

Oropouche en pediatría: una enfermedad emergente

Oropouche in Pediatrics: An Emerging Disease

Yelena Celeste Carrión Romero^{1*} <https://orcid.org/0009-0003-8745-4143>

Yumilka Villamil González¹ <https://orcid.org/0009-0001-0140-8417>

Karelvis Ávila Santana¹ <https://orcid.org/0009-0006-9721-409X>

Belkis Fábregas Travieso¹ <https://orcid.org/0000-0003-4703-9503>

Zoraida de la Caridad Gutiérrez Reyes¹ <https://orcid.org/0000-0001-9724-7015>

Yunia Leicea Beltrán¹ <https://orcid.org/0000-0001-9153-7943>

¹Hospital Materno Infantil Dr. Ángel Arturo Aballí. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: 03yelenacarrion@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Existe una diversidad de entidades transmitidas por vectores conocidas como arbovirosis. Dentro de estas entidades se encuentra el oropouche, una enfermedad que ha incrementado su incidencia en Cuba.

Objetivo: Describir los aspectos relacionados con el oropouche en pediatría como una enfermedad emergente.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa con una búsqueda bibliográfica en fuentes primarias de información en PubMed, SciELO, LILACS y Google Académico, en el período 2000-2024, en idioma inglés y español, sobre aspectos relacionados con el virus del Oropouche. Se examinaron sitios web de organismos internacionales, artículos originales y de revisión. Se descartaron aquellos no pertinentes o que tuvieran deficiencias metodológicas notables. Se utilizaron diferentes palabras clave como *arbovirosis*, *oropouche*, *enfermedades infecciosas* y *enfermedades emergentes*.

Análisis y síntesis de la información: Se expuso el agente etiológico y sus características. Se describieron las formas de transmisión, las manifestaciones clínicas y sus formas graves, los estudios complementarios evaluados hasta el momento, el diagnóstico diferencial con respecto a otras enfermedades infecciosas y los principales pilares del tratamiento, con énfasis en la prevención.

Conclusiones: El oropouche es una arbovirosis considerada una enfermedad emergente en Cuba, con signos clínicos difíciles de diferenciar de otras enfermedades infecciosas y escasa información en la edad pediátrica, con posible transmisión vertical y diagnóstico de laboratorio y tratamiento no específico, que se

caracteriza por brotes epidémicos con manifestaciones clínicas autolimitadas y que pueden ser graves en algunos casos.

Palabras clave: arbovirosis; oropouche; enfermedades infecciosas; enfermedades emergentes.

ABSTRACT

Introduction: There is a diversity of vector-borne diseases known as arboviruses. Among these is oropouche, a disease whose incidence has increased in Cuba.

Objective: To describe the aspects related to oropouche in pediatrics as an emerging disease.

Methods: A narrative review was conducted using a literature search of primary sources of information in PubMed, SciELO, LILACS, and Google Scholar, covering the period 2000-2024, in English and Spanish, on aspects related to the oropouche virus. Websites of international organizations, original articles, and review articles were examined. Those that were irrelevant or had significant methodological deficiencies were discarded. Different keywords were used, such as arboviruses, oropouche, infectious diseases, and emerging diseases.

Analysis and synthesis of the information: The etiological agent and its characteristics were presented. The modes of transmission, clinical manifestations and their severe forms, the complementary studies evaluated to date, the differential diagnosis with respect to other infectious diseases, and the main pillars of treatment, with an emphasis on prevention, were described.

Conclusions: Oropouche is an arboviral disease considered an emerging disease in Cuba, with clinical signs that are difficult to differentiate from other infectious diseases and limited information in the pediatric population. Vertical transmission is possible, and laboratory diagnosis and treatment are nonspecific. It is characterized by epidemic outbreaks with self-limiting clinical manifestations, which can be severe in some cases.

Keywords: arboviral disease; oropouche; infectious diseases; emerging diseases.

