



CHIKUNGUNYA: OTRO VIRUS TRASMITIDO POR MOSQUITOS

Académica Honoraria Dra. María Hortal

10 de febrero de 2016

El virus Chikungunya (CHIK) reemergió en la América tropical (isla St. Martin, Caribe) en el año 2013, luego de más de cien años de su desaparición. Rápidamente, viajeros infectados, lo distribuyeron por 43 países de la Región.

Existen relatos de la enfermedad que datan del siglo XVIII y también de su actividad en América hasta principios del siglo XIX. Esos datos históricos figuran como dengue, a pesar del notorio componente artrítico, que caracteriza a la enfermedad.

Fue en África, donde la virosis se reconoció como "chikungunya". La palabra proviene de una lengua nativa de Kimakonde (Zambia) y alude a la posición retorcida o encorvada de los pacientes con intensos dolores articulares.

El virus había persistido siempre en África, cumpliendo un ciclo zoonótico. Cada 40 o 50 años, por escapes periódicos de ese ciclo, ocurrieron pandemias en el hombre. Más tarde, luego de epidemias, CHIK circuló en el sudeste asiático, subcontinente indio e islas del Océano Pacífico, áreas donde abundan sus principales vectores, *Aedes aegypti* y *albopectus*. A partir del 2007, CHIK se identificó en Europa, comenzando por una epidemia en el norte de Italia.

El virus se aisló por primera vez en 1952, de un caso clínico registrado durante una epidemia, al sur de Tanzania. Se trataba de un nuevo representante de la familia *Togaviridae*, género *alphavirus*, con RNA monocatenario.

Clínica y diagnóstico etiológico

El comienzo de la enfermedad es abrupto con fiebre elevada (40°C) e intensos dolores articulares. Las articulaciones más frecuentemente comprometidas son las lumbares, rodillas, muñecas y falanges de manos y pies.

En general las manifestaciones clínicas son de corta duración (máximo una semana), pero la viremia dura más tiempo, por lo que el peligro de la contagiosidad desborda la expresión clínica. La mayoría de los enfermos se recobran totalmente, pero en algunos casos, los dolores articulares persisten varios meses e inclusive pueden hacerse crónicos.

Además de la fiebre y las artralgias predominantes, suele agregarse, con frecuencia variable, erupción cutánea, edema articular, mialgias, cefaleas, náuseas y congestión ocular. Se ha comprobado transmisión vertical, en especial cuando la madre cursa una viremia en el período cercano al parto.

En ninguno de esos casos, la infección se asoció a malformaciones congénitas.

Para la enfermedad por CHIK no existe ninguna terapia específica, tampoco una vacuna para su prevención.

El diagnóstico etiológico puede hacerse por aislamiento del virus de la sangre o por RT-PCR. La confirmación etiológica más frecuente es por reconocimiento de la elevación de anticuerpos específicos de clase IgM, cuya curva llega al máximo en 3-5 semanas luego del inicio de la infección.

Epidemiología

Al igual que el dengue y el zika, el virus CHIK cumple un ciclo infeccioso hombre –mosquito – hombre, de modo que el control del mosquito vector es la mejor manera de cortar la cadena infecciosa.

Aunque su principal reservorio son los primates (en especial, el hombre infectado), CHIK tiene también reservorios en no primates (roedores, pájaros y pequeños mamíferos), que contribuyen a su persistencia en la naturaleza.

La distribución de la enfermedad está condicionada por la distribución de sus vectores: *Aedes aegypti* y *albopictus*. El hábitat de cada uno de estos *Aedes* es diferente. *Aedes aegypti* predomina en zonas tropicales y subtropicales; es urbano, sobre todo domiciliario. Sus huevos y larvas se benefician de aguas estancadas en distintos recipientes (floreros, neumáticos, etc.). Tiene actividad diurna, predominante a primeras horas del día o al atardecer. Si bien *Aedes albopictus* tiene un comportamiento horario similar, se le encuentra en áreas rurales, peri-urbanas y lugares sombríos de ciudades. Los huevos y larvas se reproducen en aguas estancadas en diferentes lugares naturales. Habita en climas templados, incluso tolera temperaturas relativamente bajas.

Las fumigaciones con insecticidas enfrentan limitaciones. Cada hembra de ambas especies pone aproximadamente 400 huevos. Preferentemente los deposita en recipientes con agua, pero como resisten la desecación durante períodos prolongados, pueden eclosionar recién cuando se les proporciona agua.

Indudablemente *Aedes aegypti*, por su presencia domiciliaria, es la mayor amenaza para la salud pública. Su erradicación requiere de la cooperación de la población, con eliminación de los potenciales criaderos, uso de repelentes e insecticidas, así como aislamiento de los enfermos para cortar la cadena infecciosa.