle Prieto.

## BIBLIOGRAFÍA

[1] Makinde OA. J Infect Dev Ctries. As Ebola winds down, Lassa Fever reemerges yet again in West Africa. 2016 Feb 28;10(2):199-200.

[2] Iroezindu MO, Unigwe US, Okwara CC, Ozoh GA, Ndu AC, Ohanu ME et al. Lessons learnt from the management of a case of Lassa fever and follow-up of nosocomial primary contacts in Nigeria during Ebola virus disease outbreak in West Africa. Trop Med Int Health. 2015 Nov;20(11):1424-1430.

[3] Ogbu O, Ajuluchukwu E, Uneke CJ. Lassa fever in West African sub-region: an overview. J Vector Borne Dis. 2007 Mar;44(1):1-11.

[4] McCormick JB, King IJ, Webb PA, Scribner CL, Craven RB, Johnson KM et al. Lassa fever: effective therapy with Ribavirin. New Eng J Med 1986; 314: 20–6.

[5] <http://www.who.int/csr/disease/lassafever/en/>

