

Zika Virus

Nombre revisor: Irene Fares Bejarano.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

ARTÍCULO ORIGINAL

Petersen LR, Jamieson DJ, Powers AM, Honein MA. Zika Virus. N Engl J Med. 2016 Apr 21; 374(16):1552-63

PMID: 27028561

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Epidemiología

El virus zika es un flavivirus aislado por primera vez en Uganda en 1947. Se pensaba que no afectaba a los humanos hasta que se estudió la seroprevalencia en Uganda de este virus en humanos y se detectó en torno a un 6% de seropositividad.

La primera vez que se demuestra afectación en humanos (cuadro febril) fue en Nigeria en 1953.

No se volvió de detectar zika hasta el 2013-2014, que se produjo un brote de infección en la polinesia francesa y otras islas del Pacífico, aumentando el número de casos de Síndrome de Guillain-Barré.

Posteriormente, en marzo de 2015 se detectó brote de zika en forma de enfermedad exantemática en Brasil. En un año se ha expandido por 33 países.

En septiembre de 2015 se detectó un aumento de RN afectos de microcefalia en las áreas en las que se reportó brote de zika.

Transmisión

Las formas de transmisión descritas son

1. Humano-mosquito (aedes)-humano: picadura prácticamente imperceptible y predominantemente durante el día.
2. Transmisión vertical: se ha aislado virus en placenta y en tejido cerebral fetal

3. Sexual: la duración del periodo de riesgo para la transmisión no está anó clara.
4. Lactancia: no se han descrito casos, pero se ha aislado virus en leche materna en mujeres con zika sintomático.

Clínica

El periodo de incubación no está claro pero parece en torno a una semana.

Principales síntomas: rash maculo papular (90%), fiebre (65%), artritis o artralgias (65%), conjuntivitis no purulenta (55%) mialgia (48%), dolor de cabeza (45%), dolor retroorbitario (39%), edema (19%) y vómitos (10%).

Se ha observado una asociación temporal y geográfica entre el zika y el Síndrome de Guillain – Barré.

Afectación fetal: se ha aislado virus en tejido cerebral de RN afectos de microcefalia (definida como circunferencia craneal $< p3$), al igual que se ha aislado virus en restos abortivos de primer y segundo trimestre. Parece existir también un aumento de alteraciones oculares.

Diagnóstico

Detecciones analíticas:

Se puede realizar detección de PCR pero que parece que está presente poco tiempo (no más de una semana) y en relación con el periodo de viremia.

También se realiza detección de IgM, aunque aún no se conoce el tiempo que tarda en aparecer ni la duración de la misma positiva.

Tener en cuenta la reacción cruzada con ac frente a otros flavivirus.

Hallazgos ecográficos más frecuentes

- Microcefalia
- Agenesia de cuerpo caloso.
- Hidranencefalia
- Calcificaciones intracraneales
- Ventriculomegalia
- Hidrops
- Anhidramnios
- Retraso de crecimiento intrauterino.

Tratamiento

No existe ni tratamiento ni vacuna

Las medidas deben estar encaminadas a la prevención para evitar la picadura y el control del vector, al igual que el uso de método barrera para evitar la transmisión sexual.