



## 242/3025 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE UN VARÓN MALIENSE CON SÍNDROME FEBRIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Quilez Cutillas<sup>a</sup>, A. Quilez Cutillas<sup>b</sup>, M. Sarvise Mata<sup>c</sup>, R. Moreno Márquez<sup>c</sup>, L. Rodríguez Elena<sup>d</sup> y E. Rodríguez Marco<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

<sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentes Norte. Zaragoza.

<sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Nos llega a consulta rápida ambulatoria de Urgencias un varón 29 años, natural de Mali, sin antecedentes médicos relevantes. Acude por presentar cuadro de cefalea holocraneal continua de 2-3 días de evolución asociado a molestias epigástricas, náuseas y dos episodios de vómitos de contenido alimenticio junto con sensación distérmica sin llegar a termometrar temperatura. No otra clínica asociada. Niega viajes fuera de España en los últimos 10 años. Durante su estancia en Urgencias presenta fiebre de 38,5 °C, a pesar de tratamiento antitérmico administrado a su llegada. Alteración analítica con plaquetopenia 28.000/mm<sup>3</sup>, PCR y PCT elevadas y empeoramiento del estado general. Se confirma con gota gruesa paludismo. Tras reinterrogarlo, confiesa estancia en Mali hace dos semanas. Ingresa en hospital en Infecciosas pautándole tratamiento antipalúdico 5 días, con mejoría progresiva de las alteraciones analíticas y BEG.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes estables. T<sup>a</sup> 36,5 °C. NRL: no signos meníngeos, no focalidad neurológica. Glasgow 15. Exploración por aparatos y sistemas: sin alteraciones. ECG y Rx tórax: normal. Analítica: PCR 26,34; PCT 10,87 mg/dl; potasio 3 mEq/l. Plaquetopenia 28.000 mEq/l. Actividad de protrombina 66%. Enzimas hepáticas y resto de analítica normal. Microbiología: Gota gruesa: < 1% de hematíes parasitados por *P. falciparum*, PCR+ *P. falciparum*. Serologías: lúes, VIH, VHB, VHC negativas.

**Juicio clínico:** Paludismo.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis vírica o bacteriana. Meningitis. Enfermedades de transmisión sexual. Hepatitis vírica.

**Comentario final:** La malaria, o paludismo, es una enfermedad febril aguda causada por la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles* y, a pesar de que su erradicación fue confirmada en 1964, esta es una de las enfermedades tropicales más diagnosticada en España con unos 500 casos anuales. Es fundamental, resaltar la importancia que tiene realizar un buen diagnóstico diferencial del síndrome febril a nivel ambulatorio, incluyendo el paludismo como una

causa posible en pacientes procedentes de áreas endémicas.

### **Bibliografía**

1. Stresman G, Cameron A, Drakeley C. Freedom from Infection: Confirming Interruption of Malaria Transmission. *Trends in Parasitology*. 2017;33(5):345-52.

**Palabras clave:** Malaria. Paludismo. Mali.