

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La fiebre de Oropouche: una enfermedad reemergente en las Américas

Oropouche fever: a reemerging disease in the Americas

Andrea Nicolle Núñez Pagoaga¹  <https://orcid.org/0009-0008-1648-1810>, **Rudy Didier Alvarado García**¹  <https://orcid.org/0009-0002-0883-1282>, **Elvis Daniel Montoya Álvarez**¹  <https://orcid.org/0009-0003-7523-5410>, **Briana Beltrán**^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0003-0362-4647>, **Yenny Velásquez**¹  <https://orcid.org/0009-0000-6306-6523>, **Santos Marleni Montes**²  <https://orcid.org/0009-0001-9080-5528>, **Elkie Patricia Santos Mendoza**³  <https://orcid.org/0009-0005-0658-0602>, **Daniela Escalante**³  <https://orcid.org/0009-0008-8737-9346>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas; Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital de Especialidades, Unidad de Epidemiología; Tegucigalpa, Honduras.

³Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital de Especialidades, Emergencia de adultos; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. La fiebre de Oropouche es una enfermedad viral transmitida por mosquitos en áreas tropicales de América Latina; causa fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y erupciones. En Honduras, comprender la fiebre de Oropouche y su impacto en la salud pública es de vital importancia. Las condiciones del país favorecen la proliferación de los vectores que transmiten este virus. La limitada vigilancia epidemiológica y el escaso conocimiento sobre la enfermedad dificultan el diagnóstico temprano y la respuesta efectiva ante posibles brotes. Por ello, resulta esencial promover la sensibilización sobre la fiebre de Oropouche y su relevancia en el contexto de la salud pública hondureña. Este documento ofrece una revisión integral de la epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y estrategias de tratamiento. La búsqueda de artículos científicos fue en inglés y español en plataformas como OPS, SciELO, OMS y Research4life, incluyendo estudios recientes, relevantes y excluyendo fuentes no científicas y casos no confirmados.

Palabras clave: Artralgia, Fiebre de Oropouche, Meningitis, Mialgia.

INTRODUCCIÓN

En Honduras, el conocimiento sobre la fiebre de Oropouche y su impacto en la salud pública es crucial. La región presenta condiciones propicias para la proliferación de los vectores responsables de la transmisión del virus, así como una alta diversidad de enfermedades febriles que podrían confundirse con Oropouche. La falta de vigilancia epidemiológica, los escasos reactivos para pruebas de laboratorio en el país y el limitado conocimiento sobre la enfermedad dificultan el diagnóstico temprano y la respuesta adecuada ante posibles brotes. Por lo tanto, es fundamental concienciar sobre la fiebre de Oropouche y su relevancia en la salud pública hondureña.

La fiebre de Oropouche es la segunda infección arboviral más frecuente en Brasil, superada solo por el dengue. El virus Oropouche (OROV) causa brotes grandes y explosivos de enfermedad febril aguda en ciudades y pueblos en las regiones de las Amazonas y Meseta Central de Brasil. Se estima que 500,000 casos de infección por OROV han ocurrido en Brasil en los últimos 48 años.¹ Las complicaciones neurológicas, como la meningitis, suelen afectar a individuos inmunocomprometidos o con alteraciones de la barrera hematoencefálica.¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control vectorial para contener la enfermedad, ya que no se cuenta con vacuna ni tratamiento antiviral específico. La OPS está apoyando a los países con orientaciones técnicas para el diagnóstico, el manejo clínico, la prevención y el control del vector, instando a notificar eventos inusuales, como defunciones o casos de transmisión vertical.²

Recibido: 03-12-2024 Aceptado: 25-02-2026 Primera vez publicado en línea: 06-05-2026


Dirigir correspondencia a: Yenny Velásquez

Correo electrónico: yenny.velasquez@unah.edu.hn

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Núñez-Pagoaga AN, Alvarado-García RD, Montoya-Álvarez ED, Beltrán B, Velásquez Y, Montes SM, Santos-Mendoza EP, Escalante D. La fiebre de Oropouche: una enfermedad reemergente en las Américas. Rev Méd Hondur. 2026; 94(1). Xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v94i1.22697>

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

DEFINICIÓN

La fiebre de Oropouche es una enfermedad zoonótica emergente causada por el virus de Oropouche (OROV), un *Orthobunyavirus* de la especie *Orthobunyavirus oropoucheense*, perteneciente a la familia *Peribunyaviridae*. Este virus circula en América del Sur y Central. Se transmite a través de ciclos de transmisión urbanos y selváticos, siendo el jején antropofílico *Culicoides paraensis* el principal vector en el ciclo urbano. También se ha sugerido que el mosquito *Culex quinquefasciatus* podría estar involucrado en la transmisión del virus.^{3,4}

Descubrimiento y distribución geográfica

El virus se detectó por primera vez en 1955 en la República de Trinidad y Tobago, cerca del río Oropouche. Desde 1960 se han registrado diferentes brotes por OROV, principalmente en Brasil. El brote más grande tuvo lugar en el estado de Pará (localidad de la Amazonía brasileña) con alrededor de 100,000 casos, sin registros de fallecimientos. También se han registrado brotes en otros países de Sudamérica y Centroamérica, como Colombia, Panamá, Perú y la República de Trinidad y Tobago.⁵

