

Descripción

Enfermero de 35 años que reside en un pequeño pueblo del noreste de la República Democrática del Congo. Presenta fiebre, anorexia, astenia y dolor de cabeza. Al tercer día de su enfermedad comienza con vómitos, inicialmente sin sangre. El día siguiente vomita sangre y presenta melenas y dolor abdominal. A la exploración tenía hiperemia conjuntival, sin exantema ni linfadenopatías. No se dispone de las pruebas de laboratorio. Fue tratado de forma empírica con quinina intravenosa. Al sexto día de su enfermedad se aprecia alteración de la conciencia y un día después entra en coma. En los días posteriores recupera la conciencia de forma espontánea y deja de tener fiebre. Continúa con diarrea sanguinolenta hasta dos semanas después del comienzo de los primeros síntomas. La astenia, disminución del apetito, lumbalgia y episodios de dolor de cabeza continúan hasta pasados tres meses del comienzo. En la misma época un médico y otro enfermero, que trabajaban en el mismo hospital, tuvieron signos y síntomas semejantes. Ambos murieron en un período de dos semanas. Se obtuvo una muestra de sangre del enfermero superviviente, dos meses después de su enfermedad aguda, y se envió a Europa para detectar el origen de la enfermedad.

Preguntas

- 1 ¿Cuáles son las posibles causas de esta enfermedad?
- 2 ¿Cómo se puede confirmar el diagnóstico?
- 3 ¿Cómo se puede prevenir la extensión de la infección?

Respuestas al caso n° 172

- 1 Este paciente tenía fiebre hemorrágica. Existen muchos patógenos que pueden causar fiebre hemorrágica. Entre ellos están los flavivirus (causantes de fiebre amarilla, dengue, etc.), los agentes etiológicos de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y de la fiebre del valle del Rift, los arenavirus (que originan fiebre de Lassa, fiebre hemorrágica argentina, fiebre hemorrágica boliviana, etc.) y los filovirus (virus Ebola y virus Marburg). El sangrado y la fiebre se pueden observar también durante la malaria y en infecciones por meningococo y por rickettsias. El hecho de que tres trabajadores sanitarios tuvieran síntomas y signos similares en el mismo período sugiere una fuente común y una transmisión nosocomial de la infección. Las fiebres hemorrágicas transmisibles por contacto con sangre o fluidos corporales incluyen la fiebre de Lassa, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y las infecciones por virus Ebola y Marburg. La gravedad de la enfermedad, la alta mortalidad y el área geográfica sugieren infección por un filovirus. Clínicamente las infecciones por los virus Ebola y Marburg se presentan con síntomas y signos similares. La mortalidad asociada a estas enfermedades oscila probablemente entre el 50-80%, caso de no disponerse de unidades de cuidados intensivos.
- 2 En un paciente en fase de convalecencia el diagnóstico de infección por virus Ebola o Marburg puede confirmarse por un ensayo de anticuerpos IgG por ELISA. El suero del enfermero no presentó anticuerpos IgG específicos del Ebola pero sí del Marburg. En el noreste de la República Democrática del Congo, en las ciudades de la región de Durba y en el pequeño pueblo de Watsa, parecen ocurrir a intervalos regulares epidemias de infección por el virus Marburg. La infección se da principalmente en mineros, pero se han observado casos secundarios entre familiares de mineros y entre trabajadores sanitarios. Hay estudios en curso para ver si el reservorio animal del virus Marburg pudiera encontrarse en las minas de oro de la región de Durba-Watsa. Los monos no son el reservorio con seguridad, ya que la mayoría de los infectados también muere. Aunque la morfología de los virus Marburg y Ebola es similar por microscopía electrónica, son inmunológicamente distintos. Durante las infecciones agudas por alguno de ellos el diagnóstico se puede confirmar por PCR, por un ELISA de captura de antígeno o por cultivo del virus. Los anticuerpos específicos IgM pueden estar ausentes, incluso muy al principio de la infección. El cultivo del virus sigue siendo el estándar de oro. Para realizar cultivo se necesita un laboratorio P4 de alta seguridad. Existen pocos laboratorios en el mundo donde se pueda realizar, entre ellos el del Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta. Cuando un paciente ha fallecido por infección por virus Ebola o Marburg, se recomienda realizar una biopsia de piel. La biopsia se mete en formalina y puede transportarse a un laboratorio apropiado sin precauciones

especiales. En la biopsia se pueden detectar antígenos de los virus Ebola o Marburg por métodos inmunohistoquímicos.

- 3 No hay tratamiento específico para la infección por los virus Ebola o Marburg. Los pacientes deben ser aislados y se deben tomar precauciones de barrera para evitar el contagio. Ambos virus son muy contagiosos por contacto con sangre o fluidos corporales. Probablemente no hay en humanos portadores sanos. Para prevenir futuros brotes se deberían mejorar las condiciones higiénicas de los hospitales africanos. No se deberían reutilizar jeringas ni agujas. Los familiares de pacientes con síntomas de fiebre hemorrágica no deberían tocarlos, ni tampoco el cuerpo de los fallecidos. También debería evitarse el contacto con sangre o fluidos corporales de los monos. Un biólogo suizo se infectó por el virus Ebola durante un examen post-mortem de un mono en Costa de Marfil y fue repatriado. Al principio su enfermedad no se diagnosticó, pero las precauciones tomadas impidieron el contacto con su sangre o fluidos corporales y evitaron casos secundarios. Es posible que en el futuro, por el incremento constante de viajes aéreos por todo el mundo, lleguen a Europa personas con fiebre hemorrágica. Por tanto, se deben mejorar las posibilidades de los laboratorios para diagnosticarlas y se deben fortalecer las medidas de vigilancia.

Caso descrito y discutido por: Robert Colebunders
Departamento de Ciencias Clínicas
Instituto de Medicina Tropical
Amberes. Bélgica

Nota del editor: Traducido del original.