

Fiebre de Oropouche en Brasil

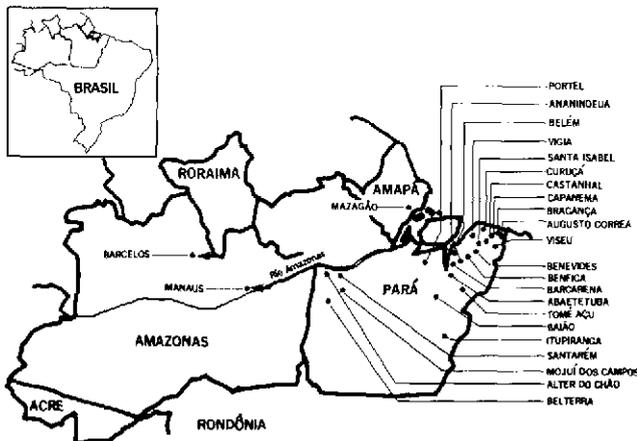
En los dos últimos decenios se ha descubierto que el virus Oropouche (Oro) (perteneciente a la familia de arbovirus Bunyaviridae y al grupo serológico Simbu) es una de las causas principales de enfermedad febril en el hombre en la región amazónica del Brasil. Entre 1961 y 1981 ocurrieron numerosos brotes en centros urbanos de la región amazónica, particularmente en el Estado de Pará, situado en la parte oriental de la misma (figura 1). Por lo menos 250.000 personas contrajeron la infección, 220.000 de estas entre 1978 y 1981, cuando el mayor brote hasta ahora registrado se extendió a 19 localidades en los Estados de Pará y Amazonas y en el Territorio de Amapá. Fuera de la región amazónica, la infección causada por el virus Oro en el hombre se ha documentado solo en Trinidad, donde se aisló por primera vez en 1955, pero hasta la fecha no se ha notificado ninguna epidemia en ese país.

Hay tres tipos de síndromes clínicos relacionados con esta clase de virosis: enfermedad febril, enfermedad febril con erupción cutánea y meningitis o meningismo. Aunque no se ha atribuido ninguna defunción a la enfermedad, muchos pacientes se ven gravemente afectados, algunos hasta el punto de postración. La enfermedad febril es el síndrome clínico más común y, en muchos casos, se confunde con malaria o con otros trastornos febriles. No se ha determinado con exactitud el período de incubación del virus de la fiebre de Oropouche pero por observaciones hechas durante los brotes se puede concluir que varía de 4 a 8 días en casos de infección natural. La enfermedad comienza de repente. Las manifestaciones clínicas

más comunes son fiebre, escalofrío, dolor de cabeza, mialgias, artralgia, mareo y fotofobia, y también se ha observado congestión conjuntival. Puede ocurrir náusea, que en ciertos casos va seguida de episodios de vómito y diarrea. Algunos pacientes tienen sensación de quemadura, por períodos breves, en varias partes del cuerpo y dolor retroorbital. La temperatura corporal es, de ordinario, superior a 39°C y en algunos casos llega a 40°C. La principal queja es un fuerte dolor de cabeza que no responde fácilmente a la administración de analgésicos comunes. Los dolores musculares son generalizados y pueden causar mucha incomodidad; se concentran principalmente en el cuello, a lo largo de la columna vertebral y en la región sacra. Puede haber dolor epigástrico leve y artralgia generalizada; casi todos los pacientes sufren anorexia. No se han observado ictericia, hepatomegalia, esplenomegalia, ni hipertrofia de los ganglios linfáticos. Las manifestaciones agudas duran una semana o menos, pero muchos pacientes sufren uno o más episodios en los que vuelven a aparecer los síntomas. La recidiva se caracteriza por reaparición de algunos o de todos los síntomas del episodio inicial, particularmente en pacientes que reanudan actividades físicas vigorosas. Algunos pacientes sufren dolor de cabeza constante por varias semanas. En otros se han documentado infecciones urinarias bacterianas durante la recidiva y un paciente tuvo un absceso en la garganta, posiblemente de origen bacteriano, unos 10 días después de restablecerse de una enfermedad aguda. Han fallado todos los intentos por aislar el virus Oro durante los períodos de recidiva. Una característica común de esta virosis es la leucopenia relacionada con neutropenia, y el recuento de leucocitos ha bajado hasta 2.000/mm³. Los niveles serológicos de transaminasas glutámica-oxalacética y glutámica-pirúvica se mantienen dentro del límite normal o aumentan moderadamente sin exceder 135 unidades/ml de suero. El recuento de plaquetas se mantiene dentro de lo normal y solo disminuye un poco de vez en cuando. No se han encontrado anomalías en la orina y la tasa de sedimentación de glóbulos rojos es normal.