Agente etiológico (Componentes y estructura)

El virión de OROV está compuesto por un genoma de ARN monocatenario de sentido negativo, segmentado en tres partes: pequeño (958 nt), mediano (4.385 nt) y grande (6.852 nt). Contiene dos glicoproteínas principales, Gn y Gc, las cuales son esenciales para la entrada viral en las células huésped y en la respuesta inmune.⁶ (Figura 1) Cuando estas glicoproteínas se integran en la envoltura viral, forman espículas que median la unión a las células huésped, exhiben una topología específica, donde la región N-terminal se encuentra en el lumen del retículo endoplásmico (RE). La región C-terminal está expuesta al citoplasma, la cual es crucial para sus roles funcionales en la entrada viral, todas las modificaciones postraduccionales son vitales para el correcto plegamiento, la estabilidad y la evasión de la respuesta inmune del huésped.⁶

El Virus Oropouche, causante de la fiebre de Oropouche, es un arbovirus clasificado según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) en la siguiente jerarquía taxonómica:

Cuadro 1. Clasificación taxonómica de OROV

Dominio	Riboviria
Reino	Orthornavirae
Filo	Negarnaviricota
Subfilo	Polyploviricotina
Clase	Ellioviricetes
Orden	Bunyvirales
Familia	Peribunyaviridae
Género	Orthobunyavirus
Especie	Oropouche virus (OROV)

Fuente: Barbosa NS et al.⁶

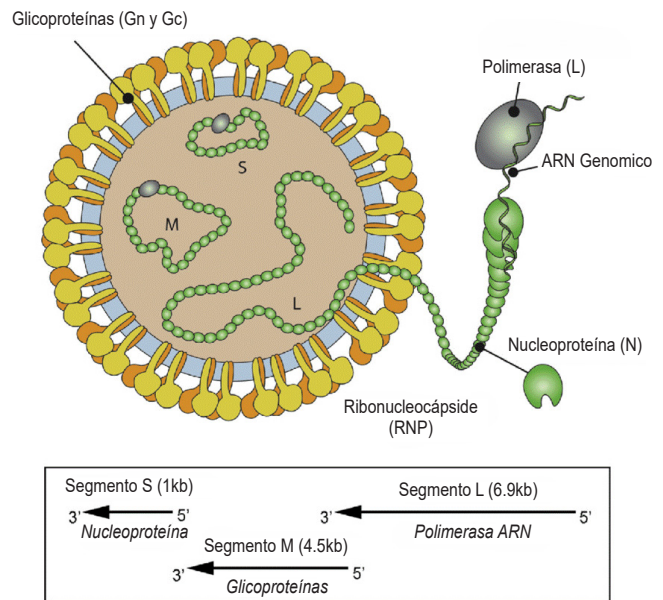


Figura 1. Componentes y estructura del virus OROV. Adaptada de referencia 7.

Transmisión

Se han registrado casos de infección por el OROV en varios países de la Región de las Américas, lo que indica la presencia del vector competente, *Culicoides paraensis* y el mosquito *Culex quinquefasciatus*, que también puede actuar como vector. Se considera que la fiebre de Oropouche tiene el potencial de expandirse por todo el continente americano y, bajo condiciones climáticas favorables, podría extender su distribución a otros continentes. Desde 2009, se han identificado vectores competentes en la costa caribeña de Colombia, incluyendo los mosquitos *Aedes serratus*, *Coquillettidia venezuelensis* y *Culex quinquefasciatus*.^{9,9} Se sospecha que la circulación del OROV abarca tanto ciclos de transmisión epidémicos (urbanos) como selváticos (silvestres). En el ciclo selvático, los primates, perezosos y posiblemente aves actúan como huéspedes vertebrados, aunque aún no se ha identificado un artrópodo vector definitivo. En el ciclo epidémico, el ser humano sirve como huésped amplificador, y el OROV se transmite principalmente a través de la picadura del mosquito *Culicoides paraensis*.⁹ La fiebre de Oropouche se transmite principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis*, aunque también se ha sugerido que el mosquito *Culex quinquefasciatus* podría participar en la transmisión. Estos vectores se infectan al alimentarse de reservorios del virus y luego transmiten OROV a los humanos.⁹

En julio de 2024, las autoridades brasileñas investigaron casos de transmisión de OROV de mujeres embarazadas al feto. Hasta la fecha, Brasil es el único país que ha reportado posibles casos de transmisión materno-fetal durante el embarazo. La única observación similar en la literatura científica corresponde a un brote de Oropouche en Manaus, Brasil, entre 1980 y 1981, donde se documentó infección por OROV en nueve mujeres embarazadas, de las cuales dos sufrieron abortos

espontáneos.¹⁰ La infección con OROV genera una respuesta inmunitaria que debería proporcionar protección contra futuras reinfecciones. Hasta el momento no se ha documentado la transmisión directa de persona a persona.^{9,10}

Epidemiología

En el 2025, entre las Semanas Epidemiológicas (SE) 1 y 30, se notificaron 12,786 casos confirmados de Oropouche en la región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en once países: Brasil (11,888 casos), Canadá (caso importado), Chile (casos importados), Colombia (casos), Cuba (casos), los Estados Unidos de América (1 caso importado), Guyana (1 caso), Panamá (501 casos), Perú (330 casos), Uruguay (3 casos importados) y Venezuela (5 casos).¹¹