Recibido: 10/01/2025

Aceptado: 02/02/2026

Introducción

Existe una diversidad de entidades transmitidas por vectores conocidas como arbovirosis, las cuales constituyen enfermedades zoonóticas; las más conocidas

son el dengue, el zika y el chikungunya, que reportan una alta incidencia en la región de las Américas. Dentro de estas entidades se encuentra el oropouche, provocado por el virus de Oropouche (OROV), documentado por primera vez en 1955, en la ciudad de Vega de Oropouche, Trinidad y Tobago, aislado en un obrero forestal; desde entonces se han descrito varios casos y brotes en comunidades rurales y urbanas en la región.⁽¹⁾

Aunque es una enfermedad poco evaluada, la atención sobre esta entidad se ha incrementado en los últimos años. Esto se evidencia en el número de publicaciones sobre el tema, que ha ido en aumento. No obstante, la información que se brinda en estas se limita a determinados tópicos⁽²⁾ y no se abordan aspectos sobre la infancia. Las publicaciones recientes mencionan que se han diagnosticado más de 500 000 casos, pero el número real debe ser mayor, ya que la mayoría de los pacientes no se reporta o se diagnostica erróneamente debido a la semejanza de las manifestaciones clínicas con otras enfermedades febriles causadas por arbovirus cocirculantes como dengue, Nilo Occidental, fiebre amarilla, Zika, chikungunya y Guama. La alta tasa de subregistro de este virus ha hecho que las personas pasen por alto los peligros, lo que ha creado un enorme potencial para brotes y epidemias posteriores.⁽³⁾

Desde su descubrimiento, se han reportado brotes en las áreas del Amazonas y otros estados de Brasil. En Panamá se informó por primera vez en 1989; en Perú, en 1992; Ecuador, en 2004; Bolivia, a mediados de la década de los 2000; Venezuela, en 2007; Haití, en 2014; Colombia, en 2017; Guayana Francesa, en 2021, y, más recientemente, en Cuba, en 2024; además de otros países de la región que han reportado casos de manera aislada. Se desconoce la carga real de esta arbovirosis en algunos países de América del Sur y Central, ya que falta una vigilancia de rutina y no están disponibles en los sitios de atención las pruebas para el diagnóstico adecuado de laboratorio.^(4,5)

Los grandes desplazamientos humanos podrían ofrecer al OROV la oportunidad de ampliar su alcance y reportarse en zonas no endémicas; por esta causa, se han diagnosticado en Europa casos aislados de viajeros que retornan desde Cuba, donde se ha ido incrementando la enfermedad,⁽⁶⁾ y en Estados Unidos, donde, hasta el 10 de diciembre de 2024, se había notificado un total de 94 casos (en cinco estados) entre viajeros estadounidenses que también habían regresado de Cuba. Afortunadamente, no hay evidencia de transmisión local en estos países.⁽⁷⁾

Esta entidad fue detectada en Cuba en mayo de 2024, con dos brotes: uno en la provincia de Santiago de Cuba, donde se reportaron 54 casos, y otro en la provincia de Cienfuegos, con 20 casos. Estos pacientes se detectaron mediante acciones de seguimiento y vigilancia, reforzadas tras un aumento de casos con enfermedad febril no específica. Durante esta vigilancia se tomaron 89 muestras, que fueron

analizadas en el laboratorio nacional de referencia del Instituto Pedro Kourí (IPK), donde se identificó el OROV en 74 de las muestras analizadas.⁽⁸⁾ Posteriormente, se realizó una pesquisa en pacientes con síndrome febril inespecífico, que detectó la presencia del OROV en siete provincias del país hasta agosto de 2024, lo cual denota un brote de la enfermedad y transmisión local, condicionados por la presencia de vectores involucrados en el ciclo de la enfermedad y condiciones climáticas favorecedoras para la transmisión.⁽⁹⁾

Al tratarse de una enfermedad autolimitada, con manifestaciones clínicas inespecíficas y, en ocasiones, ligeras, puede no ser diagnosticada o confundida con otros cuadros virales.⁽⁴⁾

Los datos sobre esta entidad en la edad pediátrica son escasos y poco concluyentes. Un artículo referente a esta infección en escolares en Haití reportó un solo caso y no brindó suficiente información sobre sus particularidades.⁽¹⁰⁾

Aunque es una enfermedad que ha incrementado su incidencia en Cuba, no existen en la literatura suficientes reportes específicos sobre sus características en la edad pediátrica. El objetivo de esta revisión fue describir los aspectos relacionados con el oropouche en pediatría como una enfermedad emergente.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa con una búsqueda bibliográfica en fuentes primarias de información en PubMed, SciELO, LILACS y Google Académico, en el período 2000-2024, en idioma inglés y español, sobre los aspectos relacionados con el OROV. Se examinaron sitios web de organismos internacionales, artículos originales y de revisión. Se descartaron aquellos no pertinentes o que tuvieran deficiencias metodológicas notables. Se utilizaron diferentes palabras clave como *arbovirosis*, *oropouche*, *enfermedades infecciosas* y *enfermedades emergentes*.

