

Malaria grave en viajero por plasmodium falciparum

Ricardo Jerez Sánchez*, Francisco Josué Cordero Pérez, Candela Serra Sánchez*, Concepción Tarancón Maján*****

* MIR. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

** MIR. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

*** LES. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

Correspondencia: Ricardo Jerez Sánchez. rickyjsanchez96@hotmail.com

RESUMEN

Introducción y objetivos: La malaria continúa siendo una enfermedad de relevancia global, especialmente en regiones tropicales y subtropicales, con riesgo elevado para viajeros provenientes de zonas endémicas. En Europa, los casos son casi exclusivamente importados, predominando *Plasmodium falciparum*, asociado a complicaciones graves.

Exposición del caso: Se describe el caso de un hombre de 40 años, sin antecedentes relevantes, que tras un viaje de dos semanas a unas islas de Golfo de Guinea llamadas Santo Tomé y Príncipe presentó un deterioro del estado general al regresar a España que le obliga acudir al hospital. En Urgencias se evidenció una exploración física y analítica típica de esta enfermedad que debido a su gravedad motivó el ingreso en UCI. Tras el diagnóstico de malaria grave por *Plasmodium falciparum*, se inició tratamiento con artesunato intravenoso según pauta estándar. Tras la negativización de los controles parasitológicos y la mejoría clínica clara del paciente se pudo realizar el traslado a planta al cuarto día de ingreso con buen estado general.

Diagnóstico y discusión: Este caso clínico resalta la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato en la malaria grave por *Plasmodium falciparum*. El manejo integral, incluyendo soporte intensivo y hemodiálisis temprana, fue clave para la recuperación renal y la evolución favorable.

PALABRAS CLAVE

Plasmodium falciparum, profilaxis antimalárica, parasitemia, artesunato

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La malaria continúa siendo una enfermedad infecciosa de gran relevancia a nivel mundial, especialmente en regiones tropicales y subtropicales. A pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento, sigue representando una amenaza significativa para los viajeros procedentes de zonas endémicas. En Europa, los casos de malaria son casi exclusivamente importados, siendo el *Plasmodium falciparum* (figura 1) la especie más virulenta y con mayor riesgo de complicaciones graves [1].

El presente caso clínico describe la evolución de un paciente varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que tras un viaje al Golfo de Guinea (Santo Tomé y Príncipe), desarrolla un cuadro clínico compatible con malaria grave por *Plasmodium falciparum* [2]. El objetivo principal de este artículo es analizar la clínica, diagnóstico y el manejo terapéutico realizado, destacando la importancia de la sospecha precoz y el tratamiento adecuado en pacientes con antecedente reciente de viaje a zonas endémicas.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que realiza un viaje de dos semanas por el Golfo de Guinea, concretamente en Santo Tomé y Príncipe. Durante su estancia no refiere profilaxis antipalúdica. A su regreso a España, inicia un cuadro clínico de deterioro del estado general, fiebre elevada (hasta 40°C) y cefalea intensa. Acude al Servicio de Urgencias donde se le realiza una valoración global.

A la exploración física destaca fiebre de 40°C, taquicardia y dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal. Se decide realizar una ecografía abdominal donde se observa hepatomegalia y esplenomegalia (figura 2). En los resultados analíticos se objetiva anemia normocítica normocrómica, trombocitopenia severa, acidosis metabólica hiperlactacidémica y fracaso renal agudo oligoanúrico. Ante el deterioro clínico, el paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Para optimización renal se realiza canalización de un acceso venoso central yugular derecho e inicio de hemodiálisis venosa-venosa continua por fracaso renal agudo AKIN 3. Se toman muestras para hemocultivos y urocultivo. En los hemocultivos, mediante técnica de gota gruesa, se observa parasitemia positiva. La técnica de gota fina confirma la presencia de *Plasmodium falciparum*, estableciendo así el diagnóstico definitivo de malaria grave.

Tras el diagnóstico de malaria por *Plasmodium falciparum*, se inicia tratamiento específico con artesunato intravenoso como fármaco de elección. La pauta utilizada fue una dosis inicial al ingreso de 200 mg (2,4 mg/kg), seguida de la misma dosis a las 12 y 24 horas, continuando posteriormente con una dosis diaria. Además, se efectuaron controles parasitológicos seriados mediante la técnica de gota gruesa a las 12, 24 y 48 horas del inicio del tratamiento.

Los resultados mostraron una rápida respuesta al tratamiento: la gota gruesa se negativizó tras el segundo día de tratamiento con artesunato. Clínicamente, el paciente experimentó una notable mejoría con desaparición de la fiebre, normalización de los parámetros analíticos, incluyendo la resolución de la acidosis metabólica, mejora de la anemia y de la trombocitopenia.

En cuanto el fracaso renal agudo, inicialmente clasificado como AKIN 3, presentó una evolución favorable con disminución de los requerimientos de soporte renal y recuperación progresiva de la función renal. El paciente fue trasladado a planta hospitalaria al cuarto día de ingreso en la UCI, permaneciendo afebril y con buen estado general.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El presente caso clínico subraya la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato en la malaria grave por *Plasmodium falciparum*, una enfermedad potencialmente mortal si no se maneja adecuadamente. En pacientes con fiebre de origen desconocido y antecedentes de viaje reciente a zonas endémicas, la malaria debe ser siempre considerada dentro del diagnóstico diferencial.

