

Protocolo de vigilancia epidemiológica de Carbunco

1. Descripción de la enfermedad.

Introducción.

El carbunco es una infección aguda causada por *Bacillus anthracis*. En el organismo la bacteria se encuentra en forma vegetativa y esporula al entrar en contacto con el aire. Las esporas son muy resistentes a los agentes físicos (temperatura, humedad) y químicos (desinfectantes). Las esporas inoculadas por vía subcutánea se multiplican rápidamente liberando las toxinas que producen edema, septicemia y necrosis tisular.

La forma clínica depende de la vía de entrada en el organismo. En el carbunco cutáneo las endosporas se introducen a través de la piel no intacta y producen una necrosis localizada con formación de escaras y edema de mucosa que puede ser generalizado. Después de 1 a 3 horas de la inoculación empieza la germinación masiva. Las endosporas son fagocitadas y llevadas a los ganglios linfáticos regionales causando linfangitis y linfadenopatía dolorosa. Por el torrente sanguíneo se puede difundir y producir toxemia. La tasa de letalidad es menor de 1%.

El carbunco respiratorio se produce por inhalación. Debido a su pequeño tamaño, las esporas son capaces de llegar a los alvéolos y pasar a los ganglios linfáticos regionales y células epiteliales pulmonares. Si pasan a la sangre pueden producir septicemia, incluso meningitis hemorrágica, mediastinitis hemorrágica y edema pulmonar. No es frecuente la neumonía. El edema pulmonar y el shock séptico son las principales causas de muerte. Después de la inhalación de esporas la sintomatología se inicia como un síndrome gripal inespecífico, con fiebre, mialgia, dolor de cabeza y tos no productiva. De 2 a 4 días después se establece bruscamente un fallo respiratorio y en la radiografía torácica se aprecia ensanchamiento del mediastino, linfadenopatía mediastínica y mediastinitis hemorrágica. A los 2 o 3 días del comienzo de la enfermedad se aprecian bacilos Gram positivos en cultivo de sangre. La dosis infectiva 50 (ID50) por inhalación se estima en 8.000 a 50.000 esporas, aunque la mínima dosis infectiva puede ser bastante menor.

Una forma clínica de presentación poco frecuente es el carbunco gastrointestinal, consecuencia de la ingestión de esporas o de gran número de células vegetativas. La presentación puede ser orofaríngea o gastrointestinal. Se inicia de dos a cinco días después de la ingesta de carnes mal cocidas con esporas o gran número de células vegetativas. No se conoce la dosis infectiva.

En el caso de carbunco cutáneo el diagnóstico clínico es fácil de realizar pero es muy difícil en el resto de formas clínicas donde la evolución es muy rápida

En áreas enzoóticas la enfermedad se presenta en forma endemo-esporádica con brotes epidémicos. Es posible la presentación de casos esporádicos en zonas declaradas libres de enfermedad debido a la resistencia ambiental de las esporas. Se presenta en forma de casos esporádicos y brotes por la manipulación de subproductos animales muchas veces importados de países con áreas enzoóticas.

Afecta a grupos de riesgo, principalmente a personas que trabajan con ganado ovino y caprino, veterinarios y trabajadores de subproductos animales (en especial piel y pelo). En España está considerada una enfermedad profesional.

Las esporas de *B. anthracis* se han utilizado en actos de bioterrorismo por sus características pues es relativamente fácil de cultivar desde fuentes ambientales, las esporas son muy resistentes en condiciones ambientales adversas y por inhalación la enfermedad tiene una alta letalidad. No obstante, la creación de un aerosol con esporas de *B. anthracis* infeccioso no es fácil, porque las partículas necesitan tener entre 1 y 5 μm de tamaño y es necesaria suficiente energía para dispersarlas. La dosis infectiva 50 (DI50) por inhalación se ha estimado en 10.000 esporas (ésta sería la dosis requerida para causar enfermedad en el 50% de los expuestos por inhalación).

Agente.

Bacillus anthracis es un bacilo inmóvil, Gram positivo, aerobio o anaerobio facultativo de 3 a 8 micras de largo por 1 a 1,2 de ancho se presenta en forma de filamentos característicos (forma de furgón o caña de pescar). Las formas vegetativas de este bacilo no suelen causar carbunco. Estas formas vegetativas de *B. anthracis* esporulan al exponerse al aire; las esporas de *B. anthracis* son altamente resistentes a un amplio rango de temperaturas (entre 8°C y 54°C) desecación, luz ultravioleta y rayos gamma y pueden permanecer viables durante mas de 40 años.

