

## A PROPOSITO DE UN CASO DE PALUDISMO CONGENITO EN THOMONDE, HAITI

\* Daniel Henrys

El 26 de abril 1982, un recién nacido masculino fue traído al dispensario de Thomonde para su primera visita. Es en realidad, después de algunos años, una práctica en la comunidad traer los bebés al dispensario muy pronto después del nacimiento para el establecimiento con los padres de un esquema de vacunación.

Este bebé, nacido a domicilio 2 días antes, aparentaba ser normal y pesaba 2,530 g. (peso medio de nacimiento de varones en Thomonde: 2,990 g.). La madre había sido asistida por una comadrona tradicional relacionada con el dispensario. La placenta no fue encontrada.

Al día siguiente, 27 de abril, el bebé fue traído al dispensario. Desde la noche anterior presentaba fiebre y los padres notaron una coloración amarillenta de los tegumentos. El infante que hasta ese momento tomaba bien el seno lo rehusaba sistemáticamente.

Al examen físico se notó una ictericia franca, una temperatura de 37.9°C. y una ligera hepatomegalia. Nosotros

nos apresuramos a dirigirlo a un hospital pero se supo de un episodio febril tratado con cloroquina en el interrogatorio de la madre y se confirmó al verificar su expediente. Este episodio ocurrió en el quinto mes del embarazo en esta primípara de 24 años.

Una gota gruesa fue tomada del bebé y mostró la presencia en sangre periférica de trofozoitos del plasmodium. El recibió entonces una dosis de cloroquina a 10 mg. por kilo, es decir, 25 mg. por vía oral. Una helioterapia, paseos bajo el sol fueron indicados para combatir la ictericia. Se le pide a los padres traer el bebé a diario al dispensario para su tratamiento y para permitirnos seguir su evolución.

El bebé fue revisto el 30 de abril, 3 días más tarde, luego de que el personal del hospital tuviera que irlo a buscar, ya que los padres no lo habían traído puesto que él seguía bien desde la noche del 27 de abril.

El examen clínico practicado el 30 de abril reveló que el niño estaba completamente normal. A pesar de esto el bebé recibió una nueva dosis de 25 mg. de cloroquina y se decide verlo una vez por semana.

El paciente hizo un nuevo episodio febril 12 días más tarde, el 12 de mayo. El frotis sanguíneo y la gota gruesa

(\*) Médico del Dispensario de Thomonde, Haití. Trabajo presentado en las 4tas. Jornadas Haitianas de Pediatría, junio 17, 1983.

días, el Plasmodium fue encontrado en la sangre periférica y los signos de afección palúdica han rápidamente regresado con el tratamiento de Cloroquina.

Afirmar el carácter congénito de la enfermedad es todavía más difícil en la zona endémica donde los primeros signos del quebranto deben ser observados pronto después del nacimiento como lo muestra el siguiente cuadro del espacio de tiempo máximo a observar:

- 7 días para Plasmodium Falciparum (incubación: 7 a 15 días).
- 15 días para Plasmodium Vivax (incubación: 15 días a 9 meses).
- 15 días para Plasmodium Ovale (incubación: 15 días a varios meses).
- 21 días para Plasmodium Malaria (incubación: 3 semanas a 20 años).

Por el contrario, en zonas libres de paludismo, manifestaciones aún tardías pueden permitir reconocer la afección como congénita. Así un caso ha sido descrito en los Estados Unidos en el cual el tiempo de aparición de los signos fue de 33 días. La madre había inmigrado de una zona endémica. A pesar de este largo período se trataba de un Plasmodium Falciparum. Este caso muestra la dificultad de hacer la diferencia entre Paludismo Congénito y neonatal.

#### SIGNOS CLINICOS:

C. Larrajige y colaboradores han destacado en un número de observaciones de Paludismo congénito, los signos que han conllevado a la búsqueda del plasmodio.

