

las enfermedades de importación

507

ALTERACIONES CARDIACAS Y DIGESTIVAS DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS IMPORTADA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

M. García Rodríguez¹, J.M. Ramos², D. Torrús³, P. Segarra¹, R.Sanz¹, E. Martínez Goñi³, F. Gutiérrez² y X. García Fabra¹

Unidad de Enfermedades Infecciosas, ¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Valencia, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Elche (Alicante). ³Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: Describir las alteraciones cardiacas y digestivas de los pacientes con Enfermedad de Chagas en tres hospitales de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de una cohorte de casos de EC diagnosticados en tres hospitales de la Comunidad Valenciana en 5 años (2003-2007)

Resultados: Se diagnosticaron 69 casos; mediana de edad: 35,7 años (RIC: 29-45); 50 (72,5%) mujeres. El principal país de origen fue Bolivia (58; 84,1%). Ventiocho (40,6%) habían sido diagnosticados de EC en su país. Los síntomas cardiológico más frecuentes fueron: palpitaciones (15;21,6%), dolor torácico (9;13%), disnea (9;13%) y síncope (4;5,7%). Referían estreñimiento 16 pacientes (23,2%) y disfagia cinco (7,2%). Radiografía de tórax mostraba cardiomegalia en 7,8% (5/64). El 22,4% de los pacientes (14/61) tenían alteraciones en el ECG. Al alteraciones del ECG fueron: Bloqueo de rama derecha (BRD) con hemibloqueo anterior (HIA) (35,7%), BRD sin HIA (28,6%), extrasístole ventriculares repetidas y bigeminismo (21,4%), bradicardia sinusal (14,3%), bloqueo auriculo-ventricular (7%) y síndrome de preexcitación (7%). El ecocardiograma fue anormal en un 20% los pacientes con EC (7/35); 2 pacientes mostraban miocardiopatía dilatada, dos pacientes mostraban alteraciones de la contractilidad segmentaria; uno dilatación del ventrículo derecho, hipertrofia ventrículo izquierdo y comunicación interauricular. El esofagograma fue anormal en el 2,8% (1/35) y 5 pacientes (de 24 a los que se le hizo un enema opaco) mostraba dolicosigma (20,8%).

Conclusiones: Las alteraciones cardíacas de los pacientes con EC en España es del 22,4% y el dolicosigma en 1 de cada 5 pacientes con enema opaco realizado, por lo que la EC sintomática es una entidad clínica a tener en cuenta entre los inmigrantes latinoamericanos.

508

Comunicación retirada a petición de los autores.

509

DETECCIÓN DEL ANTÍGENO NS1 EN INFECCIONES AGUDAS POR VIRUS DENGUE

C. Domingo¹, F. de Ory¹, J.C. Sanz², M.J. Malo¹, J. Gascón³, R. López-Vélez⁴ y A. Tenorio¹

¹S. Microbiología Diagnóstica, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid. ²Unidad de Microbiología Clínica, Laboratorio Regional de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Madrid. ³Centro de Salud Internacional de Barcelona (CRESIB), IDIBAPS, H. Clinic, Barcelona. ⁴S. de Medicina Tropical, H. Ramón y Cajal, Madrid.

Recientemente se ha identificado que la proteína no estructural NS1 es una glicoproteína muy conservada en los cuatro serotipos de dengue, que puede encontrarse en gran cantidad en el suero de pacientes en la fase temprana de la infección por el virus, y que puede servir como marcador temprano de infección.

En este estudio se ha evaluado la detección de la proteína NS1 en muestras agudas (≤ 10 días de evolución) utilizando un ELISA de captura del antígeno NS1 (Platelia™, Bio Rad) en 69 muestras de suero de viajeros con diagnóstico clínico de fiebre por dengue confirmado microbiológicamente.

El ensayo de ELISA de captura de antígeno frente a NS1 presentó una sensibilidad total del 86,9% (60/69). Está sensibilidad fue mayor en aquellos casos clasificados como infección primaria (94,6%) 35/37, mientras que en aquellas infecciones que mostraron un perfil serológico compatible con una re-infección por flavivirus, la sensibilidad detectada fue del 84,3% (27/32).

