

ZOONOSIS NO ALIMENTARIAS EN CASTILLA Y LEÓN

AÑO 2004

*Elaborado por: Elvira E. García Álvarez y Cristina Martín Marín
Servicio de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles
Dirección General de Salud Pública y Consumo*

La OMS definió en 1959 el término **zoonosis** como "toda infección o enfermedad infecciosa que fuera transmisible, en condiciones naturales, desde animales vertebrados al hombre".

El estudio de las **zoonosis** está en alza, debido a acontecimientos de repercusión mediática y posible amenaza para la población humana, como la encefalopatía espongiforme bovina o la posible pandemia por una mutación de la gripe aviar. Otras zoonosis se convierten en reemergentes, como la rabia por la infección de quirópteros en Europa.

Se consideran **zoonosis no alimentarias** las patologías transmitidas de un animal al hombre, con o sin vector, y para las cuales la transmisión no es estricta o esencialmente alimentaria. Sin embargo sí se incluyen las zoonosis que pueden resultar tanto de una

contaminación a partir del propio animal como del consumo de derivados de origen animal (como la brucelosis).

La fuente de información utilizada para la vigilancia de las zoonosis en la Comunidad de Castilla y León es, fundamentalmente, el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SEDO).

Brucelosis

1.- DEFINICIONES para la Vigilancia Epidemiológica:

1.1.- **Definición clínica:** Enfermedad que se caracteriza por aparición aguda e insidiosa de fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, anorexia, astenia, pérdida de peso, cefalea, artralgias, esplenomegalia y linfadenopatías.



1.2.- Criterio diagnóstico de laboratorio:

- Aislamiento del agente causal de una muestra clínica, o
- Seroconversión (incremento cuádruple o mayor en título de anticuerpos. en dos muestras estudiadas en el mismo laboratorio y separadas por un intervalo de 15 días o más) por técnica en tubo de aglutinación estándar (SAT) o técnicas equivalentes, o
- Detección de anticuerpos IgM por ELISA.

1.3.- Clasificación de casos:

Caso Sospechoso/Probable: Compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con la ingesta de alimento sospechoso o con contacto con animales infectados o asociado a un caso confirmado, o con serología afirmativa (un único título de aglutinación ≥ 160 en una o más muestras de suero).

Caso Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

A efectos de vigilancia hemos de tener en cuenta las reinfecciones y las recidivas, muy

frecuentes en esta enfermedad. Son imposibles de diferenciar, apareciendo en enfermos con enfermedad pasada y tras ser tratados con éxito.

Si ha tenido enfermedad en el año anterior será tratado como caso cuando cumpla:

- Cultivo positivo, o
- Síntomas de infección activa en ausencia de otra enfermedad y serología de brucelosis aguda mediante aglutinación en tubo estándar (SAT) a títulos $\geq 1/160$.

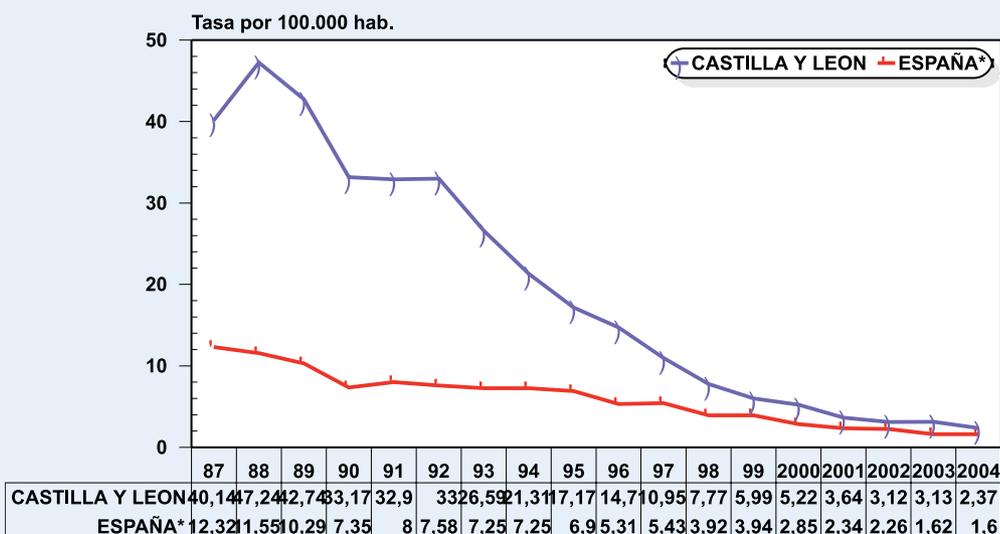
Cuando el antecedente de enfermedad sea anterior al año, para ser considerado caso, debe cumplir los criterios de caso confirmado.

