

FIEBRE AMARILLA Y EL CAMBIO GLOBAL: ¿EXISTE UNA VARIANTE ADICIONAL
ADEMÁS DE LA SELVÁTICA Y URBANA?

Arbo A.

Profesor Titular de Pediatría y Director del Curso de Posgrado de Especialización en Infectología
Pediátrica. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

La Fiebre amarilla es una infección viral endémica que afecta a los seres humanos y a primates no humanos en las regiones tropicales de los países de Sudamérica y gran parte del África subsahariana. Es causada por el virus de la fiebre amarilla (Yellow fever virus, YFV), un virus del género Flavivirus, de la familia Flaviviridae y es transmitida por artrópodos (1). El YFV es una causa importante de fiebre hemorrágica en todo el mundo, y se considera que ocurren aproximadamente 200 000 casos al año, el 90% de ellos en el África subsahariana (2). A partir de los 80' un dramático incremento de casos se observa tanto en el África como en América del Sur (3), reportándose aproximadamente 300 casos anuales en este continente. Sin embargo, se considera que las cifras reales son 10 a 50 veces mayores a los reportes oficiales (1). Además, personas que habitan en el mundo desarrollado y que viajan a áreas endémicas sin vacunación previa anti-fiebre amarilla pueden adquirir la infección (2).

En los humanos una proporción substancial de las personas infectadas puede tener enfermedad leve o sub-clínica. Pero en un 10% a un 40% de los casos, la fiebre amarilla evoluciona como una sepsis viral que más comúnmente se caracteriza por un inicio repentino de fiebre y postración; 5% al 10% de las personas infectadas desarrollan un curso más grave de enfermedad con lesión hepática, renal y miocárdica, diátesis hemorrágica, choque teniendo esta forma clínica alta mortalidad (1, 2). Existen dos variantes clásicas de la fiebre amarilla: la selvática y la urbana (1, 4). La primera es endémica en áreas selváticas de las Américas, afecta a monos, siendo los vectores mosquitos de las especies *Haemagogus* y *Sabethes*. Esta variante es la que se observa en trabajadores y personas que con motivos recreacionales se adentran en los bosques principalmente en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú y accidentalmente son picados por mosquitos infectados. La variante urbana se observa cuando enfermos que han adquirido la infección tras introducirse en áreas selváticas regresan a áreas urbanas donde existe infestación por mosquitos *Aedes aegypti*.

Desde el año 1954 no se reportaban casos de fiebre amarilla urbana en las Américas. La reinvasión de América del Sur por *Aedes aegypti* después de relajación del programa de erradicación en la década de 1970 representa una amenaza real de urbanización de transmisión de la fiebre amarilla (5). Reflejo de este riesgo representa el brote urbano de fiebre amarilla en Paraguay en el primer trimestre del año 2008, el cual ocurrió en una comunidad distante a 25 km de la ciudad capital, habiéndose detectado 10 casos. Un aspecto importante de esta última epidemia ha sido la detección a través de una vigilancia activa de fiebre amarilla de casos selváticos (6 casos) y casos que no han podido catalogarse ni enteramente selváticos ni enteramente urbanos (11 casos) que ocurren en comunidades urbanas lindando áreas selváticas, sin población de monos, donde comparten el hábitat especies de *Aedes*, *Haemagogus* y *Sabethes*, y afecta a personas que viven en el sitio sin introducirse en la selva, con un número de casos que no explica si el vector fuera el *Aedes aegypti*. Es posible que la deforestación intensa de las áreas selváticas pueda ser un factor contribuyente a esta variante intermedia. Esta nueva situación epidemiológica representa una real amenaza para gran parte de la población que habita América del Sur. Aunque pudiera diagnosticarse precozmente el desarrollo de un brote urbano, la respuesta requerida (vigilancia, control de vectores y vacunación) representa un desafío a todo el sistema de salud local y regional.