



## Internamento por malária importada em crianças, em dois hospitais da Grande Lisboa

Sílvia Freira<sup>1</sup>, Catarina Luís<sup>2</sup>, Maria João Brito<sup>2</sup>, Cláudia Santos<sup>2</sup>, Maria Helena Carreiro<sup>2</sup>, Gonçalo Cordeiro Ferreira<sup>1</sup>, Luís Varandas<sup>1</sup>

1 - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia

2 - Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca

### Resumo

**Introdução:** Apesar de em Portugal não haver malária endógena, a crescente mobilidade das populações e os laços históricos com África possibilitam a importação de casos para o nosso país. O presente estudo pretende contribuir para melhorar o conhecimento epidemiológico e clínico da malária importada na região de Lisboa

**Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo das crianças com malária, internadas em dois hospitais da Grande Lisboa, durante um período de seis anos (1999-2004).

**Resultados:** Foram identificados 134 casos, sendo a mediana das idades de sete anos. A maioria (93,3%) era de origem africana e referia estadia em região endémica (90%). O *Plasmodium falciparum* foi o agente etiológico mais frequente (73%). A febre foi a manifestação clínica mais frequente, seguida de manifestações gastrointestinais e cefaleias. Ocorreram complicações em 42% dos doentes, sendo a trombocitopenia (19,4%) e a anemia grave (9%) as mais frequentes. A halofantrina e o quinino foram os anti-maláricos mais usados.

**Conclusões:** A malária importada é uma patologia relativamente comum na Grande Lisboa e, dada a inespecificidade do quadro clínico, todas as crianças febris ou doentes com estadia recente num país endémico devem ser rastreadas para esta entidade.

**Palavras-chave:** malária importada, anti-maláricos, *Plasmodium*, viajante

*Acta Pediatr Port* 2009;40(2):65-68

### Admission for imported malaria in children, in two hospitals of Lisbon urban area

#### Abstract

**Introduction:** Although Portugal is not an endemic country for malaria, the increasing migratory demographic movements and the historic background between Portugal and Africa enable importation of the disease to our country. This study aims to increase the knowledge about epidemiology and clinical manifestations of imported malaria in the region of Lisbon.

**Results:** A total of 134 cases were identified, with a median age of 7 years. The majority of patients (93,3%) had African origin and 90% referred a stay in an endemic country in the year previous to the admission. *Plasmodium falciparum* was the most frequent etiologic agent (73%). Fever was the most common sign, followed by gastrointestinal symptoms and headache. Complications occurred in 42% of cases, the most frequent being thrombocytopenia (19,4%) and severe anaemia (9%). Halofantrine and quinine were the antimalarics more frequently used.

**Conclusions:** Imported malaria is relatively frequent in the Great Lisbon region. As clinical presentation of paediatric malaria can be unspecific, all febrile or sick children who have recently been at an endemic country should undergo screening of malaria.

**Key-words:** imported malaria, antimalarics, *Plasmodium*, traveller.

*Acta Pediatr Port* 2009;40(2):65-68

**Recebido:** 04.03.2008

**Aceite:** 17.05.2009

**Correspondência:**

Luís Varandas

Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia

R. Jacinta Marto

1169-045 Lisboa

**Quadro III** – Origem e proveniência dos doentes.

Esquema terapêutico	Nº de doentes tratados no HDE	Nº de doentes tratados no HFF
Halofantrina	63	1
Quinino	8	25
Quinino + cloroquina	0	1
Quinino + doxicilina	3	1
Quinino + clindamicina	0	1
Quinino + halofantrina	4	3
Quinino + halofantrina + pirimetamina/sulfadoxina	2	0
Quinino + pirimetamina	0	1
Cloroquina	7	4
Cloroquina + halofantrina	7	2
Cloroquina + pirimetamina	0	1

O risco exacto de se adquirir malária é difícil de quantificar e depende de uma variedade de factores tais como o local de destino, a duração da viagem, o uso de repelentes e a utilização de quimioprofilaxia<sup>6</sup>. Assim, recomenda-se que toda a criança que viaje para áreas com malária efectue uma consulta (“Consulta do Viajante”) para avaliação do risco e quais as mediadas profiláticas a adoptar.

A febre, embora tendo sido a manifestação clínica mais frequente, não estava presente em todas as crianças, tal como ocorreu noutras séries<sup>7</sup>. As alterações do aparelho gastrointestinal foram as segundas mais frequentes, o que está de acordo com a inespecificidade do quadro clínico de malária na criança<sup>3</sup>.

Nas áreas endémicas, as principais manifestações de malária grave são a anemia grave, alterações do padrão respiratório (“respiratory distress”) e as manifestações neurológicas<sup>8</sup>. Na malária importada a frequência e o tipo de manifestações de malária grave não são descritas com exactidão. No entanto, a maior taxa de complicações ocorre nas infecções por *P. falciparum*<sup>9</sup>. Em países industrializados a ausência da suspeita clínica é responsável por 40% das mortes<sup>10</sup>, pelo que o rastreio de malária em qualquer criança febril ou doente que tenha visitado um país endémico está formalmente recomendado.