La detección molecular del genoma viral presentó una sensibilidad del 67,5% y del 50% en primoinfecciones y re-infecciones respectivamente. En las 69 muestras ensayadas la presencia de IgM frente a dengue se detectó en 54 sueros, que comprenden 26 primoinfecciones (48,1%) y 28 re-infecciones (51,8%). A su vez, 40 muestras presentaron niveles detectables de IgG en los primeros 10 días tras la apa-

rición de la fiebre; 32 re-infecciones (100%) y 8 primoinfecciones (21,6%).

El ELISA de captura de antígeno ofreció una sensibilidad del 87% en presencia de IgM, y del 93,3% en ausencia de la misma, mientras que la sensibilidad del ensayo en presencia y ausencia de IgG fue 85% y 89,6% respectivamente.

Todo ello confirma la utilidad de la detección del antígeno NS1 como marcador de infección aguda por dengue. A su vez, los datos obtenidos parecen indicar que la eficacia del ensayo podría verse modificada por la presencia de anticuerpos frente al virus que dificulten el reconocimiento del antígeno por el anticuerpo monoclonal del ensayo.

510

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO Y MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS: ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA PCR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR *TRYPANOSOMA CRUZI*?

M. Flores¹, I. Cruz¹, S. Puente², B. Carrilero³, R. López-Velez⁴, E. Castro⁵, R. Gonzalez⁵, C. Seco⁶, A. Laarej⁷, P. Torres⁸, M. Adelantado⁹, E. Cañas¹⁰, M. Rodríguez¹, J. Nieto¹, T. Gárate¹, C. Cañavate¹

¹Servicio de Parasitología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Unidad de Medicina Tropical, H. Carlos III, Madrid. ³Unidad de Medicina Tropical, H. Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁴Medicina Tropical y Parasitología Clínica, H. Ramón y Cajal, Madrid.

⁵Hemovigilancia y Serología Infecciosa, Cruz Roja Española, Madrid. ⁶Hematología, ⁷C. Comunitario de Sangre y Tejidos, Asturias, ⁸C. Transfusión de Almería, ⁹C. Transfusión Comunidad de Madrid, ¹⁰C. Transfusión de Galicia. ¹⁰Salud Internacional, H. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción En los últimos años, España se ha convertido en uno de los países favoritos de destino para los emigrantes latinoamericanos. Actualmente la enfermedad de Chagas se ha constituido en una infección importada y emergente. A pesar de la amplia experiencia en Latinoamérica, aún no se cuenta con una técnica de diagnóstico de referencia. Además, la evolución natural de esta parasitosis comprende dos fases, una aguda y otra crónica, siendo evidente la presencia del parásito, principalmente, en la primera. En la fase crónica, la parasitemia es baja o nula, por lo que el diagnóstico de laboratorio se basa en la detección de anticuerpos IgG anti-T. cruzi mediante dos técnicas de principios y antígenos distintos.

Objetivos: Determinar la prevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi* en población con sospecha clínico-epidemiológica. Evaluar el papel de la PCR en el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. Comparar la relación entre detección de anticuerpos anti-T. cruzi y ADN del parásito.

Material y métodos: Para determinar la prevalencia de la infección se realizó una revisión retrospectiva de las muestras analizadas en el Servicio de Parasitología, durante el periodo 1997-2007. Para evaluar la utilidad de la PCR se determinó la sensibilidad y especificidad analítica, el límite de detección en sangre y el seguimiento de la infección experimental en modelo murino (n = 30) y canino (n = 6). Además se realizó una evaluación en doble ciego (n = 30) y la comparación en paralelo con el diagnóstico serológico de la infección por T. cruzi.

