



Revista Portuguesa de Pneumologia

ISSN: 0873-2159

sppneumologia@mail.telepac.pt

Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Portugal

Pires, A.; Capela, C.; Gouveia, P.; Mariz, J.A.; Gomes, G.; Oliveira, J.E.
Malária grave - Caso clínico
Revista Portuguesa de Pneumologia, vol. 17, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 41-43
Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Lisboa, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169722528009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Rev Port Pneumol. 2011;17(1):41-43



revista portuguesa de
PNEUMOLOGIA
portuguese journal of pulmonology
www.revportpneumol.org

CASO CLÍNICO

Malária grave – Caso clínico

A. Pires^{a,*}, C. Capela^a, P. Gouveia^a, J.A. Mariz^a, G. Gomes^b e J.E. Oliveira^b

^a*Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga, Braga, Portugal*

^b*Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Serviço de Medicina, Hospital de Braga, Braga, Portugal*

Recebido em 9 de dezembro de 2009; aceite em 29 de agosto de 2010

PALAVRAS-CHAVE

Malária grave;
SDRA;
Plasmodium
falciparum;
Parasitemia

KEYWORDS

Severe malaria;
ARDS;
Plasmodium
falciparum;
Parasitemia

Resumo

Apresenta-se o caso clínico de um doente regressado de Angola com índice de parasitemia inicial pelo *P. falciparum* era de 43%.

Disfunção múltipla de órgãos, incluindo ARDS, implicaram o ingresso de alta vigilância, com sobrevivência do mesmo.

Faz-se uma breve revisão do assunto, com enfoque nos indicadores de prognóstico, alertando e sensibilizando para esta entidade, cuja expressão, assumir importância crescente.

© 2009 Publicado por Elsevier España, S.L. en nome da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Todos os direitos reservados.

Severe malaria – Clinical case

Abstract

We report a clinical case of severe malaria, where the rate of initial parasitemia by *P. falciparum* was 43%.

Multiple organ dysfunction, including ARDS, forced admission in

Introdução

A Malária é causada pelo protozoário *Plasmodium*¹, com ciclo de vida intra e extra eritrocitária, sendo o homem infectado pela picada do mosquito anopheles. Há 4 espécies capazes de causar malária humana: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*.

A maioria dos casos de malária importada é por *Plasmodium falciparum*. Caracteriza-se por febre, arrepios, hipersudorese e cefaleias, que surgem entre o 9.º e 14.º dia após picada, podendo a incubação durar meses.

Sem diagnóstico e tratamento imediatos, a parasitemia eritrocitária pode atingir valores críticos, hemólise maciça, disfunção multiorgânica e induzir morte.

O envolvimento pulmonar com edema é uma complicação maior². Mais frequente no adulto, é mais grave nas grávidas e indivíduos não-imunizados³. A barreira alvéolo-capilar sofre aumento da permeabilidade capilar e há inundação alveolar, mecanismo que subjaz aos quadros de Lesão Pulmonar Aguda/Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (SDRA)⁴.

Caso clínico

Homem, 44 anos de idade, raça negra, angolano e residente em Portugal há 24 anos, onde trabalha na construção civil.

Antecedentes médicos e cirúrgicos irrelevantes. Negava hábitos alcoólicos ou tabágicos, uso de drogas ilícitas e contactos sexuais de risco. Regressado, há 2 semanas, da sua primeira ida a Angola, sem ter tomado qualquer precaução.

Recorre ao Serviço de Urgência por febre (40 °C) e mal-estar geral, com uma semana de evolução, e dejeções diarreicas aquosas há 3 dias.

Na admissão, razoável estado geral, mucosas secas e escleróticas ictéricas. Perfil hipotenso e taquicárdico, apirético e boas saturações periféricas.

Sem foco infeccioso evidente e reações irrelevantes.

Apresentava: hemoglobina 11,9 g/L; plaquetas 27,000/ μ L; função renal ligeira citólise, sem hiperbilirrubinemia; proteína C reactiva (pcr) 228,9 mg/L; *Plasmodium* positiva com parasitemia.

Inicia terapêutica com sulfato de

Excluída infecção por vírus hepato-parasitas intestinais, infecção urinária bacteriana ou bacteriemia. Telerradiografia

Ao 3.º dia de internamento (D3), o doente é pálido, desidratado e aprofundado. Apresenta sudorese profusa, febre, hipotensão hemodinâmica. Auscultação pulmonar com inspiratórias bilaterais.

A hemoglobina decai (6,8 g/L), com hiperbilirrubinemia, LDH 801 U/L, hematócrito e trombocitopenia (37,000/ μ L), cretinina ligeira e discreta citólise hepática. A creatinina e a Procalcitonina atinge 42,6 mg/L e 0,1 ng/L, negativamente no exame directo. O teste de banda única para antígeno de *P. falciparum*

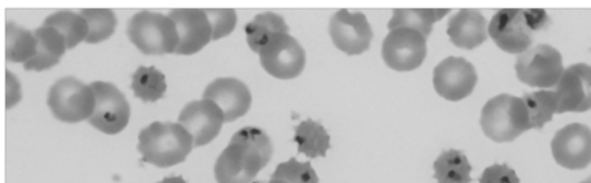
O doente é admitido numa Unidade de Cuidados Intermediários, com disfunção cardiovascular, renal, hepática e respiratória (fulvendo os critérios de SDRA (fig. 2). Tenta-se tratamento séptico e suporta-se o doente com suporte empírico (Linezolid + Piperacilina). Não há concentração de glóbulos rubros.

