



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-333 - MÁS ALLÁ DE LA FIEBRE

N. Turea^a, J.T. Rodríguez Álvarez^a, D. Ávila^a, A. Torcal Potente^a y M.D. Vlad^b

^aCS Balconcillo. ^bSUAP Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años, raza negra, sin antecedentes de interés, acude por síndrome gripeal inespecífico de 10 días de evolución, con picos febriles hasta 39,5 °C, escalofríos, odinofagia, tos no productiva, mialgias, diaforesis. También deposiciones líquidas, sin productos patológicos. En tratamiento con antipiréticos sin mejoría. Antecedentes epidemiológicos- un viaje hace 18 días a Nigeria, sin profilaxis antipalúdica. Último viaje a Nigeria en 2007 con quimioprofilaxis previa.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Consciente y orientado, afebril al inicio, con pico febril de 39,7 °C y escalofríos durante su estancia. En la exploración por aparatos destaca: leve deshidratación en mucosas y faringe hiperémica. No adenopatías, ni visceromegalias. Resto sin alteraciones. Analítica: linfopenia (0,70), trombopenia moderada (25,0), PCR 143. Hiponatremia (131), LDH 483, CPK 430. Prueba rápida malaria por inmunocromatografía: antigenemia de *Plasmodium falciparum*. Gota gruesa: trofozoitos *Plasmodium falciparum* 3%. Hemocultivos estériles. Radiografía de tórax y abdomen normales. Con todo, se ingresa al paciente y se instaura tratamiento antipalúdico con Malarone 250/100 mg 4 comprimidos una vez al día, 3 días.

Juicio clínico: Paludismo no complicado. Pancitopenia moderada secundaria.

Diagnóstico diferencial: Fiebre amarilla, tifoidea, recurrente. Brucelosis, leishmaniasis, dengue, Chikungunya, neumonía, leptospirosis. Las complicaciones se confunden con meningitis bacterianas, encefalitis viral y encefalopatías tóxico-metabólicas, hepatitis fulminantes, fiebre hemorrágica y sepsis.

Comentario final: La malaria es una infección causada por *Plasmodium*, transmitido por el mosquito *Anopheles*, la parasitosis más frecuente a nivel global (afecta un 5% de la población). Las especies que afectan al ser humano son *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malarie*, *P. knowlesi*. Cada año se producen alrededor de 500 millones de casos, el 70% en África y un 25% en Asia. En Europa, se diagnostican más de 15.000 casos de malaria importada anual. En España es la enfermedad tropical importada que con mayor frecuencia se diagnostica. La mortalidad en viajeros con malaria es alrededor de 2-3%, el factor asociado al mal pronóstico es el retraso diagnóstico y del inicio del tratamiento. La malaria importada se presenta con fiebre, cefalea y artromialgias y otros. El uso generalizado de antipiréticos impide observar los patrones cíclicos de periodicidad febril. La diarrea, dolor abdominal, vómitos o tos pueden confundir en el diagnóstico. La desorientación en personas que hayan viajado o vivido en zonas endémicas de *Plasmodium* pueden ser orientativos de la presencia del paludismo. El diagnóstico se debe realizar de forma urgente, a través de gota gruesa, frotis/extensión fina o por el test de diagnóstico rápido mediante técnicas inmunocromatográficas. Es imprescindible tratar lo antes posible. La malaria cerebral es la complicación más

temible. Desde atención primaria es importante insistir en la prevención mecánica de las picaduras y quimioprofilaxis del viajero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz J, et al. Enferm Infect Microbiol Clin. 2015;33:e1-e13.
2. Ramírez-Olivencia G, Herrero MD, Subirats M, de Juanes JR, Pena JM, Puente S. Imported malaria in adults. Clinical, epidemiological and analytical features. Rev Clin Esp. 2012;212:1-9.
3. Espinosa-Vega E, Martin-Sánchez AM, Elcuaz-Romano R, Hernandez-Febles M, Molina-Cabrillana J, Pérez-Arellano JL. Malaria in paradise: Characterization of imported cases in Gran Canaria Island (1993-2006). J Travel Med. 2011;18:165-72.