Resultados: Se analizaron muestras de 5924 individuos. La prevalencia en pacientes atendidos en centros hospitalarios fue del 18,6%, mientras que en donantes fue del 1,3%. La población con mayor prevalencia procedía de Bolivia. La sensibilidad analítica de la PCR fue de 0,01 parásitos por reacción y el límite de detección 1 p/mL de sangre. En la infección experimental se detectó ADN de T. cruzi en sangre periférica, tanto en la etapa aguda como en la crónica; la presencia de parásitos en tejidos se observó principalmente en la fase aguda. Por otra parte, en la compara-

ción con el diagnóstico serológico, los casos humanos de infección aguda fueron todos positivos por PCR (n = 5). Mientras que en los casos crónicos, la sensibilidad fue variable, alrededor del 50%.

Conclusión: La PCR es idónea para el diagnóstico de la infección aguda. En la fase crónica es una herramienta complementaria al diagnóstico serológico, principalmente en el seguimiento postratamiento y en los casos de reactivación tras estados de inmunodepresión.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (RETIC-RICET, RD06/0021/0009 y RD06/0021/0019).

511

TOLERABILIDAD Y CUMPLIMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO ESPECÍFICO CON BENZNIDAZOL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS IMPORTADA EN FASE CRÓNICA, ¿PODEMOS HABLAR DE EFECTIVIDAD?

M.J. Pinazo¹, E. Posada¹, J. Muñoz¹, E. Del Cacho², E. Ayala³, B. Treviño⁴, P. López⁵, M. Portús⁵, J. Gómez⁴ y J. Gascón¹

¹Sección de Medicina Tropical, CRESIB. Hospital Clínic.

Barcelona. ²Servicio de Farmacia, Hospital Clínic. Barcelona.

³Unidad de Bioestadística, CRESIB. Hospital Clínic. Barcelona.

⁴Unidad de Medicina Tropical, Medicina Tropical y Salud

Internacional Drassanes, Barcelona. ⁵Departamento de

Parasitología, Facultat de Farmacia. Universitat de Barcelona.

Introducción/objetivos: La enfermedad de Chagas es un problema de salud emergente en nuestro medio. El tratamiento específico (Benznidazol) es eficaz en niños y en formas agudas. En fase crónica los datos de efectividad son variables. Benznidazol presenta un perfil de efectos adversos poco favorable en adultos. Objetivo principal: describir el perfil de efectos adversos de Benznidazol en pacientes en fase crónica. Objetivos secundarios: valorar cumplimentación de tratamiento/seguimiento y respuesta serológica.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes con enfermedad de Chagas crónica que acuden a dos centros especializados en patología importada en Barcelona y aceptan tratamiento con Benznidazol (06/2005-12/2007). Durante el tratamiento se fijaron visitas de control bisemanales con interrogatorio dirigido a la aparición de efectos adversos y cumplimentación, y control analítico mensual. Se realizaron serologías (ELISA Biokit y ELISA recombinante) a los tres meses y posteriormente semestrales tras finalizar el tratamiento, y PCR-RT en todas las determinaciones.

Resultados: Se administró tratamiento a 86 pacientes, la mayoría bolivianos (73/86, 85%), mujeres (70/86, 81%) y de edad media 36 años (DS ± 11). Completaron tratamiento 72/86 (84%). Presentaron alteraciones dermatológicas 40/86 (46%), cefalea 37/86 (43%), anorexia 27 (31,4%), parestesias 18 (21%), artromialgias 17 (20%), debilidad muscular 11 (13%), fiebre 5 (6%), epigastralgia 21 (4%) y otros efectos secundarios en casos aislados, como artritis de mano izquierda, astenia, disgeusia, edema, náuseas o pirosis. Se retiró el fármaco por rechazo de tratamiento en un paciente, en otro por mala tolerancia, en otra por embarazo y en 8/86 (10%) por efecto secundario severo. En la mayoría, la cumplimentación del tratamiento fue buena. No hubo disminución significativa de los títulos serológicos en los pacientes tras finalizar el tratamiento. La PCR fue positiva en 17/86 (20%) de pacientes antes del tratamiento. En control 6 meses post-tratamiento, fue negativa en todos los casos menos uno (1,2%).

Conclusiones: La tasa de efectos adversos es más alta y las manifestaciones más diversas a las descritas, probablemente por la realización de interrogatorios dirigidos, y la frecuencia de controles clínicos durante el tratamiento. La cumplimentación fue muy buena. Hasta el momento hemos detectado 1 caso de fallo terapéutico (1,2%). Es necesario el desarrollo de marcadores biológicos de curación/progresión de la enfermedad.