Reservorio.

Afecta de forma natural a muchas especies de animales herbívoros como ovejas, vacas y cabras. Las esporas provenientes de cadáveres de animales pueden distribuirse pasivamente en la tierra y la vegetación adyacente por acción del agua, el viento y otras fuerzas ambientales. Los animales carroñeros que se alimentan de los cadáveres infectados también pueden diseminar las esporas de carbunco. Las pieles, pelos y cueros de los animales infectados, pueden albergar las esporas durante años. Se propaga entre los animales herbívoros por la tierra y los piensos contaminados, y entre los omnívoros y carnívoros por la ingestión de carne, harina de hueso u otros productos alimentarios derivados de cadáveres infectados

Modo de transmisión.

El hombre adquiere la infección por contacto, ingestión o inhalación de esporas, normalmente procedentes de animales infectados o sus productos. En más del 95% de los casos la infección es cutánea, debida a inoculación de esporas a través de pequeñas abrasiones en la piel. La exposición directa a lesiones de carbunco cutáneo puede dar lugar a una infección secundaria cutánea pero no se conocen casos transmisión persona a persona por vía respiratoria. Se ha descrito transmisión por contacto con tejidos de animales, pelo, lana o cueros contaminados y sus derivados (tambores, cepillos o alfombras), con tierra con la que tuvieron contacto animales infectados o con harina de hueso contaminada usada como abono. También se produce inhalación de esporas durante procesos industriales peligrosos, como el curtido de cueros o el procesamiento de lana o huesos, en los que pueden generarse aerosoles con esporas de *B. anthracis* en locales cerrados y mal ventilados. El carbunco intestinal y orofaríngeo puede originarse por la ingestión de carne contaminada mal cocida. También las moscas picadoras o tábanos que se han alimentado parcialmente de dichos animales pueden difundir las esporas. En el personal de laboratorio pueden presentarse infecciones accidentales. La transmisión puede tener un carácter profesional e incluso se ha utilizado como amenaza en actos de bioterrorismo mediante la emisión intencionada de esporas de carbunco.

Periodo de incubación.

De forma general es de uno a siete días, aunque puede llegar a 60 días de periodo de incubación. En la forma cutánea es de 2 a 5 días. Cuando se utilizan esporas de carbunco para actos de bioterrorismo se ha comprobado que el periodo de incubación está entre 1 día y 8 semanas (moda 5 días), dependiendo de la dosis y la vía de exposición. Si la exposición es cutánea es de 1-7 días, por inhalación 1-6 días. Si se ingieren las esporas es de 1-7 días.

Periodo de transmisibilidad.

Los cadáveres de animales muertos de carbunco pueden ser emisores de esporas que pasen a objetos, pastos y tierra. Las esporas perduran, conservando su carácter infectante durante años.

Susceptibilidad.

Las personas no tienen gran susceptibilidad. En teoría bastaría una espora para iniciar la infección cutánea, pero *B. anthracis* no es invasor y requiere la existencia de una lesión previa para penetrar en la piel y comenzar la infección. Todas las personas no vacunadas son susceptibles a la infección. La enfermedad no deja inmunidad temporal o permanente aunque hay indicios de infección no manifiesta en las personas que están en contacto frecuente con el agente infeccioso. Existe una vacuna eficaz para el hombre y herbívoros. La protección frente al carbunco depende de la respuesta inmune del hospedador a un antígeno simple; el antígeno de protección, que es una proteína de un peso molecular de 83 KDa componente de la toxina. Los otros dos componentes de la toxina contribuyen en una menor proporción a la inmunidad.

2. Vigilancia de la enfermedad.

Objetivos.

1. Conocer y describir el patrón de presentación del carbunco en la población.
2. Detectar precozmente los casos para controlar la difusión de la enfermedad, establecer medidas de prevención y evitar brotes.
3. Detectar precozmente la emisión deliberada de esporas de *B. anthracis* para poder poner en marcha de forma rápida los procedimientos de actuación correspondientes

Definición de caso.

