

# Malaria: ¿una única enfermedad?

La incidencia global de malaria se estima entre 300 y 500 millones de casos anuales, registrando entre uno y dos millones de muertes al año<sup>1</sup>. La mayoría de casos se dan en áreas tropicales y subtropicales, en las que la temperatura y las lluvias permiten el desarrollo de los parásitos de *Plasmodium* en mosquitos anofelinos<sup>1,2</sup>.

En África Subsahariana, la malaria continúa siendo una de las principales causas de mortalidad infantil, y un importante obstáculo para el desarrollo económico de muchos países. Sin embargo, en los últimos años han aumentado los esfuerzos para el control de la malaria, con la distribución de redes mosquiteras impregnadas de insecticida, la implementación de medidas de control antivectorial, el desarrollo de tratamientos preventivos intermitentes en diferentes grupos de edad, y la introducción de tratamientos que contienen artemisininas. Además se ha lanzado una nueva iniciativa para trabajar hacia la erradicación de la malaria<sup>1,3</sup>.

La malaria fue endémica anteriormente en áreas templadas, como en Europa y en Estados Unidos, pero el desarrollo económico junto a medidas efectivas de control de la enfermedad la eliminaron de estas áreas durante la primera mitad del siglo XX<sup>1</sup>. En estos países, en los que no está descrita actualmente la transmisión vectorial, la malaria representa una enfermedad importada o bien, de forma excepcional, una enfermedad transfusional o congénita.

La malaria importada representa alrededor de un 9% de los casos de fiebre en personas que regresan de un país endémico de malaria, siendo la mayoría de África Subsahariana<sup>4</sup>. La malaria en países no endémicos suele ser una enfermedad de adultos, con una mortalidad global variable, pero en general inferior al 1%<sup>5,6</sup>. Los casos fatales suelen estar causados por retrasos en el diagnóstico o errores diagnósticos, en muchas ocasiones derivados de la falta de experiencia del personal sanitario y de laboratorio en el diagnóstico de esta enfermedad. Sin embargo, el aumento de la patología importada, principalmente en las áreas urbanas de nuestro país, debería ser una oportunidad para mejorar esta situación. Cada vez con más frecuencia el médico piensa en malaria si existe un antecedente de viaje internacional, y la implementación de nuevas técnicas diagnósticas menos técnico-dependientes, como son los tests rápidos, pueden mejorar el

diagnóstico en los centros sanitarios en los que no se tenga experiencia. En los casos en los que no existe antecedente de viaje el diagnóstico se complica, pues la sospecha de malaria en estos casos no siempre es evidente.

Descripciones como la de García-Vázquez, publicado en este mismo número de la revista, son importantes para alertar a la comunidad médica de la presencia de esta enfermedad grave en área no endémica. También nos permite reflexionar sobre las diferencias importantes que existen entre el perfil clínico y epidemiológico de la malaria en países endémicos versus no endémicos.

En muchos países endémicos la malaria es una enfermedad común; se calcula que es responsable del 25-40% de las consultas realizadas en los centros de salud<sup>7</sup>. Contrariamente a la malaria importada en zonas no endémicas, la mayor carga de morbimortalidad recae sobre la población infantil, especialmente la menor de 5 años. La mortalidad en este grupo de edad se estima entre el 1 y 10%<sup>8</sup>.

Excepto en áreas urbanas con fácil acceso a los centros sanitarios, muchos de los problemas vienen derivados de la distancia a los centros de salud, la falta de tratamientos adecuados y problemas sociales relacionados. La malaria, lejos de ser una enfermedad poco conocida, es ampliamente sobrediagnosticada por los clínicos: además de que el diagnóstico clínico de malaria es muy inespecífico, ya que sus síntomas se solapan con los de muchas otras enfermedades febriles, en muchas ocasiones no existen herramientas para diagnosticar otras causas de fiebre. Con frecuencia los pacientes febriles son tratados de malaria a pesar de no tener un diagnóstico claro de esta enfermedad.

