

## Foro abierto de opinión



### VIRUS DEL ÉBOLA (EVE)

#### Ebola Virus (EVE)

#### *V'irus do Ébola*

Dr Hugo Luis Pizzi

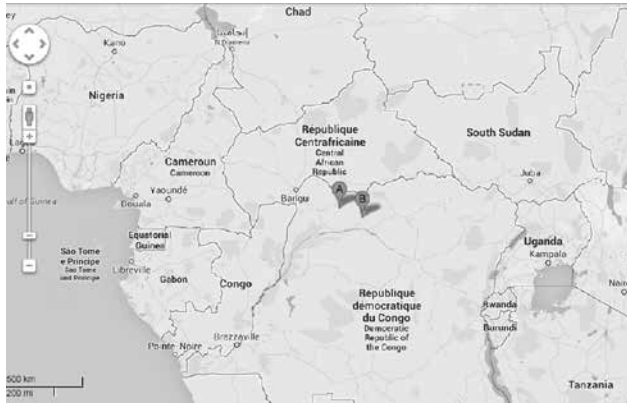
Profesor titular plenario de  
FCM UNC. Magister en  
Salud Pública  
Cátedra de Parasitología  
y Micología Médica, FCM  
UNC

El virus se detectó por vez primera en 1976, en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (República Democrática del Congo). La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que da nombre al virus, a pocos km de la frontera con la República Centroafricana.

En la aldea Yambuku de 60.000 habitantes, monjas belgas atendían un dispensario y contaban solamente con 5 jeringas que permanentemente era reutilizadas.

Se infiere que la contaminación del primer brote en 1976 nació en esta zona que se encuentra en medio de la selva. Por aquel tiempo los informes señalan como primer caso el del profesor Mabalo Lokela, director de la escuela de Yambuku.

Debido a la escasez de recursos y falta de conocimiento, las monjas habían contribuido al desarrollo del brote, al usar una y otra vez las agujas sucias habían contagiado a numerosos pacientes y al enviarlos a morir a sus casas, la enfermedad se diseminó sin control en la comunidad.



A. Río Ébola. (200 km de longitud). B. Aldea de Yambuku.

La fiebre hemorrágica del Ébola se nombra en la actualidad como EVE es una enfermedad grave con una tasa de muerte que puede alcanzar hasta un 90%. Al momento no existe un tratamiento específicamente aprobado, ni vacuna con licencia disponible para el uso en seres humanos o animales.

El género Ébolavirus es 1 de los 3 grupos de la familia Filoviridae (filovirus) y comprende 5 especies.



### Virus del Ébola

Desde el año 1976 a la fecha, hubo 16 brotes de la enfermedad distribuidos en este periodo de tiempo, pero el brote actual es el más virulento, el más contundente y el que ha despertado más inquietudes en la comunidad mundial. El índice de mortalidad es alto, oscilante entre porcentajes del 50-90%.

Transmisión: La transmisión al hombre se produce por el contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados. En África se han documentado casos de infección asociados a la manipulación de chimpancés, gorilas, murciélagos frugívoros, monos, antílopes y puercoespines infectados que se habían encontrado muertos o enfermos en la selva. El virus se disemina en el hombre mediante la transmisión de persona a persona, por contacto directo con órganos, sangre, secreciones, u otros líquidos corporales de personas infectadas, o por contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos. Asimismo, en África, las ceremonias de inhumación en las cuales los integrantes del cortejo fúnebre tienen contacto directo con el cadáver también pueden ser causa de transmisión. Los hombres pueden seguir transmitiendo el virus por el semen hasta siete semanas después de la recuperación clínica.

El periodo de incubación: (intervalo desde la infección hasta la aparición de los síntomas) oscila entre 2 y 21 días.

Clínica: Es una enfermedad vírica aguda que debuta con fiebre, astenia, adinamia, mialgias, artralgias y cefaleas. A continuación el cuadro puede ir seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, insuficiencia renal y hepática y, en algunos casos graves hemorragias.