512

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES GESTANTES PROCEDENTES DE ZONAS ENDÉMICAS

P. Alonso¹, M. Rodríguez Pérez¹, A. Rodríguez Guardado, E. Vega², A. Escudero², P. Suárez Leiva¹ y J.A. Cartón

Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna I. Servicio de Microbiología¹. Servicio de Ginecología², Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: La transmisión congénita del *Trypanosoma cruzi* puede ocurrir en un 2-12% de mujeres embarazadas infectadas. La llegada de mujeres embarazadas procedentes de zonas endémicas debido a los fenómenos migratorios hace que deba sospecharse esta enfermedad en este grupo de población. Por ello nos propusimos estudiar la prevalencia de la enfermedad de Chagas en gestantes latinoamericanas. Presentamos los resultados de un programa de cribado en este grupo de población.

Métodos: Se determinaron anticuerpos contra *T. cruzi* en todas las mujeres inmigrantes embarazadas procedentes de zonas endémicas revisadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Central Universitario de Asturias durante el año 2007. El test utilizado para el cribado fue el Particle Gel Immuno Assay -PaGIA, DiaMed-ID.

Resultados: Se realizó el cribado en 132 mujeres (edad media 28,8 años, rango 15-43). Los países de procedencia fueron: Ecuador (31,0%), Colombia (17,4%), Brasil (15,9%), Paraguay (12,1%), República Dominicana (9,1%), Venezuela (5,3%), Argentina (3,0%), Bolivia (2,3%), Cuba (1,5%), Uruguay y Méjico (0,7% cada uno). Setenta y nueve pacientes vivían en áreas urbanas y 29 en zonas rurales. En los restantes no se conocían las características de la zona de residencia. Sólo 5 pacientes vivían en zonas con las características epidemiológicas habituales de la enfermedad de Chagas. Dos pacientes tenían historia familiar de Chagas. En ningún caso se encontraron anticuerpos positivos contra *Trypanosoma cruzi*.

Conclusiones: A pesar de la llegada de mujeres embarazadas procedentes de áreas endémicas no se detectó ningún caso de enfermedad de Chagas probablemente debido a la ausencia de factores de riesgo epidemiológico. Son necesarios estudios más amplios de población para evaluar el riesgo de transmisión materno de la enfermedad en población inmigrante en España.

513

ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DE LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA EN POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA EN ESPAÑA

M. Navarro, A. Pérez de Ayala, J.A. Pérez Molina, F. Norman, C. Jiménez, María Flores-Chavez* y R. López-Vélez

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Unidad de Medicina Tropical, Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Servicio de Parasitología. CNM, Instituto de Salud Carlos III.

Introducción: La infección por *T. cruzi*, endémica en el continente americano, es cada vez más frecuente en España debido al aumento de la inmigración. Suele producirse en la infancia evolucionando a los 20-30 años a infección crónica sintomática en un 10-40% de los casos, principalmente con afectación cardíaca (20-30%).

Objetivos: Describir la prevalencia de la infección por *T. cruzi* en población inmigrante procedente de áreas endémicas atendida en la Unidad de Medicina Tropical y estimar los casos potenciales de cardiopatía chagásica en España.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, años 2003-2007. Se consideró a un paciente infectado cuando presentó dos resultados positivos con dos técnicas serológicas frente a antígenos distintos (ELISA e IFI); mediante PCR se detectó la presencia de parasitemia. La estimación de los inmigrantes infectados y de la aparición de cardiopatía se realizó en base a los datos de prevalencia disponibles de cada país y de