Agente etiológico

La historia evolutiva del virus del Oropouche (OROV, *Orthobunyavirus oropoucheense*) ha sido reconstruida recientemente, incluida la caracterización de todo su genoma. Se ha propuesto que cuatro linajes del virus se han dispersado a partir de un grupo monofilético en diferentes áreas. El genotipo I ocurre en Trinidad; el II, en Perú; el III, en Panamá, y el IV, en la región amazónica de Brasil y en Jujuy, al norte de Argentina.⁽²⁾

El OROV pertenece a la familia *Peribunyaviridae*, del género *Orthobunyavirus*. Su nombre se deriva de la aldea de Vega de Oropouche, donde fue aislado por primera

vez. Los *Orthobunyavirus* forman partículas virales esféricas con envoltura, que tienen un diámetro de 100 a 120 nm, y sus genomas comprenden tres segmentos de ARN (ácido ribonucleico) monocatenario de sentido negativo. El segmento pequeño codifica la proteína N de la nucleocápside; el segmento mediano, una poliproteína que es escindida cotraduccionalmente por las proteasas del huésped para producir las glicoproteínas de superficie virales; y el segmento grande, el ARN polimerasa dependiente de ARN viral, que cataliza la replicación y transcripción virales.⁽¹¹⁾

Trasmisión

Históricamente, la infección por OROV se ha documentado predominantemente durante la temporada de lluvias en áreas endémicas, probablemente debido al aumento de la reproducción de vectores competentes.⁽¹²⁾

Algunos brotes han ocurrido en condiciones climáticas diferentes a aquellas en las que ocurre la mayoría de los eventos de transmisión. Los modelos de distribución también revelaron que la variación del paisaje, expresada como pérdida de vegetación, está vinculada con los brotes por OROV.⁽¹³⁾

Existen dos ciclos de transmisión: el selvático y el urbano, aunque este último es menos frecuente. Hasta la fecha no se ha documentado la transmisión directa del OROV (horizontal) de persona a persona. Sin embargo, recientemente se han registrado casos de transmisión vertical (madre-hijo) y, aunque ya se ha confirmado que el virus puede afectar al feto, actualmente se están investigando los mecanismos y el alcance de estos efectos.⁽¹²⁾

Los principales reservorios de OROV son las aves y los mamíferos silvestres (primates, perezosos y roedores). La enfermedad se transmite al ser humano por la picadura de un mosquito hembra previamente infectado a partir de un animal reservorio. Hay varias especies de mosquitos como *Coquillettidia venezuelensis*, *Aedes serratus* y *Culex quinquefasciatus* que contribuyen al ciclo de transmisión del OROV, siendo el *Culicoides paraensis*, también conocido como jején hematófago, el principal vector en el desarrollo del ciclo urbano. Este último está ampliamente distribuido por la región de las Américas, aunque por el momento se mantiene ausente en otras partes del mundo (incluida Europa).¹³

Un estudio en Cuba identificó como vector involucrado en la transmisión de OROV al *Culex quinquefasciatus*, que fue recolectado en áreas sospechosas de transmisión. Se extrajo ARN y se realizó PCR (reacción en cadena de la polimerasa) en tiempo real. Las muestras positivas se atribuyeron al 56 % de los grupos de mosquitos *C. quinquefasciatus*.⁽⁹⁾

Es posible que se requiera de polimorfismos virales para superar la barrera de infección del intestino medio del mosquito o la barrera de infección de la glándula salival, lo que podría explicar la naturaleza esporádica de los brotes por OROV.^(11,12)

La circulación de personas, especialmente trabajadores rurales que se infectan en áreas naturales, sería el mecanismo que mantiene el vínculo entre los ciclos selváticos y urbanos, cuando los humanos invaden el bosque, se infectan y regresan a las áreas urbanas durante el período virémico, siendo infectiva para *C. paraensis* la sangre de un paciente durante los primeros tres a cuatro días desde el inicio de los síntomas, en la fase aguda de la enfermedad.⁽¹⁴⁾

El riesgo de transmisión autóctona se considera muy bajo, al no existir el vector competente en el OROV,⁽¹⁵⁾ que es lo que ocurre en países de Europa y en Estados Unidos, con casos importados.

