



## I-88. - CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL PALUDISMO IMPORTADO EN POBLACIÓN INMIGRANTE Y VIAJEROS

*A. García Pérez<sup>1</sup>, C. Menéndez Fernández-Miranda<sup>1</sup>, M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, J. Boga Ribeiro<sup>2</sup>, A. Martínez Zapico<sup>1</sup>, I. Piñero de Paz<sup>1</sup>, A. Rodríguez-Guardado<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

## Resumen

**Objetivos:** El paludismo importado ha aumentado en nuestro país ligado a los fenómenos migratorios y al incremento de los viajes a países endémicos. Se describen las características diferenciales del paludismo importado entre una población de viajeros y otra inmigrante diagnosticados del mismo entre 2007-2014 en la consulta de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias.

**Métodos:** Estudio comparativo retrospectivo de todos los pacientes con un diagnóstico demostrado de paludismo a partir de los registros del S. de Microbiología. El protocolo de estudio incluía datos demográficos, tipo de paciente y de permanencia en zona palúdica, de diagnóstico microbiológico, y evolución de los pacientes. La definición de episodio de malaria grave se realizó siguiendo los criterios establecidos por la OMS en los años 1990 y 2000. El diagnóstico de paludismo se realizó a partir de sangre mediante gota fina con tinción rápida de Giemsa, PCR “in house” especie-específica y test inmunocromatográfico para la detección de antígenos de Plasmodium. Los pacientes fueron clasificados en viajeros (habían contraído el paludismo a través de un viaje) e Inmigrantes (pacientes que residían en áreas endémicas de malaria cuando adquirieron la enfermedad).

**Resultados:** Se revisaron 42 pacientes (59,5% varones), con una edad media de 39 años (límites 14-68). 26 pacientes eran viajeros y el resto eran inmigrantes recién llegados. Las razones del viaje fueron: inmigrantes que regresaban temporalmente a sus lugares de origen (77%), cooperación (11,5%), trabajo (7,7%) y aventura (3,8%). No hubo diferencias significativas en el sexo ni la edad. Las zonas donde se contrajo la enfermedad fueron: África Central (53,8%), África del Oeste (34,6%), África del Este (7,7%), Sudamérica (3,8%). Las infecciones procedentes de África Central fueron más frecuentes en población inmigrante (13 vs 14,  $p = 0,075$ ) donde además no se encontró ninguna infección procedente de África del Este. La microscopía óptica fue positiva en 23 casos (54,8%) y la inmunocromatografía en 31 (73,8%). El resto se diagnosticaron por PCR. La presencia de una microscopía óptica positiva fue más frecuente en el grupo de viajeros (27 vs 6,  $p = 0,07$ ). Diez pacientes inmigrantes se diagnosticaron únicamente por PCR. Las especies más frecuentemente diagnosticadas fueron *P. falciparum* (86%), *P. malariae* (7%), *P. vivax* (5%) y *P. ovale* (3%) sin diferencias significativas. No se detectaron coinfecciones. En el grupo de viajeros el síntoma más frecuente fue la fiebre (92%,  $p = 0,001$ ), cefalea (48%) y vómitos (7,1%). Diez pacientes inmigrantes referían estar asintomáticos. Solo un paciente del grupo de viajeros desarrolló malaria cerebral. Las alteraciones analíticas fueron: anemia (78%), seguida de plaquetopenia (38%) y leucopenia (14,3%). Un 50% de los pacientes presentaba alteración de las pruebas de función hepática. La presencia de hiperbilirrubinemia (1,82 [2,82] vs 0,612 [0,382],  $p = 0,035$ ), y el aumento de GGT (10 1 [98] vs 3 7 [33],  $p = 0,045$ ), fueron

significativamente superiores en viajeros que en población inmigrante. El 100% de los pacientes no usó profilaxis antipalúdica o ésta fue insuficiente o incorrecta. El tratamiento más frecuente fue la combinación de quinina con doxiciclina (38 pacientes). El resto recibió atovacuona-proguanil. Dos de los pacientes tratados con atovacuona-proguanil recidivaron. No hubo fallecimientos.

*Discusión:* La presencia de paludismo ha aumentado en nuestro país debido a los fenómenos migratorios y al incremento del turismo hacia países endémicos. Existen diferencias entre ambos grupos, siendo en los casos relacionados con la inmigración una enfermedad paucisintomática.

*Conclusiones:* A diferencia de los viajeros la población inmigrante presenta con frecuencia paludismos paucisintomáticos tanto desde el punto de vista clínico como el analítico por lo que debe extremarse la sospecha diagnóstica en este grupo. La reacción en cadena de la polimerasa es una herramienta útil en el diagnóstico.