



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/370 - Enfermedades tropicales ¿patología emergente?

J.M. Madeira Martins^a, F. Leiva-Cepas^b, C. Pavón Perejón^c, A. López Matarín^d y J. López Moreno^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Fuensanta. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente gestante de 28 años que acude a consulta por cuadro de astenia, fiebre de hasta 38 y vómitos incoercibles de 3 días de evolución. Comenta haber estado en Nigeria hace 15 días. Antecedentes personales: primigesta de 25 semanas de gestación con mal control de embarazo, procedente de Ghana, residente en España desde hace 5 años.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca fiebre de 38 °C, Tensión de 80/50 mmHg y varias lesiones eritematohabonosas en extremidades inferiores compatibles con picadura de insecto. Se procede a detección de latido fetal en la consulta, resultando este positivo, derivándose posteriormente a la paciente a servicio de urgencias para valoración. En dicho servicio, tras exploración ginecológica y ecográfica, se descarta afectación fetal, solicitándose posteriormente analítica en la cual destaca: hemoglobina de 9,6; plaquetas: 95.000 y una glucemia de 65 con demás parámetros dentro de la normalidad. Se decide ingreso en Servicio de Ginecología habiéndose realizado posteriormente interconsulta con Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas que amplia estudios analíticos con serología completa de hepatitis, VIH, lúes, herpes simple (1 y 2), rubeola, toxoplasmosis, CMV y VHB en las que no se objetivan alteraciones relevantes. Ante los antecedentes epidemiológicos de la paciente, bien como, la existencia de lesiones cutáneas compatibles con picaduras de insecto se solicita test de inmunocromatografía y PCR para *Plasmodium falciparum*, resultando ambas pruebas positivas con un porcentaje de parasitemia de 0,60% habiéndose iniciado tratamiento con Eurartesim 320/40 mg 4 comprimidos/24 horas durante 3 días con seguimiento posterior de embarazo en Consulta de Alto Riesgo Obstétrico.

Juicio clínico: Malaria por *Plasmodium falciparum*.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades tropicales (dengue, leishmaniasis, tripanosomiasis africana, etc.), cuadros virales

Comentario final: El retraso en el inicio del tratamiento de la malaria implica un importante aumento de la morbilidad, por lo que, ante todo el paciente febril que proceda de una región endémica para la malaria, el médico debe considerar el diagnóstico de paludismo mientras se demuestre lo contrario.

Bibliografía

1. Dorman E, Shulman C. Malaria in pregnancy. *Curr Obst Gynaecol*. 2000;10:183-9.
2. Harrison TR. Principios de Medicina Interna, 14^a ed. Interamericana McGraw-Hill, 1998:1352-61.

Palabras clave: Embarazo. Picadura. Malaria. Plasmodium. Fiebre.