

MALARIA CONGÉNITA

CASO CLÍNICO

Dr. Roberto Grimaldo.

Dra. Ana M. Vergara.

Dr. Sergio Guizado.

MALARIA CONGÉNITA

HISTORIA CLÍNICA

- Paciente de sexo masculino
- 24 días de edad
- San Francisco, Veraguas

MALARIA CONGÉNITA

Acudió al hospital Luis Chicho Fábrega con historia de un día de evolución de:

- Fiebre alta no cuantificada, sin predominio de horario
- irritabilidad
- pobre succión,
- tinte icterico generalizado.

MALARIA CONGÉNITA

ANTECEDENTES

- Cuarto producto de madre de 27 años G3P3, 4 controles prenatales.
- Nace vía vaginal, a las 40 semanas, en el hospital, sin complicaciones, peso: 3.1kg, talla 51 cm, perímetro cefálico 36 cm, apgar 9-9.

MALARIA CONGÉNITA

ANTECEDENTES

- Egresó junto a su madre
- El día previo al parto, la madre presentó fiebre y escalofríos.
- Acudió a cita control en el centro de salud, donde se le realiza hemograma ya que continuaba febril, evidenciándose una gota gruesa positiva por *Plasmodium vivax*.

MALARIA CONGÉNITA

- **EXAMEN FÍSICO:**

Ictericia generalizada, que involucra palmas y plantas.

Fontanela anterior normotensa

Escleras ictericas. Pupilas reactivas a la luz.

Cardiopulmonar normal.

Abdomen blando, depresible, no hepatomegalia,
bazo palpable a 1 cm bajo el reborde costal izquierdo.

Examen neurológico normal

MALARIA CONGÉNITA

- Piel: erupción tipo pápulas eritematosas distribuida en cara, tórax, dorso, glúteos y extremidades.

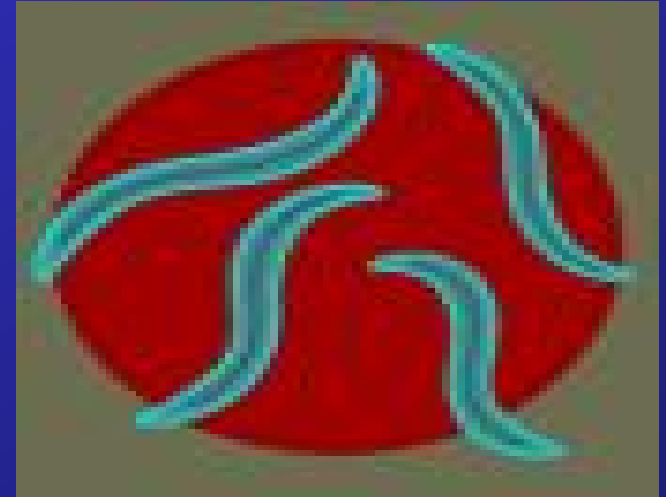






MALARIA CONGÉNITA

- Se le realiza gota gruesa y resulta positiva por *Plasmodium vivax*.



MALARIA CONGÉNITA

- **LABORATORIOS DE INGRESO**

BHC 12,500 leucocitos (41% N 42%L)

Hb 12.3g/dl 93,000 plaquetas

TGO: 35u/L TGP 17u/L

BT 8.07 mg/dl BI 7.68 mg/dl

MALARIA CONGÉNITA

- Se inició tratamiento con cloroquina durante 3 días
- Permaneció hospitalizado durante 6 días con buena evolución clínica
- A su egreso con disminución del tinte icterico y hemograma normal, disminución de las bilirrubinas y no se observó *Plasmodium* en la gota gruesa.

MALARIA CONGÉNITA

- Un mes después acudió a cita control en Consulta externa de Pediatría. Presentó evolución satisfactoria, sin nuevos síntomas.