El 2024 marcó un punto de inflexión con el brote en Brasil, manifestado con la transmisión sostenida en regiones no endémicas, donde ocurrieron dos muertes por esta causa y varios casos de transmisión vertical, y la transmisión local en Cuba.⁽⁵⁾

Manifestaciones clínicas

Alrededor del 60 % de los pacientes desarrolla una variedad de síntomas similares a los de las infecciones clásicas por arbovirus.⁽²⁾ Los síntomas clínicos comienzan entre tres y ocho días después de haber estado expuesto a la picadura del vector. Durante la enfermedad aguda, los pacientes experimentan viremia, que alcanza su punto máximo el segundo día después del inicio de los síntomas clínicos y disminuye durante los días siguientes.⁽¹⁶⁾

Esta entidad se comporta como un síndrome febril inespecífico autolimitado. No existen manifestaciones clínicas específicas en la edad pediátrica, ya que la enfermedad afecta a personas de todos los grupos de edad y de ambos sexos. En la edad pediátrica son más frecuentes las manifestaciones del sistema nervioso central por meningitis aséptica o meningismo, que se han descrito en grandes brotes de la enfermedad y cursan con cefalea intensa, mareos, letargo, diplopía, nistagmo y, en algunos casos, ataxia, rigidez de nuca y aumento de células en el LCR (líquido cefalorraquídeo);⁽¹⁷⁾ lo cual se ha considerado como una forma neuroinvasiva de la enfermedad, entre cuyos síntomas también se han descrito convulsiones secundarias a la encefalitis.⁽¹⁸⁾

Los pacientes desarrollan una enfermedad febril con dolor de cabeza, artralgia, mialgia, náuseas, vómitos, escalofríos y fotofobia; además de otras manifestaciones más infrecuentes como diarreas, linfadenopatías, hipotermia, prurito, signos de deshidratación, hipotensión, dolor de garganta, lipotimia, erupción cutánea, dolor retroorbitario, anorexia, taquicardia, frialdad de las extremidades,

estado mental alterado y manifestaciones hemorrágicas como epistaxis, sangrado gingival y petequias.⁽²⁾

No se puede descartar, en aquellos pacientes con síntomas de arbovirosis e ictericia, la presencia de OROV como agente causal por la posible afectación hepática,⁽¹⁷⁾ pues, aunque la evidencia de hepatitis asociada con la infección por OROV en humanos es limitada, estudios en animales sugieren que los hepatocitos pueden servir como un objetivo viral potencial.⁽¹⁹⁾ La presencia de signos subjetivos en esta entidad pudieran ser difíciles de precisar en lactantes o infancia temprana. En Cuba se consideró la asociación de este virus como agente causal en tres pacientes con síndrome de Guillain Barré, pero ninguno de ellos en edad pediátrica.⁽²⁰⁾

La enfermedad es típicamente bifásica, con una fase aguda que dura de dos a cuatro días, seguida de una remisión y un resurgimiento de los síntomas entre siete y diez días después del inicio. La mayoría de los pacientes se recupera sin secuelas, aunque se han descrito mialgias y astenia persistentes que duran hasta un mes.⁽²¹⁾ En Cuba los primeros casos afectados tenían una edad que osciló entre 6 y 72 años, y, dentro de esta población, la edad más frecuente estuvo comprendida entre los 15 y 19 años; lo cual ubica la mayor incidencia en la edad pediátrica y, dentro de ella, en la adolescencia,⁽²²⁾ quizá por ser la edad que más se expone a los vectores y no cumple las medidas de protección individual. Otro estudio realizado en áreas con transmisión confirmada reportó una edad entre 4 y 83 años, rango que incluye a la edad pediátrica entre los casos diagnosticados con la enfermedad.⁽⁹⁾

En los recién nacidos la presencia de microcefalia asociada o no a otras malformaciones congénitas puede ser una manifestación clínica de la transmisión vertical en mujeres embarazadas que hayan presentado la enfermedad. No se describen otras manifestaciones clínicas a esta edad, pero sí la presencia del virus en fluidos y tejidos de riñones y pulmones, lo cual pudiera ocasionar síntomas relacionados con estas estructuras.

Este virus puede ser causa de prematuridad y, además de la microcefalia mencionada, se han descrito malformaciones cerebrales como ventriculomegalia grave, adelgazamiento del parénquima cerebral y agenesia del cuerpo calloso,⁽²³⁾ las cuales pueden provocar diferentes manifestaciones clínicas neurológicas desde la etapa neonatal.

