

ABROCHO DE FARINXITE ESTREPTOCÓCICA DE ORIXE ALIMENTARIA

Limiar

Neste número do BEG descríbese un abrocho de farinxite debida a estreptococos transmitidos por alimentos. O abrocho, que é o primeiro destas características descrito en Galicia, foi detectado no Hospital Militar da Coruña, quen o estudiou en conxunción coa Sección de Epidemioloxía do Sergas nesa provincia.

ABROCHO DE FARINXITE POR ESTREPTOCOCO β HEMOLÍTICO DO GRUPO A VEHICULIZADO POR ALIMENTOS

O día 22 de xuño de 1995, o Director do Hospital Militar da Coruña declarou á Sección de Epidemioloxía do Sergas, a brusca aparición dun número indeterminado de casos de "faringo-amigdalite purulenta" en recrutas destinados en seis das sete unidades (acuartelamentos) instalados na cidade da Coruña e no concello de Culleredo. Tendo en conta que entre eles non houbo contactos de carácter institucional, o máis rechamante do abrocho é que ás 6 unidades afectadas subministráballes a comida, a modo de catering, o mesmo cuartel (cuartel de Atocha), mentres que a unidade na que non houbo casos (cuartel da Grela), dispuña de cociña propia. Con estes antecedentes, xa no momento da declaración manifestábase a posibilidade de que puidera ter sido vehiculizado por algún alimento, polo que se decidiu o seu estudio.

1. Descrición do abrocho

O abrocho afectou a 86 persoas, todos eles recrutas destinados en unidades militares da Coruña, agás un adulto de 42 anos, funcionario civil. O número total de persoas destinado nas unidades afectadas é de aproximadamente 1.200 persoas, polo que a taxa de ataque é do 7,2 %. As idades dos afectados, agás o mencionado anteriormente, oscilaban todas entre os 18 e os 28 anos. Todos eles presentaban un cadro de "faringo-amigdalite purulenta" con febre. Fixéronse frotis farínxeos á maioría dos afectados (en total 71 frotis),

illándose na meirande parte deles (70%) un Estreptococo β hemolítico do grupo A. (Tódolos illamentos foron realizados no laboratorio do Hospital Militar da Coruña).

Os casos presentáronse de xeito explosivo, entre os días 19 e 22 de xuño (ver fig. 1), cun pico máximo no día 21, con case 60 casos. Esta forma de presentación dos casos fai pensar nunha exposición única, probablemente entre os días 17 a 19 de xuño, dado o período de incubación do proceso (1 a 3 días). De ter sido transmisión persoa a persoa por vía aérea, os casos estarían moito máis espallados no tempo.

ABROCHO DE FARINXITE POR ESTREPTOCOCO β HEMOLÍTICO DE ORIXE ALIMENTARIA
DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DOS CASOS



En canto á distribución espacial dos casos, xa se comentou que a incidencia era diferente segundo a unidade á que pertencían os recrutas, en función da procedencia dos alimentos que se consumían nelas. Feito que orienta cara unha posible orixe alimentaria do abrocho.

En resumo, a partir do estudio da distribución temporo-espacial dos casos, adoptouse como hipótese de traballo a dunha exposición única ó Estreptococo β hemolítico do grupo A, vehiculizado por alimentos.

SUMARIO

- Abrocho de farinxite estreptocócica de orixe alimentario.
- Situación das E. D. O. na cuadrisemana 3/95.
- Comentario epidemiolóxico: remata o abrocho por virus Ébola.
- ANEXO: Sistema de información do Programa de Vacinacións.

Dadas estas circunstancias, o Hospital Militar decidiu facer un estudo dos manipuladores da cociña do Hospital de Atocha, aínda que non resulta doado dadas as características da cociña dunha institución militar, onde o número de manipuladores é variable. En total fixéronse 18 frotis farínxeos en manipuladores, resultando 3 positivos para *Estreptococo* β hemolítico do grupo A e un positivo para *Estreptococo* β hemolítico do grupo C. En calquera caso, é difícil valoralo significado destes manipuladores portadores do xerme implicado no abrocho, xa que, dada a situación e a facilidade da extensión do xerme por vía aérea, é razoable pensar nun marcado incremento de portadores farínxeos non enfermos.

Foron remitidas ó CNMVIS, para o seu tipado, cepas de enfermos e de manipuladores.

