



Revista Portuguesa de Pneumología

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 Pneumología, vol. 17, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 41-43

Sociedade Portuguesa de Pneumología

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^a

^aServiço de Medicina Interna, Hospital de Braga, Braga, Portugal

^bUnidade 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

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 sobrevida do mesmo.

Faz-se uma breve revisão do assunto, com enfoque nos indicadores de geral, 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.

KEYWORDS

Severe malaria;
ARDS;
Plasmodium falciparum;
Parasitemia

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 a

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 major². 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 dejecções diarreicas aquosas há 3 dias.

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

Sem foco infeccioso evidente e relevante.

Apresentava: hemoglobina 11,9 g/dL; plaquetas 27.000/ μ L; função renal normal; leigeira citólise, sem hiperbilirrubinemia; proteína C reactiva (pcr) 228,9 mg/L. *Plasmodium* positiva com parasitemia de 1%.

Inicia terapêutica com sulfato de zinco e exclui infecção por vírus hepático, parasitas intestinais, infecção urinária ou bacteriana ou bactériemia. Telerradiografia

Ao 3.º dia de internamento (D3) o paciente se apresenta pálido, desidratado e aprofundadamente desorientado. Apresenta sudorese profusa, febre, pressão arterial baixa e hemodinâmica. Auscultação pulmonar revela roncos inspiratórios bilaterais.

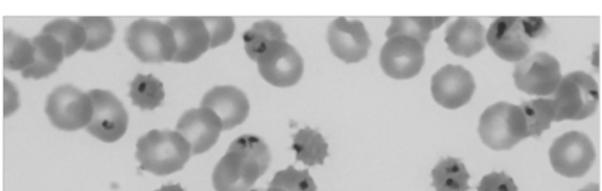
A hemoglobina decai (6,8 g/dL), hiperbilirrubinemia, LDH 801 U/L, hipercolesterolemia, trombocitopenia (37.000/ μ L), cretinina sérica ligeira e discreta citólise hepática. A amilase e a Procalcitonina atinge 42,6 mg/dL e 0,5 ng/mL, respetivamente, ambos negativado no exame directo. O teste para imunoabsorção enzimática da banda única para antigénio de *P. falciparum* é positivo.

O doente é admitido numa UIC Intermédios, com disfunção cardiorrenal, hepática e respiratória (4 critérios de SDRA (fig. 2). Tenta-se-septica e suporta-se o doente empírica (Linezolid + Piperacilina concentrado de glóbulos rubros.

Ao D7 reúne condições para prona enfermaria geral. No D8, verifica dos achados radiológicos e das trocas microbiológico mostra-se negativo com Sulfato de Quinino até há alta (

Ao D11 demonstrava Hemoglobina, leucocitose ou trombocitopenia renal, diminuição da bilirrubinemia e continuando negativa a pesquisa de hepatite. A ecografia abdominal excluiu hepatomegalia.

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



Discrepancy = $\bar{S}_d - \bar{S}_u$



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 parasitêmia. 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 parasitêmia 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 empíricamente.

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 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$.

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 génese 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 OT longo. O glocunato de quinidina é mais

A eficácia do tratamento deve ser microscópico de lámina. O grau de 90% em 48 horas e deve ser nula ao 3.

O caso presente surge por inobras preventivas, incluindo quimioprofilaxia da ordem dos 5 % indica gravidade doente, perspectivavam evolução da instalação de falências sucessivas SDRA.

A impossibilidade de caracterizar a espécie de *Plasmodium*, não limita a terapêutica. O teste BinaxNOW® demonstrando banda única de antígeno. A identificação genómica por PCR é outro meio disponível para *Plasmodium*.

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

A evolução com disfunção multiorgânica admite sépsis secundária instalada determinando a estratégia adoptada.

Malgrado a gravidade do quadro e a clínica, a admissão numa unidade de cuidados intensivos para monitorizar e alertar precocemente a par da conduta elegida, revelaram reverte as várias disfunções, permitindo a mecanica.

Apesar de relativamente raro em Europa, a malária tende a alterar-se com a migração das pessoas entre países com afinidades culturais, caso das relações com as ex-colónias.

Bibliografia

1. Freedman OD. Malaria prevention in travel. *Engl J Med*. 2008;359:603-12.
2. Taylor WR, Cañon V, White NJ. Pulmonary haemorrhage in severe falciparum malaria: recognition and management. *BMJ*. 2006;332:419-28.
3. Mohan A, Sharma SK, Bollineni S. Acute respiratory distress syndrome in malaria. *Crit Care*. 2008;45:179-93.
4. Charoenpan P, Indraprasit S, Kiatbunyakarn S. Acute pulmonary edema in severe falciparum malaria. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;78:103-7.