Ao D7 reúne condições para transferência para a enfermaria geral. No D8, verificando os achados radiológicos e das trocas, o microbiológico mostra-se negativo para *P. falciparum* com Sulfato de Quinino até há alta (D10).

Ao D11 demonstrava Hemoglobina 10,5 g/L, leucocitose ou trombocitopenia, creatinina renal, diminuição da bilirrubinemia, mantendo-se negativa a pesquisa de *P. falciparum*. A ecografia abdominal excluiu hepatomegalia.

O doente tem alta, com bom estado geral, permanente e sem necessidade de medicação. Avaliado, subsequentemente, em consulta de resolução clínica completa.

Discussão e conclusões



Malária grave – Caso clínico

grave, meningite, febres hemorrágicas, salmonelose, hepatite viral e dengue. A febre é frequente e deve ser tratada com paracetamol, para minimizar a diátese hemorrágica. Responde mal aos antipiréticos devendo estes ser complementados com medidas físicas. Os casos importados de malária, na fase inicial, raramente seguem padrão de febre quartã ou terçã, que surge após alguns ciclos com a sincronização da parasitemia. Sintomas adicionais são calafrios, cefaleias, mal-estar inespecífico, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e mialgias. A esplenomegalia é um achado inconstante. Na prática, a malária deve ser evocada no indivíduo febril regressado dos trópicos, sobretudo se coexistem anemia, trombocitopenia ou citólise.

Em 10% dos casos verifica-se uma evolução maligna. Estes são maioritariamente induzidos pelo *P. falciparum*. A Malária grave pode evidenciar deterioração clínica e laboratorial em horas, registando-se 50% dos óbitos nas primeiras 24 horas⁵.

O diagnóstico faz-se pela demonstração microscópica do parasita em gota espessa. O grau de parasitemia deve ser determinado inicialmente, ao 3.º, 7.º e 28.º dias, para avaliar onde está da pôr apenas a gravidade, monitorizar a resposta e detectar falências tardias⁶.

A pesquisa inicial deverá repetir-se a intervalos de 12 horas até detecção do agente e, se a suspeita clínica é fundamentada, é lícito tratar empiricamente.

A Malária grave é exemplo paradigmático onde o início pronto da terapêutica e a monitorização intensiva trazem benefícios.

SDRA define-se pela instalação aguda de infiltrados pulmonares bilaterais, na ausência de falência cardíaca e uma relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ mmHg.

A ausência de turgescência venosa jugular, refluxo hepatojugular e edemas periféricos, bem como, radiograficamente, a inexistência do típico padrão em “asa de borboleta” e de redistribuição cefálica da circulação pulmonar não sustentam gênese cardiogénica. Estes elementos presidiram à estabilização do doente com reforço volémico, sem que tal agravasse as trocas respiratórias. Contudo, a lesão alvéolo-capilar propicia a instalação de edema pulmonar. O edema pulmonar não cardiogénico raramente ocorre com outras espécies de *Plasmodium*.

O sulfato de quinino é o fármaco de eleição para as formas graves, embora implique risco de arritmogenicidade, particularmente se houver história familiar de morte súbita ou QT longo. O glocunato de quinidina é mais

A eficácia do tratamento deve ser avaliada em lâmina. O grau de parasitemia deve ser 90% em 48 horas e deve ser nula ao 3.º dia.

O caso presente surge por inobservância das medidas preventivas, incluindo quimioprofilaxia. O grau de da ordem dos 5% indica gravidade. O doente, perspectivavam evolução com falências sucessivas na instalação de falências sucessivas SDRA.

A impossibilidade de caracterização da espécie de *Plasmodium*, não limitou a terapêutica. O teste BinaxNOW® confirmou a presença demonstrando banda única de antigénio. A identificação genómica por *polymerase chain reaction* (PCR) é outro meio disponível para a identificação de *Plasmodium*.

Comparado com a PCR, o teste de diagnóstico rápido tem sensibilidade global de 94% para detectar *P. falciparum* e de 84% para outras espécies, com especificidade de 99%^{7,8}.

A evolução com disfunção múltipla de órgãos não admitir sépsis secundária instalada. A monitorização determinando a estratégia adoptada.

Malgrado a gravidade do quadro clínico, a admissão numa unidade de cuidados intensivos para monitorizar e alertar precocemente a par da conduta elegida, revelaram-se capazes de reverter as várias disfunções, permitindo a recuperação mecânica.

Apesar de relativamente raro em Portugal, a malária tende a alterar-se com o tempo, com diferenças entre pessoas entre países com afinidade genética e com o caso das relações com as ex-colónias.

Bibliografia

1. Freedman OD. Malaria prevention in the tropics. *Engl J Med*. 2008;359:603-12.
2. Taylor WR, Cañon V, White NJ. Pulmonary complications of malaria: recognition and management. *Lancet*. 2006;5:419-28.
3. Mohan A, Sharma SK, Bollineni S. Acute respiratory distress syndrome in malaria. *Chest*. 2008;45:179-93.
4. Charoenpan P, Indraprasit S, Kiatboon A. Edema in severe falciparum malaria. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;78:100-2.