

CENTRO HOSPITALARIO DE N'KAYI, REPUBLICA POPULAR DEL CONGO

¿Paludismo congénito?

Por:

Dr. GUILLERMO DELMONTE RODRIGUEZ*, Téc. CATTERINE MAMASSOUNDA**
y Enf. BERNARDETTE TSOUBA***

Delmonte Rodriguez, G. y otros. ¿Paludismo congénito?. Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

El paludismo congénito, negado por varios autores y considerado por otros como una "rareza médica", motivó el presente trabajo que fue realizado en un área de intensa endemia malárica. Los resultados demostraron la existencia de esta variante morbosa representada por el 20% de todos los recién nacidos y del 66% de los hijos de las madres enfermas. Se llama la atención del médico práctico que trabaja en zonas de incidencia malárica, sobre esta forma de paludismo.

INTRODUCCION

Han pasado cien años desde que el investigador Alphonse Laveran hiciera —en Argelia— el descubrimiento del hematozoario actualmente conocido con su nombre. Son notables los progresos logrados por la humanidad en lucha constante contra el *plasmodium*. Sin embargo, el paludismo, aún constituye la mayor endemia del mundo¹ produciéndose, aproximadamente, 200 millones de casos nuevos por año y más de dos millones de defunciones, por tal causa, en igual período.²

La malaria es aún endémica en una ancha faja que circunda el mundo a todo lo largo y ancho de las zonas tropicales y subtropicales, y constituye una poten-

cial amenaza para más de 1 500 millones de seres humanos.³

No obstante esta gran difusión y los innumerables estudios realizados, existen aún aspectos de la propia enfermedad no aclarados convenientemente; uno de ellos es la existencia de paludismo congénito que algunos autores consideran de autenticidad discutida¹ y que otros^{2,4} aunque lo creen probable le conceden el rango de verdadera "rareza médica". Sobre este punto, su existencia, frecuencia y verdadera importancia trata este trabajo.

MATERIAL Y METODO

Con el objetivo de estudiar este debatido tema, aprovechamos nuestra estancia en el Centro Hospitalario de la Comuna de N'Kayi, Región de la Bouenza-zona que comprende el fértil valle del Niari— en la República Popular del Congo. Con tal propósito se realizó gota gruesa a 100 mujeres —tomadas al azar— que concurrieron al hospital para parir, así como a los 100 recién nacidos, de estas mismas mujeres. Tal encuesta

* Cirujano especialista de I grado. Centro Hospitalario de N'Kayi. República Popular del Congo.

** Técnico de laboratorio clínico. Centro hospitalario de N'Kayi. República Popular del Congo.

*** Enfermera obstétrica. Centro Hospitalario de N'Kayi. República Popular del Congo.

se llevó a cabo desde el 17 de noviembre de 1979 hasta el 7 de febrero de 1980.

La toma de gota gruesa en las mujeres se hizo según el procedimiento habitual —por la puntura del pulpejo— inmediatamente después del parto. En los recién nacidos, esta investigación se efectuó con la sangre obtenida del cordón umbilical al momento preciso de seccionar el mismo. Ambas tomas se efectuaron minutos después del parto en el propio salón. El examen de gota gruesa fue realizado por personal calificado técnicamente y de gran experiencia al respecto.

El método empleado fue la coloración de Giemsa diluida y examinado al microscopio con ocular de 10 X y objetivo 100 X en inmersión en aceite de cedro.

RESULTADOS

La gota gruesa resultó positiva (*Plasmodium falciparum*) en 30 mujeres de las 100 examinadas para el 30% de las mismas. Con respecto a los recién nacidos, la positividad fue observada en 20 de ellos para un 20% de los examinados.

En todos los recién nacidos que resultaron positivos, sus madres también lo eran, y en una tercera parte de las mujeres en las que se demostró la presencia del plasmodium en su sangre, no encontramos este protozooario en la sangre de sus hijos.

