

FEBRE EN UNA VIATGERA DEL TRÒPIC

Guillem Deus Garcia

Medicina Interna i Infeccioses, l'Hospital del Mar. Barcelona

Guillem Deus; Telèfon: 657 541 176; guillemdeusgarcia@gmail.com

Cas clínic

Motiu de consulta: Malestar general i febre.

Antecedents personals:

Pacient de 25 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Natural de Colòmbia, resident a Espanya des de 2003. No antecedents patològics d'interès ni medicació habitual.

Malaltia actual:

La pacient refereix haver tornat de Senegal el dia 09/09/2018 on es trobava fent un voluntariat de sis mesos en una zona rural. El 14/09 inicia amb febre de fins 38'4 °C i mal estat general, motiu pel qual acut a urgències on es realitza una analítica i una detecció de l'antigen de Plasmodium que resulta primerament negativa pel que es donada d'alta amb tractament simptomàtic. El 19/09 presenta un episodi pre-síncopal, un empitjorament de l'estat general amb astènia, sudoració, miàlgies, artràlgies als canells i cefalea, pel que acut novament a urgències, sent donada d'alta altre cop amb el diagnòstic de sospita de virasis davant la normalitat analítica. Finalment acut per tercer cop a urgències per persistència de la simptomatologia.

La pacient nega haver rebut profilaxis de malària, però refereix estar correctament vacunada d'hepatitis B, febre groga i febre tifoide.

Exploració física:

Pacient amb bon estat general. Conscient, orientada i col·laboradora. Amb estabilitat hemodinàmica, afebril i eupneica a l'aire ambient.

- Auscultació cardíaca: tons cardíacs rítmics, sense bufs ni freqs.
- Auscultació pulmonar: murmur vesicular conservat, sense sorolls sobreafegits.
- Exploració abdominal: abdomen tou, depresible, no dolorós a la palpació. No masses ni megàlies. Peristaltisme conservat sense sorolls metàl·lics.
- Exploració neurològica: sense focalitat neurològica, parells cranials conservats.

Proves complementàries a urgències:

- Analítica general: glucosa 101'7 mg/dL, urea 28'7 mg/dL, creatinina 0'69 mg/dL, sodi 134 mmol/L, potassi 3'69 mmol/L, clor 99'4 mmol/L, FG 121 mL/min, bilirubina 3 mg/dL, AST 215 UI/L, ALT 160 UI/L, FA 168 UI/L, PCR 10'7 mg/dL, hemoglobina 11'2 g/dL, VCM 85'6 fL, leucòcits 5300 cèl·lules/uL, neutròfils 4470 cèl·lules/uL, limfòcits 710 cèl·lules/uL, plaquetes 86000/uL, Temps de Protrombina Rati 1'29.
- Radiografia de tòrax: marc ossi sense alteracions, índex cardioràdic normal, sans costofrènics lliures, no s'observen imatges de consolidacions o masses.
- Gota grossa: percentatge de parasitemia > 20%.
- Antigen de Plasmodium falciparum positiu.
- Antigen de VIH negatiu.

Diagnòstic diferencial a urgències:

1. Virasis inespecífica.
2. Malària.
3. Dengue.
4. Hepatitis viral.
5. Febre groga.

Evolució clínica i altres proves complementàries fora d'Urgències:

Des de l'ingrés la pacient ha presentat molt bona evolució, amb milloria del perfil hepàtic i de la plaquetopènia. Ha realitzat tres dosis de derivats d'artemisina i tres dosis d'atovuacuna-proguanil intravenosa. A l'alta, hemodinàmicament estable i asimptomàtica, analíticament plaquetes > 100.000/uL.

Diagnòstic final:

Malària per Plasmodium falciparum amb criteris de gravetat (Bilirubina > 3 mg/dL, índex de parasitemia de > 10%).

Discussió del cas

Ja que el temps d'incubació dels diferents subtipus de Plasmodium varien, tot pacient amb febre o malestar general, independentment de la resta de símptomes acompanyants, amb història de viatge en una zona endèmica en els últims tres mesos, haurà de ser avaluat per malària amb un mètode parasitològic de diagnòstic com a mínim.

El diagnòstic microscòpic mitjançant la tècnica de gota grossa y del frotis de sang perifèrica segueixen sent el "Gold Standard" pel diagnòstic parasitològic en la pràctica clínica. La gota grossa permet la identificació del paràsit tot i haver-hi condicions de parasitemies baixes, en condicions òptimes es calcula que té una sensibilitat diagnòstica per sobre del 95%. Per altra banda, el frotis en sang perifèrica s'utilitza principalment per determinar l'espècie de Plasmodium infectant, essent així una prova més específica. No obstant, depenent de l'observador, en moltes ocasions una simple prova de gota grossa pot permetre la determinació directa de l'espècie causant. Especificar el tipus de Plasmodium infectant és condició indispensable per administrar el tractament apropiat. La parasitemia pot no ser detectable fins a varis dies després de que el pacient inici els símptomes, especialment si el pacient és immunocompetent, com la nostra pacient. En cas de sospita de malària i gota gruixuda inicial negativa s'ha de continuar fent un mínim de dos gotes gruixudes més cada 12-24 hores. La detecció de l'antigen de Plasmodium per immunocromatografia es una estratègia de baix cost per diagnosticar malària, la seva sensibilitat es situa al voltant del 80% i la seva especificitat és del 100%. No obstant, alguns d'aquests mètodes no diferencien entre l'espècie causant i no permeten la quantificació de la parasitemia.

Per altra banda, es defineix la severitat de la malària segons uns criteris clínics i de laboratori. La malària severa és més freqüent en viatgers estacionals, nens i embarassades. Es considera severa si compleix almenys un criteri dels que s'exposen, entre els que s'inclouen l'índex de parasitemia >10% o la bilirubina sèrica > 3 mg/dl, tal i com presentava el present cas. Els pacients amb malària severa requereixen antipalúdics intravenosos i un ingrés hospitalari.

Bibliografia

1. World Health Organization. Towards quality testing of malaria rapid diagnostic tests: evidence and methods, 2006.
2. World Health Organization. The use of malaria rapid diagnostic test (ed Second). Geneva: World Health Organization 2006.
3. Lubell Y, Reyburn H, Mbakilwa H, Mwangi R, Chonya S, Whitty CJ, et al. The impact of response to the results of diagnostic tests for malaria: cost-benefit analysis. BMJ 2008; 336: 202-205.
4. Perez-Molina JA, Díaz-Menéndez M, Pérez- Ayala A, Ferrere F, Monje B, Norman F, et al. Tratamiento de las enfermedades causadas por parásitos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28:44-59.
5. Kremsner PG, Taylor T, Issifou S, Kombila M, Chimalizeni Y, Kawaza K, et al. A simplified intravenous artesunate regimen for severe malaria. J Infect Dis 2012;205:312-9.