Estudios complementarios

El diagnóstico puede hacerse por exclusión al descartar otras arbovirosis:

- Medición del ARN viral y el antígeno en el momento cumbre de la viremia.

- Pruebas serológicas de anticuerpos IgM e IgG entre el primer día y los 15 posteriores al inicio de la enfermedad.
- Medición de anticuerpos humanos específico de OROV (test de ELISA).
- Pruebas de inmunoensayo que utilizan proteína N recombinante expresada en bacterias que detectan anticuerpos IgG e IgM específicos de OROV.
- PCR con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR) para OROV.⁽¹⁶⁾

Para la detección simultánea del virus de OROV y similares a este que portan el segmento S de OROV, se ha propuesto como método más sensible la utilización de un PCR en tiempo real con transcripción inversa multiplexada de un solo paso.⁽²⁴⁾ Otros estudios posibles son los siguientes:

- Aunque se ha detectado ARN de OROV en fluidos corporales distintos de la sangre, ha habido poca evaluación de la eficacia de las pruebas para detectar la presencia de OROV en ellos, como el líquido cefalorraquídeo, la orina y la saliva. La detección de ARN de OROV en orina y saliva puede permitir el desarrollo de diagnósticos seguros, no invasivos, simples y efectivos, pero es necesario evaluar estos estudios para determinar su especificidad.
- Pueden detectarse enzimas hepáticas elevadas.
- En algunos pacientes puede ocurrir leucopenia (valores tan bajos como 2000 leucocitos/ml).
- Análisis metagenómico: se ha utilizado como un medio para detectar e identificar cepas virales divergentes.

Actualmente no existe un estándar de diagnóstico para la infección por OROV. El campo se beneficiaría de la estandarización para ayudar al desarrollo y validación de herramientas de diagnóstico más confiables y fácilmente disponibles.⁽¹⁶⁾

Diagnóstico diferencial

Es muy difícil la diferenciación clínica del oropouche con otras arbovirosis. Una revisión sistemática que comparó la presentación clínica de la infección por OROV con otras arbovirosis, identificó que la odinofagia y el dolor abdominal fueron más frecuentes en los pacientes con oropouche; mientras que las mialgias, las artralgias y el exantema prevalecieron en el dengue y otras arbovirosis. La fiebre, los escalofríos y las cefaleas no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con oropouche y con dengue, lo que sugiere que no son útiles para diferenciar clínicamente estas enfermedades.

El genoma segmentado del OROV le permite ser altamente mutable y susceptible a reordenamientos genéticos, lo que puede dar lugar a la aparición de variantes que causen diferencias en los signos y síntomas clínicos de las personas infectadas.

La ausencia de publicaciones sobre esta entidad en la etapa pediátrica impide mejorar el abordaje clínico para diferenciarla de otras infecciones con diferentes etiologías.

Se requiere de más estudios que proporcionen datos individuales, analicen la recurrencia y duración de los síntomas, y mejoren el reporte detallado de las manifestaciones clínicas.⁽²⁵⁾

La presencia en los recién nacidos de microcefalia deberá diferenciarse del síndrome congénito por Zika (SCZ). Este microorganismo ha sido considerado un agente teratogénico y comprende un patrón específico de malformaciones en los recién nacidos, dadas por microcefalia con calcificaciones subcorticales, alteraciones retinianas, contracturas congénitas, hipertonía temprana y síntomas extrapiramidales. También habría que descartar alguno de los tantos síndromes genéticos que se acompañan de microcefalia.⁽²⁶⁾

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad incluye medidas organizativas, preventivas, generales y específicas.

Medidas organizativas

Entre las medidas organizativas, se encuentran las siguientes:

- Contar con sistemas de vigilancia y estadísticas de control continuo con cobertura nacional.
- Preparación de los recursos necesarios en los centros de atención en los diferentes niveles de salud (protección personal, medicamentos y personal capacitado).
- Capacitación continua, que brinde información y actualización sobre la enfermedad.
- Seguimiento de los reservorios de animales, vigilancia sindrómica para identificar los casos de fiebre de OROV y seguimiento sistemático de las poblaciones de vectores y su distribución.
- Realizar acciones con otros países de la región para el intercambio de resultados de investigación y datos epidemiológicos, y crear proyectos de cooperación para el control de vectores y las intervenciones de salud pública.