Entre 1955 y 2016 se han registrado los siguientes brotes:¹²⁻¹⁴

1. 1955 primer caso confirmado en Trinidad y Tobago.
2. En 1961 en Belém, Pará, Brasil, ocurre la primera epidemia con 11,000 casos reportados.
3. En 1967 Braganca, Pará, Brasil, ocurre una epidemia con 6,000 casos reportados.
4. 1975 Santarém, Pará, Brasil, epidemia con 14,000 casos reportados.
5. Entre 1979-1980 en la región de Belém, Pará, Brasil nuevamente hubo otra epidemia con más de 100,000 casos reportados.
6. Entre 1980-1981 Manaus, Amazonas, Brasil, aparece otra epidemia con 97,000 casos reportados.
7. En el año 1989 ocurre epidemia en Panamá, sin datos reportados.
8. En 1991 Ariquemes y Ouro Preto do Oeste, Rondônia, Brasil, se presenta epidemia con 94,000 casos reportados.
9. En 1992 Iquitos, se reporta primera epidemia de Perú, con 5 casos confirmados.
10. En 2006 Magalhaes Barata y Maracanã, Pará, Brasil, reporta 17,000 casos confirmados.
11. En 2016 Cusco, Perú, confirma con 61 casos.

De acuerdo con los datos anteriores, el principal factor que incide en la propagación y proliferación del OROV es el clima, complementado por el grado de urbanización. La mayoría de los brotes y epidemias se han registrado en Brasil y en países con altos índices de pobreza, condiciones que favorecen un entorno urbano propenso a la proliferación de vectores.^{12,13}

Las personas con mayor predisposición a contraer la fiebre de Oropouche son aquellas que residen en áreas urbanas situadas en países con climas cálidos y húmedos, así como individuos que presentan inmunodeficiencias. Los grupos de mayor riesgo para desarrollar complicaciones severas incluyen a mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas preexistentes, como la diabetes, así como a los adultos mayores y los niños.^{12,13}

Manifestaciones clínicas

El período de incubación del virus de la fiebre por OROV oscila entre los 3 y 8 días. Posteriormente, los individuos infectados presentan síntomas y una alta carga viral, lo que aumenta el riesgo de transmisión del virus a través de picaduras de los vectores antes descritos. Posteriormente, la carga viral muestra una disminución significativa, con reducciones del 72%, 44% y 23% en los días 3, 4 y 5, respectivamente.¹⁵

Los síntomas de la fiebre de Oropouche se pueden manifestar de manera abrupta e incluyen fiebre, dolor de cabeza, rigidez en las articulaciones, y dolores musculares. En algunos casos, los pacientes también pueden experimentar fotofobia, diplopía, náuseas y vómitos persistentes. La fase aguda de la enfermedad generalmente dura de 2 a 7 días, puede manifestarse con síntomas como fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia, artralgia, malestar general, mareos, náuseas, vómitos, fotofobia y dolor retroocular.^{15,16} En raros casos, pueden presentarse erupciones cutáneas en el tronco y los brazos, signos hemorrágicos y afecciones del sistema nervioso central, como meningitis aséptica o meningoencefalitis.^{16,17}

Los síntomas pueden reaparecer en los primeros 10 días y persistir hasta 2 o 3 semanas después de la manifestación inicial, afectando a individuos de todas las edades y sexos.^{15,16} El 70% de los pacientes informan recurrencia de los síntomas, caracterizada por fiebre, dolor de cabeza y otros síntomas aproximadamente 2 a 3 semanas después del inicio de los síntomas iniciales. Los síntomas más frecuentes son fiebre (100%), dolor de cabeza (79.3%), dolor articular (68.7%) y dolor muscular (30%).¹⁸

Complicaciones

Las manifestaciones del sistema nervioso central (SNC) tienden a presentarse en individuos inmunocomprometidos o aquellos con alteraciones previas en la barrera hematoencefálica. Entre estas manifestaciones neurológicas, la meningitis o el meningismo se observan principalmente durante brotes epidémicos de gran magnitud. Estos síntomas incluyen dolor de cabeza severo, mareos, letargo, diplopía, nistagmo y, en algunos casos, ataxia, rigidez nuchal y aumento de células en el líquido cefalorraquídeo (LCR).¹⁷

Oropouche y otras enfermedades febriles

El número real de casos de arbovirosis es probablemente superior, ya que muchos pueden pasar desapercibidos o ser mal diagnosticados debido a la similitud de sus manifestaciones clínicas con otras enfermedades febriles causadas por arbovirus que co-circulan, como el dengue, el virus del Nilo Occidental, la fiebre amarilla, el zika, el chikungunya y el virus de Guama. La alta tasa de subregistro de Oropouche ha llevado a una subestimación de los riesgos asociados, lo que incrementa el potencial para futuros brotes y epidemias.^{15,16}

DIAGNÓSTICO

Entre los métodos diagnósticos se incluyen:

