



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta científica

Malaria en España: ¿es posible su regreso como enfermedad autóctona?



Malaria in Spain: Is it possible to return as an indigenous disease?

El paludismo o malaria es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo. Es una enfermedad endémica en más de 90 países, lo que representa un 40% de la población mundial. El 90% de los casos ocurren en África¹. En el año 2021 se estimaron unos 240 millones de casos en el mundo, con un total de 619.000 muertes. A pesar de que desde el año 2015 la Organización Mundial de la Salud declaró la zona europea libre de malaria, la incidencia ha seguido aumentando a lo largo de los años². Es la enfermedad importada con mayor número de casos en España, rondando los 800 anuales, siendo el *P. falciparum* el diagnosticado con mayor frecuencia³. Esto se debe al aumento de la inmigración y de los viajes a países endémicos por distintos motivos como la cooperación, el turismo o el regreso temporal de inmigrantes que tras un período de tiempo viviendo en Europa visitan a familiares (*Visiting Friends and Relatives* [VFRs]). La malaria puede estar causada por cinco especies distintas del género *Plasmodium* sp., transmitidos por la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*¹. En el caso de *P. falciparum* el período de incubación suele ser de un mes hasta los 6 meses.

Sin embargo, en diversos países europeos, entre los que se incluye España, se han publicado casos de infección por *P. falciparum* en africanos residentes en Europa, sin antecedentes de viaje reciente a zonas endémicas⁴. Presentamos un caso de malaria por *P. falciparum* de una paciente procedente de África sin antecedentes de viaje reciente a su país en los últimos 10 años.

Mujer de 29 años procedente de Guinea Ecuatorial, residente en España desde hace 10 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, miocardiopatía hipertrófica y enfermedad renal crónica estadio 3 por GNFyS idiopática. Acudió a urgencias por cuadro de debilidad y dolor en miembros inferiores de varios meses de evolución. La exploración física fue anodina y no se objetivó focalidad neurológica. En la analítica destacó una elevación marcada de reactantes de fase aguda con una proteína C reactiva de 264,3 mg/L y procalcitonina 10,70 ng/mL, y un hemograma con presencia de anemia hemolítica y trombopenia. Se realizó un frotis por parte de hematología que objetivó imágenes anilladas en hematíes compatibles con *Plasmodium* sp. Dados los hallazgos se realizó una inmunocromatografía junto con frotis y gota gruesa además de PCR en sangre que confirmó el diagnóstico de malaria por *P. falciparum*. Se inició tratamiento con eartresim durante 3 días presentando mejoría progresiva con resolución del cuadro clínico.

Rehistoriando a la paciente, negó viajes en los últimos 10 años y tampoco tuvo ingresos hospitalarios previos o visitas a urgencias.

El paludismo o malaria estuvo presente en España hasta el año 1964, en el que se obtuvo el certificado de erradicación. Actualmente en España se mantiene *Anopheles atroparvus*, considerado el vector más efectivo de transmisión de malaria en nuestro país siendo capaz de transmitir *P. vivax* pero refractario a *P. falciparum*, del cual se han objetivado casos de transmisión autóctona⁵.

No son poco frecuentes los casos de malaria asintomática por *P. falciparum* en pacientes inmigrantes provenientes de países con presencia de malaria. La prevalencia en España de malaria submicroscópica en inmigrantes asintomáticos es del 5-9%. Esto es algo frecuente tanto en inmigrantes como en VFRs debido a su inmunidad relativa ante la exposición continua a la infección⁶. Esto puede dar lugar a un problema de salud pública y estar involucrados en ciclos de transmisión autóctona al actuar de reservorios capaces de reintroducir este agente en lugares previamente erradicados⁷. En otros hospitales o áreas de salud en los que se hace un cribado exhaustivo de población inmigrante tanto sintomática como asintomática se observa una prevalencia de hasta el 14,6%. Esta juega un papel muy importante a nivel de transmisión en países endémicos actuando como reservorio, por lo que no se podría descartar un papel similar a nivel de zonas no endémicas que favorezcan su introducción en el medio⁸.