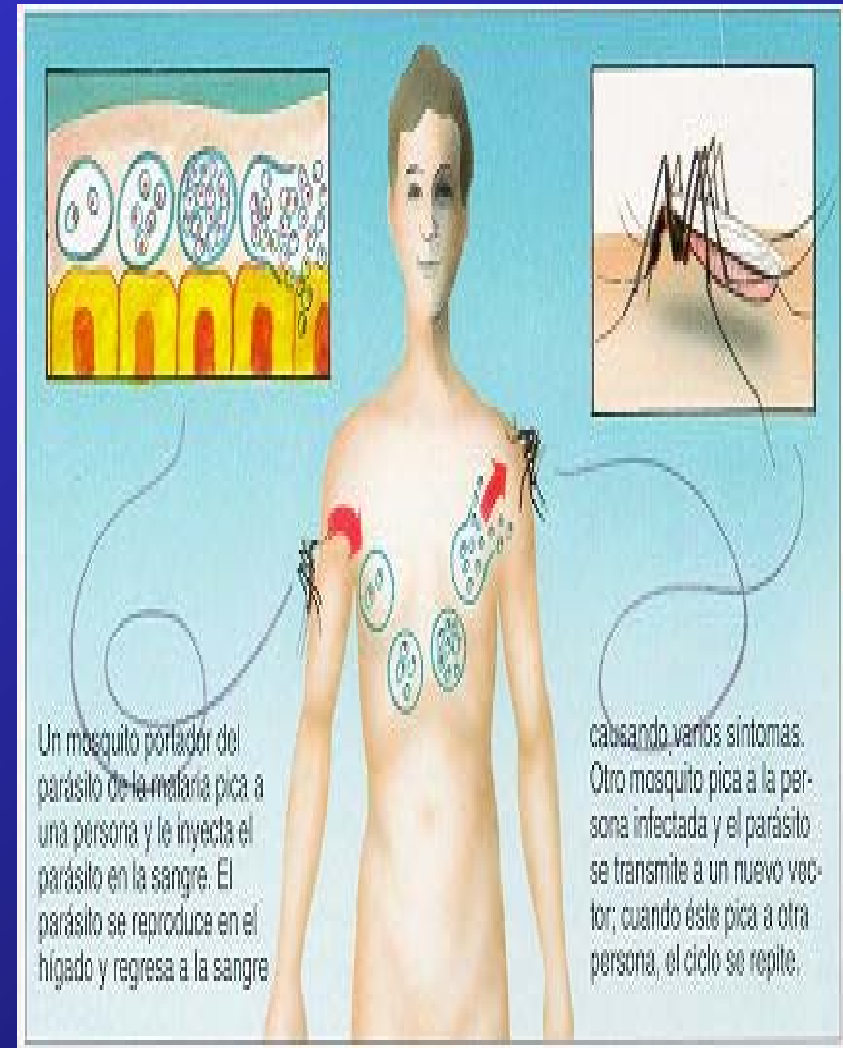
MALARIA CONGÉNITA

- Infección parasitaria distribuida mundialmente y causante de una alta morbilidad (500 millones de casos) y mortalidad (1.5 a 2.7 millones de personas) (1)



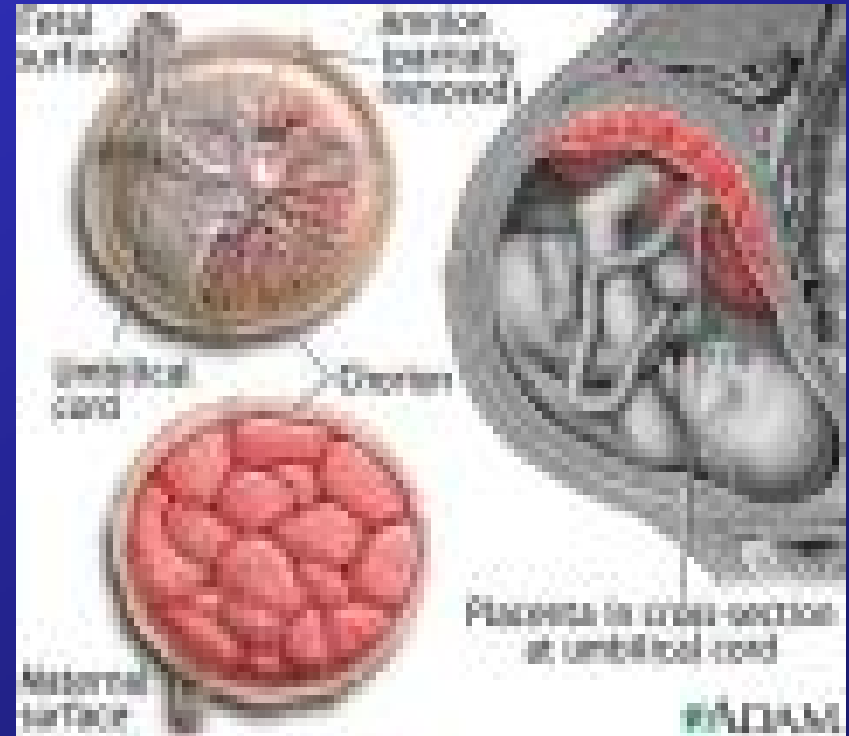
- La malaria congénita no ha sido claramente definida
- Algunos autores consideran la transmisión congénita de los plasmodios cuando los parásitos son demostrados en la sangre periférica **el primer día de vida**⁽²⁾
- Otros autores consideran esta transmisión cuando el parásito ha sido confirmado en los **primeros 7 días de vida**⁽²⁾

- En áreas endémicas, resulta difícil distinguir si se trata de una malaria congénita o adquirida porque en la mayoría de los casos la malaria congénita se manifiesta algunas semanas después del nacimiento.