Los pacientes pueden contagiar mientras el virus se encuentre presente en la sangre y las secreciones

Diagnóstico: Se deben hacer los diagnósticos diferenciales con paludismo, fiebre tifoidea, shigelosis, cólera, leptospirosis, la peste bubónica, las rickettsiosis, fiebre recurrente, meningitis, hepatitis y otras fiebres hemorrágicas víricas.

ELISA: Pruebas de detección de antígenos

RT-PCR reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa

Cultivo celular.

Prevención y tratamiento: No hay vacuna contra la EVE. Se están probando varias, pero ninguna está aún disponible para uso clínico.

Los antiviricos existentes no son efectivos.

Las muestras de los pacientes enfermos son sumamente peligrosas, por lo que se deben extremar las precauciones en su manipulación por el personal de salud.

Es tan preocupante el avance de esta epidemia en el orden mundial, que la OMS ha requerido el protocolo utilizado en Argentina cuando se utilizó el plasma de personas que habían padecido la fiebre hemorrágica argentina o mal de los rastrojos. Única forma mediante la cual se pudo bajar el índice de mortalidad por el virus Junín del 30% al 1%.

Este procedimiento fue implementado en su momento por el Instituto Maiztegui de Pergamino, Argentina, dependiente del ANLIS-MALBRÁN.

Mientras se investiga la elaboración de vacunas para paliar la epidemia, la única esperanza para estos enfermos con el virus del Ébola; sería repetir la experiencia argentina, utilizando el plasma de aquellos pacientes que superaron la enfermedad.

## Bibliografía

1. OPS, OMS. 2014. *Disease outbreak news: Ebola virus disease* <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en/>
2. WHO RISK ASSESSMENT. 24 June 2014 *Human infections with Zaïre Ebolavirus in West Africa*
3. West Africa – Ebola virus disease. Update: Travel and Transport. Geneva: World Health Organization, 2014. Available at <http://www.who.int/ith/updates/20140421/en/>
4. Instituto INEI ANLIS Malbrán, *35 Años de vida del Instituto Maiztegui*. 2014. <http://www.anlis.gov.ar/?p=174>

# FIEBRE CHIKUNGUNYA

Dr Hugo Luis Pizzi<sup>1</sup>  
Magister Axel  
Tomas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Profesor titular plenario  
de FCM UNC. Magister en  
Salud Pública  
<sup>2</sup>Cátedra de Parasitología  
y Micología Médica FCM  
UNC

La fiebre chikungunya (en idioma makonde: chikungunya, que significa hombre doblado o retorcido), conocida también como artritis epidémica chikungunya. Es producida por un virus ARN del género alfavirus, familia Togaviridae, el cual es transmitido por dos especies de mosquitos: *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

Este virus fue aislado en Tanzania en 1952, en 2004, se registran brotes importantes en África, y en otras regiones como las islas del Índico, en zonas del Pacífico como Australia y en el sudeste asiático (India, Indonesia, Myanmar, Maldivas, Sri Lanka y Tailandia). A partir del año 2007, el virus se presenta ya en Italia, haciendo un brote en la región de Emilia-Romagna, a través de la transmisión autóctona del mosquito *Aedes albopictus*; se informan 197 casos en esta zona. Previamente se habían reportado casos importados de viajeros procedentes de Asia o África.

La fiebre chikungunya se ha detectado en casi 40 países de Asia, África, Europa y América.

A partir de 2005, en India, Indonesia, Maldivas, Myanmar y Tailandia se han reportado más de 1,9 millones de casos. Por su parte, Francia informa en 2013, los dos primeros casos autóctonos de fiebre chikungunya, en América, los cuales fueron confirmados por informes de laboratorio en la parte francesa de la isla caribeña de St. Martin. Desde este momento se produce la transmisión en la parte holandesa de la isla (St. Maarten) y en Anguila, Dominica, Guayana Francesa, Guadalupe, Islas Vírgenes Británicas, Martinica y St. Barthélemy. A Marzo de 2014, se informa un registro aproximado de 8000 casos.

**Mecanismo de transmisión:** Se transmite de persona a persona a través de la picadura de mosquitos hembra infectados. Las picaduras se suceden durante todo el día, aunque en mayor proporción a primera hora de la mañana y al final de la tarde. Tanto *Aedes Aegypti* y *Aedes albopictus* pican al aire libre, aunque *A. aegypti* también puede hacerlo dentro de las viviendas.

