



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1700 - FIEBRE TRAS UN MES EN NIGERIA

B. Guerra Pérez¹ y A. López García²

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años que acudió a urgencias por fiebre, astenia y cefalea de tres días de evolución. El mes previo estuvo en Nigeria, de donde era natural. Antecedentes personales de hipertransaminasemia y esteatosis hepática leve, sin tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, eupneico (saturación basal 97%), cierta palidez cutánea. Temperatura 38,8 °C. En exploración únicamente destacaba leve hiperemia faríngea, hepatomegalia de 2 trasvases de dedo. Analíticamente: bilirrubina 2,9 mg/dL (previa 1,6 mg/dL), lactato deshidrogenasa 305 U/L, procalcitonina 22,54 ng/ml, gammaglutamiltransferasa 174 U/L (previa normal), PCR 285,7 mg/L, trombopenia 56.000, plaquetas grandes. Linfopenia 440, con cayadas y vacuolas en neutrófilos, discreta coagulopatía (actividad de protrombina 65%). El frotis sanguíneo confirmaba presencia de parásito, sugestivo de malaria, objetivándose parasitemia de 1,51% (más de 1%, densidad parasitaria elevada). Ecografía de abdomen normal. Hemocultivo negativo. Estudio microscópico de parasito hemático-tisular mediante gota gruesa positivo para *Plasmodium falciparum*. Antígeno sangre total *Plasmodium* spp positivo.

Orientación diagnóstica: Malaria.

Diagnóstico diferencial: Infección por citomegalovirus, Epstein-Barr, Influenza, leishmaniasis visceral, toxoplasmosis aguda, fiebre tifoidea, endocarditis infecciosa, brucelosis, leptospirosis, fiebre amarilla.

Comentario final: La malaria es causada por el parásito *Plasmodium*, transmitido por picadura de mosquitos hembras *Anopheles* (también vía transfusional, transmisión vertical). Cursa con accesos febriles, entre periodos asintomáticos. Inicialmente, síntomas poco específicos, dolor de cabeza, debilidad, fatiga, malestar abdominal, mialgias y artralgias. Posteriormente, escalofríos y temblores, dando paso a fiebre durante 6-8 horas, con sudoración profusa. Puede progresar a una enfermedad grave, coma, acidosis metabólica, anemia grave, fallo renal aguda o edema agudo del pulmón. En este estado, la letalidad con tratamiento específico 15-20%. Si no, el desenlace es casi siempre fatal. Diagnóstico basado en criterios clínicos y epidemiológicos. Diagnóstico definitivo mediante la visualización del parásito en muestras de sangre o detección de antígenos parasitarios, confirmado mediante gota gruesa. Si la sospecha es muy elevada, un resultado negativo no descarta la

enfermedad, se debe repetir en 24 horas. La prevención de las picaduras de mosquito entre el atardecer y el alba, uso de mosquiteros para dormir y ropa de protección y repelentes contra insectos son medidas de primera línea. Dependiendo del riesgo en determinadas zonas, los viajeros internacionales deberán tomar además medicación preventiva (quimioprofilaxis) antes, durante y después del viaje.

Bibliografía

1. Collins WE, Jeffery GM. Plasmodium malariae: Parasite and disease. Clin Microbiol Rev. 2007;20:579-92.

Palabras clave: Malaria.