

Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo

Grupo de Enfermedades Emergentes. SEMTSI

Descripción

Es una enfermedad potencialmente grave producida por un virus RNA del género Nairovirus de la familia Bunyaviridae y transmitido por garrapatas infectadas. Se describió en 1944 en Crimea y posteriormente se reconoció la misma afección en Congo en 1956, y de ahí el nombre. Es una enfermedad muy extendida en Europa, sobre todo del Este, Oriente Medio, Asia y África. En Europa en concreto, se han descrito casos en Bulgaria, donde es una enfermedad endémica en ciertas zonas, Rusia, Ucrania, Kosovo, Albania, Eslovenia, Serbia, Bosnia y Grecia, y se han comunicado varios brotes también en Turquía, siendo actualmente uno de los países con mayor prevalencia. Existen varias cepas del virus con diferente virulencia; la cepa AP92 causa más frecuentemente infecciones sintomáticas y la cepa Rodopi puede relacionarse con una enfermedad más letal.

En los estudios de seroprevalencia realizados en países con evidencia de la enfermedad, se han encontrado tasas de infección asintomática que oscilan entre el 1 ó 6% hasta un 27% de población.

Transmisión

Se transmite por la picadura de varias especies de garrapatas infectadas, siendo las más eficaces en la transmisión las del género Hyalomma. Estas garrapatas tienen una amplia distribución, lo que motiva la diseminación de la enfermedad. Las garrapatas son vectores y reservorios, y a su vez infectan a una gran variedad de animales domésticos y salvajes, ganado, cabras, ovejas, ciervos, liebres, erizos, etc. que no desarrollan la enfermedad.

Además de la picadura de garrapata, los humanos se pueden infectar por el contacto con animales virémicos durante su sacrificio o posterior manipulación y por transmisión nosocomial. Esta última ha sido causa de múltiples brotes y es más probable durante la atención de los pacientes en la fase hemorrágica, por contacto con sangre y/o aerosolización de fluidos contaminados de pacientes infectados en fases avanzadas de la enfermedad.

La población que tiene mayor riesgo de exposición al virus son ganaderos, matarifes, cazadores y personal en contacto con estos animales, así como el personal sanitario que atiende a pacientes en fases avanzadas de la enfermedad.

En España se detectaron inicialmente garrapatas infectadas en ciervos en Extremadura en 2011 y en posteriores estudios se han evidenciado en alguna otra zona, aunque globalmente, su presencia en España es escasa. También se ha puesto de manifiesto el papel de las aves migratorias en la difusión de las garrapatas.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA TROPICAL Y SALUD INTERNACIONAL

Secretaría Técnica: Grupo Pacífico

Paseo de General Martínez Campos 9, 2º · 28010 Madrid

T. 91 383 60 00 F. 91 302 39 26

Email: secretariasemtsi@pacifico-meetings.com · Web: <http://semtsi.es>

Se considera que el riesgo de transmisión de la enfermedad en España es muy bajo, aunque son necesarios más estudios para delimitar con exactitud la presencia geográfica del virus y la intensidad de la infección en garrapatas.

Signos y síntomas

Es importante destacar que posiblemente el 80% de las infecciones son asintomáticas.

Cuando se desarrolla la enfermedad, tiene varias fases:

1. Incubación (3-7): El periodo es más largo (5 días) si la infección es por exposición a fluidos o tejidos. Puede llegar hasta 13 días.

2. Prehemorrágica (4-5 días): Síntomas de inicio súbito, con fiebre alta (40º) en la mayoría de pacientes, cefalea, mialgias, mareo, conjuntivitis, fotofobia, dolor abdominal, náusea, menos frecuente diarrea y confusión. Puede aparecer también hiperemia de cara, cuello o tórax, congestión ocular o conjuntivitis

3. Hemorrágica- Fase de gravedad: Aparecen petequias, equimosis, epistaxis, gingivorragia, y hemorragias de órganos, pulmonar, digestiva, intraabdominal, hematuria, melenas, sangrado vaginal lo que conduce al fracaso multiorgánico y la muerte

4. Fase de convalecencia: A partir de los 10-20 días de enfermedad. Existe poca información sobre esta etapa de la enfermedad.