Estas diferencias entre países endémicos y países no endémicos nos

llevan a reflexionar sobre lo diferentes que son, en general, las enfermedades llamadas "tropicales" de las enfermedades "importadas". La malaria es un buen ejemplo, pero no es el único: las parasitosis intestinales, las diarreas por bacterias enteropatógenas, la esquistosomiasis y las enfermedades relacionadas con la infección por VIH, son otros ejemplos de cómo una misma patología puede tener presentaciones y retos tan diferentes para el profesional sanitario en función del lugar de presentación de la enfermedad.

Si revisamos algunas de las series de patología importada, podemos ver que en la consulta se ven pacientes procedentes de diferentes continentes, y los diagnósticos varían considerablemente según la región de origen<sup>4,9</sup>. El síndrome febril es un diagnóstico frecuente, en especial en pacientes procedentes de África Subsahariana, y los diagnósticos variados: malaria, dengue, síndrome mononucleósico, rickettsiosis, etc. Otros motivos de consulta frecuentes son las enfermedades diarreicas agudas y crónicas, las enfermedades dermatológicas, y las enfermedades respiratorias. En la mayoría de los casos, gracias a los medios diagnósticos disponibles en nuestro país, se llega a un diagnóstico etiológico.

En cambio, en la mayoría de países de África Subsahariana, la complejidad y la abrumadora carga de enfermedad de cinco grandes enfermedades (HIV, tuberculosis, enfermedades respiratorias agudas, malaria y gastroenteritis), junto con la escasez de medios diagnósticos, dificulta la realización de diagnósticos etiológicos más elaborados que sí se observan en nuestras consultas de patología importada.

En nuestro país tenemos cada día más personal sanitario dedicado a la patología importada que realiza

una importante labor, ya que los viajes internacionales y la patología del inmigrante son cada día más frecuentes. Sin embargo, conviene recordar las diferencias y los retos que estas enfermedades plantean cuando se presentan en sus lugares de origen.

## Bibliografía

- Greenwood BM, Fidock DA, Kyle DE, Kappe SH, Alonso PL, Collins FH, Duffy PE. Malaria: progress, perils, and prospects for eradication. *J Clin Invest* 2008;118:1266-76.
- WHO (2000) WHO Expert Committee on Malaria, Twentieth Report. *WHO Technical Report Series* 3, Geneva.
- Greenwood B. Can malaria be eliminated? *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2008 Dec 3
- Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, Keystone JS, Pandey P, Cetron MS; GeoSentinel Surveillance Network. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N Engl J Med* 2006;354:119-30.
- Smith AD, Bradley DJ, Smith V, Blaze M, Behrens RH, Chiodini PL, Whitty CJ. Imported malaria and high risk groups: observational study using UK surveillance data 1987-2006. *BMJ*. 2008;337:a120.
- Thierfelder C, Schill C, Hatz C, Nüesch R. Trends in imported malaria to Basel, Switzerland. *J Travel Med* 2008;15:432-6.
- Guinovart C, Bassat Q, Sigaúque B, Aide P, Sacarlal J, Nhampossa T, Bardaji A, Nhacolo A, Macete E, Mandomando I, Aponte JJ, Menéndez C, Alonso PL. Malaria in rural Mozambique. Part I: children attending the outpatient clinic. *Malar J* 2008;7:36.
- Roca-Feltré A, Carneiro I, Armstrong Schellenberg JR. Estimates of the burden of malaria morbidity in Africa in children under the age of 5 years. *Trop Med Int Health* 2008;13:771-83.
- Wilson ME, Freedman DO. Etiology of travel-related fever. *Curr Opin Infect Dis* 2007;20:4494-53.

### Jose Muñoz

Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB). Hospital Clínic. Barcelona. Centro de Investigaçao em Saúde de Manhiça (CISM). Mozambique.