los pacientes atendidos en nuestra Unidad. Se consideraron dos situaciones: escenario optimista (EO): menor prevalencia y menor frecuencia de desarrollo de cardiopatía y escenario pesimista (EP): mayor prevalencia y mayor frecuencia. **Resultados:** Se realizaron 320 serologías de las que 92 (28,7%) resultaron positivas. Se dispone de los datos epidemiológicos de 87 pacientes: mediana de edad: 37 años (rango intercuartil 29-43), 64% mujeres, 95% procedentes de Bolivia; principalmente de zona rural (85%), el 35% acudió a la consulta por iniciativa propia y el 45% remitidos desde otro centro sanitario. El 57% refieren algún síntoma cardiaco en el momento de la consulta. En el 22,5% de los ECG realizados se observó alguna alteración, así como en el 17% de los ecocardiogramas. En el año 2006 se registraron 1.307.444 inmigrantes procedentes de áreas endémicas, esto supondría, en el EO 44.000 infecciones y 9.000 cardiopatías potenciales y en el EP 225.000 infecciones y 67.500 cardiopatías. **Conclusiones:** La cardiopatía chagásica, no siendo endémica en nuestro país, puede suponer entre la población inmigrante actual, hasta 67.500 nuevos diagnósticos. Considerando la edad media de los inmigrantes y que la infección suele darse en la infancia es esperable que la mayoría de los casos aparezcan en los próximos 10-15 años. Es necesario disponer de datos epidemiológicos precisos a nivel nacional para poder dimensionar correctamente la magnitud de este problema de salud.

514

PATOLOGÍA IMPORTADA DIAGNOSTICADA EN UNA POBLACIÓN INMIGRANTE EN UNA CONSULTA DE MEDICINA TROPICAL DE RECIENTE CREACIÓN

A. Rodríguez Guardado, F. Pérez¹, M. Rodríguez¹, D. González¹, A. Morilla¹, M. de Oña¹ y J.A. Cartón Sánchez

Consulta de Medicina Tropical-Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna I. Servicio de Microbiología¹, Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: El aumento de la patología importada ha hecho necesaria la creación de unidades especializadas, incluso en comunidades autónomas con menor número de inmigrantes. Describamos la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades en una Unidad de Medicina Tropical de reciente creación.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes inmigrantes diagnosticados en la consulta de Medicina Tropical del HUCA entre marzo 2006 y Diciembre 2007.

Resultados: Durante el tiempo de estudio se revisaron 190 pacientes (129 en 2007) de los cuales 124 eran inmigrantes (52% varones, edad media 34 años; tiempo en España 767 días; países de procedencia: Guinea Ecuatorial (34%), Senegal (23%), Ecuador (7%), Pakistán (6,5%), Bolivia (5,6%) y Costa de Marfil (4%). Motivos de consulta más frecuentes: cribado (41 casos), dolor abdominal (25 casos), diarrea (16 casos), y fiebre (14 casos). Enfermedades cosmopolitas más frecuentes: hepatitis B crónica (14 casos), sífilis latente tardía (14 casos), infección por el VIH (7 casos), hepatitis C (7 casos), TBC (5 casos). Las enfermedades parasitarias más frecuentes fueron las intestinales: helmintiasis (Trichuris trichuria 20 casos, Ascaris lumbricoides 6, Uncinarias spp 5, Strongyloides stercoralis en 3) o protozoos (23 amebiasis, 6 giardiasis). El 20% de los pacientes presentaba filariasis (16 mansonelosis, 4 loaisis y 3 oncocercosis). Se diagnosticaron 8 casos de malaria, 5 neurocisticercosis, 5 enfermedades de Chagas, 3 esquistosomiasis y 3 abscesos hepáticos amebianos. Cuarenta pacientes presentaban infestación por un parásito, 19 por 2, cinco por 3 y tres por 4 ó más parásitos. La presencia de poliparasitosis fue superior en inmigrantes subsaharianos especialmente procedentes de Guinea Ecuatorial. Solo en 14 casos no se encontró patología.

Conclusiones: La presencia de enfermedades importadas es elevada en población inmigrante sobre todo de procedencia subsahariana. Los diagnósticos más frecuentes fueron las parasitosis intestinales y las filariasis. La tasa de poliparasitosis es alta especialmente en pacientes procedentes de Guinea Ecuatorial.