Criterio clínico:

Persona que presenta, al menos, una de las siguientes formas clínicas:

– Carbunco cutáneo

Al menos una de las dos lesiones siguientes:

- Lesión papular o vesicular
- Escara negra con hundimiento y edema circundante

– Carbunco gastrointestinal

- Fiebre o febrícula
- Con, al menos, uno de estos dos signos:
- Dolor abdominal intenso
- Diarrea

– Carbunco por inhalación

- Fiebre o febrícula
- Con, al menos, uno de estos dos signos:
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Datos radiológicos de ensanchamiento mediastínico

– Carbunco meníngeo o meningoencefálico

- Fiebre
- Con, al menos, uno de estos tres signos:
- Convulsiones
- Desmayo
- Síndrome meníngeo
- *Carbunco septicémico*

Criterio de laboratorio:

- Aislamiento de *B. anthracis* en una muestra clínica
- Detección de ácido nucleico de *B. anthracis* en una muestra clínica

Una muestra nasal positiva sin síntomas clínicos no sirve para el diagnóstico de confirmación de caso.

Las pruebas serológicas, no son positivas hasta que concluye la enfermedad aguda por lo que no tiene valor diagnóstico para el tratamiento. Solo tienen valor para demostrar seroconversión.

Criterio epidemiológico:

Al menos una de las relaciones epidemiológicas siguientes:

- Contacto con un animal infectado
- Exposición a una fuente común infectada conocida
- Exposición a alimentos o agua de beber contaminados
- Exposición a emisión deliberada de esporas

Clasificación de los casos.

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: Persona que satisface el criterio clínico y tiene al menos un criterio epidemiológico.

En caso de emisión deliberada de esporas, un caso probable será aquel clínicamente compatible ligado a una exposición ambiental confirmada aunque no exista evidencia de laboratorio que corrobore la infección.

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios clínicos y de laboratorio.

Definición de brote.

Dos o más casos de carbunco que tengan una relación epidemiológica.

3. Modo de vigilancia.

Independientemente de pueda representar una urgencia clínica para el paciente, la presencia de casos que cumplan con los criterios de caso “probable” o “confirmado” de carbunco representa una urgencia epidemiológica, siendo pues un evento de **declaración individualizada y urgente**, a efectos de vigilancia epidemiológica y de cara a la toma de medidas de control.

Además de proceder a su notificación sistemática por el procedimiento habitual en el momento de su conocimiento (de la sospecha, sin esperar al diagnóstico de confirmación), todos los casos que cumplan los criterios de caso “probable” o “confirmado” han de ser notificados **a la Dirección de Salud de Área por la vía más rápida** (teléfono, fax) y en todo caso **dentro de las 24 horas siguientes** a su detección, por el profesional que lo conozca.

Si la notificación se hiciera fuera del horario laboral habitual, o ante casos de **brotes** de cualquier característica y cuando se sospeche la **emisión deliberada** de esporas en los que la comunicación ha de ser inmediata, se realizará a través **del teléfono único de urgencias y emergencias de Extremadura 1-1-2**.

En los supuestos anteriores, la Dirección de Salud del Área comunicará a la mayor brevedad posible a la Subdirección de Epidemiología la situación declarada, con la información disponible en ese momento, por correo-e, o por fax o teléfono si la situación lo precisa, sin perjuicio de su comunicación por escrito en cualquier caso.

Se debería sospechar de la existencia de una emisión intencionada de carbunco, ante:

- Un caso probable o confirmado de carbunco pulmonar.
- Un caso probable o confirmado de carbunco cutáneo en una persona que no tiene contactos con animales o pieles de animales.
- Dos o más casos probables de carbunco que están relacionados en tiempo y lugar en una zona no endémica.

La Dirección de Salud de Área investigará de forma inmediata todos los casos detectados, recogiendo la información de forma individualizada según el conjunto de variables especificadas en la encuesta epidemiológica (anexo I) y cualquier otra información de interés relativa al caso, procediendo a la carga de todos los datos en el aplicativo informático de gestión del Sistema EDO; así mismo **establecerá las medidas de control** que proceda, realizando las actividades indicadas más adelante.

Todos los profesionales, centros, servicios y unidades del Sistema Sanitario Público, prestarán a la Dirección de Salud la colaboración necesaria que esta es solicite, a tales fines.

La información del caso puede ser actualizada después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información.

La Subdirección de Epidemiología será la encargada de notificar el caso a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

4. Medidas de salud pública.

Medidas preventivas.

La prevención del carbunco en las personas está unida al control en los animales. Desde la introducción en los años 70 de la vacuna en los herbívoros, se ha reducido el número de casos humanos a menos de 10 al año.

Medidas ante un caso y sus contactos y medio ambiente.

La transmisión puede ser evitada mediante la educación de las personas con exposición ocupacional, control de productos animales susceptibles de servir como vehículo a las esporas, control y destrucción de cadáveres animales muertos por carbunco, vacunación, tratamiento y cuarentena en los rebaños animales donde han aparecido casos. La detección de casos animales y zonas con riesgo de mantener esporas viables requieren una estrecha coordinación con los servicios de sanidad animal.