1. PCR en Tiempo Real (qPCR): Este método altamente sensible se emplea para la detección de OROV y virus relacionados que contienen el segmento S de OROV y Mayaro. Utiliza una reacción en tiempo real con transcripción inversa de la polimerasa (RT-qPCR). Se ha diseñado y evaluado un plásmido quimérico para la producción in vitro de ARN transcrito, el cual sirve como control externo no infeccioso para identificar posibles falsos negativos debido a fallos en la PCR. Además, se incluye el bacteriófago MS2 como control positivo. Los resultados han demostrado una eficiencia superior al 98%, lo que proporciona una herramienta efectiva para la detección en áreas donde se requiera un diagnóstico diferencial.¹⁹
2. PCR de Punto Final: Similar a la qPCR, pero la detección se realiza al final del ciclo de amplificación.¹⁹
3. Digital PCR por Gotas (ddPCR PCR). Evaluada como un ensayo dúplex utilizando el gen humano RPP30, esta técnica incluye un análisis de límite de detección (LoD) en sangre entera, suero y orina. En un estudio con 28 muestras, 16 resultaron positivas. El LoD detectó hasta 1 cp/μL en todas las matrices biológicas, mostrando una sensibilidad del 100% en sangre y suero, y del 75% en orina. Esta técnica es particularmente útil en muestras con baja carga viral.²⁰
4. Aislamiento Viral: El aislamiento del virus en cultivos celulares, como células Vero, puede confirmar la infección, aunque es un proceso más lento que requiere un laboratorio especializado. Este método, aunque útil para la caracterización e investigación adicional, no se utiliza rutinariamente ni es necesario para la confirmación del diagnóstico.¹⁹
5. Inmunofluorescencia Indirecta: Se emplean anticuerpos específicos para detectar la presencia de proteínas virales en muestras de tejido o células infectadas.¹⁹
6. Serología (ELISA IgM / IgG): La detección de anticuerpos IgM e IgG específicos contra OROV en suero puede indicar una exposición previa al virus, aunque no es útil para el diagnóstico en las primeras etapas de la infección.¹⁹

Actualmente, a nivel mundial, no se dispone de una prueba rápida para su diagnóstico, se utilizan pruebas especializadas según sea el caso.²⁰ Es posible detectar el material genético del virus (ARN) durante la fase aguda de la enfermedad; en muestras de suero mediante métodos moleculares, como la RT-PCR. Además, en los casos que se presentan con meningitis aséptica, el ARN del virus también puede ser detectado en el LCR. En cuanto a los métodos serológicos, los anticuerpos contra OROV pueden ser identificados en suero a partir del quinto día después del inicio de los síntomas. Las técnicas serológicas disponibles para detección de anticuerpos incluyen la neutralización por reducción de placas (PRNT), la fijación de complemento, la inmunofluorescencia, la inhibición de la

hemaglutinación y el ELISA para anticuerpos IgM e IgG.^{19,21} El OROV puede confirmarse mediante técnicas moleculares de laboratorio. No obstante, debido a la similitud en la presentación clínica del OROV con otras infecciones arbovirales y a la falta de una vigilancia sistemática en muchos países, los sistemas de vigilancia podrían subestimar la frecuencia de la enfermedad. En un análisis reciente, los resultados serológicos para dengue, chikungunya y zika fueron negativos, mientras que siete de los nueve casos analizados resultaron positivos para OROV mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscripción (RT-qPCR).^{19,22} Dada su presentación clínica, la fiebre de Oropouche debe considerarse en el diagnóstico diferencial de otras enfermedades comunes transmitidas por vectores en la Región de las Américas, como el paludismo, dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla.²²

A continuación, se presenta un resumen de las recomendaciones de los procedimientos diagnósticos proporcionadas por la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica:²³ 1. Durante el período de incubación de 5 a 7 días, los pacientes pueden presentar síntomas que sugieren un caso sospechoso, tales como fiebre superior a 38°C, dolor de cabeza, visión doble, dolor muscular y erupciones cutáneas, entre otros. 2. Para clasificar un caso como sospechoso, es necesario que el paciente haya viajado en los últimos 12 días a áreas donde se han reportado casos de la enfermedad y/o haya estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas de estar contagiadas. 3. La muestra de sangre debe ser tomada entre 3 y 5 días después de la aparición de los síntomas. Estas se deben conservar en refrigeración (4-8 °C): Si la muestra será procesada o enviada a un laboratorio de referencia, debe ser dentro de las 48 horas. Si la muestra será procesada después de las primeras 48 horas o dentro de un período no mayor de 7 días, deberá congelarse (-10 a -20 °C): Si la muestra será procesada después de una semana. Se debe mantener en congelación profunda (-20 a -70 °C). Las muestras deben ser enviadas en transporte aéreo al laboratorio de referencia, garantizar la cadena de frío durante el transporte, utilizar siempre triple empaque, y enviar las muestras dentro de las primeras 48 horas. Las muestras originales deben ser empacadas, marcadas, etiquetadas y documentadas como categoría B. Además, se debe incluir siempre la ficha clínica y epidemiológica completa.