- Crear y poner en marcha planes de preparación para el diagnóstico correcto de laboratorio.
- Divulgar a través de los medios masivos de difusión las características y las medidas de prevención de la enfermedad.
- Destinar apoyo financiero y recursos para facilitar la investigación sobre la transmisión, el diagnóstico y el tratamiento del oropouche, así como invertir en programas de control de vectores para reducir el riesgo de transmisión.
- Lograr un enfoque multidisciplinario para abordar las enfermedades infecciosas y utilizar el de Una Salud, que implica la colaboración entre entomólogos, virólogos, epidemiólogos y médicos.⁽²²⁾

Medidas preventivas

Las estrategias de prevención se basan en medidas de control o erradicación de los vectores artrópodos, y en medidas de protección personal. Las medidas de control de vectores consisten en el tratamiento adulticida, la reducción de fuentes, el manejo ambiental y la aplicación de biolarvicidas. Las medidas de protección personal se centran en la prevención de las picaduras de mosquitos mediante barreras mecánicas (mosquiteros o mallas en los puntos de acceso de las viviendas, como puertas y ventanas), dispositivos repelentes de insectos, ropa tratada con repelentes y lociones antimosquitos.^(9,17)

No existe, hasta el momento, una vacuna contra esta entidad. Actualmente, se encuentra en desarrollo una vacuna candidata contra el OROV, pero no hay suficiente información sobre esta. Un estudio reciente identificó varios epítomos de vacunas potenciales dentro de la poliproteína del segmento M, que pueden estimular fuertes respuestas inmunes contra el virus, y existe un sistema de genética inversa para OROV, una herramienta para manipular el genoma viral, pero estas intervenciones no cuentan con suficiente evidencia científica.⁽²⁷⁾ Existen varios desafíos que obstaculizan el desarrollo de una vacuna, entre ellos, la alta variabilidad genética entre las cepas del virus, la falta de investigación primaria sobre la patogénesis viral y el modelado inadecuado de la enfermedad en modelos animales comparativos.⁽²⁷⁾ Especial atención deberán recibir las embarazadas con sospecha de la enfermedad, a las cuales se deberá brindar seguimiento y evaluación por ultrasonografía de las condiciones fetales y su perímetro cefálico, teniendo en cuenta los reportes de casos de transmisión vertical, en los cuales se ha descrito microcefalia como signo predominante, conjuntamente con otras malformaciones asociadas.⁽²⁸⁾

Medidas generales

Las medidas generales están encaminadas a aliviar los síntomas y están basadas en el uso de analgésicos sin salicilatos y antiinflamatorios no esteroideos.⁽²⁷⁾ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda la hidratación adecuada en aquellos pacientes con diarreas o vómitos persistente, y la necesidad de hospitalización en caso de manifestaciones clínicas graves.⁽²⁹⁾

Medidas específicas

La clase molecular de compuestos de acridona ha atraído la atención en los últimos años por su amplia gama de propiedades biológicas, incluida la inhibición selectiva de varios ADN y ARN de virus patógenos humanos. Las investigaciones continuas sobre acridonas antivirales identifican a sus derivados con actividad antiviral contra OROV, pero estas moléculas solo han sido efectivas *in vitro*. Aunque son agentes antivirales de amplio espectro, su efecto inhibitor contra OROV amerita más pruebas para confirmar su efectividad.⁽³⁰⁾

En la literatura existente, los datos sobre experimentos para posibles opciones de tratamiento son escasos. Un estudio sobre la ribavirina, un fármaco antiviral de amplio espectro, no informa de ningún efecto inhibitor sobre el OROV.⁽¹⁷⁾ Solo con el IFN- α (interferón alfa) se ha reportado cierta actividad antiviral tanto *in vitro* como *in vivo*.⁽³¹⁾

Conclusiones

El oropouche es una arbovirosis considerada una enfermedad emergente en Cuba, con signos clínicos difíciles de diferenciar de otras enfermedades infecciosas y escasa información en la edad pediátrica, con posible transmisión vertical y diagnóstico de laboratorio y tratamiento no específicos, que se caracteriza por brotes epidémicos con clínica autolimitada y que pueden ser graves en algunos casos.

Referencias bibliográficas

1. Mendoza-Landinez BF, Freyle-Roman IK, Rincón-Orozco B. Virus de Oropouche, un arbovirus emergente en búsqueda de protagonismo en las Américas. Salud UIS. 2024 [acceso 02/12/2024];56:e24030. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/15528/13565>
2. Romero-Alvarez D, Escobar LE. Oropouche fever, an emergent disease from the Americas. Microbes and Infection. 2018 [acceso 18/12/2024];20(3):135-46.