2. Estudio do abrocho

Tomando como base a hipótese alimentaria antes exposta, decidiuse estudialo abrocho máis en profundidade. En función da elevada poboación en risco (1.200 persoas) e a relativamente baixa taxa de ataque (7,2%), valorouse como máis factible a realización dun estudio de casos e controles, centrado nos alimentos consumidos entre os días 17 a 20 de xuño. En principio, na enquisa incluíronse só os alimentos máis frecuentemente mencionados na literatura como implicados neste tipo de abrochos (leite, derivados lácteos e ovos, fundamentalmente cocidos). Primeiro considerouse que sería suficiente unha razón controles/casos de 2/1, polo que se enquisou os 86 casos detectados e a 179 controles, elixidos aleatoriamente entre persoas sas e pertencentes ás unidades afectadas. Posteriormente, limitouse a base do estudo ós que comían na unidade, polo que se prescindiu de 45 controles e 2 casos, quedando a relación controles/casos en 1,6/1. (Considerando como exposición o feito de comer na unidade, fronte non comer nela, obtense unha O.R.= 14,4, cun intervalo de confianza-Cornfield, pro 95%, de 3,23 a 86,4).

A análise da enquisa foi determinante na orientación cara a orixe do proceso, concretamente estimouse, para unha ensalada rusa con ovo cocido, consumida o día 19 ó mediodía, unha O.R. de 3,60, cun intervalo de confianza para $p=0,05$ de 1,98 a 6,57. Apareceu tamén unha relación significativa (O.R.= 1,9, $p=0,02$), cun derivado lácteo comercial envasado, que se abría no mesmo momento do consumo, e que tamén foi servido na comida do día 19. Nembargantes, a análise deste alimento levou á conclusión de que estaba confundido pola súa estreita relación de consumo coa ensalada rusa.

Segundo esta hipótese, que sexa a ensalada rusa con ovo cocido, consumida o día 19 ó mediodía, a responsable do abrocho, o estudo dos períodos de incubación (ver gráfico) dá unha media de 37,9 horas, unha mediana de 41 horas e un rango de 5 a 69 horas, dato coherente cos períodos de incubación descritos para o *Estreptococo* β hemolítico do grupo A.

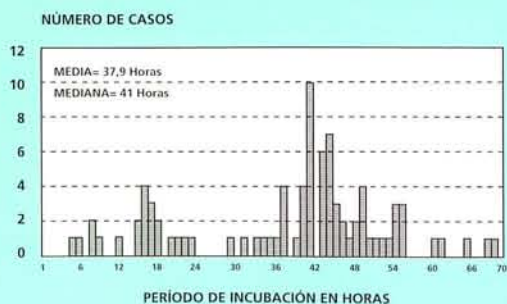
Os servizos veterinarios militares só puideron analizar algunhas mostras de leite, sendo negativas tódalas análises nelas realizadas.

3. Conclusións

Os abrochos de "faringo-amigdalite" estreptocócica vehiculizados por alimentos están perfectamente descritos na literatura consultada. Benenson xa o menciona, e implica ós serogrupos C e G como os responsables máis habituais nestes procesos. Nun artigo de 1992, publicado por Berndt et al., describíase un abrocho de enfermidade estreptocócica vehiculizado por alimentos nunha festa de cumpreanos. No mesmo artigo faise unha profunda revisión bibliográfica, e atópanse 16 referencias de abrochos similares entre os anos 1927 a 1990, 4 deles en unidades militares de USA e Israel, sendo o ovo o alimento con máis frecuencia implicado nestes abrochos. Tamén en 1992 foi descrita a forma que ten de crece-lo estreptococo nos ovos cocidos; de xeito tal que, en ovos contaminados, non crece máis persiste incubado a 13°C, o seu número duplicábase incubado 6 horas a 20°C na xema do ovo, multiplícase por 35 incubado a 25°C, e multiplícase por 4.000 incubado 6 horas a 36°C. Tamén é descrito como, nun ovo cocido pelado, se se contamina exteriormente a clara, tras 30 horas de incubación a 25°C atópase o estreptococo na xema do mesmo ovo.

En definitiva, atopámonos ante un abrocho de faringo-amigdalite por *Estreptococo* β hemolítico do grupo A, vehiculizado por alimentos, probablemente, e segundo os datos do estudio epidemiolóxico realizado, por unha ensalada rusa, aínda que a ausencia de restos deste alimento impide a confirmación bacteriolóxica. Pénsase tamén que, dado que segundo a literatura é o ovo cocido o vehículo máis probable, e que este sofre cocción durante 10 minutos polo menos, con toda probabilidade a contaminación foi posterior a súa cocción e débese a un manipulador, ben portador en naso-farinxe, ben con algunha infección localizada nas mans.