El lineamiento de procedimientos proporcionado por la OPS y Costa Rica, el 30 de agosto de 2024, establece que todos los casos sospechosos deben ser notificados de forma inmediata a las autoridades de salud pública, con el fin de garantizar una respuesta rápida y la implementación de medidas sanitarias adecuadas. Este procedimiento incluye una investigación exhaustiva para descartar otras patologías con sintomatología similar, como el dengue, zika o chikungunya, lo que implica la recolección de muestras para su análisis en laboratorio.²³

Tratamiento

Para la fiebre de Oropouche, no existe un tratamiento antiviral específico. El manejo de la enfermedad es principalmente sintomático. Las recomendaciones²³ incluyen reposo e hidrata-

ción: se debe asegurar que el paciente repose adecuadamente e ingiera líquidos en abundancia para evitar la deshidratación y controlar los vómitos. Se recomienda el uso de paracetamol debido a sus menores efectos adversos. Se deben evitar los antiinflamatorios como la aspirina e ibuprofeno hasta descartar la sospecha de dengue, para prevenir el riesgo de hemorragias. En casos de complicaciones como la encefalitis u otros problemas neurológicos, es esencial vigilar al paciente por cualquier deterioro en su condición y tratar las complicaciones de manera oportuna.^{23,24} Además es necesario vigilar de cerca la evolución de los síntomas del paciente, ofrecer alimentos fáciles de deglutir y digerir, garantizar un entorno tranquilo y tomar medidas preventivas, como el uso de mosquiteros. Se debe explicar la naturaleza de la enfermedad y el tratamiento al paciente, y brindar apoyo emocional para manejar el estrés y la ansiedad.

Medidas de prevención

En vista de que hay ausencia de vacunas y tratamientos antivirales específicos para la fiebre de Oropouche, el enfoque del tratamiento es paliativo, centrado en aliviar los síntomas, rehidratar al paciente y controlar los vómitos.^{4,22} En situaciones donde la enfermedad presenta manifestaciones neuroinvasivas, puede ser necesario el ingreso del paciente en unidades especializadas para un monitoreo constante.^{3,21}

Dado que la fiebre de Oropouche es una enfermedad zoonótica transmitida principalmente por jejenes, las estrategias más efectivas para prevenir un aumento en el número de casos incluyen:²⁴ 1. Control de vectores: eliminar los criaderos de los vectores es crucial. Las áreas húmedas y oscuras deben limpiarse regularmente para evitar la proliferación de estos insectos. 2. Protección personal: se recomienda el uso de repelentes y ropa protectora para minimizar el riesgo de picaduras. 3. Uso de insecticidas: aplicar insecticidas de acción residual en las paredes internas de los hogares, puede ayudar a reducir la presencia de vectores. 4. Medidas en el hogar: utilizar mallas sobre las camas y cubrir o limpiar frecuentemente los lugares de almacenamiento de agua para evitar que se conviertan en criaderos de vectores.

Entre las medidas de salud pública se debe considerar: 1. Prácticas Agrícolas: fomentar buenas prácticas agrícolas para que los desechos no sirvan de criadero para los vectores. 2. Vigilancia Entomológica: reforzar la vigilancia entomológica para la detección de potenciales vectores y mapear las localizaciones urbanas, periurbanas y rurales que puedan servir de sitios de reproducción y reposo para estos insectos. 3. Manejo de sitios de reproducción: rellenar drenajes, charcas y sitios de anegación temporal que podrían servir como lugares de oviposición para las hembras y criaderos de larvas.²⁵

La vigilancia epidemiológica es esencial para el seguimiento y control de la enfermedad. Esto incluye la implementación de tratamientos farmacológicos y políticas preventivas efectivas. Además, es fundamental mantener a la población informada de manera oportuna sobre la situación de la enfermedad. Las medidas preventivas serán más efectivas cuando se basen en información actualizada y precisa. La vigilancia debe incluir la

observación de cualquier posible mutación o variación en el comportamiento del virus, lo que permitirá ajustar las estrategias de control y prevención de manera adecuada.²³

Impacto en la salud pública

La fiebre de Oropouche afecta predominantemente a las áreas urbanas, con una notable incidencia en la región amazónica de Brasil. En esta área, se ha observado que los desechos de plátano y cacao contribuyen a la proliferación de vectores, lo que incrementa el número de infecciones en las zonas urbanas. Esta situación pone en riesgo la salud de las comunidades afectadas y complica la gestión de los brotes.²²

Por otro lado, los países afectados enfrentan una carga económica y social significativa debido a la falta de equipos y recursos adecuados para una respuesta efectiva. Además, los síntomas de la fiebre de Oropouche son muy similares a los de otras enfermedades arbovirales endémicas en la región, como el dengue, zika, chikungunya y malaria. Esta similitud en los síntomas dificulta la identificación clínica precisa, aumentando el riesgo de que la fiebre de Oropouche sea pasada por alto o confundida con otras enfermedades.²²

La OPS y Honduras han tomado medidas proactivas para abordar los brotes de fiebre de Oropouche, incluyendo²² varias alertas para advertir a los países asociados sobre la situación de la fiebre de Oropouche, implementación de sistemas para la generación de alertas y se han proporcionado recomendaciones a los estados miembros. Se ha suministrado materiales de vigilancia epidemiológica y asistencia técnica a las autoridades nacionales. Se da asesoría por parte de expertos internacionales en arbovirus, que apoya las actividades de cooperación técnica en los países afectados. Se han utilizado las herramientas desarrolladas para la vigilancia de enfermedades como el dengue, zika y chikungunya, así como las herramientas de vigilancia del COVID-19, para la monitorización de Oropouche en estas regiones. La OPS también proporciona apoyo logístico y de laboratorio a los países miembros afectados por los brotes. En septiembre 2025 se emitió un comunicado, haciendo énfasis en la alerta epidemiológica de chikungunya y OROV en la Región de las Américas. En agosto 2025, la OPS, reportó aumento de casos a nivel mundial, específicamente brotes en Brasil, Chile, México, China, India entre otros.