Medidas ante un brote.

Los brotes debidos a carbunco se producen, principalmente, por exposición en el ámbito ocupacional. Esta exposición se da en carniceros, trabajadores de la piel, hueso y pelo, empresas de productos lácteos, granjeros e investigadores que manipulan ganado. Los riesgos medioambientales a investigar y controlar se han expuesto en el apartado anterior.

Bibliografía.

- Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y Enfermedades Transmisibles comunes al hombre y a los animales. Organización Panamericana de la Salud. 2003 (1) 68-75.
- Bossi P, Tegnell A, Baka A, van Loock F, Hendriks J, Werner A, Maidhof H, Gouvras G. Bichat guidelines for the clinical management of anthrax and bioterrorism-related anthrax. Euro Surveill. 2004;9(12):pii=500.
- <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=500>
- Center for Infectious diseases and research & policy. Anthrax and bioterrorism. Universidad de Minnesota: <http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/bt/anthrax/index.html>
- European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Guidance document on use of medicinal products for treatment and prophylaxis of biological agents that might be used as weapons of bioterrorism. London, 2007. En:
- <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/bioterror/2.Anthrax.pdf>
- Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 19 Edición. Washington: American Public Health Association, 2008. 22—31.
- Lucey, D. *Bacillus anthracis* en Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica. Ed. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Capítulo 205. Pag:2485-2491 .6ª edición. MMV Elsevier Inc., 2006.
- Real Decreto 2459/1996, de 2 de diciembre, por el que se establece la lista de Enfermedades de Animales de declaración obligatoria y se da la normativa para su notificación (BOE 3/1997 de 03-01-1997).
- Stern EJ, Uhde KB, Shadomy SV, Messonnier N. Conference report on public health and clinical guidelines for anthrax [conference summary]. Emerg Infect Dis]. 2008 Apr]. disponible a 15 de septiembre de 2009 en <http://www.cdc.gov/EID/content/14/4/07-0969.htm>.

Anexo I. Modelo de encuesta.

Encuesta epidemiológica de Carbunco.

Identificación del caso y de la declaración: A cumplimentar por la Subdirección de Epidemiología:

Comunidad Autónoma declarante: EXTREMADURA **Nº Identificador del caso:**

Fecha de la primera declaración del caso¹: __-__-__

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____

Edad actual en años: ____ Edad actual en meses en menores de 2 años: ____

Sexo: Hombre Mujer Desconocido

Lugar de residencia: País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

País de nacimiento: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: __-__-__

Fecha de inicio de síntomas: __-__-__

Manifestación clínica (hasta 3 síntomas pueden ser marcados):

- Convulsiones Dolor abdominal intenso
 Ensanchamiento mediastínico Escara negra
 Insuficiencia respiratoria aguda Lesión vesicular o papular
 Meníngea o meningo-encefálica Septicemia
 Otra

Hospitalizado³: Sí No Fecha de ingreso: __/__/__

Defunción: Sí No Fecha de defunción: __/__/__

Lugar del caso⁴:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado⁵: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: __-__-__

Agente causal⁶: *Bacillus anthracis*

Prueba (marcar la principal de las siguientes opciones):

- Ácido Nucleico, detección Aislamiento

¹ Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).

² Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.)

³ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

⁴ Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

⁵ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁶ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- Ganadero
- Veterinario
- Taxidermista
- Trabajador de matadero
- Trabajador del cuero o animales de piel utilizable
- Manipulador de animales sin especificar
- Medioambiental: suelo.(Agricultores, etc.)
- Trabajador de laboratorio
- Otra ocupación

Exposición (marcar la principal de las siguientes opciones):

- Aerosol
- Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados
- Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)
- Ocupacional
- Uso de drogas vía parenteral (UDVP)
- Otra exposición

Animal sospechoso (marcar la principal de las siguientes opciones):

- Animal de caza mayor
- Animal de caza menor
- Animal de granja
- Caballo
- Otro animal
- Otro Salvaje libre
- Salvaje cautivo

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- Probable
- Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí No

Criterio epidemiológico Sí No

Criterio de laboratorio Sí No

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes opciones):

- Cutáneo
- Gastrointestinal
- Pulmonar (por inhalación)

Asociado:

A brote: Sí No Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote : _____

OBSERVACIONES ⁷

Fecha de cumplimentación: ___/___/___.

Firma:

Persona que cumplimenta la ficha: _____

⁷ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta