



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Malaria y gestación: complicaciones, prevención y tratamiento



Marta Agenjo González

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital La Zarzuela, Madrid, España

Recibido el 14 de julio de 2014; aceptado el 21 de julio de 2014

Disponible en Internet el 16 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Malaria en gestación;
Tratamiento
intermitente preventivo;
Bajo peso al nacimiento

KEYWORDS

Malaria in pregnancy;
Intermittent preventive
treatment;
Low birth weight

Resumen La malaria es una enfermedad emergente en Occidente debido a la inmigración y el turismo. Si se da en el embarazo, se asocia a resultados desfavorables, como anemia, bajo peso al nacimiento, aborto, muerte neonatal y materna. Por eso la Organización Mundial de la Salud aconseja un tratamiento de prevención en todas las gestantes que vivan en zonas endémicas. Dichos fármacos están cambiando debido al aumento de resistencias. Se presenta el caso de una gestante que presentó malaria en el primer trimestre de gestación con diversas complicaciones. También se revisan los resultados de nuevos fármacos para el tratamiento y la prevención de esta enfermedad.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Malaria and pregnancy: Complications, prevention and treatment

Abstract Malaria rates are increasing in western countries due to immigration and tourism. Malaria infection in pregnant women is a major risk for anemia, low birth weight, miscarriage, and maternal and perinatal mortality. The World Health Organization recommends intermittent preventive treatment in pregnant women in endemic areas. This treatment is changing because of increasing resistance. We report a case of a pregnant woman with malaria in the first trimester and its adverse outcome. We also review different drugs for the treatment and prevention of this infection.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La malaria es una enfermedad causada por un parásito del género *Plasmodium* y es transmitida por el mosquito *Anopheles* hembra, resultando una parasitemia periférica que puede

cursar de forma asintomática¹. El paludismo o malaria es una enfermedad prevalente en la mayor parte de las regiones tropicales del mundo, especialmente en África, aunque también existe una alta incidencia en Asia, Oceanía, Oriente Medio y Turquía².

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.07.016>

0304-5013/© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Más de 30 millones de mujeres se embarazan cada año en áreas endémicas del África subsahariana. En áreas de baja transmisión de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*), la inmunidad adquirida es baja y las mujeres gestantes son susceptibles de malaria severa, que puede provocar aborto, muerte anteparto o muerte materna. En áreas con elevada transmisión, los niveles de inmunidad adquirida son altos y las mujeres son susceptibles de infección asintomática, que resulta en anemia, parasitemia placentaria o bajo peso al nacer³. Además, puede producir malaria congénita, que se define como la presencia del parásito *Plasmodium* en los eritrocitos del neonato de menos de 7 días de vida y su incidencia es del 0-37%⁴.

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una estrategia preventiva para mujeres gestantes que vivan en áreas endémicas para malaria con el fin de reducir los efectos adversos, tanto maternos como fetales. El tratamiento antimalaria intermitente preventivo durante el primer y el segundo trimestres y el uso de insecticida contra el mosquito han demostrado disminuir significativamente el riesgo mortalidad neonatal y de bajo peso al nacimiento en regiones con transmisión estable de malaria⁵.

Dicha profilaxis ha consistido principalmente en un tratamiento con sulfadoxina-pirimetamina, administrado en al menos 2 dosis durante la gestación⁶. Pero la combinación sulfadoxina-pirimetamina está disminuyendo su efectividad debido al aumento de resistencia del *P. falciparum*, por lo que se han empezado a valorar nuevos fármacos. La terapia combinada derivada de artemisina se recomienda como primera línea de tratamiento de malaria en el segundo y el tercer trimestres de gestación⁷. La OMS considera que no hay suficientes datos para recomendarla en el primer trimestre, aunque en algunos países, como Zambia, ya lo han reemplazado como primera elección desde el comienzo de la gestación, tanto para tratamiento preventivo como terapéutico de episodios de la enfermedad. Mayando et al.⁸ realizaron un estudio prospectivo comparando resultados perinatales, como la mortalidad anteparto y neonatal, el bajo peso al nacimiento, las malformaciones, y desarrollo neurológico a los 12 meses, comparando artemetero-lumefantrina (Coartem[®], Novartis Pharma AG) con sulfadoxina-pirimetamina durante el primer trimestre, sin objetivarse diferencias significativas en ningún parámetro.