ABROCHO DE FARINXITE POR ESTREPTOCOCO β HEMOLÍTICO DE ORIXE ALIMENTARIA



Bibliografía

- 1.- Benenson et al. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. OPS 15ª edición. 1992.
- 2.- Berndt E.B., Claesson, Nils G. Svensson et al. A Foodborne outbreak of group A Streptococcal Disease at a birthday Party. *Scan J Infet Dis* 24;577-586, 1992.
- 3.- Izidore S. Lossos, Itamar Felsenstein et al. Food-borne outbreak of group A β -Hemolytic Streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med*, Vo. 152, 853-855, abril 1992.
- 4.- Thomas A. Farley, Susan A. Wilson et al. Direct inoculation of food as the cause of an outbreak of group A Streptococcal Pharyngitis. *Journal of Infection Diseases*, 1993; 167:1232-5.

TÁBOA CUADRISEMANAL: SITUACIÓN DAS EDO POR ÁREAS SANITARIAS NA CUADRISEMANA 3, QUE REMATOU O 25-03-1995

ÁREAS SANITARIAS	FERRO		CORNUVA (A)		SARAMELO		VIGO		OURENSE		MONTEIRO		LUGO	
	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.
ÁREA	2949	1,42	4235	1,38	11287	1,51	31828	1,42	7520	1,48	22858	1,38	6478	1,30
GRIP	1042	2,14	2547	1,4	316	2,15	12913	1,54	1246	1,63	7230	1,76	8338	1,48
HEMIONIA	38	1,25	199	1,30	146	1,07	490	1,19	226	1,43	646	1,55	97	0,16
TUBERCULOSE RESPIRATORIA	3	—	0	0,00	35	1,67	88	1,24	32	3,35	45	3,88	18	1,80
INF. MENINGOCÓCCICA	3	—	0	0,00	0	—	1	0,25	1	—	1	0,20	10	1,1
OUTRAS MENINGITIS	0	—	1	1	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	16	—
VARICELA	42	1,42	116	1,05	206	1,25	438	1,21	143	0,17	365	0,47	148	1,19
OUTROS PROCESOS DIARREICOS	254	1,19	402	1,10	1031	1,14	3065	1,28	511	0,99	1979	1,24	488	0,82
TUMORCULO LINFOMATOSO	0	—	3	1,00	0	0,00	35	1,12	0	—	7	0,54	14	0,78
FIBROSA E PARATIFÓIDA	0	—	1	—	0	0,00	0	0,00	0	—	1	0,26	0	—
HEPATITE A	1	—	2	3,51	2	2,00	2	0,25	0	—	2	0,25	0	0,00
SARAMELO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	1,50
HEPATITE B	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,17	4	1,4
PAROTITE	0	—	7	—	1	4,00	2	0,50	3	1,00	37	9,25	14	3,50
TOSSE FERINA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	—
SHIG. FLOU*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	—
GONOCOCIA URETRAL	3	2,00	11	0,73	19	1,12	47	0,34	13	0,05	43	0,37	15	1,15
BRUCELOSE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	—
HEPATITE B	0	—	1	—	3	1,50	5	0,21	2	—	2	1,00	0	—
Prevalencia	31%		31%		35%		38%		40%		40%		42%	

ÁREAS SANITARIAS	FERRI		CORNUVA (O)		SARAMELO		TOTAL GALICIA	
	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.	CAOS	I.E.
ÁREA	2942	1,37	7211	1,41	2987	1,51	4235	1,38
GRIP	1002	3,47	3046	2,12	423	0,52	1533	0,84
HEMIONIA	46	0,75	185	1,06	37	1,37	132	1,34
TUBERCULOSE RESPIRATORIA	1	0,33	3	0,59	0	—	1	1,00
INF. MENINGOCÓCCICA	0	—	0	0,00	0	0,00	0	0,00
OUTRAS MENINGITIS	0	—	1	—	0	0,00	0	0,00
VARICELA	101	4,72	257	4,41	1	0,33	8	0,18
OUTROS PROCESOS DIARREICOS	224	1,37	767	1,19	111	1,17	331	0,84
TUMORCULO LINFOMATOSO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
FIBROSA E PARATIFÓIDA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
HEPATITE A	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SARAMELO	0	—	1	1,00	0	0,00	0	0,00
HEPATITE B	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PAROTITE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOSSE FERINA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SHIG. FLOU*	0	—	1	1,00	0	0,00	0	0,00
GONOCOCIA URETRAL	0	0,00	1	0,13	0	—	1	0,08
BRUCELOSE	0	0,00	0	0,00	0	—	0	0,00
HEPATITE B	0	0,00	0	0,00	0	—	0	0,00
Prevalencia	31%		29%		28%		28%	

