



Virus de la Encefalitis de St. Louis (SLE) CABA - Buenos Aires - Córdoba

DIREPI \ ALERTA

Semana Epidemiológica: 11
Notificador : Dirección de Epidemiología de la Nación
Fecha de Alerta : 26 de marzo de 2010
Código CIE - 10 : A83.3
Redacción informe : Dirección de Epidemiología.

2

Ante la notificación de dos casos confirmados de infección por virus St. Louis en la ciudad autónoma de Buenos Aires y tres casos confirmados en la provincia de Buenos Aires, jurisdicciones donde hasta la fecha no se habían identificado casos, y teniendo en cuenta otros casos en estudio en varias provincias, la Dirección de Epidemiología de la Nación alerta a los profesionales de la salud y comunidad en general para optimizar la vigilancia y fortalecer las medidas de prevención de esta enfermedad

Antecedentes en Argentina

El virus SLE se aisló por primera vez en los EE.UU en el año 1933 en el Estado de St. Louis y desde entonces ha producido en ese país brotes periódicos de encefalitis humana. En la Argentina, el virus SLE se ha reconocido desde 1963. Sólo unos pocos casos de infecciones agudas por SLE fueron reportados en los últimos años, siendo el brote más grande el de encefalitis ocurrido en la provincia de Córdoba en 2005, con 48 casos y ocho de ellos fallecidos.

Situación Actual

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 10 se notificaron al SNVS – Módulo SIVILA, 39 casos sospechosos de Encefalitis de St. Louis. Las provincias de residencia de los casos fueron Buenos Aires, CABA, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.

Hasta el momento se confirmó la infección reciente por virus SLE en 4 casos: 3 en provincia de Buenos Aires y 1 en CABA; 8 corresponden a casos probables: CABA (5), Córdoba (1), Entre Ríos (1) y Santa Fe (1).

Según informe de CABA, en el 2010 se registraron 19 casos sospechosos de enfermedad por Virus St. Louis, asistidos en efectores públicos y privados de área Metropolitana, siendo 9 de ellos con residencia en la ciudad de Bs. As. En los residentes se confirmó el diagnóstico en 2 casos en el INEVH (Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas), 4 son probables y 3 están en estudio. En relación con la forma clínica de los casos tratados en esa ciudad, 13 presentaron cuadro febril inespecífico (fueron notificados como sospechosos de dengue) y en 6 casos se observó compromiso neurológico (meningoencefalitis). El promedio de edad fue de 34 años con rango entre 12-72 y en cuanto a género, los varones constituyen el 79% de los casos.

La provincia de Córdoba informó 11 casos probables, 4 mediante el estudio de LCR y 7 por muestras de suero.

Las muestras fueron enviadas al INEVH para su confirmación. La Dirección de Epidemiología de la provincia no lo considera un brote por ser casos aislados.

Encefalitis de St. Louis (SLE)

Corresponden a un grupo de enfermedades inflamatorias agudas de corta duración que afectan a parte del cerebro, a la médula espinal y a las meninges. Sus signos y síntomas son similares, pero varían en gravedad y rapidez de evolución. Casi todas son asintomáticas (en los brotes, la tasa de infección sintomática/asintomática es del orden de 1:800 en niños y 1:85 en adultos mayores de 60 años), en los casos benignos se manifiesta con un cuadro febril, cefalalgia o meningitis aséptica. Las infecciones graves se caracterizan generalmente por comienzo agudo, cefalalgia, fiebre alta, signos meníngeos, estupor, desorientación, coma.

El **agente etiológico** es el virus de la encefalitis de St. Louis (SLE), perteneciente al grupo de los flavivirus. Respecto al **reservorio** son las aves silvestres y de corral.

El **modo de transmisión** es por la picadura de mosquitos infectantes pertenecientes al complejo *Culex pipiens-quinquefasciatus*.

El **período de incubación** por lo regular es de 5 a 15 días.

Constituye un **riesgo** para el grupo de edad más expuesto a la SLE son los ancianos.

No hay un **tratamiento** específico para los casos, no requiere aislamiento, ni desinfección concurrente.

Las **medidas preventivas** se centran en la educación a la población sobre modo de transmisión, protección individual con repelentes en las horas claves, destrucción de criaderos, protección de la vivienda con tela metálica. En casos de alta densidad de mosquitos se realiza control con insecticidas de acción residual en las viviendas.

Para **confirmación** diagnóstica se utilizan pruebas de inhibición de la hemoaglutinación, Fijación de complemento, y Neutralización en cultivos celulares.

Recomendaciones

1. Intensificación de las acciones de Vigilancia:

Vigilancia del síndrome febril con síntomas neurológicos

- ❑ Notificar a la Dirección de Epidemiología e investigar inmediatamente todo sospechoso que cumple con la siguiente definición de caso:

“Toda persona que presente un cuadro clínico compatible con enfermedad febril con síntomas neurológicos, meningitis aséptica, encefalitis, etc.”