La información compartida con la población hondureña está orientada a continuar con todas las medidas preventivas, para evitar el desarrollo de estas enfermedades. Es importante mencionar que en Honduras aún no se ha reportado casos de la fiebre de Oropouche. Estas acciones tienen como objetivo mejorar la capacidad de respuesta ante la fiebre de Oropouche y mitigar el impacto de los brotes en las comunidades afectadas.²²

Investigaciones actuales y futuras

En investigaciones recientes, que han utilizado la inoculación subcutánea e intracerebral de OROV en modelos animales como ratones y hámsteres, han demostrado que los animales desarrollan hepatitis severa fatal, caracterizada por necrosis de hepatocitos e hiperplasia de células de Kupffer, aunque

el virus no se detecta directamente en los tejidos ni muestra replicación evidente en estos estudios.²⁶ Se reconoce que el OROV es altamente detectable en la sangre desde el inicio de la infección y puede diseminarse progresivamente hacia las rutas neurales, resultando en una infección sistémica y una respuesta inflamatoria del sistema nervioso central (SNC), en casos severos, el virus puede detectarse también en el líquido cefalorraquídeo.^{22,27}

Estos estudios sugieren que la ruta subcutánea para la inoculación de OROV en modelos experimentales, refleja la ruta natural de infección por este arbovirus. En particular, los hámsteres inoculados con OROV desarrollaron una infección sistémica que incluyó alteraciones motoras neurológicas y parálisis, además de una acumulación del virus en el cerebro y el hígado.²⁶ El mecanismo de “Caballo de Troya” parece desempeñar un papel significativo en la patogénesis viral, donde el patógeno es transportado a través del torrente sanguíneo oculto dentro de fagocitos infectados, evitando el reconocimiento por el sistema inmune y permitiendo la replicación en órganos o tejidos objetivo, cruzando barreras como la barrera hematoencefálica. Además, podría estar involucrada una ruta neural de invasión cerebral, dado que se ha observado acumulación viral en las neuronas.^{21,26} Aunque la naturaleza hepatotrópica del OROV ha sido descrita en estudios experimentales, no se han reportado manifestaciones de hepatitis en pacientes con fiebre por OROV, aunque sí se han observado alteraciones en las enzimas hepáticas.²⁶

Las infecciones experimentales en ratones han demostrado manifestaciones severas de encefalitis debido a la extensa propagación del OROV a través del parénquima cerebral. En un estudio, ratones BALB/c lactantes inoculados subcutáneamente con OROV desarrollaron una enfermedad grave cinco días después de la inoculación, manifestando letargo y parálisis que llevaron a la muerte de más del 80% de los animales en un período de 10 días.^{21,26} La replicación viral en neuronas cerebrales, que indica el neurotropismo del OROV, fue documentada mediante técnicas de hibridación *in situ*, inmunohistoquímica y titulación viral. A pesar de la grave afección del sistema nervioso central, la histopatología observada en el cerebro y la médula espinal fue leve, con mínima inflamación. Esto sugiere que la replicación viral en neuronas puede ocurrir con un relativamente bajo grado de deterioro funcional.^{21,26} Curiosamente, se reportó también hiperplasia del bazo sin la recuperación del OROV ni la detección de antígenos en el bazo. Este hallazgo recuerda los resultados de investigaciones anteriores, aunque en esos estudios se utilizaron diferentes modelos animales y rutas de inoculación, así como se analizaron distintos órganos como el hígado y el bazo.²⁶

De acuerdo con la revisión sistemática de Tortosa y colaboradores en el 2024, encontró que al comparar pacientes con Oropouche con pacientes con dengue y otras arbovirosis se observó que la odinofagia y el dolor abdominal estuvieron probablemente más asociados con el Oropouche. Estas diferencias podrían deberse a una mayor inflamación gastrointestinal en pacientes con Oropouche, en comparación con otras infecciones virales.²⁷

Según el estudio reciente de Das Neves Martins FE y colaboradores, se detectó la presencia de IgM de OROV en seis de 68 recién nacidos con microcefalia de causa desconocida. Un bebé que murió tenía ARN y antígeno de OROV en varios tejidos, incluido el cerebro. La posibilidad de transmisión vertical de OROV y daño fetal potencial debe investigarse con urgencia.²⁸

Las escasas publicaciones sobre la evaluación de los antivirales candidatos contra el OROV son motivo de preocupación, al igual que un solo informe sobre las vacunas candidatas. No hay suficiente información para un programa de vacunación preventiva para esta enfermedad, aunque esto puede cambiar con la mejora de los diagnósticos.²⁹

CONCLUSIÓN

La fiebre de Oropouche es una enfermedad viral cuyo diagnóstico diferencial con las otras arbovirosis es difícil, si bien las publicaciones actuales nos brindan algunos síntomas y signos que son más característicos de la fiebre de Oropouche, la limitada capacidad diagnóstica de los establecimientos de salud de países en vías de desarrollo; agrava el brindar un buen diagnóstico diferencial. Es de vital importancia que las autoridades en salud, puedan equipar e invertir más recursos, para el abordaje de esta enfermedad que puede ocasionar diversas complicaciones, con serias repercusiones en el SNC.