2.- CASOS DECLARADOS EN CASTILLA Y LEÓN.

Durante el año 2004, se han declarado 59 casos de brucelosis, lo que supone una tasa de incidencia de 2,37 casos por 100.000 mil habitantes. En la **Figura 1** se puede observar como esta enfermedad continúa con su tendencia descendente de los últimos años, aunque la tasa de Castilla y León sigue siendo superior a la nacional (1,60).

FIGURA 1

Vigilancia epidemiológica de Brucelosis
Evolución de la tasa de incidencia. 1987-2004

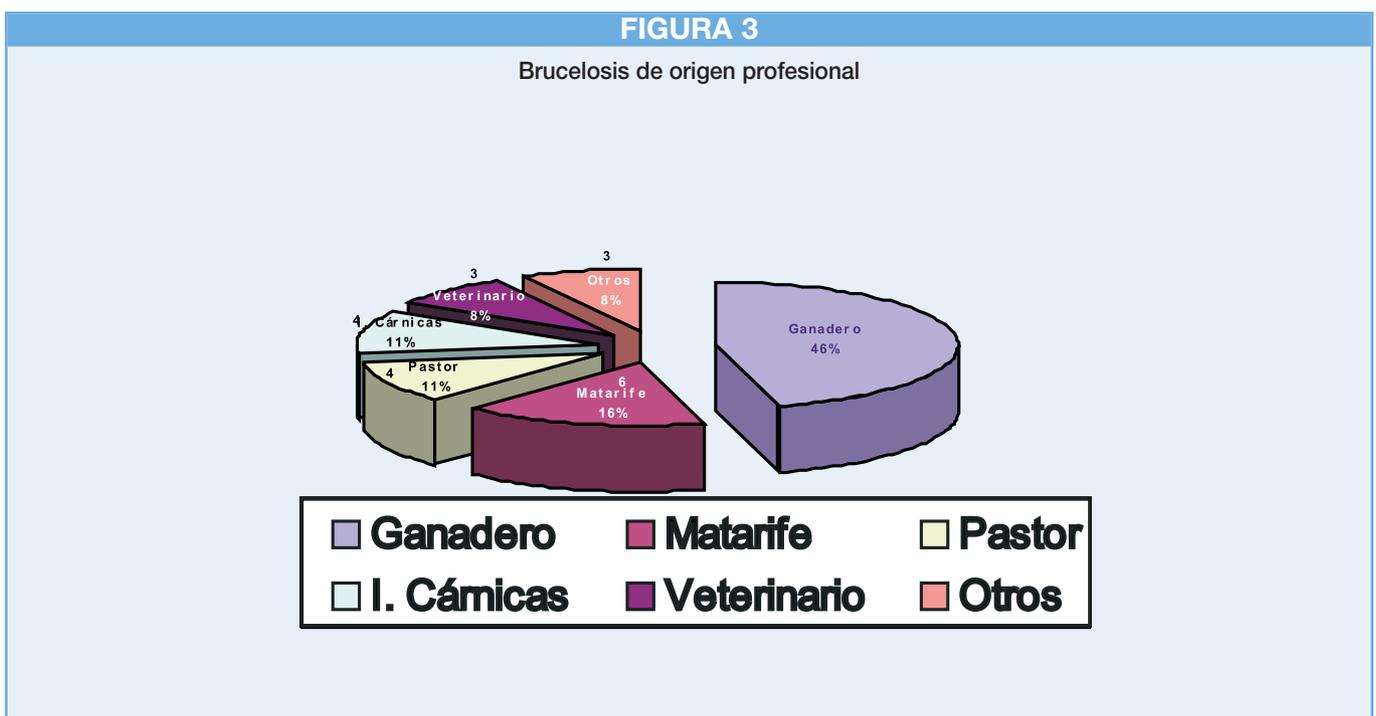
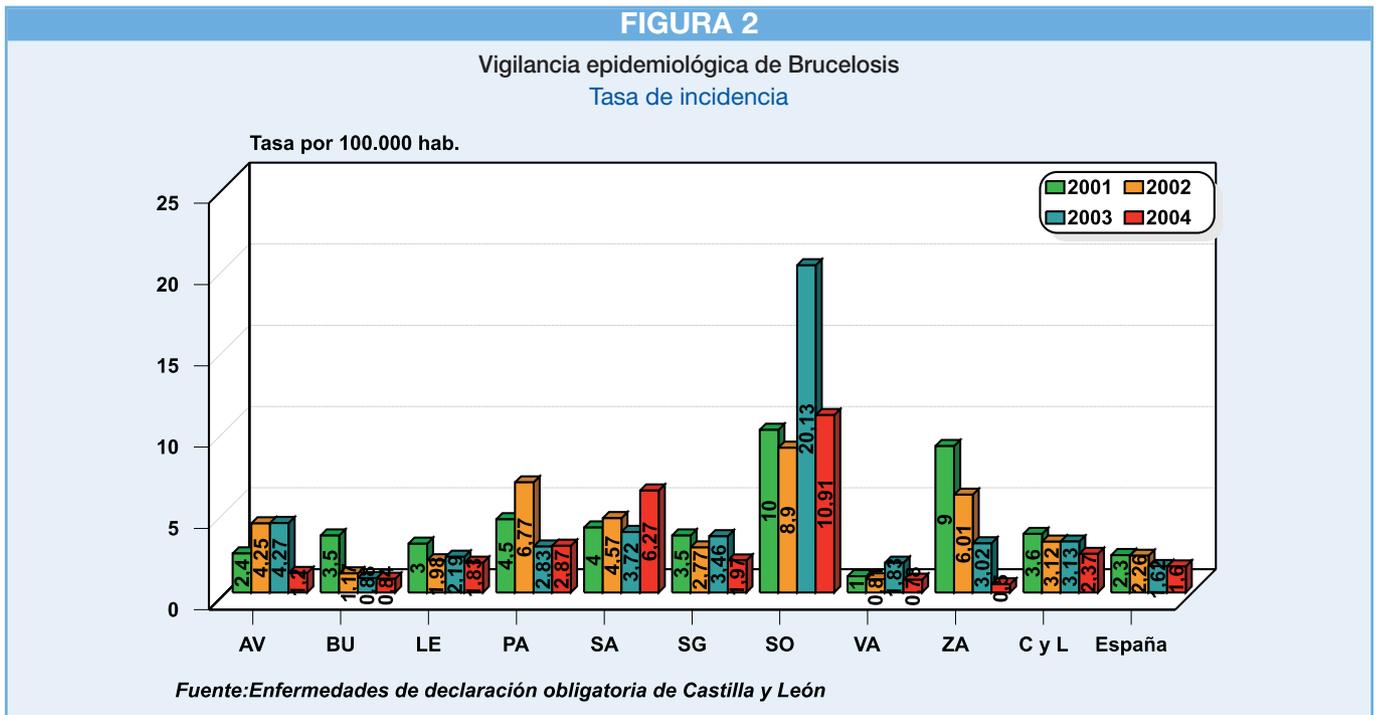


Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León.

En la **Figura 2** aparece la distribución de los casos por provincias en los últimos cinco años. Las provincias de Soria y Salamanca son las que presentan las mayores tasas, con 10,91 y 6,27 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Aunque esta enfermedad puede contagiarse al ingerir productos lácteos contaminados, en nuestra Comunidad es básicamente un proble-

ma de salud laboral, contagiándose por contacto (con tejidos, sangre, orina, secreciones animales, placenta o restos abortivos) o por vía respiratoria (aerosoles en establos, laboratorios y mataderos). De los casos declarados en Castilla y León en los que se conoce la profesión, 39 (el 77%) tienen relación con la misma. Como puede verse en la **Figura 3**, se ha declarado más en ganaderos (17) y matarifes (6).



