

CARTA CLÍNICA

Malaria en paciente inmigrante que viaja a su país



Malaria in an immigrant patient traveling back to his country

Paciente varón de 43 años natural de Nigeria, residente en España desde hace 22 años, que realiza viajes a su país de forma periódica (cada 5 años). Sin alergias a medicamentos conocidas, fumador de 15 cigarrillos/día y bebedor de 1 l de cerveza al día; sin otros antecedentes patológicos de interés. Regresó hace 10 días de Nigeria, donde estuvo 3 semanas en medio urbano. Presentaba sensación distérmica, cefalea opresiva holocraneal y deposiciones de consistencia líquida sin productos patológicos. Afirmó no haber realizado profilaxis de malaria. Dos familiares, compañeros de viaje, presentaban la misma sintomatología. Se realizó exploración por aparatos, incluida exploración neurológica, sin alteraciones relevantes. En las pruebas complementarias, al ingreso, destacaron hemoglobina 12 g/dl y plaquetas 100.000/ μ l. Tras estos hallazgos se realizó examen microbiológico: índice de parasitación 0,1%, detección de antígenos panmaláricos positivo. En el examen de extensión fina se observaron trofozoitos de *Plasmodium falciparum*. El paciente fue diagnosticado de malaria sin criterios de gravedad tras viaje reciente a su país sin hacer profilaxis, y anemia normocítica normocrómica en probable relación con lo previo. Se trató con atovaquona 250 mg/hidrocloruro de proguanil 100 mg 4 comprimidos diarios durante 3 días, con buena tolerancia y evolución favorable.

Se estima que en 2016 tuvieron lugar 216 millones de casos de paludismo distribuidos en 91 países, con una media de 445.000 fallecidos por esta enfermedad¹. Se trata de una enfermedad producida por protozoos del género *Plasmodium* (*P.*) cuyo vector es el mosquito *Anopheles* hembra. Existen 5 especies de *Plasmodium* infectivas en el hombre: *P. falciparum* (África, Latinoamérica, Asia y Pacífico), *P. vivax* (Latinoamérica, Asia y Turquía), *P. malariae* (comparable a *P. falciparum*), *P. ovale* (África) y *P. knowlesi* (Sudeste Asiático).

Tras la picadura se invade el torrente sanguíneo y rápidamente llega al hígado donde se multiplica. En un periodo variable de 5-15 días el parásito invade los hematíes. La clínica está relacionada con la fase eritrocitaria, influyendo también la especie causante y la forma epidemiológica. En este sentido se distinguen 4 patrones epidemiológicos:

malaria endémica, malaria importada, malaria introducida y malaria inducida (postransfusional o congénita)².

La clínica puede comenzar de forma inespecífica como cefalea, mal estar general, vómitos o diarrea. La fiebre es el síntoma más significativo de la malaria, aunque puede no estar presente. La anemia, la esplenomegalia y la ictericia son otros signos frecuentes. Se debe sospechar de un caso de malaria complicada ante la presencia de leucocitosis en sangre. La malaria grave está asociada a mal pronóstico y debe instaurarse tratamiento de forma precoz. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una serie de criterios diagnósticos de malaria grave² que se detallan en la [tabla 1](#).

Tabla 1 Criterios diagnósticos de malaria grave

Criterios mayores (uno o más de los siguientes datos en el momento de admisión o en los 3 días siguientes):

Coma con un índice de Glasgow menor o igual a 9 obtenido al menos 30 min después de una convulsión generalizada

Tres o más convulsiones generalizadas

Insuficiencia renal aguda definida por la presencia de oliguria (< 400 ml/24 h) y/o creatinina plasmática > 3 mg/dl

Anemia (Hb < 5 g/dl)

Shock con TA sistólica < 80 mmHg en presencia de una adecuada reposición hidroelectrolítica

Síndrome de distrés respiratorio del adulto

Sangrado espontáneo o criterios de coagulación intravascular diseminada

Hipoglucemia (glucemia < 40 mg/dl)

Acidemia (pH arterial < 7,25) o acidosis (bicarbonato < 15 mEq/l)

Hemoglobinuria macroscópica relacionada de forma inequívoca con la malaria

Criterios menores:

Alteración del nivel de consciencia reversible

Postración extrema

Más del 5% de hematíes parasitados

Hiperpirexia (> 40 °C)

Hiperbilirrubinemia (> 2,5 mg/dl)

dl: decilitro; g: gramo; Hb: hemoglobina; mEq/l: miliequivalentes/litro; mg: miligramo; TA: tensión arterial.