El 100% de los recién nacidos, con gota gruesa positiva, tuvieron evolutivamente manifestaciones clínicas de enfermedad palúdica, requiriendo tratamiento antimalárico.

Las mujeres cuya gota gruesa resultó positiva, también requirieron tratamiento médico, aunque las manifestaciones clínicas fueron algo más moderadas en aquellas en cuyos hijos la gota gruesa resultó negativa.

DISCUSION

Nuestra encuesta se efectuó precisamente en los meses de mayor inci-

dencia malárica en esta latitud (noviembre a febrero), pues coincide con la estación de grandes lluvias e intenso calor, hechos estos que favorecen la reproducción del anófeles. Así es que una incidencia palúdica del 30% en esta zona, considerada holoendémica, no nos sorprendió.

Con respecto al tipo de *Plasmodium falciparum* en el 100% de los examinados— tampoco constituyó un hallazgo, pues es sabido que esta variedad, precisamente, constituye el principal agente causal del Paludismo en Centro-Africa.^{3,5} Lo que realmente resultó sorprendente, fue que el 20% de todos los recién nacidos fueran portadores de paludismo congénito y que estos constituyeran el 66% de los hijos de madres afectadas por la malaria. Dicho en otras palabras, los ambiguos términos citados por los textos con respecto al paludismo congénito tales como: "autenticidad discutida"¹ "raro, pero observado"² y "extremadamente raro"⁴ constituye una sólida y tangible realidad constituida por las dos terceras partes de los hijos de madres palúdicas y aún más, cabe la posibilidad de que esa tercera parte, representada por madres afectas y recién nacidos sanos, constituyan un estadio menos avanzado de la enfermedad, que de haber evolucionado, quizá algunas horas más, hubiese "permitido" el pase de la mal llamada (en este caso) barrera placentaria al agente causal del paludismo. Precisamente el cuadro clínico, moderado, que presentaban justamente estas mujeres al momento de efectuarles la gota gruesa, refuerza esta conclusión.

Por último, es de todos conocido que al *P. falciparum* corresponde la variedad clínica más grave de la enfermedad palúdica, denominada antiguamente terciaria maligna, que puede dar lugar a una gran variedad de manifestaciones clínicas agudas —siendo la más grave el acceso pernicioso— que de no recibir tratamiento específico, llega a ser fatal a los pocos días de su comienzo,¹ razón esta por la que debe ser tratado como una urgencia médica.³

Por otra parte, el paludismo agudo, en niños, rara vez presenta un cuadro clínico clásico; sus síntomas imprecisos pueden simular muchas enfermedades como: gastroenteritis, meningitis, sepsis generalizada, infecciones respiratorias o urinarias,⁶ todo lo cual, unido al concepto "clásico" de la no existencia del paludismo congénito, puede retrasar el diagnóstico y consiguiente tratamiento concluyendo con la muerte del recién nacido.^{1,4-6}

También en aquellos casos en que el mecanismo de inmunidad transmitida (que por lo visto no es tan importante) haga que el paciente sobreviva, conocemos que en muchos niños pequeños los ataques repetidos de paludismo causan anemia intensa, hepatosplenomegalia y profundos trastornos nutricionales con el consiguiente hipodesarrollo ponderal que repercutirá en el buen desarrollo ulterior del mismo⁷ sentando las bases seguras de una elevada mortalidad infantil en la que, de una forma directa o indirecta, es el paludismo el principal agente causal.⁵

RECOMENDACIONES

Con respecto al paludismo congénito en áreas endémicas se debe tener en cuenta:

1. Hacer quimioprofilaxis malárica a todas las gestantes en el último mes del embarazo.

2. Hacer gota gruesa a todas las gestantes a término al momento de su ingreso hospitalario.
3. Hacer gota gruesa a los recién nacidos utilizando para ello el cordón umbilical.
4. Hacer gota gruesa a todo recién nacido con síndrome febril.

