



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1323 - FIEBRE DE ORIGEN ENDÉMICO

J.F. García García<sup>a</sup>, C. Celada Roldán<sup>b</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>a</sup>, C. García Balsalobre<sup>c</sup>, A.E. Pérez Díaz<sup>c</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>d</sup>, I. Asunción Sola<sup>e</sup> y M.I. Gómez López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente. CS Torre-Pacheco Este. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 57 años con antecedentes de hipertensión y DM tipo I bien controlada que acude a consulta programada de Atención Primaria ya que refiere mal estar general, fiebre con pico de 40 °C y debilidad de miembro inferiores tras regresar de Guinea Ecuatorial donde ha vivido 2 meses. Niega vómitos, alteración del hábito intestinal. Niega picadura de insectos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. TA: 80/55. SatO2 basal 97%. Palidez cutánea y sudoración profusa. Fiebre 39 °C. Obnubilado con desorientación temporal que dificulta la exploración neurológica. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y de miembros inferiores anodina. No alteraciones cutáneas. Exploración neurológica difícil de valorar debido al estado de obnubilación. Se decide derivar en ambulancia medicalizada a hospital de referencia para estabilización hemodinámica y estudio. Pruebas complementarias: Analítica con función renal e iones normales, en hemograma destaca un grave trombopenia 36.000 Ante la sospecha clínica de paludismo se ingresa en infecciosas para estudio. Se confirma trombopenia mediante frotis siendo negativo para paludismo. Tras repetir frotis: parasitación del 20% de hematíes por *Plasmodium* hay hematíes con 2-3 formas y en los bordes posible *falciparum*. Sedimento de orina: hemoglobinuria. Dada la inestabilidad hemodinámica del paciente y dado los criterios de gravedad (parasitemia 20% y hemoglobinuria) pasa a UCI donde se administra artesunato iv Euartesim oral y ceftriaxona iv con buena evolución posterior.

**Juicio clínico:** Malaria por *P. falciparum* versus mixta.

**Diagnóstico diferencial:** Dengue, leptopirosis, fiebre amarilla, brucelosis, rickettsiosis.

**Comentario final:** Con este caso pretendemos no sólo revelar la necesidad de manejo precoz ante una fiebre procedente de una zona endémica de paludismo sino destacar la importancia de realizar una correcta anamnesis a los pacientes ya que en ocasiones pueden aportar información errónea o contradictoria que nos confundirá. Nuestras decisiones deben basarse tanto en la historia clínica, como en la exploración física y pruebas complementarias confirmatorias; debiendo actualizarnos mediante guías clínicas en su manejo y sensibilizando al paciente de la necesidad de una adecuada profilaxis para evitar su elevada morbimortalidad.

## **Bibliografía**

1. Arguin PM. Malaria surveillance--United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 2012;61:1.
2. Vaddadi G, Manitta J. Chronic falciparum malaria 9 years after leaving an endemic area. Med J. 2005;182:186.

**Palabras clave:** *Malaria. Fiebre. Paludismo.*