



fml. Septiembre 2023; Volumen 28. Número especial.

Publicación oficial SoVaMFic.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:

Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

I Congreso SoVaMFic de Residentes, Tutores, JMF, UDD y Estudiantes de Medicina COMUNICACIÓN ORAL - CASO CLÍNICO FINALISTA

Malaria: más allá del tercer mundo

Nathalie Caparrós Rodríguez¹, Ester Lobato Martínez², Alberto Álvarez Rodríguez³, Juan Carlos Bejarano⁴.

1. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), Hospital General Universitario de Alicante (Departamento de Salud de Alicante)
2. Residente de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante (Departamento de Salud de Alicante)
3. Residente MFyC, Hospital Universitario del Vinalopó (Departamento de Salud Elx-Vinalopó)
4. Médico especialista en MFyC, Centro de Salud (CS) Babel (Departamento de Salud de Alicante)

Citar como: Caparrós Rodríguez N, Lobato Martínez E, Álvarez Rodríguez A, Carlos Bejarano J. *Malaria: más allá del tercer mundo*. fml. 2023; 28(NE): 1p.

Resumen

Varón de 48 años sin antecedentes médicos de interés. Acude a Urgencias por un cuadro febril de 6 días de evolución, con picos de hasta 40°C cada 4 horas, cefalea holocraneal, artralgias, hiporexia, náuseas, orinas concentradas y tos con expectoración blanquecina, sin otra clínica acompañante. Los síntomas comenzaron 3 días después del regreso de un viaje a Camerún. Se comprobó pauta vacunal completa con antiamarílica, antitifoidea y adecuada profilaxis antipalúdica durante el viaje y hasta el inicio de la fiebre. Negó ingesta de alimentos callejeros, agua no embotellada o lácteos no pasteurizados, baño en lagos o ríos, actividades de espeleología, intervenciones médicas o dentales, tatuajes o piercing durante su estancia. No contacto con animales ni percepción aparente de picaduras de mosquitos. Al examen físico solo se constataron sibilantes inspiratorios en campo medio e inferior derecho y no se identificaron masas, megalias ni lesiones cutáneas. **Pruebas complementarias:** trombocitopenia de $47 \times 10^3/\mu\text{L}$, sin coágulos en la muestra de sangre ni agregados de plaquetas en la extensión de sangre al microscopio. Coagulación normal. Hiperbilirrubinemia de 4,05 mg/dL, a expensas de Bilirrubina directa (*2,33 mg/dL VN: 0,01 - 0,30), ligera hipertransaminasemia y elevación de reactantes de fase aguda: PCR 28,60 mg/dL (VN: <0,50) y Procalcitonina 9,20 ng/mL (VN 0,00 - 0,50). Antígeno rápido Plasmodium: Positivo: P. falciparum y también se detecta en PCR. En Frotis de sangre periférica aparece alguna imagen sugerente de plasmodium, con macrotrombocitos. Aislamiento microbiológico de Haemophilus influenzae en esputo. **Juicio Clínico:** dados los antecedentes epidemiológicos y la clínica febril se orientó el diagnóstico hacia una Malaria por Plasmodium Falciparum, confirmado por las pruebas de laboratorio. Como diagnóstico secundario se planteó una bronquitis aguda por Haemophilus Influenzae, teniendo en cuenta los síntomas respiratorios persistentes pese al tratamiento y el aislamiento microbiológico en esputo.

Comentario final: se prescribió tratamiento desde el servicio de urgencias con dihidroartemisinina y piperquina (Eurartesim) y posteriormente se asoció Ceftriaxona por la coinfección con H. influenzae. La evolución fue favorable, encontrándose al alta afebril, sin tos, con mejoría del estado general y negativización del frotis. Este caso nos ha permitido recordar enfermedades menos frecuentes en nuestro entorno y ponderar la búsqueda epidemiológica activa ante cuadros clínicos en ocasiones "inespecíficos". Tal es así que unos pocos meses después tuvimos un segundo caso diagnosticado de Malaria desde el servicio de urgencias.