515

TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD EMERGENTE. ESTUDIO EN EL SECTOR SANITARIO 3 DE ZARAGOZA (2003-2007)

A. Vitoria¹, P. Macipe¹, S. Letona², C. Lafoz³, A. Salazar¹, C. Laborda¹, C. Rubio¹ y S. Samper⁴

¹Servicio de Microbiología, ²Servicio de Infecciosas, ³Grupo de genética de micobacterias, ⁴Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" Zaragoza. Facultad de medicina Zaragoza. Hospital Miguel Servet.

Introducción: En los últimos años hemos observado un aumento de la población inmigrante de nuestra área sanitaria, la mayoría de ellos procedentes de países con altas tasas de tuberculosis, a la vez ha aumentado la incidencia de casos con confirmación bacteriológica.

Objetivo: Conocer el impacto de la inmigración sobre el total de casos de tuberculosis, estudiando las características epidemiológicas de los pacientes (país de origen, edad, sexo, carácter VIH) y de las cepas aisladas: Estudio de sensibilidad y agrupación en clusters por RFLP

Material y métodos: Descontaminación de las muestras con N-Acetil cisteína sosa y siembra en medio líquido (MB BacT/alert®) y sólidos (Lowenstein Jensen y Coletso). Identificación mediante hibridación con sonda de DNA (Genotype Hain®), Antibiograma en medio líquido. Detección de clusters por RFLP- IS6110.

Resultados: La metodología anterior nos permitió detectar un total de 329 casos de tuberculosis de los que 96 fueron en inmigrantes (29,1%), el número de aislamientos ha ido aumentando desde 5 casos en el año 2003 hasta 35 en el año 2007, 9,8% del primer año estudiado y el 38,8% de los casos detectados en el 2007. En pacientes africanos se detectó el mayor nº de casos (41), únicamente 2 de nuestro pacientes procedían de oriente. 5 pacientes presentaron Tbc. diseminada y 11 extrarrespiratoria. Se detectó infección por VIH en 15 pacientes. 9 de las cepas presentaron algún tipo de resistencia: 3 multirresistentes (INH+RPM), 4 resistentes a INH y 2 a INH+SM. En 89 cepas se estudió su agrupación en clusters, encontrando 18 cepas agrupadas en 13 clusters diferentes.

Discusión: El nº de casos de tuberculosis en pacientes autóctonos ha permanecido estable a lo largo del periodo estudiado, con un leve descenso en el 2006, mientras que el nº de casos en inmigrantes ha ido aumentando, contribuyendo este tipo de pacientes a mantener las tasas de tuberculosis en nuestro medio. El 30% de los pacientes africanos con tuberculosis estaban coinfectados por el VIH. Todas las cepas multirresistentes detectadas lo han sido en pacientes inmigrantes. De los 13 cluster detectados en inmigrantes, 7 estaban formados exclusivamente por pacientes procedentes de una única área geográfica, los otros 6 cluster eran compartidos por autóctonos e inmigrantes. Las 71 cepas no agrupadas indica que pueda tratarse de casos de tuberculosis importada y máxime en pacientes que llevaban menos de un año en España en el momento del diagnóstico

516

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA INFLUENCIA DE LA INMIGRACIÓN EN LOS AISLAMIENTOS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

C. Vallés, M.A. Benítez, R. Angrill, F. Corcoy, C. Sarraseca y A. Vilamala

Servicio Microbiología, Consorci Laboratori Intercomarcal Alt Penedès, Anoia i Garraf.

Objetivos: Cuantificar si el incremento de la inmigración en nuestro entorno se relaciona con un aumento del número de

aislamientos de *Mycobacterium tuberculosis*. Conocer el porcentaje de pacientes inmigrantes sobre el total de pacientes con tuberculosis respiratoria, y cuales son las zonas de procedencia de estos inmigrantes.

Material y métodos: Se procesaron un total de 7145 muestras respiratorias en el periodo comprendido entre enero de 2003 y diciembre de 2007. Se realizó tinción de Zielh-Neelsen (ZN) y/o auramina a todas las muestras y se procesaron en paralelo tras digestión-decontaminación con N-acetil cisteína en medio líquido y medio sólido.

Resultados: La distribución anual de muestras (entre paréntesis) y pacientes se observa en la tabla adjunta.