En España se han objetivado casos aislados de malaria por *P. falciparum* en pacientes sin un antecedente de viaje reciente en los últimos años. Coinciden en que son casos de pacientes provenientes de áreas endémicas que emigraron en los últimos 10 años^{4,5,9}. Una posibilidad barajada en estos casos es que un anofelino local se convierta puntualmente en vector, pero lo más probable sea el descenso progresivo de la inmunidad parcial al patógeno que tienen estos pacientes de manera habitual dando lugar a una infección crónica latente que, finalmente, se manifiesta en un momento dado⁴.

Como conclusión final, destacaríamos lo importante que es realizar un correcto cribado de esta patología en aquellos inmigrantes asintomáticos provenientes de estas áreas para evitar un posterior desarrollo de la enfermedad y evitar una posible reintroducción de esta patología en nuestro medio. Además, cabe tener en cuenta que esta patología puede desarrollarse aun varios años después de haber viajado a una zona endémica, de ahí la importancia añadida de realizar un correcto cribado a la población.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

No hay ningún conflicto de intereses en la elaboración de este artículo.

Bibliografía

1. Garcia LS, Malaria. Clin Lab Med [Internet]. 2010;30:93–129. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272271209001188>
2. WHO. World malaria report 2021 [Internet]. World Health Organization. 2021. 2013–2015 p. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021>.
3. Report S. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance Report Malaria. 2023;(June). Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/malaria-annual-epidemiological-report-2021.pdf>.
4. Lopez Alonso B, Beltrán Rosel A, Villaverde-Royo MV, López Alonso I. [Imported Plasmodium falciparum malaria in a resident in Spain with no recent travel history to endemic countries]. Semergen [Internet]. 2016;42:e71–2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26394543>
5. Salas-Coronas J, Soriano-Pérez MJ, Lozano-Serrano AB, Pérez-Moyano R, Porrino-Herrera C, Cabezas-Fernández MT. Symptomatic Falciparum Malaria After Living in a Nonendemic Area for 10 Years: Recrudescence or Indigenous Transmission? Am J Trop Med Hyg [Internet]. 2017;96:1427–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28719260>
6. Fradejas I, Rubio JM, Martín-Díaz A, Herrero-Martínez JM, Ruiz-Giardin JM, Rojo-Marcos G, et al. Prevalence of submicroscopic malaria

infection in immigrants living in Spain. Malar J [Internet]. 2019;18:242, <http://dx.doi.org/10.1186/s12936-019-2870-3>.

7. Monge-Maillón B, Norman F, Pérez-Molina JA, Díaz-Menéndez M, Rubio JM, López-Vélez R. Plasmodium falciparum in asymptomatic immigrants from sub-Saharan Africa, Spain. Emerg Infect Dis [Internet]. 2012;18:356–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22305463>
8. Corbacho-Loarte MD, Crespillo-Andújar C, Chamorro-Tojeiro S, Norman F, Pérez-Molina JA, Martín O, et al. Screening of imported malaria infection in asymptomatic migrants from Sub-Saharan Africa: A retrospective analysis of a 2010–2019 cohort. Travel Med Infect Dis [Internet]. 2022;49 (June 2022):102411. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1477893922001570>
9. Soriano-Pérez MJ, Salas-Coronas J, Molina-Arrebola MA, Cabezas-Fernández MT. [Plasmodium falciparum malaria in patients without a recent travel history to an endemic area]. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2015;33:289–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.04.017>.

Juan Cantón De Seoane ^{a,*}, María de los Ángeles Gómez Ruiz ^a
y Marta Rodríguez Sanz ^b

^a Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

^b Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cantonseoane@gmail.com (J. Cantón De Seoane)..