CONTRIBUCIONES

AN, RA, EM, BB, YV realizaron la conceptualización de la revisión bibliográfica, además de contribuir al análisis y discusión de la información. BB, YV, SM, DE, ES, apoyaron en la recolección de la información. Todos finalmente aprobaron y aceptaron la versión de este artículo.

DETALLES DE LOS AUTORES

Andrea Nicolle Núñez Pagoaga, estudiante del tercer año de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; annunezp@unah.hn

Rudy Didier Alvarado García, estudiante del tercer año de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ralvaradog@unah.hn

Elvis Daniel Montoya Álvarez, estudiante del tercer año de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; edmontoyaa@unah.hn

Briana Beltrán, médica epidemióloga; yasmin31.beltran@gmail.com

Yenny Velásquez, médica, máster en Dirección Empresarial con orientación en gerencia hospitalaria; yenny.velasquez@unah.edu.hn

Santos Marleni Montes, médica epidemióloga; marleni.montes@gmail.com

Elkie Patricia Santos Mendoza, médica general; esbaron222@gmail.com

Daniela Paola Escalante Montes, médica general; danielaescalante95@gmail.com

REFERENCIAS

- de Souza Bastos M, Figueiredo LT, Naveca FG, Monte RL, Lessa N, Pinto de Figueiredo RM. Identification of Oropouche Orthobunyavirus in the cerebrospinal fluid of three patients in the Amazonas Brazil. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2012 [citado 16 septiembre 2024];86(4):732-5. Disponible en: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/86/4/article-p732.xml>
- Organización Panamericana de la Salud. Nueva actualización sobre la fiebre de Oropouche en las Américas [Internet]. Washington: OPS; 2025. [citado 12 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-8-2025-ops-publica-nueva-actualizacion-sobre-fiebre-oropouche-america>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Clinical overview of oropouche virus disease [Internet]. Atlanta: CDC; 2025. [Citado 14 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/oropouche/hcp/clinical-overview/index.html>
- Martins-Filho PR, Soares-Neto RF, de Oliveira-Júnior JM, dos Santos CA. The underdiagnosed threat of oropouche fever amidst dengue epidemics in Brazil. *Lancet Reg Health Am* [Internet]. 2024 [citado 16 septiembre 2024]; 32:100718. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X24000450>
- Organización Panamericana de la Salud. Preguntas y respuestas sobre el virus oropouche [Internet]. Washington: OPS; 2024. [citado 13 septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-7-2024-preguntas-respuestas-sobre-virus-oropouche>
- Barbosa NS, Concha JO, daSilva LL, Crump CM, Graham SC. Oropouche virus glycoprotein topology and cellular requirements for glycoprotein secretion. *J Virol* [Internet]. 2023 [citado 16 septiembre 2024];97(1):e0133122. Disponible en: <https://doi.org/10.1128/jvi.01331-22>
- Romero-Álvarez D, Escobar LE. Oropouche fever, an emergent disease from the Americas. *Microbes Infect*. 2018;20(3):135-46. doi: 10.1016/j.micinf.2017.11.013
- Gómez-Camargo DE, Egurola-Pedraza JA, Cruz CD, Popuche D, Ochoa-Díaz MM, Guevara C, et al. Evidence of oropouche orthobunyavirus infection, Colombia, 2017. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2021 [citado 16 septiembre 2024];27(6):1756-8. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/27/6/20-4405_article
- Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el virus oropouche [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [Citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oropouche-virus-disease>
- Samara A, Coutinho CM, Veal P, Osborne J, Duarte G, Ladhani S, et al. Potential vertical transmission of Oropouche virus during the current outbreak. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2024 [citado 16 diciembre 2024];24(11):e668-e669. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1473309924005711>
- Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica oropouche en la región de las Américas [Internet]. Washington: OPS; 2025 [citado 20 septiembre 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-13-actualizacion-epi-oropouchees.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Disease outbreak news - Guayana Francesa [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 13 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/oropouche-virus-disease--french-guiana-france>
- Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de riesgos para la salud pública relacionada con el virus oropouche (OROV) en la región de las Américas [Internet]. Washington: OPS; 2024 [citado 16 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-02/20249febreroevaluacion-riesgooropouchephepsfinal.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, vol1. [Internet]. Washington: OPS; 1995 [citado 16 septiembre 2024]. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Directrices para la detección y vigilancia de arbovirus emergentes en el contexto de la circulación de otros arbovirus [Internet]. Washington: OPS; 2024 [citado 16 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-05/arbovirus-emergentesabril-2024.pdf>
