Malaria Congénita

Informe de un caso y revisión de literatura

Congenital Malaria

Report of a Case and Review

*Dr. Roberto Javier Díaz R.**, *Dr. Jorge A. Funes C.**, *Dr. Jorge E. Becerra**,
*Dr. Carlos E. Pineda**, *Dra. Nora Méndez**

RESUMEN. Paciente múltipara, con historia de cuatro días de evolución de fiebre intermitente cada 3 días, evaluada en Clínica Particular por trabajo de parto de 6 horas de evolución, se realizó Frotis de Sangre Periférica el cual reportó *Plasmodium vivax*. Posterior al parto se tomó sangre del cordón umbilical el cual reportó Glóbulos Rojos aumentados de tamaño, a los 60 minutos de nacido el producto presentó fiebre, por lo que se tomó examen de gota gruesa que reportó *Plasmodium vivax*. Madre e hijo recibieron tratamiento con cloroquine una evolución satisfactoria.

Palabra Clave: Malaria Congénita. Gota gruesa, Plasmodium vivax

SUMMARY. This is a multiparous patient with a four days history of tertiary fever. Patient was evaluated in a private clinic for a six hours labor delivery. Peripheral blood smear was performed and reported positive for *Plasmodium vivax*.

After delivery cord blood was taken, results reported macrocytes. Sixty minutes after delivery the newborn developed fever, thick smear showed *Plasmodium vivax*. After receiving chloroquine mother and child did well.

Key Words: Congenital Malaria, thick smears, Plasmodium vivax.

Médicos Generales

INTRODUCCIÓN

La transmisión de la Malaria del mosquito a los humanos se conoce desde 1894 y fue descrita por Sir Ronald Ross, cuando el descubrió el parásito en la saliva del mosquito *Anopheles*. (1)

La forma más común de adquirir la Malaria es la transmisión Horizontal: transfusión sanguínea, uso de agujas por drogadictos, y la transmisión Vertical: De la mujer grávida al feto. (2)

En las áreas endémicas la infección placentaria es un fenómeno frecuente, la prevalencia en la zona de frica Tropical es de un 20% - 34%, la prevalencia de infección placentaria es más frecuente en primigestas que en múltiparas detectándose de 1/1000 casos. (3)

El rol de la barrera placentaria no está definido, estudios tempranos en áreas endémicas han demostrado que la placenta infectada tiene un gran número de parásitos con aparente transmisión a la circulación fetal. En 1982 Marshall encontró *Plasmodium* en un 50% en la sangre de cordón en placentas infectadas en las Islas Salomón. (4)

Karman, en 1984 realizó un estudio en el Hospital Real Victoria en 25 pacientes embarazadas diagnosticadas con Malaria, en 42% de la muestra presentó *Plasmodium falciparum* en la placenta y un 15% *Plasmodium vivax*, en el resto de las pacientes no se encontró ningún tipo.(5)

La Malaria puede causar aborto y labor prematura en áreas tropicales, muchas mujeres embarazadas sufren de anemia severa, sumado esto a los efectos de la deficiencia de hierro y ácido fólico.

La fiebre probablemente produce aborto y labor prematura por la estimulación del metabolismo de las prostaglandinas. La Malaria puede causar retardo del crecimiento uterino por combinación de disminución de la oxigenación de la placenta, secundaria a la anemia materna y al resultado de la parasitación de la placenta. (6)

Estudios recientes indican que la anemia y la malaria son causa de hiperesplenismo por destrucción y sensibilización inmune de glóbulos rojos y de la depresión de la eritropoyesis.(8)

Los infantes generalmente presenta días o semanas después del nacimiento signos y síntomas clínicos similares a otras infecciones congénitas que podría presentar fiebre moderada, anorexia, hepatoesplenomegalia, anemia hemolítica e hiperbilirrubinemia, estos signos no podrían ser específicos y la fiebre generalmente no sería sincronizada. (9)

El diagnóstico agudo de la Malaria es todavía hecho con gota gruesa, aspirado de médula ósea y en el recién nacido generalmente de la sangre del cordón umbilical.

Las técnicas serológicas no son rutinariamente usadas para la detección de la Malaria, estas son usadas primordialmente en análisis retrospectivos para estudios epidemiológicos, las técnicas comúnmente usadas son: Inmunofluorescencia indirecta, hemaglutinación Indirecta y difusión de Agar Gel.(10,11)

Para mujeres embarazadas que viajan a áreas endémicas la quimioprofilaxis una vez por semana es la adecuada protección, utilizando Fosfato de Cloroquina 500 mg v.o. cada semana, sin importar la edad gestacional.

Para el tratamiento de un ataque agudo de malaria, en una mujer embarazada, independientemente de la edad gestacional es de 1 gramo de Cloroquina inicial, seguida de 500 mg a las 6, 12, y 24 horas respectivamente, aún conociéndose los efectos adversos, se debe utilizar por la gravedad del caso. (12)

En el recién nacido, el tratamiento inicial de Fosfato de Cloroquina es de 10 mg/Kg de peso de base, seguido de 5 mg/Kg de base a las 6, 24 y 48 horas.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 30 años originaria del Juncal, Olanchito, Yoro, maestra de educación primaria, con Historia Gineco-Obstétrica de: Gesta 4, Partos 4, Hijos Vivos 3, Fecha de Última Menstruación 15 de Marzo de 1992. Fecha Probable de Parto 22 de Diciembre de 1992, con 38 semanas de gestación con 5 días. Antecedentes personales de vivir en zona endémica de Malaria, y de no haber recibido control prenatal de su embarazo. Sin antecedentes patológicos personales.