Hidatidosis

1.- DEFINICIONES para la Vigilancia Epidemiológica:

1.1- **Definición clínica:** Presencia de quiste/s en los distintos órganos y tejidos (los más frecuentemente afectados son el hígado y los pulmones).

1.2.- **Criterio diagnóstico de laboratorio:**

- Visualización directa del escólex del cestodo.
- Existen diversas pruebas serológicas para el diagnóstico de la hidatidosis, aunque hasta el momento no hay ninguna que sea determinante. Se recomienda la utilización combinada de una prueba de alta sensibilidad (por ejemplo hemaglutinación indirecta) con una de alta especificidad (por ejemplo aglutinación de partículas de látex) y confirmación mediante inmuno-electroforesis.

* Se puede hacer **Diagnóstico morfológico** mediante ecografía y/o TAC del quiste.

1.3.- **Clasificación de casos:**

Caso Sospechoso/Probable: Clínica compatible, diagnóstico morfológico y/o prueba se-

rológica adecuada.

Caso Confirmado: Clínica compatible y confirmación por visualización directa del escólex del cestodo.

* A efectos de notificación, se considerará caso nuevo a una persona con antecedentes de intervención quirúrgica por esta enfermedad cuando hayan pasado 10 o más años de la intervención.

2.- CASOS DECLARADOS EN CASTILLA Y LEÓN.

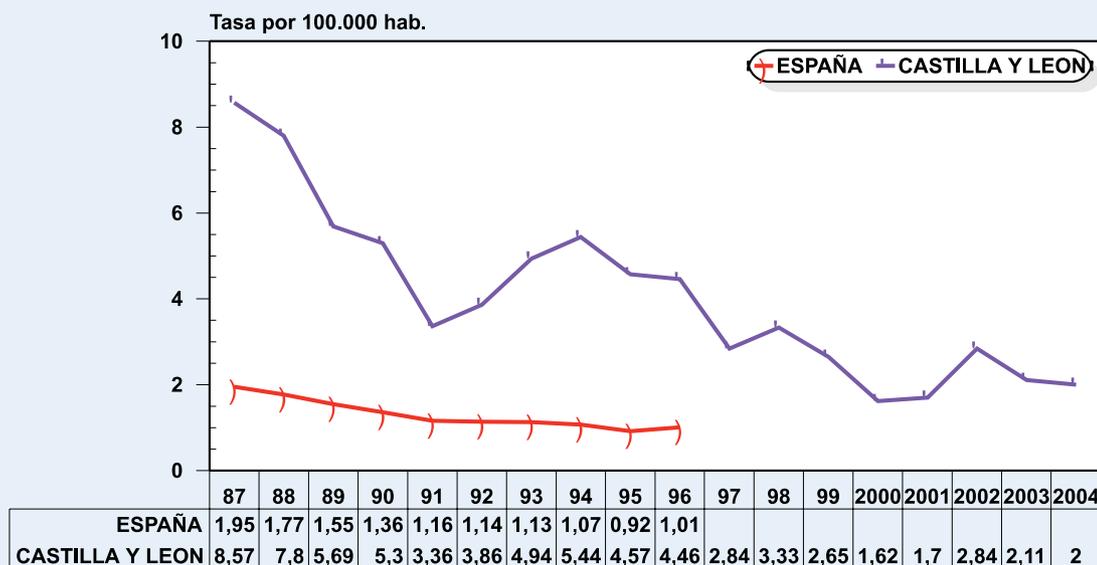
Los perros contraen la hidatidosis al alimentarse con restos de animales (generalmente ovinos) portadores de quistes de **Echinococcus granulosus**.

La especie humana se infecta al ingerir huevos que se encuentren en el agua o en alimentos (por ejemplo vegetales) contaminados por heces de perros con hidatidosis, o directamente por contagio orofecal desde dichas heces.

Durante el año 2004, la tasa de incidencia de esta enfermedad en Castilla y León (2 por 100.000 habitantes) ha experimentado una disminución con respecto a los dos años anteriores (**Figura 4**). A nivel nacional no existen datos a partir de 1997.

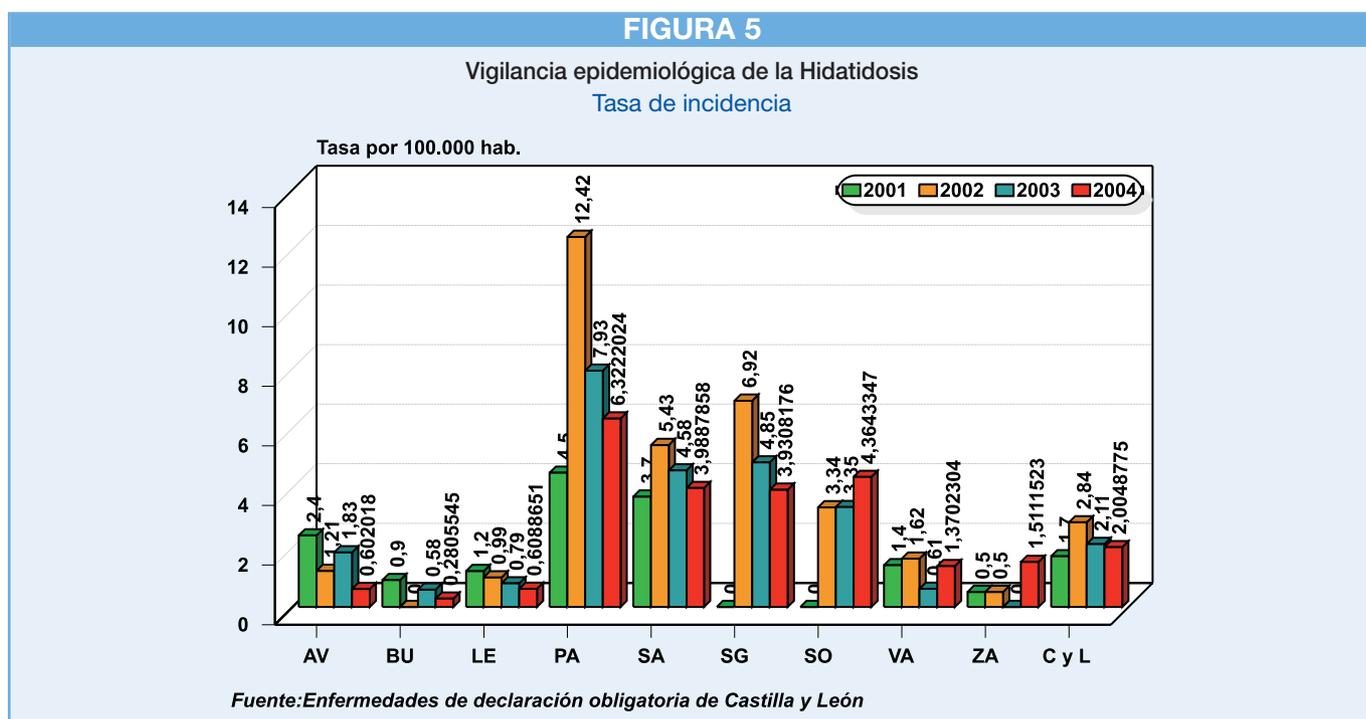
FIGURA 4

Vigilancia epidemiológica de la Hidatidosis
Evolución de la tasa de incidencia. 1987-2004



Las provincias con una mayor declaración han sido Salamanca, con 14 casos y Palencia

(11 casos). En la **Figura 5** se ven las tasas provinciales de los últimos años.



Fiebre Exantemática Mediterránea o Fiebre Botonosa

1.- DEFINICIONES para la Vigilancia Epidemiológica:

1.1.- **Definición clínica:** Enfermedad caracterizada por un comienzo brusco con fiebre y artromialgias y posterior aparición, entre el 3^{er} y el 5^o día, de una erupción máculo-papulosa no pruriginosa que generalmente afecta a palmas de las manos y plantas de los pies. A menudo aparece desde el inicio de la enfermedad una lesión primaria en la piel, en el lugar de la picadura de la garrapata, con aspecto de pequeña úlcera de unos 2 a 5 mm de diámetro con un centro oscuro y una aureola roja, acompañada de linfadenopatía regional.

1.2.- **Criterio diagnóstico de laboratorio:**

- Aislamiento del agente causal en cultivo celular, o
- Detección de rickettsias en tejidos cutá-

neos mediante inmunofluorescencia directa, o

- Seroconversión por inmunofluorescencia indirecta o fijación del complemento (o aumento de 4 veces el título de anticuerpos en dos muestras de suero del paciente extraídas en fase aguda y convaleciente).

1.3.- **Clasificación de casos:**

Caso Sospechoso/Probable: Compatible con la definición clínica de caso.

Caso Confirmado: Cumple la definición clínica de caso y está confirmado por laboratorio.

2.- CASOS DECLARADOS EN CASTILLA Y LEÓN.

Esta enfermedad, causada por la **Rickettsia conorii** y transmitida por la picadura de una garrapata infectada, es estacional, apareciendo un mayor número de casos en verano.

A nivel nacional, a efectos de notificación, se considera una enfermedad endémica de ámbito regional desde 1996. Las zonas de ma-

yor incidencia son Ceuta, Melilla, Castilla la Mancha, Extremadura y Andalucía. En esta última Comunidad se declararon 84 casos en el año 2003 (tasa de 1,2 casos por 100.000 habitantes)

En Castilla y León, durante el año 2004 se declararon 9 casos (3 casos en Soria, 2 en Burgos y Salamanca, 1 en Avila y León), con una tasa de incidencia de 0,36 casos por 100.000 habitantes. En los últimos 5 años ha ido descendiendo progresivamente (tasa de 1,71 en 2000).

Leishmaniasis

1.- DEFINICIONES para la Vigilancia Epidemiológica:

1.1.- Definición clínica:

LEISHMANIASIS CUTÁNEA: El cuadro se caracteriza por una lesión granulomatosa única (excepcionalmente múltiple) que, si no se produce sobreinfección bacteriana, cura espontáneamente sin otra secuela que una pequeña cicatriz. Existe una forma difusa de esta enfermedad que no cura espontáneamente y que tiende a las recaídas después del tratamiento.

LEISHMANIASIS CUTÁNEO-MUCOSA: El cuadro se caracteriza por la aparición de lesiones que pueden conducir a una destrucción extendida y desfigurante de las mucosas de la nariz, boca o garganta (leishmaniasis faríngea).

LEISHMANIASIS VISCERAL: Este cuadro se caracteriza por un comienzo insidioso, manifestándose con fiebre, malestar general, anorexia y pérdida de peso. Más tarde aparece una marcada esplenomegalia, generalmente blanda e indolora, hepatomegalia moderada, adenopatías en regiones inguinal y cervical, anemia y trombocitopenia.

1.2.- Criterio diagnóstico de laboratorio:

- Aislamiento (cultivo), o
- Demostración de la presencia del parásito en aspirados obtenidos de:
 - * Los bordes de la lesión (Leishmaniasis cutánea y cutánea-mucosa).
 - * Médula ósea, hígado, bazo o ganglios linfáticos (Leishmaniasis visceral).
- Serología: Las pruebas que se utilizan con mayor frecuencia son IFI y ELISA, pero únicamente como diagnóstico de presunción.

1.3.- Clasificación de casos:

Caso Sospechoso: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso.

Caso Probable: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso y con serología positiva a Leishmania.

Caso Confirmado: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso y con visualización del parásito.

2.- CASOS DECLARADOS EN CASTILLA Y LEÓN.

En los países Mediterráneos tiene cierta importancia debido a la endemidad de la leishmaniasis en perros (por **Leishmania infantum**). A partir del reservorio canino, la transmisión se produce por picadura de mosquito.

A nivel nacional, dejó de ser enfermedad de declaración obligatoria en el año 1996; no obstante, se recogen entre 80 y 120 casos anuales, la mayoría asociados al SIDA, aunque se considera que existe infranotificación.