MALARIA CONGÉNITA

- **¿Cómo adquiere el recién nacido la infección ?**
 - Vía hemática (líquido amniótico)
 - Vía transplacentaria
 - Piel
 - Picadura del mosquito
 - Transfusión de productos sanguíneos



- Nacen asintomáticos
- La presentación de los síntomas se da entre los 10 y 28 días de vida
- Fiebre, ictericia, anemia hemolítica, hepatoesplenomegalia, pérdida de peso, anorexia, decaimiento, diarrea, vómitos, convulsiones, trastornos hidroelectrolíticos
- La complicación neurológica en la malaria congénita siempre es de mal pronóstico.

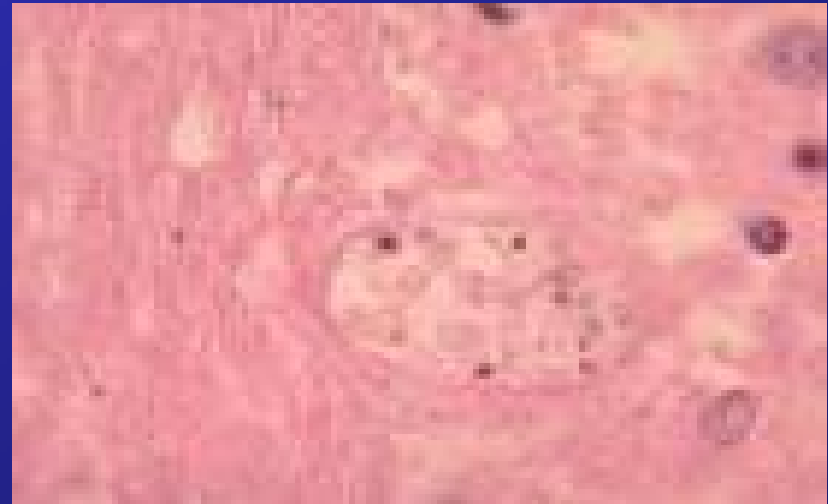
MALARIA CONGÉNITA

- El diagnóstico se basa en la historia clínica que incluya el **antecedente materno de malaria**
- Los laboratorios presentan : **anemia hemolítica, linfocitosis, trombocitopenia, aumento de las bilirrubinas, transaminasas, y fosfatasa alcalina.**

MALARIA CONGÉNITA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Demostración de los parásitos en frotis de sangre periférica o en gota gruesa.



MALARIA CONGÉNITA

- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
 - Infecciones perinatales
 - Anemias hemolíticas
 - Isoinmunización
 - Sepsis neonatal
 - Tuberculosis congénita.

MALARIA CONGÉNITA

- **TRATAMIENTO:**

- Cloroquina: ya que el esporozoíto no es transmitido, y no existe la fase exoeritrocítica.
- Vigilar por sordera neurosensorial y disminución de la agudeza visual

MALARIA CONGÉNITA

- **SEGUIMIENTO**

- Frotis de sangre periférica dentro de las primeras 48 horas de iniciado el mismo.
- Prevención: quimioprofilaxis a mujeres embarazadas con sospecha, diagnosticadas, y de zonas endémicas

- **VACUNA?**



• **BIBLIOGRAFÍA**

- Arana, SuhAmaya, S. Texto básico de Infectología Pediátrica 2004.
- Andreassen Nancy. Enfermedades infecciosas. Tomo I. Pags 125-133. 2003.
- American Pediatric Association: Diagnostic & Statistical Manual of Infection Diseases: 1999: 234-236.
- Castaño Elizabeth. Malaria. Revista Hospital del Niño, Diciembre de 2004.Pags 24-29
- Castrejón María Mercedes y colbs. ¿Qué sabemos de la malaria congénita? Pediátrica de Panamá Vol 31, Num 2, Diciembre 2002

• **BIBLIOGRAFÍA**

- Gelder.López. Tratado de Pediatría. Tomo III. Pags,1240-1246. Primera edición 2003.
- Muñoz P. Transmisión congénita de parásitos. Parasitología médica. Primera edición. 1995
- Maldonado, Gamboa, Carreño. Paludismo congénito en infecciones perinatales.2000. 722-730.
- Zárate, Raúl. Evaluación clínica de la malaria en menores de 1 año. Pediátrica de Panamá. Vol 22, Num 1.Julio de 1999.

GRACIAS