En las pruebas de laboratorio, se puede encontrar trombopenia, leucopenia, elevación de transaminasas, creatinina, LDH y CPK, alteración de la coagulación y datos de CID, siendo menos frecuente los datos de anemia grave.

Mortalidad: las tasas de letalidad comunicadas varían desde el 10 al 64% Las tasas más altas se han comunicado en Irak, Oriente Medio y los países africanos (30%).

La información disponible sobre la **evolución en niños** indica que la sintomatología es similar, aunque en los lactantes el inicio puede ser inespecífico y la evolución más rápida.

Diagnóstico

Se puede realizar mediante aislamiento del virus en laboratorios de alta contención de riesgo biológico, realización de PCR, que es un método muy específico y sensible desde el día inicial de la infección o la detección de anticuerpos, Ig M (detectable desde 7 días hasta 4 meses) e Ig G (hasta 5 años)

Tratamiento

El tratamiento de soporte constituye el pilar fundamental, con especial atención a la terapia transfusional e hidroelectrolítica.

La ribavirina oral o intravenosa inhibe la replicación viral y está recomendada por los resultados beneficiosos en series de casos y estudios observacionales, aunque realmente su eficacia no está comprobada. Se administra en casos graves durante 8-10 días. Otras drogas cuya actividad antiviral se ha evaluado en modelos in vitro y en ratón son el arbidol (sin actividad in vivo) y el favipiravir, siendo este último más eficaz que los anteriores en el modelo murino. EL suero de convaleciente también se ha postulado como posible terapia pero aún se necesitan estudios que confirmen su eficacia.

Prevención

En áreas endémicas, se deben evitar las zonas con mayor abundancia de garrapatas sobre todo en el periodo de actividad, y utilizar medidas de protección para evitar las picaduras, como uso de repelente (DEET al 45-50%) sobre el cuerpo e impregnando la ropa, examen periódico de la piel y la ropa (blanca o clara para distinguirla mejor), y en caso de picadura, extracción segura de la garrapata.

Existe una vacuna comercializada en Bulgaria desde 1974, que produce anticuerpos neutralizantes y que se administra a militares, personal sanitario, ganaderos y población que vive en áreas endémicas. No está aprobada en el resto de países miembros. Hay una vacuna conjugada en desarrollo.

Se han utilizado la rivabirina y el favipiravir en casos de postexposición de alto riesgo, siempre valorando el riesgo y beneficio y teniendo en cuenta los efectos secundarios, sobre todo de la rivabirina.

También existe una inmunoglobulina de plasma de convalecientes, para administrar como profilaxis en expuestos, sospechas clínicas o tratamiento o posibles amenazas de bioterrorismo.

La atención a los pacientes con fiebre hemorrágica de Congo Crimea debe realizarse con equipos de protección individual que incluyan guantes, calzas, bata, mascarilla y mascarilla.

¿Por qué este caso en España ahora?

Aunque desde el 2011 se conoce la existencia de garrapatas infectadas por este virus, no se había diagnosticado ningún caso en humanos.

En Francia y Alemania se han publicado recientemente estudios que confirmaron la extensión de esta infección por Europa Occidental en los últimos años.

Hay factores claramente favorecedores como son los cambios en las técnicas agrícolas, la deforestación, la migración de las aves, los movimientos de los animales y el aumento del número de garrapatas.

El primer paciente se infectó a través de una garrapata mientras se encontraba en un matadero de animales, que como bien se ha dicho, son actividades de alto riesgo.

El segundo caso, es un caso de transmisión nosocomial que aunque es menos frecuente que en la enfermedad por virus Ébola, puede producirse cuando se da un contacto estrecho con fluidos del paciente.

Habrá que esperar el periodo de incubación desde el último contacto desprotegido con el segundo caso para descartar otras posibles transmisiones.

El seguimiento clínico y microbiológico de los pacientes con enfermedad hemorrágica de Crimea-Congo en España se está realizando por miembros de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional y de RICET.

Madrid, 5 septiembre 2016



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA TROPICAL Y SALUD INTERNACIONAL

Secretaría Técnica: Grupo Pacífico

Paseo de General Martínez Campos 9, 2º · 28010 Madrid

T. 91 383 60 00 F. 91 302 39 26

Email: secretariasemtsi@pacifico-meetings.com · Web: <http://semtsi.es>