

## **FIEBRE HEMORRÀGICA CRIMEA-CONGO. ASPECTOS BÁSICOS**

(Introducció, clínica, distribució geogràfica, agente, reservori, modo transmissió, periodo incubació, susceptibilitat)

Informació procedent del document "Protocolo de vigilancia de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo" RENAVE. Versió mayo 2025

### **INTRODUCCIÓN- DISTRIBUCIÓN GEOGRÀFICA- CLÍNICA- LETALIDAD**

La fiebre hemorrágica Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad vírica transmitida principalmente por la picadura de una garrapata infectada. La transmisión de persona a persona por el contacto con pacientes sintomáticos es característica del personal sanitario. La FHCC fue descrita por primera vez en la península de Crimea en 1944. El virus aislado resultó idéntico al identificado en 1956 en enfermos del entonces llamado Congo Belga, por lo que ambos nombres designan la enfermedad. La FHCC está ampliamente distribuida en el mundo y es **endémica** en África, Oriente Medio, regiones de Asia los Balcanes y suroeste de Europa.

En España hay evidencia de circulación del virus de la FHCC (VFHCC) desde 2010, en que se detectó en garrapatas *Hyalomma lusitanicum* de la provincia de Cáceres. En 2016 se identificó el primer caso de FHCC, de Ávila y desde entonces ha habido casos esporádicos en Badajoz, Salamanca y León. En 2020 se diagnosticó otro caso retrospectivo (sangre almacenada) con síntomas en 2013, expuesto en Ávila. Tras la emergencia de la FHCC en humanos en 2016, se realizó un estudio para evaluar la circulación del VFHCC en España. Se identificaron garrapatas infectadas, en su mayoría *H. lusitanicum*, en Extremadura, Madrid, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Andalucía. En 2018 en un estudio de seroprevalencia en animales de esas 5 Comunidades Autónomas (CC AA), se encontraron anticuerpos frente al VFHCC en todas ellas, en un porcentaje más elevado en animales silvestres. Estos hallazgos indican que el VFHCC está establecido en España, al menos en determinadas zonas.

La infección en humanos puede ser asintomática hasta en el 90%. Entre los casos sintomáticos es común un cuadro febril inespecífico leve.

El **cuadro clínico** presenta diferentes periodos:

- Período pre-hemorrágico (días 1-5 días): fiebre brusca, cefalea, mialgias y mareos. Puede haber diarrea, náuseas o vómitos, hiperemia de cara, cuello o tórax, afectación ocular.
- Período hemorrágico (días 6-9): desde petequias en piel o mucosas o hemorragias leves (nariz o encías), hasta otras graves (ej.: equimosis, hematemesis, melenas, genitourinarias, hemoptisis, hemorragias cerebrales). Se ha descrito hepatoesplenomegalia en 1/3 de los pacientes. Algunos sufren un fallo hepatorenal o pulmonar agudos, después del 5º día de enfermedad. Entre los que se recuperan, la mejoría comienza entre los días 9-10 de la enfermedad.
- Período de convalecencia (días 10-20): presencia de pulso débil, polineuritis, disnea, xerostomía, disminución de la agudeza visual, pérdida de audición y de memoria.

La **letalidad** asociada a la FHCC va desde un 2% a un 30%. La muerte sobreviene generalmente durante la segunda semana (días 5-14). Son marcadores pronósticos de gravedad: la edad superior a 60 años, las manifestaciones hemorrágicas, la hepatomegalia, el fallo orgánico, la elevación de las enzimas hepáticas, la leucopenia y leucocitosis, la prolongación del tiempo de protrombina, la elevación del fibrinógeno y dímero-D y el descenso de las plaquetas (<100.000). Es característico el descenso marcado y rápido en el número de plaquetas en determinaciones seriadas.

El diagnóstico precoz y la terapia de soporte mejoran la supervivencia de los pacientes.

## AGENTE

VFHCC, familia *Nairoviridae* (orden *Bunyvirales*), género *Orthonairovirus*. Es un virus ARN monocatenario negativo cuyo genoma se encuentra fragmentado, lo que contribuye a su gran variabilidad genética.