GRÁFICO DA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

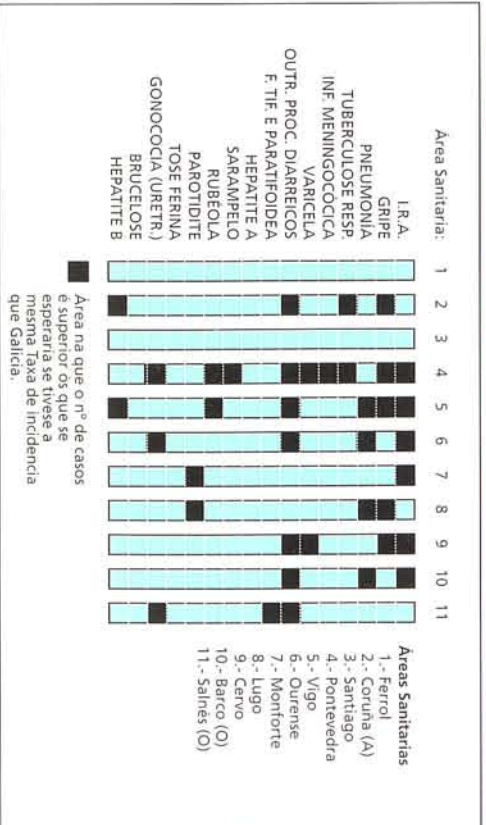
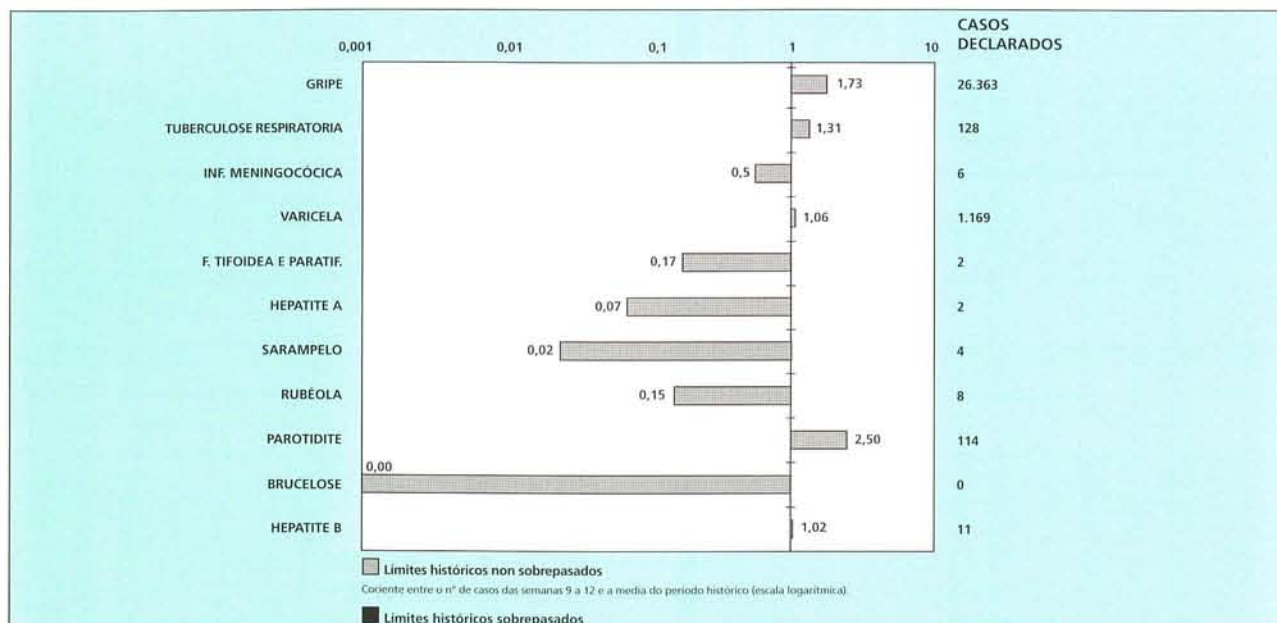


GRÁFICO DE LÍMITES HISTÓRICOS



COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO

REMATA O ABROCHO POR VIRUS ÉBOLA

O pasado 24 de agosto, o Comité Científico e Técnico Internacional establecido pola OMS no Zaire, anunciou oficialmente o remate do recente abrocho de febre hemorráxica por virus Ébola que viña desenvolvéndose en dito país. Esta decisión baseouse en que transcorreran máis de dous períodos de incubación dende o derradeiro caso, que enfermou o 24 de xuño e foi dado de alta o 14 de xullo.