Fuente: Pérez Arellano J.L. et al.²

Tabla 2 Quimioprofilaxis de malaria

Fármaco	Dosis	Administración	Embarazo	Efectos secundarios	Contraindicaciones
Atovaquona-proguanil	250/100 mg	Un día antes, durante y una semana después. Dosis diaria	No. Evitar embarazo hasta 3 semanas después	Cefalea. Dolor abdominal; disminuye con alimento	Insuficiencia renal grave
Cloroquina	5 mg/kg hasta 300 mg	Una semana antes, durante y 4 semanas después. Dosis semanal	Sí	Prurito, frecuente en raza negra. Alteraciones gastrointestinales; disminuyen con alimento	Psoriasis, epilepsia, retinopatía, déficit G6PDH, miastenia grave, úlcera péptica, porfiria aguda intermitente
Doxiciclina	100 mg	Un día antes, durante y 4 semanas después. Dosis diaria	No. Evitar embarazo hasta una semana después	Gastrointestinales, fotosensibilidad, candidiasis oral y/o vaginal. Modifica acenocumarol y anticonceptivos hormonales	Hepatopatía activa grave
Mefloquina	5 mg/kg hasta 250 mg	Una semana antes (preferible 2-3), durante y 4 semanas después. Dosis semanal	No en primer trimestre. Evitar embarazo hasta 3 meses después	Alteraciones neurológicas y psiquiátricas, arritmias ventriculares	Trastornos psiquiátricos, epilepsia, trastornos cardíacos, toma de betabloqueantes, antagonistas del calcio o antihistamínicos

G6PDH: glucosa 6 fosfato deshidrogenasa; kg: kilogramo; mg: miligramo.

Fuente: modificado de Cereceda Ferrés M.⁷.

El diagnóstico definitivo se establece por los métodos clásicos de la gota gruesa y el frotis fino. Mediante este último se puede determinar la especie causante³.

La malaria importada representa la forma epidemiológica más importante en España. Se ha documentado que durante el año 2013 la mayoría de los casos de malaria importada en Reino Unido fueron causados por la infección en pacientes que viajaron a su país para visitar a amigos y parientes (*visit friends and relatives* [VFR]) siendo este perfil similar en otros países europeos⁴. La no aplicación de una quimioprofilaxis de forma efectiva en estos pacientes se ha descrito como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad⁵. Es de vital importancia que el grupo de pacientes VFR esté adecuadamente informado y realice la profilaxis correspondiente. Se ha descrito cierta inmunidad parcial en los habitantes que residen en las zonas de malaria endémica³. A pesar de esto, cabe destacar que esta capacidad disminuye de forma relevante cuando el individuo reside fuera de esta área durante varios meses⁶.

La profilaxis comienza con ser consciente del riesgo y evitar la picadura de mosquitos (uso de mosquiteras con insecticida, repelentes...). Antes de viajar se deben tener en cuenta los antecedentes personales del paciente, el tipo de viaje, el tiempo de viaje y la región a visitar. Es preciso conocer datos actualizados del riesgo de transmisión, la presencia de *P. falciparum* y las resistencias a los antipalúdicos. Estos datos se pueden consultar *on-line* en varias webs, entre ellas la web de la OMS (<http://www.who.int/ith/en/>).

Existen también varias instituciones y centros de atención al viajero. Para la quimioprofilaxis se dispone de atovaquona-proguanil, cloroquina, doxiciclina y mefloquina. En la [tabla 2](#) se detallan sus diferentes características⁷. Actualmente se está evaluando en el África subsahariana la vacuna inyectable RTS,S/AS01 (RTS,S) aplicable en niños, que puede añadirse al resto de medidas profilácticas.

La estrategia más importante para aumentar la profilaxis de malaria en nuestro medio es proporcionar un apropiado asesoramiento. El médico de atención primaria debe conocer y difundir dicha información, o bien remitir a una unidad especializada que oriente hacia la profilaxis más adecuada y/o suministre en algunos casos el fármaco correspondiente (por ejemplo, mefloquina, no comercializada en España). Este aspecto es especialmente relevante en población inmigrante, sobre todo pacientes procedentes de África, y siempre se debe tener en cuenta la necesidad de una correcta quimioprofilaxis cuando realicen el viaje.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud Centro de prensa. Paludismo. [consultado 15 Dic 2017/actualizado 30 Nov 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>.

2. Pérez Arellano JL, Carranza Rodríguez C, Rojas JV, Muro A. Malaria. *Medicine*. 2010;10:3642–53.
3. Bellón Munera MC, Sánchez Galletero ML, Mateos Rodríguez F, Melero Bascones M. Malaria y babesiosis. *Medicine*. 2014;11:3208–21.
4. Behrens RH, Neave PE, Jones CO. Imported malaria among people who travel to visit friends and relatives: Is current UK policy effective or does it need a strategic change? *Malar J*. 2015;14:149.
5. Hahn WO, Pottinger PS. Malaria in the Traveller: How to Manage Before Departure and Evaluate Upon Return. *Med Clin North Am*. 2016;100:289–302.
6. Rey S, Zuza I, Martínez-Mondéjar B, Rubio JM, Merino FJ. Imported malaria in an area in southern Madrid, 2005-2008. *Malar J*. 2010;9:290.
7. Cereceda Ferrés M. Consejo al viajero. *AMF*. 2011;7:242–7.

A.I. Rabadán Velasco^{a,*}, M.J. Suero Jiménez^a,
F.J. Alonso-Moreno^b, J. Cabrera Gómez^c
y C. Sobrado Cermeño^a

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Panaderas, Fuenlabrada, Madrid, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Sillería, Toledo, España*

^c *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Don Benito Oeste, Don Benito, Badajoz, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aranaira@gmail.com

(A.I. Rabadán Velasco).