- Wessellmann KM, Postigo-Hidalgo I, Pezzi L, de Oliveira-Filho EF, Fischer C, de Lamballerie X, et al. Emergence of oropouche fever in Latin America: a narrative review. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2024 [citado 16 septiembre 2024];24(7):e439-e452. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(23\)00740-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(23)00740-5/abstract)
- Moreira FRR, Rodrigues Dutra JV, Barbosa de Carvalho AH, Hickson Rios JS, de Oliveira Ribeiro M, Arruda MB, et al. Oropouche virus genomic surveillance in Brazil. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2024 [citado 1 agosto 2024];24(11):e664-e666. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1473309924005589>
- da Silva Azevedo RS, Teixeira Nunes MR, Chiang JO, Bensabath G, Vasconcelos HB, das Neves Pinto AY, et al. Reemergence of oropouche fever, northern Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2007;13(6):912-15. doi:10.3201/eid1306.061114
- Pomari E, Matucci A, Accordini S, Mantovani RP, Gianesini N, Mori A, et al. ddPCR for the detection and absolute quantification of oropouche virus. *Viruses* [Internet]. 2024 [citado 16 octubre 2024];16(9):1426. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/16/9/1426>
- do Nascimento VA, Abdalla Santos JH, da Silva Monteiro DC, Pinheiro Pessoa K, Leão Cardoso AJ, de Souza VC, et al. Oropouche virus detection in saliva and urine. *Mem Inst Oswaldo Cruz* [Internet]. 2020 [citado 16 septiembre 2024];115:e190338. Disponible en: <https://www.scielo.br/mioc/a/snTcz4g7rjJfDs7HkcFrsC/?lang=en>
- Gomes Naveca F, do Nascimento VA, de Souza VC, Diniz Nunes BT, Guerreiro Rodrigues DS, da Costa Vasconcelos PF. Multiplexed reverse transcription real-time polymerase chain reaction for simultaneous detection of mayaro, oropouche, and oropouche-like viruses. *Mem Inst Oswaldo Cruz* [Internet]. 2017 [citado 16 septiembre 2024];12(7):510-513. Disponible en: <https://www.scielo.br/mioc/a/hLm3CJXnS4m4R3zfZGqD3XR/?lang=en>
- Organización Panamericana de la Salud. OPS insta a reforzar la prevención, vigilancia y diagnóstico del virus Oropouche ante su expansión geográfica y recientes hallazgos clínicos [Internet]. Washington: OPS; 2024 [citado 13 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-8-2024-ops-insta-reforzar-prevencion-vigilancia-agnostico-virus-oropouche-ante-su>
- Farrier J. Ministerio de Salud emite nuevo lineamiento para la vigilancia de la fiebre de oropouche [Internet]. San José: El Mundo; 2024 [citado 16 septiembre 2024]. Disponible en: <https://elmundo.cr/costa-rica/ministerio-de-salud-emite-nuevo-lineamiento-para-la-vigilancia-de-la-fiebre-de-oropouche/>
- Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica - oropouche en la región de las Américas - 2 de febrero del 2024 [Internet]. Washington: OPS; 2024 [citado 16 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-america-2-febrero-2024>
- Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones provisionales para la vigilancia entomológica y las medidas de prevención de los vectores del virus de oropouche [Internet]. Washington: OPS; 2024 [citado 16 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-provisionales-para-vigilancia-entomologica-medidas-prevencion-vectores>
- Sakkas H, Bozidis P, Franks A, Papadopoulou C. Oropouche Fever: a review. *Viruses* [Internet]. 2018 [citado 16 septiembre 2024];10(4):175. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/10/4/175>
- Tortosa F, Gutiérrez Castillo G, Izcovich A, Luz K, dos Santos, González-Escobar G, et al. Revisión sistemática viva de las manifestaciones clínicas de la fiebre de oropouche: claves para diferenciarla del dengue y otras arbovirosis. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2024 [citado 16

- septiembre 2024];48:1-12. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/d915c69c-0212-457d-9cec-8cc24fbb0681/content>
28. das Neves Martins FE, Chiang JO, Nunes BT, Ribeiro BF, Martins LC, Casseb LM, et al. Newborns with microcephaly in Brazil and potential vertical transmission of Oropouche virus: a case series. *Lancet Infect Dis.* 2025;25(2):155-65. doi:10.1016/S1473-3099(24)00617-0
 29. 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* [Internet]. 2022 [citado 16 septiembre 2024];17;7(1):38. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41541-022-00456-2>

ABSTRACT. Oropouche fever is a viral disease transmitted by mosquitoes in tropical areas of Latin America; causing fever, headache, muscle pain and rash. In Honduras, understanding Oropouche fever and its impact on public health is of vital importance. The country's conditions favor the proliferation of the vectors that transmit this virus. Limited epidemiological surveillance and limited knowledge of the disease make early diagnosis and effective response to outbreaks difficult effective response to possible outbreaks. It is therefore essential to promote awareness of Oropouche fever and its relevance in the context of Honduran public health. This review provides a comprehensive review of epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and treatment strategies treatment strategies. The search for scientific articles was in English and Spanish on platforms such as PAHO, SciELO, WHO and Research4life, including recent, relevant studies and excluding non-scientific sources and unconfirmed cases.

Keywords: Arthralgia, Meningitis, Myalgia, Oropouche fever.