**Período de incubación:** Suele oscilar entre 2 y 12 días.

**Clínica:** Se reporta la aparición súbita de fiebre y dolores articulares. Otros signos y síntomas referidos son dolores musculares importantes, cefaleas, náuseas, astenia y erupciones cutáneas. Las artralgias suelen ser muy incapacitantes, aunque por lo general desaparecen rápidamente. Los pacientes evolucionan bien, sin embargo en algunos casos las molestias musculares persisten durante varios meses o incluso años.

Como complicaciones podemos citar trastornos neurológicos, oculares y cardíacos.

En pacientes ancianos la enfermedad puede complicarse evolucionando a la muerte. Esta entidad clínica es confundida habitualmente con Dengue, ya que ambas enfermedades coexisten en las mismas regiones geográficas.

Diagnóstico: Se utilizan pruebas serológicas como ELISA y PCR

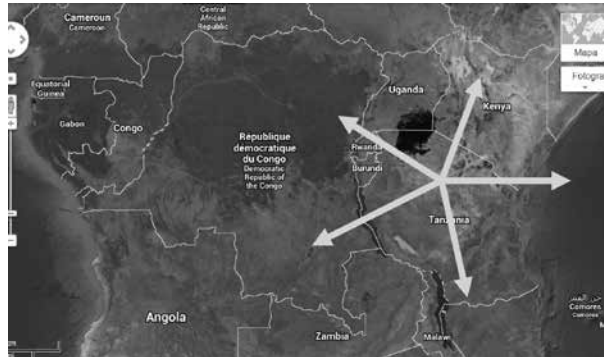
Tratamiento: No existen antivíricos específicos. El tratamiento se reduce a tratar los síntomas.

Prevención y control: Combatir los dípteros vectores y reportar la posible presencia de los mosquitos en las aeronaves o buques internacionales.

Los casos registrados en Argentina se produjeron en viajes a la República Dominicana. Otras medidas de prevención consisten en la eliminación de los reservorios de agua en los domicilios o en las áreas peridomiciliarias.

En momento de brotes epidémicos se recomienda la aplicación de insecticidas con poder residual, por vaporización o la fumigación sobre las superficies potencialmente infestadas. Es de gran valor, la utilización de telas mosquiteras y tules sobre las camas a fin de evitar el ingreso del vector al hogar. También es de buena práctica profiláctica el empleo de repelentes. Las telas mosquiteras tratadas con insecticidas proporcionan una excelente protección.

Debemos señalar que se deben extremar las medidas preventivas en los casos de turistas que viajen a zonas endémicas.



\*Tanzania 1952- Dispersión del virus.

## Bibliografía

1. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases Division of Vector-Borne Diseases Chikungunya [http://www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/languages/14\\_246206\\_CKucka\\_Factsheet\\_Chikungunya\\_Final](http://www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/languages/14_246206_CKucka_Factsheet_Chikungunya_Final).
2. OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>
3. Chikungunya [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es)
4. CDC. Chikungunya fever diagnosed among international travelers-- United States, 2005-2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. Sep 29 2006;55(38):1040-1042.
5. Queyriaux B, Simon F, Grandadam M, Michel R, Tolou H, Boutin JP. Clinical burden of chikungunya virus infection. Lancet Infect Dis. Jan 2008;8(1):2-3.
6. Ramful D, Carbonnier M, Pasquet M, et al. Mother-to-child transmission of chikungunya virus infection. Pediatr Infect Dis J. 2007;26(9):811-815.
7. Das T, Jaffar-Bandjee MC, Hoarau JJ, et al. Chikungunya fever: CNS infection and pathologies of a re-emerging arbovirus. Prog Neurobiol. 2010;91(2):121-129.
8. Hochedez P, Canestri A, Guihot A, Brichler S, Bricaire F, Caumes E. Management of travelers with fever and exanthema, notably dengue and chikungunya infections. Am J Trop Med Hyg. 2008;78(5):710-713