En cuanto al tratamiento de un episodio de malaria durante el embarazo, debe ser multidisciplinar, ya que la gestación puede agravar las formas de la enfermedad. Por tanto, el tratamiento debería ser intrahospitalario, al menos hasta que desapareciera el parásito en sangre. El tratamiento habitual es el de quinina por vía intravenosa, la cual requiere determinación de glucemias, diuresis y monitorización electrocardiográfica. Se deben determinar periódicamente la hemoglobina y las plaquetas, y si la parasitemia alcanza tasas de más del 10% en sangre, valorar una exanguinotransfusión. También debe evitarse la hiperpirexia, ya que temperatura mayor a 42° C puede desencadenar lesiones neurológicas permanentes y producir pérdida de bienestar fetal o desencadenar el parto².

El tratamiento específico contra la malaria debe determinarse en función de la gravedad y el tipo de parásito, aunque los estudios de seguridad son escasos, principalmente en el primer trimestre de gestación. Actualmente, la OMS recomienda tratar el paludismo no complicado con

cloroquina en las áreas donde no haya resistencia al fármaco, con sulfadoxina-pirimetamina en las áreas donde haya resistencia y con quinina durante el primer trimestre de embarazo y donde la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina no sean eficaces⁹.

Algunos fármacos antipalúdicos no se recomiendan en el embarazo, como la tetraciclina y la doxiciclina por sus efectos adversos sobre el crecimiento óseo fetal, la halofenrina por su efecto cardiotoxico o la primaquina debido al riesgo de hemólisis intravascular para la madre y el feto⁹.

Los tratamientos combinados basados en la artemisinina han demostrado ser seguros y eficaces¹⁰ y se recomiendan para tratar la malaria resistente a otros fármacos, aunque actualmente no se recomiendan en el primer trimestre.

En cuanto a la malaria congénita, parece que se produce por el paso del parásito a través de las vellosidades coriónicas durante el embarazo, especialmente durante el tercer trimestre, o el trabajo del parto, por lo que sería prioritario eliminar el parásito en sangre antes del parto, ya que el neonato podría presentar una infección generalizada con fiebre, irritabilidad, hepatomegalia, esplenomegalia e ictericia. Tras la expulsión fetal, se debe tomar una gota gruesa al niño y una muestra de sangre de cordón umbilical para verificar la transmisión materno-fetal².

Descripción del caso

Mujer de 28 años, gestante de 17 semanas, natural de Guinea, que acude a nuestras consultas para control obstétrico. No tenía antecedentes personales de interés y como antecedentes gineco-obstétricos presentaba un aborto previo y un embarazo ectópico que requirió salpingectomía. El control del primer trimestre del embarazo lo había realizado en Guinea y aportó una analítica con hemoglobina de 9,7 g/dl y hematocrito de 27,8 y una detección de *P. falciparum* positiva, que fue tratada con artemetero-lumefantrina cuando la edad gestacional era de 13 semanas.

Se comenzó el tratamiento con hierro por vía oral y se realizó una ecografía, objetivándose biometría acorde y bienestar fetal, por lo que se solicitó la ecografía en la semana 20 de gestación. En dicha ecografía se objetivaron que la biometría era una semana menor a la que correspondía y una agenesia renal derecha. Se repitió la ecografía en la semana 24 de gestación, observando una biometría acorde con 2 semanas menos que la correspondiente por amenorrea, siendo el peso fetal estimado en un percentil menor a 3. Además, se objetivó una arteria subclavia aberrante (ARSA), por lo que se solicitaron un ecocardiograma, una serología completa para *Toxoplasma*, rubéola citomegalovirus y herpes (TORCH) y un test de gota gruesa para malaria. Se ofreció a la paciente la realización de una amniocentesis o determinación de ADN fetal en sangre materna para completar el diagnóstico diferencial de retraso de crecimiento intrauterino precoz pero rechazó la prueba.

El ecocardiograma confirmó la arteria subclavia aberrante, informando el resto del estudio un corazón sano. En cuanto a la serología, fue negativa para citomegalovirus, herpes, parvovirus B19 y *Toxoplasma*. El test de gota gruesa informó como negativo para malaria.

En la semana 30 de gestación, el peso fetal estimado es de 1.050 g, correspondiendo este a un percentil 3, siendo la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968732>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968732>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)