

¿MALARIA CONGÉNITA EN NUESTRO MEDIO? SI SE BUSCA SE ENCUENTRA.

Aguado Lobo I*, Calvo Rey C, Merino F, Cenzual G, Olabarrieta Arnal I.
Servicio de Pediatría. Servicio de Microbiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Isabel Aguado Lobo. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Avda Orellana, s.n. Leganés. 28911. Madrid. Teléfono 660952160. iaeureka@yahoo.es

Introducción. La malaria es una parasitosis causada por diversas especies de protozoos del género *Plasmodium sp.* Se suele transmitir por la picadura del mosquito hembra *Anopheles sp.* También se describen formas de contagio vertical y por transfusión de hemoderivados. Presentamos un caso de malaria congénita.

Caso clínico. Recién nacido a término de peso adecuado para la edad gestacional, hijo de madre diagnosticada durante el primer trimestre del embarazo de malaria. La gestación fue controlada los dos primeros trimestres en Guinea, posteriormente en nuestro hospital. La exploración física fue normal. Se solicitó hemograma y bioquímica que no mostraron alteraciones. Se recogió en papel de filtro una muestra de sangre total obtenida del talón del niño para la realización de una PCR de malaria que fue positiva para *Plasmodium falciparum*. Ingresó a los 8 días de vida con diagnóstico de malaria congénita para recibir tratamiento bajo observación directa con sulfato de quinina (10mg/kg/8horas) y clindamicina (20mg/kg/día) durante siete días, con buena tolerancia. La PCR de malaria una semana tras el tratamiento fue negativa.

Comentarios. La malaria congénita se define por la presencia de formas asexuales de *Plasmodium sp.* en sangre periférica del recién nacido durante los primeros siete días de vida o, más tarde si nos encontramos en una zona no endémica. La embarazada tiene mayor riesgo de contraer malaria debido a la existencia de receptores en la placenta que permiten la adhesión del parásito. La trasmisión al feto se produce principalmente durante el segundo o tercer trimestre de gestación. Cuando la mujer es primigesta, inmunodeprimida (VIH), tiene anemia o se traslada de área endémica a zona no endémica aumenta el riesgo de infección congénita. El desarrollo de técnicas diagnósticas más sensibles como la PCR permite detectar parasitemias bajas y mixtas. Para el tratamiento se emplea cloroquina o sulfato de quinina si se sospecha resistencia. En casos de *P.vivax* y *P.ovale* no es necesario el uso de primaquina ya que, en la malaria congénita no hay etapa hepática del parásito. Dado que la mayoría de los casos de malaria congénita son asintomáticos, se debería aumentar la vigilancia sobre los recién nacidos de aquellas gestantes con historia de viaje reciente a zonas endémicas. La sensibilidad de la PCR unida a la fácil obtención de la muestra y la escasa cantidad de sangre necesaria para la realización de la técnica, la convierten en una opción adecuada tanto para diagnóstico como seguimiento de malaria congénita.

SOLICITADO..... POSTER