Disponible

en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1286457917302204?via%3Dihub#bib12>

3. Zhang Y, Liu X, Wu Z, Feng S, Lu K, Zhu W, et al. Oropouche virus: A neglected global arboviral threat. *Virus Res.* 2024 [acceso 02/12/2024];341:199318.

Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10827532/>

4. Ciuoderis KA, Berg MG, Perez LJ, Hadji A, Perez-Restrepo LS, Aristizabal LC, et al. Oropouche virus as an emerging cause of acute febrile illness in Colombia. *Emerg Microbes Infect.* 2022 [acceso 02/12/2024];11(1):2645-57. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9639516/>

5. Tilston-Lunel NL. Oropouche Virus: An Emerging Orthobunyavirus. *J Gen Virol.* 2024 [acceso 02/12/2024];105:002027. Disponible en:

https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/jgv/10.1099/jgv.0.002027#abstract_content

6. Castilletti C, Mori A, Pomari E, Matucci A, Martelli G, Curiale S, et al. First diagnoses of Oropouche virus in Europe: how can we strengthen communication and preparedness globally? *Lancet Infect Dis.* 2024 [acceso 02/12/2024];24(10):e602-e603. Disponible en:

<https://www.thelancet.com/action/showCitFormats?doi=10.1016%2FS1473-3099%2824%2900496-1&pii=S1473-3099%2824%2900496-1>

7. AAP Publications. Washington, D. C.: American Academy of Pediatrics; 2024 [acceso 13/12/2024]. Red Book Online Outbreaks: Oropouche Virus. Infectious diseases. Disponible en:

<https://publications.aap.org/redbook/resources/29960/Red-Book-Online-Outbreaks-Oropouche-Virus?autologincheck=redirected>

8. World Health Organization. Geneva: WHO; 2024 [acceso 12/12/2024]. Disease Outbreak News. Oropouche virus disease, Cuba. Disponible en:

<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON521>

9. Benitez AJ, Alvarez M, Perez L, Gravier R, Serrano S, Hernandez DM, et al. Oropouche Fever, Cuba, May 2024. *Emerg Infect Dis.* 2024 [acceso 20/12/2024];30(10):2155-9. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11431908/>

10. Ibadry MA, Durães-Carvalho R, Blohm GM, Stephenson CJ, Loeb JC, White SK, et al. Orthobunyaviruses in the Caribbean: Melao and Oropouche virus infections in school children in Haiti in 2014. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021 [acceso 02/12/2024];15(6):e0009494. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8238191/>

11. Barbosa NS, Concha JO, da Silva LLP, Crump CM, Graham SC. Oropouche Virus Glycoprotein Topology and Cellular Requirements for Glycoprotein Secretion. *J Virol.*