O recuento final de casos ascende a 315, dos que 244 morreron (letalidade do 77%). Polo momento descoñécese o reservorio do virus durante o abrocho, mais aínda estanse a procesar as mostras animais colleitadas no lugar.

A continuación transcribíese parcialmente unha breve descrición do proceso, tomada do WER (nº 21, 1995, páx. 151):

CADRO CLÍNICO: Enfermidade virica grave, caracterizada xeralmente por un comezo repentino, con debilidade, febre, dores musculares, cefaleas e farinxite, seguidos de vómitos, diarrea e rash, despois dun fracaso renal e hepático limitado con hemorraxias internas e externas. O período de incubación é de 2 a 21 días.

DIAGNÓSTICO: Apoiase en probas de laboratorio especializadas (non dispoñibles no mercado), que consisten na búsqueda de antíxenos ou de anticorpos específicos e/ou no illamento do virus. Os exames de laboratorio presentan un risco biolóxico extremo e só deben ser realizados en condicións de illamento rigoroso.

TRATAMENTO: Non existe ningún tratamento ou vacina específicos. Os casos graves deben ser ingresados nunha unidade de coidados intensivos. Os enfermos están frecuentemente deshidratados e deben ser rehidratados con líquidos intravenosos.

OCORRENCIA E RESERVORIO: A febre de Ébola observouse por vez primeira en 1976, no Estado Ecuatorial occi-

dental do Sudán e na rexión veciña do Zaire. Un segundo abrocho sobreveu na mesma rexión do Sudán en 1979. A pesar da exhaustividade dos estudos realizados, o reservorio do virus Ébola segue sendo descoñecido.

Outros filovirus relacionados co virus Ébola foron illados en 1989 nuns "monos cynomolgus" (macacca fascicularis) importados a Estados Unidos dende Filipinas. Un grande número destes monos morreron e alomenos catro persoas contamináronse; sen embargo, soamente unha delas presentou a enfermidade clínica.

TRANSMISIÓN: A transmisión do virus Ébola efectúase de persoa a persoa por contacto directo co sangue, secrecións, órganos ou seme infectados. A infección en medio hospitalario é frecuente, e gran parte do persoal sanitario resultou infectado cando asistía ós enfermos. A transmisión efectúase tamén no momento da preparación dos cadáveres para amortallalos. No curso da epidemia de 1976 no Zaire, morreron tódolos casos de enfermidade por virus Ébola relacionados con xiringas e agullas contaminadas. A transmisión a través de seme pode producirse ata 7 semanas despois da curación clínica, como se observou no caso da febre hemorráxica de Marburg.

ILLAMENTO: Tódolos casos sospeitosos deben ser illados doutros enfermos. O persoal sanitario debe operar en condicións de alta seguridade.

CONTACTOS: Ó se-lo modo de transmisión primario de persoa a persoa a través do contacto con sangue, secrecións ou líquidos biolóxicos contaminados, toda persoa que tivese contactos físicos estreitos con enfermos debe seguir un réxime de vixilancia rigurosa, que se debe manter durante as 3 semanas seguintes á data do derradeiro contacto. O persoal hospitalario que tivera estado en contacto estreito cos pacientes, ou con material contaminado sen dispor dun dispositivo de protección, debe ser considerado como exposto e posto baixo vixilancia médica estreita.

Fe de erros: B.E.G. Vol. VIII / 1995. Núm. 2

Na páx. 1, parágrafo 2, liña -3, onde di "W 155" debe dicir "W 135". No anexo "Protocolos de actuación fronte ás Meninxites infecciosas", na páx. 13, na última liña da táboa, na columna "intervalo" onde di "1" debe quedar en branco, e na columna "nº de doses" debe dicir "1".

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

SERVICIO DE EPIDEMIOLOXÍA. Dirección Xeral de Saúde Pública (SERGAS)

Avda. do Camiño Francés, nº 10 - baixo. 15771 - Santiago de Compostela.

Tel.: 981 - 54 29 29 - Fax: 981 - 54 29 70