En Castilla y León no se declaró ningún caso al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria durante el año 2004. En los últimos 5 años la tasa de incidencia no ha superado el valor de 0,12 por 100.000 habitantes del año 2003.

Carbunco

Infección aguda causada por **Bacillus anthracis**, una bacteria Gram positiva y formadora de esporas altamente resistentes a la temperatura y la desecación, que pueden permanecer viables durante años. El hombre adquiere la infección por contacto, ingestión o inhalación de esporas. En más del 95% de los casos la infección es cutánea, debida a su inoculación a través de pequeñas abrasiones en la piel. Se caracteriza por la aparición de escara necrótica negra (lesión típica) en zonas no protegidas de la piel, a veces con dolor en la zona, linfangitis, adenopatía regional y septicemia. La transmisión suele ser de carácter profesional, por contacto con pieles, lana, pelo o cadáveres de herbívoros (a veces cerdos).

En Castilla y León, se notificaron 2 casos (1 de ellos en un ganadero, del otro se desconoce la profesión) durante el año 2004, lo que supone una tasa de 0,08 casos por 100.000 habitantes, cifra que no se ha superado en los 4 últimos años en nuestra Comunidad Autónoma.

Tularemia

1.- Enfermedad caracterizada por distintas formas clínicas: Úlceroglandular (úlceras cutáneas con linfadenopatía regional), Glandular (linfadenopatía regional sin úlcera), Óculoglandular (conjuntivitis con linfadenopatía preauricular), Orofaringea (estomatitis o faringitis o tonsilitis y linfadenopatía cervical), Intestinal (dolor abdominal, vómitos y diarrea), Neumónica (enfermedad pleuropulmonar primaria) y Tifóidica (enfermedad febril sin precoz localización de signos o síntomas).

1.1.- **Definición clínica:** El diagnóstico clínico se apoya en la evidencia de antecedentes de mordedura de garrapata, picadura de otros artrópodos, exposición a tejidos de un animal huésped de **Francisella tularensis** o exposición a agua potencialmente contaminada.

1.2.- Criterio diagnóstico de laboratorio:

- Aislamiento de **F. tularensis** en una muestra clínica.
- Seroconversión.

1.3.- Clasificación de casos:

Caso Sospechoso: Clínicamente compatible y epidemiológicamente relacionado con los factores de riesgo descritos para la enfermedad.

- Caso Probable:** Compatible clínicamente y:
- Título(s) elevado(s) de anticuerpos séricos a antígeno de **F. tularensis** (sin documentación de seroconversión) en un paciente sin antecedentes de vacunación contra la tularemia, o

- Detección de **F. tularensis** por inmunofluorescencia en una muestra clínica.

Caso Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

2.- CASOS DECLARADOS EN CASTILLA Y LEÓN.

La vía de infección es el contacto directo con el animal enfermo o muerto (principalmente liebres, conejos, ratas, otros roedores y, en menor medida, otros animales), fundamentalmente a través de la piel, pero también de la conjuntiva del ojo o las mucosas de boca y nariz. También puede transmitirse por picaduras (de insectos y garrapatas) y por ingestión, de agua contaminada (por animales muertos, su orina o sus heces) o de carne cruda o poco cocida del animal enfermo. Nunca se transmite de persona a persona.

Antes de 1997 no existía constancia de la presencia de la enfermedad en nuestro país. La enfermedad fue incluida en el Sistema Nacional de Enfermedades de Declaración Obligatoria en 1998 al aparecer un brote que tuvo 534 casos en Castilla y León.

Entre los años 2000 y 2003 se comunicaron 7 casos.

En el año 2004 se han declarado 13 casos confirmados de tularemia humana, lo que representa una tasa de 0,80 por cada 100.000 habitantes. Hay 3 casos relacionados con la manipulación de cangrejos, 9 en personas con antecedentes de caza o de manipulación de liebres de la provincia de Zamora, y 1 en un hombre que trabajaba en una piscifactoría y fue agredido por las garras de un águila.

Suscripciones: Envío gratuito, siempre que sea dirigido a profesionales sanitarios. Solicitudes: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad. Paseo de Zorrilla nº 1. 47071 VALLADOLID.