Debido a su potencial para causar brotes nosocomiales y epidémicos, a su grado de letalidad, a las limitaciones de tratamiento y a la ausencia de una vacuna segura, el VFHCC es un agente patógeno de nivel de riesgo biológico 4.

Se han determinado seis genotipos diferentes de virus que circulan por diferentes regiones: tres en África, dos en Europa y uno en Asia. Sin embargo, los virus que forman uno de los genotipos europeos han sido reconocidos como un virus diferente a VFHCC: el virus Aigai. Los últimos estudios filogenéticos demuestran que las diferentes cepas del VFHCC se mueven a través de grandes distancias geográficas, bien por el movimiento de ganado, comercio o por garrapatas transportadas por aves migratorias.

## RESERVORIO

El VFHCC se mantiene en la naturaleza en un ciclo enzoótico y no suele causar enfermedad en sus hospedadores vertebrados. Las garrapatas del género *Hyalomma* son los principales vectores y reservorios de la enfermedad. Pequeños vertebrados (ej.: liebres, erizos, ratones) son hospedadores amplificadores de las formas inmaduras de las garrapatas. Los animales domésticos (ej.: vacas, cabras, ovejas) y salvajes (ej.: ciervos, jabalíes, conejos, ratones, camellos) son hospedadores de las garrapatas adultas. La mayoría de las aves no experimentan viremia ni seroconversión y son asintomáticas. La viremia en animales suele ser de corta duración e intensidad y la infección es subclínica. Puede haber transmisión sexual y vertical entre garrapatas, además de transmisión desde una garrapata infectada a otra mientras se alimentan simultáneamente sobre un mismo hospedador (*co-feeding*). El periodo de alimentación de las formas inmaduras es largo (12-26 días) lo que permite su transporte pasivo a grandes distancias geográficas. El movimiento de ganado y las aves migratorias son una ruta potencial de diseminación de garrapatas infectadas.

## MODO DE TRANSMISIÓN

El VFHCC se transmite por la picadura de garrapatas (o por manipulación o aplastamiento de las garrapatas con las manos sin proteger), principalmente del género *Hyalomma* o por contacto con la sangre o tejidos de animales infectados. Las garrapatas infectadas, pueden transmitir el virus a lo largo de su vida. El periodo de viremia en animales hospedadores es corto, alrededor de una semana.

Puede haber transmisión de persona a persona por contacto estrecho con sangre, secreciones, otros fluidos corporales u órganos de un caso sintomático o fallecido o con objetos inanimados contaminados. El riesgo de transmisión es mayor en los últimos estadios de la enfermedad, ya que se asocia con mayor carga viral junto con diarrea, vómitos y hemorragias, por lo que el personal sanitario presenta mayor riesgo de contagio por exposición a fluidos o aerosoles. El riesgo de transmisión a los contactos cercanos y familiares es bajo. Se han descrito casos puntuales de transmisión sexual de la enfermedad y transmisión vertical. El riesgo de transmisión de persona a persona existe durante el periodo de viremia, que coincide con el sintomático. No hay evidencias de transmisión durante el periodo de incubación, en ausencia de fiebre u otros síntomas. Tampoco se ha documentado la transmisión secundaria a contactos ocasionales (en transportes públicos o a otros contactos ocasionales no próximos) por pacientes febriles sin otros síntomas.

Otras formas de contagio son por aerosoles con partículas infecciosas generados en procedimientos de laboratorio, autopsias (transmisión post-mortem si aún permanecen virus viables en los cadáveres), o a partir de orina o heces de roedores u otros animales infectados.

## PERIODO DE INCUBACIÓN

Depende del modo de contagio y de la carga viral. Después de la picadura de una garrapata, el período de incubación es generalmente de 3 a 7 días (rango 1 a 12). Tras el contacto con sangre o tejidos infectados es normalmente de 5-6 días, con un máximo documentado de 13 días.

**SUSCEPTIBILIDAD** La susceptibilidad se considera universal. Se observa una respuesta inmune tras la recuperación. La inmunidad a largo plazo, aunque probable, no está suficientemente documentada.