	Muestras 2003 (1515)	Muestras 2004 (1406)	Muestras 2005 (1412)	Muestras 2006 (1276)	Muestras 2007 (1536)	Total (7145)
Pacientes totales	49	48	49	29	44	219
Pacientes inmigrantes	11	18	16	5	11	61

En el quinquenio evaluado, 61 pacientes (27,85%) pacientes eran inmigrantes, siendo 40 de origen africano, 16 de origen latinoamericano y cinco de otras localizaciones. En este periodo obtuvimos 16 pacientes con algún tipo de resistencia, de los cuales 4 eran de población inmigrante.

Conclusiones: Ha existido en los últimos años un incremento del porcentaje de pacientes inmigrantes con tuberculosis pulmonar, aunque el número total de pacientes se mantiene constante. Una regularización del control sanitario de la población inmigrante haría disminuir la tuberculosis en nuestro medio. África continúa siendo el origen más frecuente de nuestros pacientes inmigrantes, pero se ha incrementado sensiblemente el número de pacientes de origen latinoamericano.

517

ESTUDIO VIROLÓGICO DE UN CASO IMPORTADO DE POLIOMELITIS POSTVACUNAL EN ESPAÑA

M. Cabrerizo*, A. Avellón*, T. de Miguel, M. V. Martínez#, P. Pérez-Breña y G. Trallero

Lab. Nac. de Poliovirus, S. de Virología, C. Nac. de Microbiología. #C. Nac. de Epidemiología. Inst. de Salud Carlos III, Madrid.

Introducción: El Programa de Erradicación de la Poliomielitis de la OMS ha conseguido restringir la circulación de poliovirus (PV) salvajes a 6 países de África y Asia. Sin embargo, la vigilancia sistemática que se sigue haciendo en los países considerados libres de polio ha puesto de manifiesto la aparición de casos de parálisis flácida aguda (PFA) asociados a PV derivados de vacuna oral (PVDV) y de brotes producidos por la circulación de dichos virus en países de baja cobertura vacunal, lo cual supone un importante riesgo para la consecución de la erradicación. Aunque en España se cambió la vacuna oral (VPO) por la inactivada en 2004, debido a las características geográficas de nuestro país es necesaria una estrecha vigilancia para identificar posibles casos importados de poliomielitis por PVDV. De hecho estos sistemas de vigilancia pudieron detectar un caso de PFA en un niño de un año vacunado con VPO en Marruecos con inmunodepresión congénita severa que murió 6 meses después de desarrollar la enfermedad. Además, el virus fue detectado en 3 contactos familiares.

Objetivo: Caracterización molecular de los PV detectados en el caso y en los contactos.

Métodos: a) cuantificación del RNA viral por RT-PCR a tiempo real; b) cultivo viral en laboratorio de BSL-3; c) obtención de la secuencia del genoma completo de los PV detectados mediante amplificación con 10 RT-PCR solapantes y secuenciación; d) análisis molecular (filogenia, deriva genética y recombinación).

Resultados: En 10 muestras secuenciales del caso (1 LCR y 9 heces) y en 9 muestras de heces pertenecientes a 3 contactos familiares se detectó PV Sabin tipo 2. Uno de los contactos estuvo excretando virus durante 8 meses. En el caso, la carga vi-

ral fluctuó de 10^9 a 10^6 copias/ml, mientras que en los contactos fue menor de 10^5 . Se consideró un PVDV ya que la homología de secuencia en el gen VP1 con respecto a la cepa vacunal original fue menor de 99%, variando de 97,8 a 98,6% en las muestras del caso y permaneciendo constante (98,4%) en las de los contactos. También se detectaron varias mutaciones tanto en la región 5'-no codificante como en los genes que codifican para las proteínas de la envuelta. Por último, este PVDV presentaba 2 sitios de recombinación con el PV Sabin tipo 1 en regiones que codifican para proteínas no estructurales.