Historia de 4 días de evolución de fiebre elevada, no cuantificada, intermitente, cada 3 días, con artralgias, mialgias, cefalea, hiporexia y escalofríos.

Fue vista en inicio de trabajo de parto y fiebre, se le realizó examen de Gota gruesa la cual reportó Plasmodium vivax.

El parto fue eutósico, obteniéndose producto de sexo masculino, con APGAR de 8 y 9 al minuto y 5 minutos respectivamente. Peso de 2730 gramos. Talla 49 cms. Perímetro Cefálico de 34 cms la placenta pesó 400 gramos, se extrajo completa y no presentó anomalías. El líquido amniótico fue claro. Se tomó sangre del cordón umbilical que reportó glóbulos rojos agrandados, no se encontró Plasmodium.

El examen físico: Producto con bajo peso al nacer, con desarrollo neurológico normal, no presentó tinte icterico aparente, no se palpó visceromegalias. Frecuencia cardíaca de 180 latidos por minuto.

A la hora de vida extrauterina el recién nacido presentó fiebre de 38, 5 grados centígrados, por lo que se le tomó muestra para Gota gruesa que resultó positiva por Plasmodium vivax.

Posteriormente, se inició el tratamiento antipalúdico a la madre e hijo de la siguiente forma:

MADRE: Cloroquina 800 mg Base, luego 300 mg a las 6, 12 y 24 horas, más Primaquina 15 mg v.o. día por 14 días.

HIJO: Cloroquina 18 mg Base, luego 9 mg Base a las 6 horas y 6 mg Base a las 24 y 48 horas respectivamente.

Ambos pacientes permanecieron ingresados en la clínica privada por 3 días para observación, evolucionando satisfactoriamente al tratamiento aplicado, por lo que se les consideró el alta, y dándoles cita para control en 40 días.

A los 47 días, tanto la madre y el hijo fueron evaluados nuevamente encontrándose asintomáticos. Además se les practicó Gota gruesa a ambos reportándose negativa para ambos. El Peso control del lactante fue de 3,610 gramos, la Talla fue de 54 cms y un Perímetro Cefálico de 37 cms.

A los 3 meses de edad, el lactante fue evaluado nuevamente, presentando un peso de 4,900 gramos. Se tomó una nueva muestra de Gota gruesa que resultó negativa, por lo que se le dio el alta.

DISCUSIÓN

En los países en desarrollo muchas mujeres padecen anemia. Durante el embarazo su salud corre grave peligro si además tienen paludismo.

La mujer corre más riesgo de contraer varias infecciones durante la gestación por que su inmunidad aún no está del todo formada o ha sido alterada.

El paludismo es tan solo uno de los factores que aumentan el riesgo de enfermedad o muerte, pero si se asocia de anemia probablemente sea el más importante, sobre todo cuando la inmunidad contra el paludismo es baja.

En las zonas donde el paludismo es endémico conviene dar a la mujer medicamentos antipalúdicos y suplemento de hierro y ácido fólico en su primera visita prenatal, haya o no síntomas.

El diagnóstico agudo de la malaria es todavía hecho con gota gruesa.

En nuestro caso, tanto la madre como el hijo residían en un área endémica de paludismo.

La madre contrajo Malaria al final del embarazo, no tuvo control prenatal y no recibió tratamiento antipalúdico durante el embarazo.

En la mujer embarazada con Malaria, ocurren cambios placentarios a nivel de los espacios intervillosos, donde la masa inflamatoria está compuesta por glóbulos rojos y acúmulos de fibrina. Hay un engrasamiento de la membrana basal del trofoblasto y cambios mínimos en las vellosidades. En el caso que nos ocupa, la placenta no presentó anormalidades.

El hijo de nuestra paciente adquirió la Malaria de su madre, presentando fiebre hasta la primera hora de vida extrauterina, por lo que se le realizó examen de gota gruesa que resultó positiva por *Plasmodium vivax*. Además presentó un bajo peso al nacer, pero no presentó anemia.

El hematológico de la madre e hijo fueron normales.

Nuestros pacientes (Madre e hijo) recibieron un adecuado esquema de tratamiento que les permitió recobrar su estado de salud en poco tiempo.

REFERENCIAS

1. Congenital Malaria in a Hiperendemic área. AM J. Tropics. Med. Hyg. 45(5), 1991 pp 587-592.
2. Hindira, Azimi Ph, Congenital Malaria due to *Plasmodium falciparum*. Pediatrics 1980. 66: 977-979.
3. Epidemiology Malaria and Pregnancy. Tropical Med. Hyg. 1984. 334. 517-525.
4. Marshall, D.E. 1983. The transplacental Passage of Malaria Parasites in the Salomon Islands. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1983. 77: 470-473.
5. Epidemiology, Malarie and Pregnancy. AM. J. Tropical Med. Hyg. 1984. 33(4) 517-525.
6. Me Gregor, I.A. Immunology of Malarial infection and its possible consequences. Br. Med. Bull 1972; 28: 22-7.
7. Pediatric Clinics of North America. 1985. 32: 903-904.
8. Pediatric Clinics of North America. 1985. 32: 907-908.
9. Boletín Oficial de Sanidad Panamericana 1989.107(2), 119-134.
10. Bruce-Chwatt, L.J. Malaria and Pregnancy. Br. Med. J. 1983. 286,457-458.
11. G.L. Larkin, P.E. Thuma Congenital Malaria in a Hyperendemic Área, AMJ. Trop. Med. Hyg. 1991.45(5) 591.
12. Brabin, Bernard J.- Mayor riesgo durante el embarazo. Revista: "Salud Mundial" OMS, Octubre 1991.