- 2023 [acceso 02/12/2024];97(1):e0133122. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9888203/>
12. Romero-Alvarez D, Escobar LE, Auguste AJ, Del Valle SY, Manore CA. Transmission risk of Oropouche fever across the Americas. Infect Dis Poverty. 2023 [acceso 02/12/2024];12(1):47. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10163756/>
13. Desai AN, Ashley N, Koopmans M, Granata G, Grobusch MP, Tunali V, et al. Virus Oropouche: un arbovirus reemergente de importancia clínica. Regiones de la IJID. 2024 [acceso 03/12/2024];13:100456. Disponible en: [https://regions.ijidonline.org/article/S2772-7076\(24\)00127-9/fulltext](https://regions.ijidonline.org/article/S2772-7076(24)00127-9/fulltext)
14. Bergero PE, Ayala MM. La emergencia de la fiebre del Oropouche en las Américas: desafíos y riesgos. Enf Emerg 2024 [acceso 04/12/2024];23(3):157-63. Disponible en: https://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a913/Enf-Emerg_3-2024_COMUNICACI%C3%93N_Dra_Bergero.pdf
15. Rodríguez Araujo DS. Public health surveillance of the Oropouche virus in Central America: a new challenge. Am J Field Epidemiol. 2024 [acceso 05/12/2024];2(2):28-30. Disponible en: <https://fieldepidemiology.org/index.php/ajfe/article/view/10829/7817>
16. Files MA, Hansen CA, Herrera VC, Schindewolf C, Barrett ADT, Beasley DWC, et al. Baseline mapping of Oropouche virology, epidemiology, therapeutics, and vaccine research and development. NPJ Vaccines. 2022 [acceso 16/12/2024];7(1):38. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8931169/>
17. Sakkas H, Bozidis P, Franks A, Papadopoulou C. Oropouche Fever: A Review. Viruses. 2018 [acceso 16/12/2024];10(4):175. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5923469/>
18. Pastula DM, Beckham JD, Tyler KL. Oropouche Virus: An Emerging Neuroinvasive Arbovirus. Ann Neurol. 2024 [acceso 17/12/2024];97(1):28-33. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ana.27139>
19. Jurado-Cobena E. Oropouche virus: more questions than answers. Zoonoses (Burlingt). 2024 [acceso 16/12/2024];4(1):24. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11580152/>
20. De Armas Fernández J, Peña García CE, Acosta Herrera B, Betancourt Plaza I, Gutiérrez de la Cruz Y, Resik Aguirre S, et al. Informe de una asociación inusual de la fiebre de Oropouche con el síndrome de Guillain-Barré en Cuba, 2024. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2024 [acceso 16/12/2024];43:2233-7. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-024-04941-5#citeas>
21. Wesselmann KM, Postigo-Hidalgo I, Pezzi Edmilson L, de Oliveira-Filho F, Fischer C, de Lamballerie X, et al. Aparición de la fiebre de Oropouche en América Latina: una revisión narrativa. Lancet Infect Dis. 2024 [acceso 02/12/2024];24(7):e439-

e452. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(23\)00740-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(23)00740-5/fulltext)

22. Al-Tawfiq JA, Rodriguez-Morales AJ, Johani SA. The emergence of Oropouche virus in Cuba – A wake-up call for global health. *J Infect Public Health*. 2024 [acceso 19/12/2024];17(9):1025133. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034124002478?via%3Dihub>

23. Schwartz DA, Dashraath P, Baud D. Oropouche Virus (OROV) in Pregnancy: An Emerging Cause of Placental and Fetal Infection Associated with Stillbirth and Microcephaly following Vertical Transmission. *Viruses*. 2024 [acceso 16/12/2024];16(9):1435. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11437435/>

24. Naveca FG, Nascimento VAD, Souza VC, Nunes BT, Rodrigues DSG, Vasconcelos PFDC. Multiplexed reverse transcription real-time polymerase chain reaction for simultaneous detection of Mayaro, Oropouche, and Oropouche-like viruses. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2017 [acceso 16/12/2024];112(7):510-3. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5452489/>

25. Tortosa F, Gutiérrez Castillo G, Izcovich A, Luz K, dos Santos T, Gonzalez-Escobar G, et al. Key clinical manifestations to differentiate Oropouche fever from dengue and other arboviral diseases: a living systematic review. *Rev Panam Salud Pública*. 2024 [acceso 16/12/2024];48:e136. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11565446/>

26. Crisanto-López IE, Jesús PL, López-Quecho J, Flores-Alonso JC. Congenital Zika syndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2023 [acceso 10/12/2024];80(1):3-14. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36867568/>

27. Cain M, Ly H. Oropouche virus: Understanding “sloth fever” disease dynamics and novel intervention strategies against this emerging neglected tropical disease. *Virulence*. 2024 [acceso 16/12/2024];15(1):2439521. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/21505594.2024.2439521?needAccess=true>

28. Martins-Filho PR, Andrade Carvalho T, Alves dos Santos C. Oropouche fever: reports of vertical transmission and deaths in Brazil. *Lancet Infect Dis*. 2024 [acceso 23/12/2024];24(11):e662-e663. Disponible en:

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00557-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00557-7/fulltext)

29. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C.: OPS [acceso 17/12/2024]. Inicio. Temas. Enfermedad por virus Oropouche. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

30. Saivish MV, Menezes GL, da Silva RA, de Assis LR, Teixeira IDS, Fulco UL, et al. Acridones as promising drug candidates against Oropouche virus. *Curr Res Microb Sci.* 2023 [acceso 16/12/2024];6:100217. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10792649/>
31. Livonesi MC, de Sousa RL, Badra SJ, Figueiredo LT. In vitro and in vivo studies of the Interferon-alpha action on distinct Orthobunyavirus. *Antiviral Res.* 2007 [acceso 16/12/2024];75(2):121-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7114330/#sec16>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.