- ❑ Remitir para estudio todo LCR claro sin etiología definida.

Vigilancia del síndrome febril agudo

- ❑ A fin de garantizar la captación precoz de los casos sospechosos, deberán intensificarse las acciones de vigilancia del síndrome febril agudo y notificar a la Dirección de Epidemiología e investigar inmediatamente todo sospechoso que cumple con la siguiente definición de caso:

“Toda persona que presente fiebre de comienzo brusco, cefalalgia o mialgias sin afectación de las vías aéreas superiores y sin foco aparente”

- ❑ Completar las fichas específicas de investigación del síndrome febril agudo o la de meningoencefalitis y remitir a la Dirección de Epidemiología.
- ❑ Obtener muestras para el diagnóstico serológico y de LCR según algoritmo de laboratorio.

Instrucciones para el envío de muestras para diagnóstico de encefalitis por flavivirus

(extraído de Informe “Encefalitis por flavivirus en Argentina” realizado por el INEVH)

El diagnóstico de las infecciones por flavivirus puede realizarse mediante el empleo de técnicas directas (detectan el virus o genoma viral) y técnicas serológicas que ponen de manifiesto la respuesta inmune (anticuerpos IgM e IgG). La elección del método de diagnóstico a emplear depende de los días de evolución de los síntomas. Por lo tanto, es muy importante, que la muestra esté acompañada de su ficha epidemiológica correspondiente.

Tipos de muestras y condiciones de envío para diagnóstico de encefalitis por flavivirus.

MUESTRAS:

- **LCR:** aislamiento viral, PCR y serología
- **SUERO:** serología
- Es importante obtener par serológico
 - agudo: 0 a 8 días
 - convalecencia: 14 a 21 días después de fase aguda

Para el diagnóstico por técnicas serológicas, se recomienda que las muestras se envíen en forma refrigerada (envase de telgopor y refrigerantes) y no congeladas, siempre y cuando sean remitidas en un período corto de tiempo (por ejemplo, dentro de los 4 días de tomada la muestra). En caso contrario, las muestras deberán conservarse a -20 °C.

Criterios del laboratorio para el confirmar diagnóstico de encefalitis por flavivirus:

Caso confirmado: Enfermedad febril asociada con manifestaciones neurológicas y al menos uno de los siguientes resultados de laboratorio:

- Aislamiento viral o demostración de antígeno o genoma viral en tejido, sangre, Líquido Cefalorraquídeo (LCR) u otros fluidos orgánicos
- IgM específica en LCR
- Seroconversión por técnica de Neutralización (NT) en muestras pareadas de suero o LCR.

Caso probable: enfermedad probable que no satisface los criterios anteriores y al menos uno de los siguientes:

- IgM sérica.
- Título elevado de IgG en muestra de la fase convaleciente (tamizaje por ELISA o IHA y confirmación por NT) (≥ 320 por IHA, ≥ 128 por CF, ≥ 256 por IF, ≥ 160 por PRNT)
- IgM e IgG (tamizaje por ELISA o IHA y confirmación por NT) en una única muestra sérica).

2. Investigación de casos y expuestos al mismo riesgo:

Deberá realizarse una visita domiciliaria de los casos a efectos de:

- Completar la ficha específica de investigación si fuese necesario.
- Localizar y estudiar clínica y con laboratorio los casos febriles que hayan pasado inadvertidos entre familiares y en las manzanas alrededor del caso.
- Identificar posibles asintomáticos entre los familiares con estudios serológicos.
- Buscar viremia en los febriles actuales.

3. Medidas de prevención y control:

- Educar a la población respecto a los modos de transmisión.
- Evitar cualquier contacto cuando los mosquitos están más activos, utilizar repelentes de insectos con ingrediente activo DEET.
- Utilizar ropa de algodón o otros materiales finos (livianas), que cubra la piel. Se recomienda utilizar camisas de mangas largas y pantalones largos
- Destrucción de criaderos: examinar el hogar para eliminar agua estancada donde los mosquitos pueden dejar sus huevos y las larvas pueden crecer.
- Protección de la vivienda con tela metálica.
- Mantener limpias las viviendas y peridomicilios (drenar o rellenar charcos, pantanos o canales sin uso). Limpiar baldíos
- En casos de alta densidad de mosquitos se realiza control con insecticidas de acción residual en las viviendas.
- El control de las poblaciones de mosquitos adultos mediante la aplicación aérea de los insecticidas se reserva generalmente como un último recurso. Pueden utilizarse los mismos métodos empleados para *Aedes aegypti*, es decir, nebulización térmica y aplicación de aerosoles en volumen mínimo.

4. Conducta médica ante el paciente con síndrome febril agudo

- Sospechar ante fiebre y cefalea sin causa aparente.
- Citar para nueva evaluación médica dentro de las 48 horas.
- Considerar según epidemiología la enfermedad mencionada.
- No tiene tratamiento específico, sólo de sostén.
- No requiere aislamiento ya que no se contagia de persona a persona.