A maioria dos casos observados provinha de países africanos, com elevada prevalência de resistência à cloroquina, nomeadamente Angola<sup>11</sup> e São Tomé e Príncipe<sup>12</sup>.

Recentemente, em Luanda, foram descritas falências parasitológicas após tratamento com quinino<sup>13</sup>. À data da realização deste estudo não existia em Portugal um protocolo nacional para tratamento da malária na criança. O tratamento com halofantrina foi usado no tratamento da malária simples com bons resultados, não se tendo registado efeitos secundários. Actualmente desaconselhada pela Organização Mundial de Saúde e alguns autores, pela sua toxicidade cardíaca<sup>14</sup>, a sua comodidade posológica e a existência de for-

mulação líquida facilitavam o tratamento por via oral.

Em 2006, a Secção de Infecçologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, publicou recomendações para o tratamento da malária<sup>15</sup>. A implementação destas recomendações poderá permitir a uniformização dos cuidados e a realização de estudos epidemiológicos a nível nacional.

Em conclusão, a malária infantil continua a ser uma doença subnotificada em Portugal. Dada a inespecificidade do quadro clínico, em toda a criança febril ou doente com história de estadia recente num país endémico de malária, esta doença deve ser, sistematicamente, rastreada. A implementação a nível nacional do protocolo, acima referido, contribuirá para o correcto tratamento da malária na criança e permitirá a realização de futuros estudos multicêntricos.

### Referências

- Centers for Diseases Control and Prevention. Guidelines for Treatment of Malaria in the United States (Guidelines For Clinicians) [serial on the Internet]. 2007 May [cited 2007 Aug 22] Acessível em <http://www.cdc.gov/malaria>
- Ventura FA. Perfil das doenças tropicais em Portugal. *Acta Med Port.* 1996;9:241-5.
- Ladhani S, Aibara RJ, Riordan FA, Shingadia D. Imported malaria in children: a review of clinical studies. *Lancet Infect Dis* 2007;7:349-57
- Instituto Nacional de Estatística. Indicadores estatísticos gerais *Infoline* [serial on the Internet] 12-09-2007 [citado em 2007 Set 14]. Acessível em: <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores>
- Muentener P, Schlagenhauf P, Steffen R. Imported malaria (1985-95): trends and perspectives. *Bull World Health Organ* 1999;77:560-6
- Askling HH, Nilsson J, Tegnell A, Janson R, Ek Dahl K. Malaria risk in travelers. *Emerg Infect Dis* 2005;11:436-41.
- Lalloo DG, Shingadia D, Pasvol G, Chiodini PL, Whitty CJ, Beeching et al. HPA Advisory Committee on Malaria Prevention in UK Travellers. UK malaria treatment guidelines. *J Infect* 2007; 54:111-21
- Marsh K, Forster D, Waruiru C, Mwangi I, Winstanley M, Marsh V, et al. Indicators of life-threatening malaria in African children. *NEJM* 1995;332:1399-1404
- Christen D, Steffen R, Schlagenhauf. Deaths caused by malaria in Switzerland 1988-2002. *Am J Trop Med Hyg* 2006;75:1188-94.
- Greenberg AE, Lobel HO. Mortality from *Plasmodium falciparum* malaria in travelers from the United States (1959-1987). *Ann Intern Med* 1990;113:326-7.
- Guthmann JP, Ampuero J, Fortes F, van Overmeir C, Gaboulaud V, Tobback S et al. Antimalarial efficacy of chloroquine, amodiaquine, sulfadoxine-pyrimethamine, and the combinations of amodiaquine + artesunate and sulfadoxine-pyrimethamine + artesunate in Huambo and Bie provinces, central Angola. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005;99:485-92
- Gil VS, Ferreira MC, d'Alva FS, d'Abreu JA, Will IM, Gomes ML et al. Efficacy of artesunate plus chloroquine for uncomplicated malaria in children in Sao Tome and Principe: a double-blind, randomized, controlled trial. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2003;97:703-6
- Varandas L, Vandunem J, Benchimol C, Quinhento V, Ferrinho P, Gonçalves L et al. Tratamento efectivo na malária com moderada/alta parasitemia, em crianças, com uma toma diária de quinino em Luanda, Angola. *Acta Med Angolana* 2006;16:15-20.
- White NJ. Cardiotoxicity of antimalarial drugs. *Lancet Infect Dis* 2007;7:549-58
- Secção de Infecçologia Pediátrica. Malária - Protocolo Diagnóstico e Terapêutico. *Acta Pediatr Port* 2006;37:205-9