Conclusiones: La probabilidad de circulación de PVDV en España es baja pero posible, con lo que se deben seguir manteniendo los sistemas de vigilancia hasta que no se sustituya la vacuna oral por la inactivada en todo el mundo. El Laboratorio Nacional de Poliovirus es el responsable de tener disponible toda la metodología necesaria para una rápida y completa caracterización de dichos PVDV importados, como demanda la OMS en estos casos.

*los autores han contribuido al trabajo por igual

518

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE EN VIAJEROS FEBRILES ATENDIDOS EN UNA ÁREA SANITARIA DEL SUR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C. García-Esteban¹, C. Domingo², F. de Ory², F. J. Pérez-Millán¹, I. García-Bermejo¹, A. García-Cañas¹, A. Tenorio² y J.I. Alós¹

¹S. de Microbiología, H. U. de Getafe. Getafe. Madrid. ²S. de Microbiología Diagnóstica, ²C. Nac. de Microbiología (ISCIII), Majadahonda. Madrid

Objetivo: Determinar la infección por virus Dengue en viajeros febriles que regresan de zonas endémicas y son atendidos en un Área Sanitaria del sur de la Comunidad de Madrid (CM).

Material y métodos: Se estudiaron 26 sueros de pacientes con sospecha clínico-epidemiológica de infección por virus Dengue (julio 2006-noviembre 2007). En los pacientes con un cuadro clínico inferior a 7 días, se recogió una muestra de suero adicional para detectar el virus Dengue mediante una RT-Nested PCR específica para la región E/NS1. El estudio serológico se realizó por detección de IgG e IgM mediante ensayos de ELISA indirecto y de captura respectivamente (Panbio Dengue IgG y Panbio Dengue IgM capture, Australia).

En los pacientes con antecedentes de viaje reciente al continente africano o asiático se efectuó paralelamente el estudio serológico del virus Chikungunya por inmunofluorescencia (Euroimmun IgG y Euimmun IgM, Alemania).

El 62% de los pacientes habían visitado África, 15% América Central o del Sur y 15% Asia. En 2 casos (8%) se desconocía la región visitada por el paciente. El 38,5% (n = 10) de los pacientes eran españoles.

Resultados: De los 26 sueros estudiados: 11 fueron negativos para el virus Dengue, 12 tuvieron IgG (+) e IgM (-), 1 IgG equivoca e IgM (-) y en los 2 sueros restantes la IgM fue positiva, aunque sólo en uno de ellos se detectó IgG. En los 13 pacientes en los se aplicaron métodos moleculares de detección de genoma viral, sólo 2 fueron positivos; en un caso la serología fue negativa, y en el otro se detectó únicamente la fracción IgM. El primer caso fue un paciente nigeriano que regresó de su país 6 días antes y en el que también se detectó *Plasmodium falciparum*, y el segundo, un paciente español que 4 días antes había regresado de un viaje de 3 semanas de duración por la República Dominicana. En ambos casos la infección fue producida por el serotipo Dengue-1. El único paciente con IgG (+) e IgM (+) fue un inmigrante de Guinea Ecuatorial con residencia en España en los 4 meses previos, siendo en este caso la PCR negativa. De los 16 pacientes inmigrantes, 12 (75%) tuvieron serología compatible con una infección pasada [IgG (+) e IgM (-)] El estudio serológico del virus Chikungunya se realizó en 18 pacientes, en ningún caso se detectó IgM y sólo en una muestra se detectó IgG.

Conclusiones: La realización conjunta de las técnicas serológicas y moleculares permitieron diagnosticar 2 casos de infección aguda y un caso probable de infección reciente por virus Dengue. En un caso se diagnosticó conjuntamente una infección por *P. falciparum*, por lo no hay que olvidar la posibilidad de infecciones mixtas. Entre los pacientes inmigrantes el 75% presentó IgG positiva, lo que implica un mayor riesgo de padecer un dengue hemorrágico en una reinfección por el virus.

Por los datos encontrados en nuestra Área sanitaria, el incremento de la población inmigrante en la CM y de los desplazamientos a países donde el virus es endémico, es importante considerar al virus Dengue en el diagnóstico diferencial de un cuadro febril agudo en personas que regresen de zonas donde está presente el virus.