— Fiebre	72 veces
— Esplenomegalia	33 veces
— Hepatomegalia	18 veces
— Anemia	13 veces
— Ictericia	8 veces

Tres de estos signos han sido encontrados en este bebé. La anemia no fue buscada.

Nosotros no hemos encontrado ninguna descripción de Paludismo congénito en Haití.

La enfermedad existe, pero probablemente pasa desapercibida. Los signos aquí descritos deberán motivar la búsqueda sistemática del Plasmodium, tanto más que una Ictericia neonatal puede conllevar a una exsanguíneotransfusión y por ende crear entonces el problema del diagnóstico diferencial entre Paludismo congénito y Paludismo Post-transfusional.

En el caso aquí presentado el segundo episodio de fiebre acaecido 15 días después del primero nos permite presentar dos hipótesis:

- O se trata de una recaída, consecuencia de un tratamiento insuficiente.
- O el bebé fue contaminado por picadura de mosquito después del primer episodio e hizo un Paludismo Neonatal.

En ambos casos, el paciente ha aparentado estar mal frente al Paludismo y la segunda hipótesis justifica el tratamiento profiláctico administrado durante 2 meses.

El Paludismo congénito se comporta como un Paludismo post-transfusión; por tanto no existe invasión hepática y no hay formas exo-eritrocíticas. El tratamiento en general se sigue de 3 a 5 días.

#### CONCLUSION

El caso de Paludismo congénito aquí presentado nos ha permitido hacer una revisión del tema.

Enfermedad rara, el Paludismo congénito no es lo suficientemente buscado en Haití. La búsqueda del Plasmodium debería formar parte de la investigación diagnóstica en todo caso de síndrome febril del recién nacido.

#### RESUMEN

Un bebé masculino fue visto en el dispensario de Thomonde, Haití, 3 días después de su nacimiento por fiebre e ictericia. El diagnóstico de paludismo congénito fue hecho y su tratamiento correspondiente instituido.

Un episodio febril se detectó en la madre en el transcurso de su quinto mes de embarazo.

La incidencia de la enfermedad, las relaciones con la infestación placentaria y los criterios de diagnóstico son discutidos.

#### REFERENCIAS

- E. Bois et D. Henrys: Etude sur le poids de naissance à Thomonde. Juin 79 (deuxièmes journées de pédiatrie).
- I.A. McGregor et al.: Malaria infection of the placenta in The Gambia, West Africa; its incidence and relationship to stillbirth, birthweight and placental weight in transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 77, No. 2, 232-244 (1983).
- P. Walter et al.: Placenta et paludisme. Etude morphologique, parasitologique et clinique. J. Gyn. Obst. Repr. 1981, 10, 535-542.
- U. Omanga et al.: Immunité antipaludique materno-transmise et son évolution chez l'enfant. Médecine Tropicale, vol. 42 No. 1. Janvier-février 1982.
- P. Bouree: Paludisme congénital à plasmodium falciparum. A propos d'un cas à Paris. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 76, 1983, 43-48.
- C. Lajarrige et al.: Paludisme congénital. A propos d'une nouvelle observation. La revue de Pédiatrie. T. XVI Oct. 1980 No. 8.
- T.C. Quinn: Congenital malaria: a report of four cases and a review. The Journal of Pediatrics. August 1982.
- B. Lagardere: Le paludisme de l'enfant. La revue du Practicien, tome XXXIII No. 8.
- D.H.G. de Silva et al.: Congenital malaria due to Plasmodium vivax: a case report from Sri Lanka. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 75, No. 1, 1982.

N. Kesaree et al.: Neonatal Malaria. *Indian Pediatrics*, vol. 18. May 1981.

C.L. MacLeod et al.: Double Malaria Infection in a six-week-old infant. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 31 (5), 1982, pp. 893-896.

E. Higgins Nardin et al.: Congenital transfer of antibodies against malarial sporozoites detected in Gambian infants. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 30 (6), 1981, pp. 1159-1163.

C. Laroche: Un cas de paludisme post-transfusionnel neo-natal.