Se observaron casos de meningitis en relación con la infección causada por el virus Oro durante el brote ocurrido en Pará en 1980. Se documentaron 22 casos de meningitis en casos de fiebre de Oropouche confirmados por laboratorio. Doce (4,1%) de estos correspondieron a un grupo de 292 pacientes de Belém (capital del Estado de Pará) examinados en dispensarios de atención ambulatoria. Algunos pacientes sufrieron letargo leve, diplopía, nistagmo, vómito y alteración del equilibrio, además de dolor de cabeza fuerte y mareo. Se detectó rigidez de la nuca en la mayoría de los 22 casos y un aumento en las células del líquido cefalorraquídeo, en cada uno de los 20 pacientes

Figura 1. Epidemias de fiebre Oropouche en la región del Amazonas en Brasil, 1961-1980.



cuyas muestras se sometieron a recuento celular. El conteo celular se hallaba entre 7 y 310/mm³, con la mayoría de los casos entre 11 y 50. Hubo siempre un mayor número de neutrófilos que de células mononucleares. En 18 de los 22 pacientes se comprobó un aumento de proteínas en el líquido cefalorraquídeo pero el azúcar se mantuvo dentro de los límites normales. Se efectuó una electroencefalografía en cuatro pacientes pero no se notaron anomalías. Se detectó el virus Oro en una muestra de líquido cefalorraquídeo empleada para inoculación de ratones. En el líquido cefalorraquídeo de cada uno de 10 pacientes examinados se demostraron anticuerpos de hemaglutinación-inhibición contra el virus Oro con títulos que oscilaban entre 1:4 y 1:80. No se observaron ni cultivaron bacterias u hongos en las 16 muestras de líquido cefalorraquídeo examinadas. Todos los pacientes se restablecieron sin ninguna secuela.

Se observa a veces erupción cutánea en el tronco, los brazos y, menos comúnmente, en los muslos, que aparece, de ordinario, entre los días tercero y sexto de la enfermedad y dura unos 2 ó 3 días.

Casi todos los pacientes son virémicos durante los dos primeros días de la enfermedad. El virus Oro se detectó en cerca del 72% y del 44% de los pacientes a los tres y cuatro días de iniciarse los síntomas, respectivamente, pero solo en el 23% a los cinco días.

Antes de 1980 todos los brotes de fiebre de Oropouche ocurrieron exclusivamente en el Estado de Pará, donde tuvieron una amplia distribución geográfica. En 1980, sin embargo, las ciudades de Manaus, capital del Estado de Amazonas, y Barcelos fueron afectadas por el virus, al igual que la aldea de Mazagão en el Territorio de Amapá. En Manaus, el brote se inició a finales de 1980 y duró hasta comienzos de 1981, dejando unas 97.000 personas infectadas. Los estudios serológicos realizados en Manaus revelaron una baja tasa (1,8%) de prevalencia de anticuerpos contra el virus antes del brote.

Durante las epidemias en que se analizaron grandes muestras de sueros, no se detectaron diferencias significativas entre las tasas de ataques por grupo etario. En algunas localidades se observó entre hombres y mujeres una diferencia proporcional de 3:1 o de 2:1. Sin embargo, en otros brotes no hubo diferencias notorias en la tasa de infección. En un estudio ulterior emprendido en 1979 entre 537 personas pertenecientes a 97 familias se comprobó que al menos el 63% (49/79) de las personas infectadas

durante un brote en la aldea de Santa Isabel tuvieron manifestaciones clínicas.

En algunas epidemias la distribución del virus en las grandes ciudades es notoriamente desigual, mientras que los estudios efectuados en las aldeas pequeñas indican que el agente patógeno está muy difundido. Ese patrón parece estar correlacionado con la distribución del insecto *Culicoides paraensis*, que es el principal vector del virus Oro.

Todos los brotes ocurrieron durante la estación lluviosa, y en varias localidades la disminución de los mismos coincidió con el final de ese período. En ciertos lugares se notó actividad del virus durante seis meses.

El virus Oro se encuentra en la naturaleza probablemente en dos ciclos distintos: un ciclo selvático (vector aún desconocido), que permite que el virus permanezca en la naturaleza en huéspedes vertebrados—como primates, perezosos y algunas especies de pájaros silvestres—y un ciclo urbano en el que el hombre puede contraer la infección y servir de huésped intermedio del virus para propagación por medio de los insectos hematófagos. En el ambiente urbano se han señalado dos especies de insectos como vectores del virus Oro: la mosca ceratopogónida *Culicoides paraensis* y el mosquito *Culex quinquefasciatus*. En estudios efectuados con hámsters se ha demostrado que el primer insecto es el más eficaz en la transmisión. Además, los resultados de investigaciones recientes indican que *C. paraensis* puede transmitir el virus del hombre al hámster, lo que permite llegar a conclusiones definitivas sobre la función del insecto como vector de esa importante arbovirosis. Será preciso idear métodos de control del *C. paraensis* para prevenir o interrumpir las epidemias, particularmente en vista de la actividad cada vez mayor del virus Oro en los centros urbanos del oriente de la región amazónica y de la primera notificación de una epidemia en la parte occidental, que afectó a gran parte de la ciudad de Manaus. La fiebre de Oropouche también podría propagarse a otras áreas puesto que *C. paraensis* está ampliamente distribuido en América del Sur, América Central, México y la parte oriental de los Estados Unidos.

(Fuente: *Virosis y Rickettsias*, Control de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS.)