El *Plasmodium falciparum* es el agente causante más letal de la malaria, transmitido por la picadura del mosquito *Anopheles* hembra. Tras una fase inicial de replicación en el hígado, invade eritrocitos de todas las edades, lo que permite alcanzar parasitemias elevadas. La destrucción de los glóbulos rojos y el secuestro de eritrocitos infectados en el endotelio, mediados por proteínas como PfEMP1, explican su alta virulencia. Clínicamente se manifiesta con fiebre, anemia hemolítica e ictericia, pudiendo evolucionar rápidamente a formas graves con daño neurológico, insuficiencia renal, acidosis y shock.

El uso del artesunato intravenoso ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento de la malaria grave. Su acción rápida sobre las formas parasitarias sanguíneas permite una disminución significativa de la parasitemia en las primeras 48 horas, lo que se traduce en una mejoría clínica y analítica temprana.

Además de las terapias combinadas basadas en artemisinina, que siguen siendo el tratamiento de elección para la malaria no complicada por *P. falciparum*, continúan utilizándose fármacos como atovacuona-proguanil, quinina con antibióticos y amodiaquina como alternativas en zonas con resistencias o cuando las terapias no están disponibles. Para *P. vivax* y *P. ovale*, la primaquina —y más recientemente la tafenoquina— mantienen un papel esencial para eliminar hipnozoítos y prevenir recaídas. En la malaria grave, el artesunato ha desplazado casi por completo a la quinina, que queda como opción de rescate en contextos limitados. En conjunto, el tratamiento actual combina terapias combinadas basadas en artemisinina como base y el uso selectivo de otros antimaláricos según especie, resistencia y disponibilidad.

El manejo integral del paciente con malaria grave requiere, además del tratamiento antipalúdico, un soporte intensivo adecuado que incluya el control de las complicaciones metabólicas, hematológicas y renales. En este caso, el inicio temprano de hemodiálisis venosa-venosa continua fue determinante para la recuperación y estabilización del medio interno y de la función renal contribuyendo a la evolución favorable del paciente.

Este caso pone de relieve la necesidad de reforzar las medidas preventivas en viajeros, especialmente la profilaxis antipalúdica y la educación sanitaria previa a desplazamientos a regiones endémicas. La malaria importada es una entidad infrecuente en países no tropicales, pero su reconocimiento temprano y tratamiento adecuado pueden ser la diferencia entre la vida y la muerte del paciente.

La prevención de la malaria se basa en reducir el contacto con el mosquito *Anopheles* y en la profilaxis farmacológica en zonas de riesgo. Las medidas esenciales incluyen el uso de mosquiteras impregnadas con insecticida, repelentes, ropa de manga larga y fumigación intradomiciliaria. A nivel comunitario, el control vectorial y la eliminación de criaderos son fundamentales para disminuir la transmisión. En viajeros, la quimioprofilaxis con fármacos como atovaquona-proguanil, doxiciclina o mefloquina, según resistencias locales, es una herramienta clave. Además, en poblaciones endémicas comienza a incorporarse la vacunación (RTS,S y R21) como complemento para reducir la incidencia y gravedad, especialmente en niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Savi MK. An Overview of Malaria Transmission Mechanisms, Control, and Modeling. *Med Sci (Basel)*. 2022 Dec 23;11(1):3.
2. Gozalo AS, Robinson CK, Holdridge J, Mahecha OFL, Elkins WR. Overview of *Plasmodium* spp. and Animal Models in Malaria Research. *Comp Med*. 2024 Aug 1;74(4):205-230.
3. Dixon MWA, Tilley L. *Plasmodium falciparum* goes bananas for sex. *Mol Biochem Parasitol*. 2021 Jul;244:111385.
4. Blanchard A, Hine P. Atovaquone-proguanil for treating uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria. *Emergencias*. 2023 Apr;35(2):139-141.
5. Henry NB, Sermé SS, Siciliano G, Sombié S, Diarra A, Sagnon N, Traoré AS, Sirima SB, Soulama I, Alano P. Biology of *Plasmodium falciparum* gametocyte sex ratio and implications in malaria parasite transmission. *Malar J*. 2019 Mar 12;18(1):70.

TABLAS Y FIGURAS

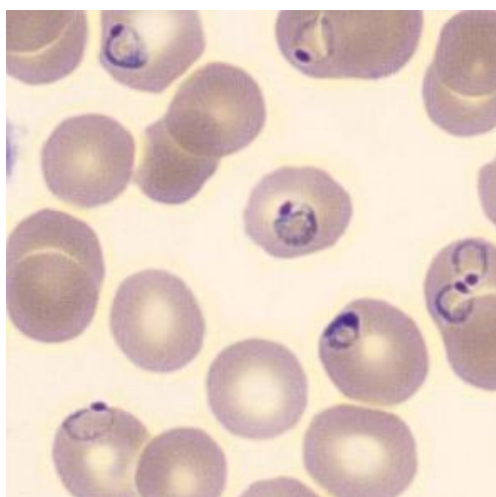


Figura 1. Plasmodium falciparum



Figura 2. Ecografía abdominal. Esplenomegalia