CONCLUSIONES

El paludismo congénito, hasta el momento negado por algunos autores y admitido por otros como una rareza médica, constituye en realidad un hecho de gran frecuencia en áreas de endemia malárica.

Es preciso que el médico práctico que trabaja en dichas zonas tenga este principio en cuenta al momento de tratar un recién nacido febril.

Si con nuestro trabajo logramos dar la claridad de alerta y contribuimos a que estos niños, del inmenso cinturón de miseria del 3er. mundo, sean salvados y se desarrollen mejor, nuestro esfuerzo habrá sido ya recompensado con creces, haciendo bueno el pensamiento de José Martí, traducido a la antigua y dulce lengua Munucutuba de los pobladores del valle del Niarí *Bana Kena Kiminu Na Bantunionso* "Los niños son la esperanza del mundo".

SUMMARY

Delmonte Rodríguez, G. et al. *Congenital Malaria?* Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

Congenital malaria, denied by several authors and being considered by others as a "medical rareness" caused the present study, which was carried out at an intensive malarial endemic area. Results demonstrated the existence of this morbid variant represented by 20% of all newborns and 66% of children from illness mothers. On this malaria type, attention is called to the practical physician who works at malarial incidence zones.

RÉSUMÉ

Delmonte Rodríguez, G. et al. *Paludismo congénito?* Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

Le paludisme congénital, nié par plusieurs auteurs et considéré comme une "rareté médicale" par d'autres, a motivé ce travail qui a été mené dans une zone à haute endémie paludéenne. Les résultats ont montré l'existence de cette variante pathologique repré-

sentée par 20% du total des nouveau-nés et 66% des enfants de mères malades. Les médecins travaillant dans des zones d'incidence paludéenne doivent tenir compte de cette forme de paludisme.

РЕЗЮМЕ

Дельмонте Родригес, Г. и др. Врожденный палудизм? Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

Врожденный палудизм, который не признавался некоторыми авторами и признавался другими авторами как одна из "медицинских странностей", вызвал проведение настоящей работы, которая была осуществлена в области с интенсивной малярийной эндемией. Полученные при этом результаты показали на нелицие этого варианта заболевания у 20% из всех новорожденных детей и у 66% детей, матери которых больны. Обращается внимание медиков-практиков, работающих в зонах, в которых имеются очаги малярии, на эту форму палудизма.

BIBLIOGRAFIA

1. Carbon, C. Le Paludisme. En: Pathologie Interne II, 91, L'Expansion Scientifique Française, Paris, 1974.
2. Clavijo Gutiérrez, A. El Control Sanitario Internacional y algunas enfermedades exóticas para Cuba. Pág. 91. Ed. Ministerio de Educación Superior, La Habana, 1979.
3. Clavijo Gutiérrez, A. Actualidad en Paludismo. Pág. 38. Instituto de Investigaciones en Medicina "Pedro Kouri", MINSAP, Cuba, 1979.
4. Clyde, F. D. En: Tratado de Pediatría. Wado E. Nelson I, 9na. ed. Pág. 750. Salvat Editores, Barcelona, España, 1978.
5. Goarnisson, J. Guide Médical Africain. Xe ed. P. 330. Ed. Les Presses Missionnaires. Issy-les Moulineaux, France, 1950.
6. Bruce-Chivatt, L. J. Paludismo. En: Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb, 2da ed. Tomo I. P. 354. Ed. Revolucionaria, Instituto Cubano del Libro, Cuba, 1973.
7. Dinno, N. D. Identificación temprana del neonato expuesto al riesgo de retardo del desarrollo. Ed. Interamericana, México, D. F. Clin Ped North Am 24: 639, agosto, 1977.
8. La vie Médicale en Africa et dans le monde. Afrique Médicale 152: 492, 1977.

Recibido: septiembre 15, 1980.

Aprobado: noviembre 16, 1980.

Dr. Guillermo Delmonte Rodriguez
Centro hospitalario de N'Keyi
República Popular del Congo